

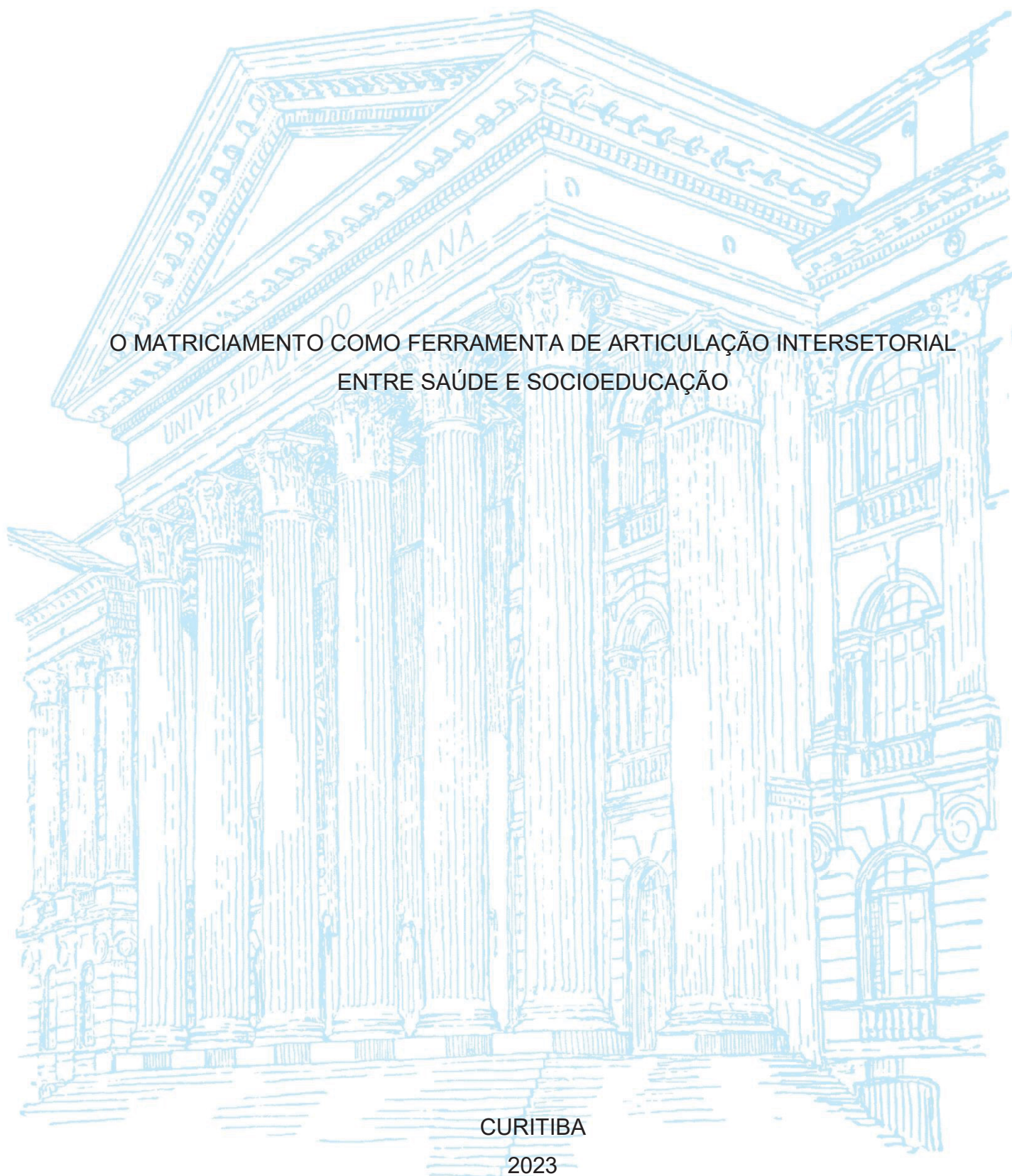
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETÍCIA CORREA TREVIZAN

O MATRICIAMENTO COMO FERRAMENTA DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL
ENTRE SAÚDE E SOCIOEDUCAÇÃO

CURITIBA

2023



LETÍCIA CORREA TREVIZAN

O MATRICIAMENTO COMO FERRAMENTA DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL
ENTRE SAÚDE E SOCIOEDUCAÇÃO

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

CURITIBA

2023

T814 Trevizan, Letícia Correa

O matriciamento como ferramenta de articulação intersetorial entre saúde e socioeducação [recurso eletrônico] / Letícia Correa Trevizan. – Curitiba, 2023.

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

1. Saúde do adolescente institucionalizado. 2. Adolescente institucionalizado. 3. Saúde mental. 4. Colaboração intersetorial. I. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos. II. Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991



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 **LETICIA CORREA TREVIZAN** intitulada: **O MATRCIAMENTO COMO FERRAMENTA DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE SAÚDE E SOCIOEDUCAÇÃO**, sob orientação do Prof. Dr. DEIVISSON 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, 30 de Maio de 2023.

Assinatura Eletrônica

31/05/2023 11:20:30.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

05/06/2023 13:37:31.0

HELENA MORAES CORTES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Assinatura Eletrônica

31/05/2023 14:13:52.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

DEDICATÓRIA

Parafraseando Henfil no livro “Cartas da Mãe”, dedico esse trabalho aos meus pais, Nara e Gilson, que “por terem gostado muito de mim, me deram confiança pra viver, me deram segurança pra me exhibir. Não tive medo de ser ridícula, não tenho medo de morrer. Porque fui amada.”

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que aqui não puderam estar, mas percorreram os caminhos para que as gerações futuras aqui chegassem. Meu avô Fiorindo, “*Nino*”, semianalfabeto na instrução formal, mas letrado em habilidades que nenhuma escola ensina. Um dia ouviu que “pé de porco” não tinha filho universitário. Graças à Universidade Pública, eis-nos aqui.

Minha avó Nadir, minha inspiração de afeto e da construção de relações solidárias, que muito orgulhosa me viu ingressar no mestrado, mas não pôde me ver concluindo.

Aos meus saudosos avós Raimundo, Dinorá, Eduardo e Tomaza, sementes plantadas na defesa de dias melhores e justiça social.

Ao Murilo, meu maior companheiro, por todo o incentivo e por suportar minhas ausências com humor e paciência.

Aos meus amigos, “o sal da vida”. À Chayanne, Josiane, Kiara e Laressa, companheiras de SUS e de estudos pelas imensas trocas nesse processo.

À Lea e à Tissiane pelo suporte na realização da pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado e ao grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPR.

Ao meu orientador Deivisson pela generosidade e parceria nesse processo.

Às professoras da banca, Helena e Sabrina, pela contribuição com esse trabalho.

Aos trabalhadores do SUS e da Socioeducação que tornaram essa pesquisa possível.

EPÍGRAFE

“Lá fora é a liberdade e o sol. A cadeia, os presos na cadeia, a surra ensinaram a Pedro Bala que a liberdade é o bem maior do mundo. Agora sabe que não foi apenas para que sua história fosse contada no cais, no mercado, na Porta do Mar, que seu pai morrera pela liberdade. A liberdade é como o sol. É o bem maior do mundo”.

(JORGE AMADO, *Capitães da Areia*, p. 197)

RESUMO

As ações intersetoriais voltadas à população adolescente em privação de liberdade por medida socioeducativa são um desafio ao SUS. Este estudo pretende descrever e analisar uma ação intersetorial de apoio matricial entre as equipes de saúde e socioeducação de um município da região Sul do Brasil. Foram utilizados para coleta de dados diários de campo e entrevista com trabalhadores da Saúde da rede municipal que realizam os atendimentos aos adolescentes em medida de internação, e com os trabalhadores da Unidade de Socioeducação. Foram realizados 6 diários de campo e 7 entrevistas, sendo 5 com os trabalhadores da rede municipal de saúde e 2 com trabalhadores da Socioeducação. A análise foi realizada a partir da abordagem hermenêutica de Ricouer, com a construção de narrativas e posterior elaboração de grade de análise e identificação das categorias e núcleos argumentais. Os resultados indicam três categorias de análise e núcleos argumentais: *A relação entre as equipes de saúde e a unidade de internação da socieducação, O funcionamento do matriciamento como arranjo organizacional e Percepções sobre cuidado ofertado aos adolescentes*. Verificou-se que o apoio matricial ainda é inconsistente e pouco prioritário nas agendas das equipes, que a experiência da prática investigada atende parcialmente as diretrizes dispostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI) de estímulo às ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei, e que a atenção em saúde e direcionada ao adolescente em cumprimento de medida de internação consiste em um processo de medicalização. Conclui-se que a efetivação das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI) e a superação de um modo de cuidar patologizante e que reforça estigmas em relação à população adolescente em cumprimento de medida socioeducativa em regime de internação prescinde a construção de espaços democráticos, com autonomia para que os trabalhadores organizem formas de agir e criem possibilidades de atuações conforme a realidade de cada local.

Palavras-chave: Adolescente em conflito com a lei; Saúde de Adolescentes Institucionalizados; Colaboração intersetorial; Matriciamento; Saúde Mental

ABSTRACT

Intersectoral actions towards juveniles under socio-educational corrective measures deprived of liberty by socio-educational measures are a challenge for the Brazilian National Health Service. This study aims to describe and analyze an intersectoral action of matrix support between health and socio-education workers in a city in the south region of Brazil. Interviews and participant observation in Health Services and Socio-educational Center (CENSE) were used as instruments of data collection, consisting in 7 interviews and 6 diaries with observations. Hermeneutic approach by Paul Ricoeur was used to treatment and interpretation of data. The results indicate three categories of analysis: The relationship between the health teams and the socioeducation Center, The operation of matrix support as an arrangement between health sytem and socioeducational center and perceptions about health care towards adolescents. Findings suggest that matrix support is still inconsistent and not a priority on the teams agendas; the experience encourage intersectoral actions for responsibility of health teams and socio-educational teams for care of adolescents; and that health care is directed under socio-educational corrective measures consists in a process of medicalization. In conclusion the health care towards adolescents under socio-educational corrective measures demands democratic fields for the workes to organize with autonomy ways of acting and collaboration for intersectional actions according to the reality of each location.

Keywords: Adolescents in conflict with the law; Institutionalized Adolescents Health; Intersectoral Collaboration; Matrix Support; Mental Health

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	22
FIGURA 2 - PLENARINHO, PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS.....	34
FIGURA 3 - PASSEATA DO MOVIMENTO MENINOS E MENINAS DE RUA, EM 1987.....	34
FIGURA 4 - PASSEATA DO MOVIMENTO MENINOS E MENINAS DE RUA, EM 1987.....	35
FIGURA 5 – LOCALIZAÇÃO DO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO SÃO FRANCISCO (CENSE SÃO FRANCISCO) POR MEIO DE SATÉLITE	57
FIGURA 6 - LOCALIZAÇÃO DO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO SÃO FRANCISCO (CENSE SÃO FRANCISCO) POR MEIO DE SATÉLITE COM MAIOR APROXIMAÇÃO.....	58
FIGURA 8 – FLUXOGRAMA DE LINHA TEMPORAL DO HISTÓRICO DE MATRICIAMENTO REALIZADO NO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO SÃO FRANCISCO (CENSE SÃO FRANCISCO).	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – ARTIGOS SELECIONADOS DA REVISÃO DE LETERATURA.....	23
TABELA 2 – TÓPICOS CENTRAIS ENCONTRADOS NAS NARRATIVAS DURANTE AS ENTREVISTAS E REGISTROS DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO.	

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
BVS Adolec	- Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEDIT	- Centro de Estudos, Diagnóstico e Indicação de Tratamento
CENSE	- Centro de Socioeducação
CEP	- Conselho de Ética e Pesquisa
CONASS	- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPI	- Comissão Parlamentar de Inquérito
DEASE	- Departamento de Atendimento Socioeducativo
DECS	- Descritores em Ciências da Saúde
DNCr	- Departamento Nacional da Criança
EC	- Entrevista com trabalhadores do CENSE
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
ES	- Entrevista com profissionais de saúde
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FASPAR	- Fundação de Ação Social do Paraná
FEBEM	- Fundações Estaduais de Bem-Estar do Menor
FUNABEM	- Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
IAM	- Instituto de Assistência ao Menor
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	- Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	- Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MNMMR	- Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PDC	- Partido Democrata Cristão
PIA	- Planos Individuais de Atendimento
PNAISARI	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em
Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade	
POM	- Plano Operativo Municipal
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
SAM	- Serviço de Assistência ao Menor

SEJUF	- Secretaria da Justiça, Família e Trabalho do Governo do Paraná
SINASE	- Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 HISTÓRIA DA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE ENVOLVIDO EM ATO INFRACIONAL NO BRASIL – DO “MENOR DELINQUENTE” AO SUJEITO DE DIREITOS.....	26
3.2 A HISTÓRIA DA ADOLESCÊNCIA INSTITUCIONALIZADA NO TERRITÓRIO DE PIRAQUARA – DO “MENOR INFRATOR” DA ESCOLA DE MENORES QUEIROZ FILHO AOS “SOCIOEDUCANDOS” DO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO SÃO FRANCISCO	37
3.3 A SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI NA HISTÓRIA	45
3.4 A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	51
4 METODOLOGIA.....	57
4.1 O CAMPO	57
4.2 A INTERVENÇÃO REALIZADA: UM MATRICIAMENTO NÃO USUAL.....	60
4.3 O DESENHO DO ESTUDO.....	62
4.3.1 As observações de campo	64
4.3.2 As entrevistas.....	68
4.4 A ANÁLISE DOS DADOS E REFERENCIAL TEÓRICO	70
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	75
5 RESULTADOS	76
5.1 A RELAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE E A UNIDADE DE INTERNAÇÃO DA SOCIEDUCAÇÃO	77
5.2 O FUNCIONAMENTO DO MATRICIAMENTO COMO ARRANJO ORGANIZACIONAL	81
5.3 PERCEPÇÕES SOBRE CUIDADO OFERTADO AOS ADOLESCENTES	85
6 DISCUSSÃO.....	88
6.1 MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE E UNIDADES DE INTERNAÇÃO DA SOCIOEDUCAÇÃO: AVANÇOS E CONTRADIÇÕES	88

6.2 DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI E CORRESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO	92
6.3 REFLEXÕES ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO RELACIONADO À PRIVAÇÃO DE LIBERDADE.[N3]	95
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICE 1	110
ANEXO 1 – PNAISARI	111

1 INTRODUÇÃO

Há diversos desafios em executar as propostas de articulação e intersetorialidade apresentadas na atenção à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). A questão se torna ainda mais complexa quando se trata dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Conforme nota técnica do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), entre as maiores dificuldades encontradas estão a tímida atuação das secretarias municipais e estaduais na contribuição para manutenção e atendimento dos serviços, a inexistência de diálogo entre a gestão do sistema de socioeducação e da saúde, o desconhecimento dos profissionais da saúde sobre as demandas específicas do atendimento a essa população, além do atendimento precário em saúde mental e a medicalização (CONASS, 2013).

Para fortalecer a articulação entre os setores de saúde e da socioeducação, iniciativas e políticas do setor público foram desenvolvidas, sendo uma das mais importantes a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI), disposta no ANEXO I. Seu objetivo principal é a garantia e ampliação do acesso aos cuidados em saúde direcionados aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (BRASIL, 2014). Para assegurar o objetivo, a PNAISARI estabelece, entre outras medidas, o estímulo às ações intersetoriais para a responsabilização conjunta de ambas as equipes de saúde e da socioeducação, a articulação entre os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) das equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA) do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e a garantia de ações de atenção psicossocial a esses adolescentes (BRASIL, 2014).

O foco das ações propostas pela PNAISARI é na Atenção Básica devido ao seu caráter organizador da rede e a responsabilidade sanitária pela população adscrita ao território da Unidade Básica de Saúde (UBS). A PNAISARI reforça que, caso haja equipe de saúde dentro da unidade de socioeducação, ainda assim se faz necessário que haja uma referência na rede de saúde pública, visando garantir a realização das ações de promoção e educação em saúde operando na lógica do SUS (BRASIL 2014).

Desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, as medidas de socioeducação tiveram sua garantia enquanto lei. Entre outras

medidas, o estatuto determina, em seu quarto capítulo, a garantia pelo estado da preservação da integridade física e mental do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa (BRASIL, 1990).

Para garantir a execução das medidas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), como a preservação da integridade física e mental do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, o Governo Federal instituiu em 2012 o SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (BRASIL, 2012). Esse sistema é, conforme a legislação, uma política pública intersetorial que demanda a articulação entre os diversos setores como: Educação, Assistência Social, Saúde, Segurança, Cultura, Esporte, Lazer, Cidadania, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos.

O SINASE objetiva a inclusão social do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, a responsabilização pelos seus atos cometidos e a garantia de direitos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012). Além disso, um de seus princípios norteadores é o da incompletude institucional, o qual prevê que não é responsabilidade de somente um ponto da rede intersetorial a responsabilidade pelas demandas do adolescente, e sim uma atuação em conjunto, enfatizando a necessidade de organização da rede para atenção integral do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa (BRASIL, 2006).

A PNAISARI aponta ainda o papel estratégico dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes de saúde de referência na garantia e promoção de saúde dos adolescentes em face das diversas demandas, relacionadas ou não ao processo de institucionalização (BRASIL, 2014). Além disso, destaca que as tecnologias já existentes e aplicadas no campo da saúde mental podem colaborar para o aperfeiçoamento da qualidade de assistência nas unidades de socioeducação, em especial as “tecnologias leves”, as quais descreve como:

Desenvolvimento de vínculos, [...] acolhimento de demandas com escuta qualificada, [...] trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico (BRASIL, 2014).

Dentre as atribuições dos profissionais de saúde dos municípios que aderem a PNAISARI estão a articulação das redes de saúde e intersetoriais disponíveis no território e a elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental em conjunto. A estratégia do apoio matricial, amplamente difundida como ferramenta no SUS, é

reforçada pela PNAISARI como norteadora das equipes responsáveis pelas ações de saúde (BRASIL, 2014). O matriciamento ou apoio matricial é, conforme Chiaverini (2011), uma maneira de produção de saúde que consiste no processo de construção compartilhada entre duas ou mais equipes para criação de alternativas de intervenção pedagógico-terapêuticas.

Especificamente na articulação com a saúde, ainda são inúmeras as dificuldades de implementação das ações da PNAISARI. Em estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sobre as condições de atendimento aos adolescentes, foram identificadas diversas situações que apontam para a dificuldade na efetivação dessa lógica. Além das questões que atingem a população geral usuária do SUS, como a demora no agendamento de consultas, pesam sobre o atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa o estigma, o preconceito e constrangimento. Pode-se listar ainda questões estruturais dos serviços, como falta de pessoal para acompanhamento e transporte dos adolescentes (SILVA E GUERESI, 2003).

Outros estudos verificaram a existência de problemas nas relações entre as equipes e gestões das unidades socioeducativas e serviços de saúde mental do território, sendo observada também a insuficiência de vagas, a demora e dificuldade de continuidade nos atendimentos e a escassez de remédios, apontando também para a dificuldade da rede em acompanhar os adolescentes (RIBEIRO et al., 2018; TORRALBO E JULIANI, 2011). Verifica-se ainda que na literatura existente a intersectorialidade tem sido apresentada como elemento fundamental na superação desse modo de cuidado, além de concluir que o matriciamento entre as equipes de saúde e do sistema socioeducativo é uma estratégia potencial para a transformação do cenário do cuidado aos adolescentes em conflito com a lei (PERMINIO et al., 2018; COSTA E SILVA, 2017).

Já amplamente difundida no contexto da saúde, a aplicação do matriciamento, onde uma equipe de referência especializada oferta suporte técnico-pedagógico para a equipe referenciada, pode se apresentar como uma alternativa ao fortalecimento das ações de rede também intersectoriais. Grande parte dos municípios e estados pesquisados sobre a implementação da PNAISARI informou melhora nos atendimentos de saúde prestados aos adolescentes após a adesão à política, entretanto, os autores reforçam que essa implementação ainda necessita ser fomentada, qualificada e avaliada (PERMINIO et al., 2018).

A demanda de saúde mental é uma das mais presentes nos estudos sobre a situação de saúde dos adolescentes cumprindo medida socioeducativa e é também onde está o maior enfoque das produções acadêmicas. Ainda que tenha seu destaque nas pesquisas, a realidade apontada pelos estudos é que a intervenção nesse campo ainda é precária, com predomínio de práticas de prescrição de medicações visando a contenção e normatização (SILVA E GUERESI, 2003; AREAS NETO et al., 2017; SILVA et al., 2019).

Além de irem em direção contrária à proposta do ECA e da PNAISARI, essas práticas também se opõem à Reforma Psiquiátrica e à legislação atual que norteia as políticas de saúde mental, a qual preconiza os tratamentos em serviços comunitários e territoriais, com um olhar crítico sobre o processo saúde-doença. Além disso, compreende os determinantes sociais nos processos de adoecimento psíquico, incluindo fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais, como determinantes das doenças (BRASIL, 2001; BEZERRA et al., 2014).

Conforme os Cadernos de Socioeducação do Governo do Estado do Paraná (2018), uma das maiores dificuldades da consolidação do SINASE está relacionada a ausência de um sistema de avaliação e monitoramento sistemático. Há ainda a relevância na produção de dados de avaliação e monitoramento, não só pela academia, mas também pelos atores do sistema, para o aprofundamento das discussões e a construção de um olhar crítico para o atendimento.

Esses dados evidenciam a necessidade das equipes de socioeducação e da saúde atuarem próximas, em conjunto, porém essa aproximação ainda não é uma realidade em diversos espaços. Sendo assim, este trabalho busca ampliar a discussão entre os campos da saúde e socioeducação, contribuindo com material de pesquisa que possa descrever e explorar possibilidades de arranjos institucionais entre as políticas, partindo da hipótese que o apoio matricial possa favorecer o trabalho intersetorial entre as equipes de saúde e socioeducação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho teve como objetivo geral analisar a implantação de um arranjo organizacional do tipo matriciamento, trabalho intersetorial entre saúde e socioeducação, no município de Piraquara, Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de matriciamento entre as equipes de saúde e socioeducação no município de Piraquara;
- Identificar a percepção dos trabalhadores sobre a estratégia do matriciamento;
- Analisar, pela concepção dos trabalhadores, os efeitos da ferramenta de matriciamento na efetivação da PNAISARI.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Identificou-se por meio da revisão de literatura os principais trabalhos publicados nos últimos dez anos na área de matriciamento entre saúde e socioeducação. Para tal, foram realizadas pesquisas em quatro bases de dados - LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO, BVS Adolec Brasil (Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente) e Pubmed. Tais bases de dados foram selecionadas pela relação do tema da pesquisa bibliográfica com o conteúdo das plataformas.

Para seleção das possíveis expressões a serem utilizados na busca foi realizada uma consulta aos termos indexados na base “Descritores em Ciências da Saúde” (DECS). Dessa busca foi identificado o descritor “ação intersetorial”, introduzido em 2016 e definido como:

Ações cooperativas e empreendimentos entre grupos de saúde e relacionados a saúde e organizações que pretendem melhorar os desfechos em saúde e Ação na qual o setor de saúde e os demais setores sociais, tais como, educação, agricultura, indústria, obras públicas e meio ambiente, colaboram para o alcance de uma meta comum, mediante uma estreita coordenação de suas contribuições (DECS, 2016)

A partir da definição obtida, optou-se pela busca por palavras-chave mais específicas que nomeiam as articulações intersetoriais como “matriciamento”, “saúde e socioeducação”, além de “intersetorial”, aplicado alternativo ao termo “ação intersetorial”.

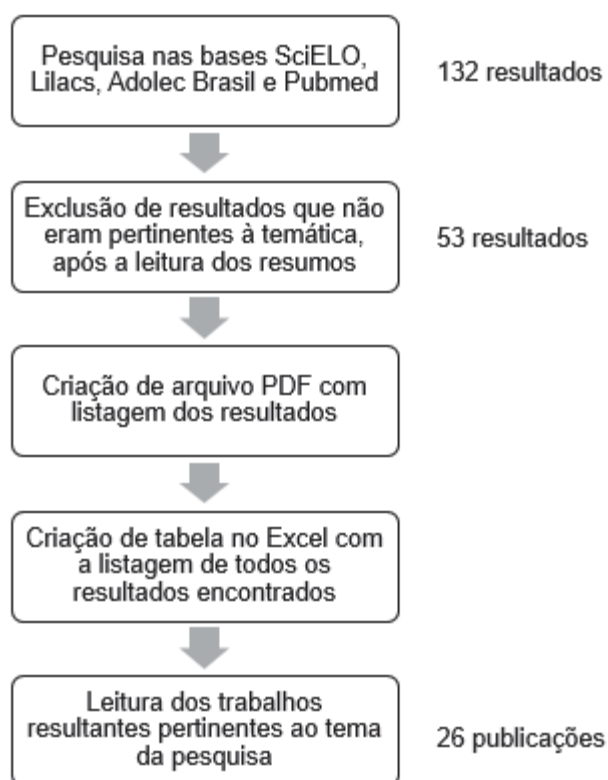
A busca com as palavras-chave “socioeducação *or* socioeducativo *and* matriciamento” obteve zero resultados. Já com os termos “socioeducação *or* socioeducativo *and* intersetorial”, foram encontrados 11 resultados, enquanto que a pesquisa com os marcadores “socioeducação *or* socioeducativo *and* saúde” foi a que obteve 121 resultados, sendo o termo com o maior número de retornos. A primeira etapa de revisão resultou em 132 documentos.

A exclusão de trabalhos que não se relacionavam com a temática dessa pesquisa foi realizada após a leitura dos resumos dos textos, de forma que 53 resultados fossem selecionados para a próxima etapa. Em seguida, os documentos foram separados por base de dados e título do artigo, eliminando os resultados duplicados entre as bases de dados, o que totalizou em 26 publicações únicas.

Esses resultados foram salvos em um arquivo PDF e elencados em uma tabela Excel®, separados por base de dados e título do artigo. Realizada a tabela com esses dados, foi possível verificar alguns artigos apareciam em mais de um resultado, utilizando a ferramenta do Excel® "formatação condicional", que possibilita realçar os valores duplicados. Foi elaborada então uma tabela dinâmica, onde foi possível verificar a contagem dos artigos em uma lista única, apresentando a quantidade de vezes que cada artigo aparecia em todas as pesquisas, resultando assim num total de 53 resultados, sendo 10 repetidos em mais de uma base de dados e totalizando 26 publicações únicas. Foi realizado um filtro retirando os resultados duplicados entre as bases de dados. O processo está descrito no fluxograma que segue

O processo está descrito em detalhes na FIGURA 1, enquanto as publicações encontradas podem ser verificadas na TABELA 1.

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DA PESQUISA BIBLIGRÁFICA



FONTE: A autora (2023).

TABELA 1 – ARTIGOS SELECIONADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

#	Título do artigo	Ano de publicação	Autores
01	Validação do modelo lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (PNAISARI)	2022	Henrique Bezerra Perminio, João Paulo Almeida Brito da Silva, e Armando Martinho Bardou Raggio.
02	"A gente fica institucionalizado também!": cotidiano, saúde mental e processos de trabalho na percepção das equipes de unidades socioeducativas	2022	Cassiano Robert, Sabrina Stefanello, Milene Zanoni da Silva, Rafael Gomes Ditterich e Deivisson Vianna Dantas dos Santos
03	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) no Estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório das contribuições da economia política marxista na compreensão do Estado e das políticas de saúde no século XXI	2022	Daiane Carvalho de Oliveira
04	Direitos humanos na atuação de psicólogos na socioeducação	2021	Bianca Zanchi Machado e Samara Silva dos Santos
05	Estado, juventude e narrativas do sistema socioeducativo: direitos humanos, saúde e políticas sociais	2021	Diego Sousa de Carvalho
06	Medida socioeducativa de internação e expectativas de futuro de adolescentes e familiares	2021	Renata Petry Brondani e Dorian Mônica Arpini
07	State, youth and socio-educational system narratives: human rights, public health and social policies	2021	Diego Sousa de Carvalho
08	Atuação do psicólogo com adolescentes que cumprem medida socioeducativa: Uma revisão sistemática da literatura	2021	Sara Peres Dornelles Almeida, Juliana da Rosa Marinho, e Jana Gonçalves Zappe
09	Coronavírus e sistema socioeducativo no estado do Rio de Janeiro: Como fica a saúde dos adolescentes privados de liberdade?	2020	Daiane Oliveira
10	Dispositivos de escuta de adolescentes privados de liberdade e de agentes socioeducativos	2020	Katia Tarouquella Brasil, Sandra Francesca Conte de Almeida, Jéssica Emanoeli Moreira da Costa e Valérie Ganem
11	Adolescência e lampejos: a construção de políticas de "sobrevivência"	2020	Stéphanie Strzykalski e Rose Gurski

12	Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil	2019	Débora Stephanie Ribeiro, Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Suely Ferreira Deslandes.
13	Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental	2018	Débora Stephanie Ribeiro, Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Suely Ferreira Deslandes.
14	Usos e desusos da categoria Transtornos de Conduta em adolescentes em conflito com a lei: genealogia, medicalização e práticas em saúde mental no contexto socioeducativo	2018	Murilo Galvão Amancio Cruz
15	Violência aprisionada: contradições e desafios na atividade de reintegração de adolescentes em conflito com a lei	2018	Luciana Pena Morgado
16	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (PNAISARI): uma análise de sua implementação	2018	Henrique Bezerra Perminio, Juliana Rezende Melo Silva, Ana Luísa Lemos Serra, Bruna Gisele Oliveira, Caroline Maria Arantes de Moraes, João Paulo Almeida Brito da Silva, e Thereza de Lamare do Franco Neto
17	Experiência de educação em saúde sobre sexualidade com adolescentes institucionalizados	2017	Cristina Zukowsky-Tavares, Anselmo Cordeiro de Souza, Neília Gomes da Silva Braga, Alessandra Souto Lima, Daniela da Cunha dos Santos, Jefferson Oliveira Francica e Erenita Maria Silva da Costa
18	Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade	2017	Nilo Terra Arêas Neto, Patrícia Constantino e Simone Gonçalves de Assis
19	A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional	2015	Fernando Manuel Bessa Fernandes, José Mendes Ribeiro e Marcelo Rasga Moreira.
20	Adolescentes em medida socioeducativa: violência ou violação de direitos? Revisão de literatura	2015	Fabiane Asquidamini, Rosângela Barbiani e Eduardo Sugizaki

21	O desafio da intersetorialidade no cuidado integral à saúde de adolescentes em privação de liberdade no estado do Acre	2015	Maria Luisa Escudeiro Leite, Maria Helena Guimarães e Francisco Maia Guedes
22	Prevalência de distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul	2015	Patrícia Bitencourt Toscani Greco, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Janete de Souza Urbanetto, Emanuelli Mancio Ferreira da Luz e Andrea Prochnow
23	Práticas intersetoriais no sistema nacional de atendimento socioeducativo: Novas estratégias de democratização ou de segurança?	2014	Carla Malinowski Neves, Nair Iracema Silveira Santos e Gislei Romanzini Lazzarotto
24	O adolescente que cumpre medida socioeducativa: ser-aí-com no cotidiano e possibilidades para a enfermagem	2014	Dilce Rejane Peres do Carmo, Stela Maris de Mello Padoin, Cristiane Cardoso de Paula e Ivis Emília de Oliveira Souza
25	A vulnerabilidade e a mente: conflitos simbólicos entre o diagnóstico institucional e a perspectiva de jovens em cumprimento de medida socioeducativa	2014	Paulo Artur Malvasi e Rubens de Camargo Ferreira Adorno
26	Comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes em conflito com a lei	2008	Cláudia Alves de Sena e Viviane Colares

FONTE: A autora (2023).

A partir da revisão de literatura foi possível observar que o maior enfoque das produções está no campo da saúde mental, com seis artigos. As produções sobre as ações intersetoriais ou a relação entre as equipes de saúde foram somente três dos 26 trabalhos encontrados. A maioria das produções foi publicada nos últimos cinco anos, sendo 15 dos 26 documentos publicados nesse período. O ano de 2021 foi o que maior concentrou publicações na área da pesquisa, com cinco artigos publicados, seguido por 2018 e 2015, ambos com quatro publicações. O processo de revisão de literatura possibilitou identificar que desde 2017 há pelo menos uma publicação anual sobre a temática da saúde e socioeducação em periódicos nacionais.

3.1 HISTÓRIA DA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE ENVOLVIDO EM ATO INFRACIONAL NO BRASIL – DO “MENOR DELINQUENTE” AO SUJEITO DE DIREITOS

Para iniciar a contextualização da história das práticas de atenção aos adolescentes envolvidos em ato infracional é necessário pensar o próprio lugar da adolescência enquanto categoria. Frota (2007) discorre sobre não ser possível a existência de uma definição de adolescência válida para todos os momentos históricos, defendendo a importância da historicidade para sua compreensão, pois as características dessa etapa ditas como “naturais” só fazem sentido dentro de um determinado contexto histórico. A passagem da infância à vida adulta que entendemos como adolescência não está presente em todas as culturas e, mesmo nas que está, pode se apresentar de diversas formas, sendo condicionada às concepções que cada cultura oferece (MORAES E WEINMANN, 2020).

A partir do século XX passou-se a adotar uma compreensão biologicista da adolescência, atribuindo os comportamentos e atitudes dos adolescentes às condições fisiológicas, determinados principalmente por questões hormonais, glandulares e físicas (COIMBRA E NASCIMENTO, 2008). É comum também a associação desse período com a puberdade e as transformações relacionadas ao amadurecimento sexual. Além disso, levando em consideração os marcos jurídicos e legais pautados na idade, perspectivas tem se mostrado insuficientes para determinar o que é a adolescência (FROTA, 2007).

Alguns autores defendem que as primeiras concepções de adolescência surgiram ainda no século XVIII com a ascensão das classes burguesas e o fortalecimento de duas instituições: a escola, que passa a ser obrigatória, ampliando o tempo em que os jovens de classes sociais privilegiadas dedicavam aos estudos, e o serviço militar obrigatório, sendo que ambas as instituições tinham como características a vigilância e a rigidez (MORAES E WEINMANN, 2020). É importante destacar que, na busca por identificar as primeiras concepções de adolescência na história, ela já surge como um objeto de disciplinarização e controle (COLOMBO, 2006).

Essa compreensão da adolescência como passível de intervenção dos aparelhos do estado avança na passagem do século XIX para XX, período em que ocorre um rompimento da juventude com o ambiente social e familiar e se acentuam

os casos de “delinquência juvenil”. Essa época é marcada pelo aumento massivo da população urbana e pela Primeira Guerra Mundial, período em que houve acréscimo de 33% no número de menores de 16 anos acusados de atos criminosos nas cidades britânicas (MORAES E WEINMANN, 2020). Na década de 1980, surge no continente europeu o dispositivo da periculosidade, apresentado por Foucault como o controle não só sobre o que se é ou se fez, mas também sobre o que poderá vir a ser (COIMBRA E NASCIMENTO, 2008).

No contexto brasileiro, também da metade do século XIX em diante que se localizam os primeiros registros de atenção ao menor, com a criação das Casas de Educandos Artífices em 1855, de caráter filantrópico e impulsionadas por integrantes do movimento higienista com objetivo de proteção e disciplinamento (COLOMBO, 2006). A influência do movimento higienista na atenção ao adolescente infrator foi extensa e será discutido mais sobre essa relação na sequência do tópico.

A busca por explicações racionalistas para os fenômenos sociais popularizou nos meios científicos a Antropometria, que consiste na medição e comparação de ossos, crânio e cérebro com o objetivo de comprovar uma suposta inferioridade de algumas populações, sendo seus teóricos mais conhecidos Paul Broca (1824-1880) e Cesare Lombroso (1835-1909) (COIMBRA E NASCIMENTO, 2008). Uma das teorias defendidas por Lombroso à época foi a da criminalidade nata, que defendia que a criminalidade era uma predisposição biopsicológica que acompanhava o sujeito desde o nascimento. Tal concepção teve influência no Código Penal de 1890 em imputar responsabilidade penal desde os nove anos de idade e em incentivar a retirada da criança do “meio vicioso”, transferindo para um ambiente disciplinar e supostamente regenerador (COLOMBO, 2006).

Até o início do século passado as legislações não versavam especificamente sobre punições direcionadas ao adolescente envolvido em atos criminosos, pois o próprio conceito de adolescência não estava estabelecido, sendo ponto de discussão entre os juristas a capacidade de discernimento do adolescente em relação ao ato praticado (COLOMBO, 2006). As crescentes preocupações dos especialistas da época – especialmente juízes e médicos – com a delinquência juvenil faz surgir uma “juventude temida”, acirrando um discurso de vigilância (MORAES E WEINMANN, 2020). Inicia-se, então, a separação do adolescente infrator do adulto criminoso, passando a haver distinção entre instituições penais voltadas às crianças ou aos adolescentes, podendo o adolescente ser detido como qualquer adulto (COLOMBO,

2006). É a partir dessa aliança entre médicos e juristas que em 1927 a primeira lei brasileira voltada especificamente para a infância e adolescência é criada: o Código de Menores. Essa lei é responsável por perpetuar até os dias atuais a utilização do termo “menor” como sinônimo do menor de idade em condição de pobreza, desarranjado da família, desviado e potencialmente bandido (COLOMBO, 2006; COIMBRA E NASCIMENTO, 2008).

A atuação dos juristas se manifesta por meio dos códigos de conduta, da aplicação das leis e normativas, mas retomemos que essa aliança também era formada pela classe médica. Qual era então o papel da medicina? Além do temor com a criminalidade associada à juventude, o início do século XX foi marcado também pelo pânico moral em relação às manifestações de sexualidade, e é nesse ponto que se fortalece ainda mais o papel das especialidades médicas: na vigilância e no controle (MORAES E WEINMANN, 2020). É nesse momento que a medicina passa a atribuir caráter patológico às manifestações que eles definem como desviantes, como mulheres histéricas, frígidas, homossexuais, perversos, masturbadores (LE BRETO, 2016 APUD MORAES E WEINMANN, 2020).

Em relação aos “desviantes”, o termo incluiu também os adolescentes, categoria que vinha se afirmando historicamente. A puberdade, associada ao despertar da sexualidade, torna-se objeto de preocupação de médicos e pedagogos, que passam a considerar esse período como dotado de uma sexualidade perigosa, “cheio de tentações” e que, dentro dos critérios da moralidade adotados pela elite científica da época, deveria ser controlada (MORAES E WEINMANN, 2020). Em conjunto com a definição de “desviantes”, o discurso higienista passa, então, a orientar ações e normas voltadas à puberdade. Por ser considerada como o início biopsíquico da adolescência, essa se torna um potencial perigo social (COLOMBO, 2006).

O discurso da moralidade fez surgir parâmetros a partir de um olhar elitista e que passa a ter aval da comunidade científica da época. O que não era considerado moral passa a ser “degradação”, sendo essencialmente relacionado à pobreza e classificado como uma epidemia a ser evitada. Tal discurso mobilizava toda a sociedade a fazer parte da “cruzada saneadora e civilizatória” contra o que era considerado um mal que emergia da pobreza (COIMBRA E NASCIMENTO, 2008).

É nesse contexto de controle e moralização do comportamento que se inicia um processo de tutela de crianças e adolescentes pobres pelo Estado e pelas

instituições filantrópicas, limitando cada vez mais a autonomia familiar (COLOMBO, 2006).

A apreensão em relação aos jovens em situação de pobreza, que poderiam futuramente compor as “classes perigosas”, passou a justificar a internação em instituições onde eles poderiam estar sob controle, longe de seus lares perniciosos ou das ruas (COIMBRA E NASCIMENTO, 2008). A criação do Departamento Nacional da Criança e o Estado, em 1919, oficializa a tutela do Estado aos menores em situação de pobreza, abandono ou delinquência, autorizando a retirada de crianças das ruas ou das famílias com destino aos reformatórios onde supostamente seriam educados e se tornariam cidadãos aptos a atender o padrão moral da época (COLOMBO, 2006)

O processo de tutela e suspensão do pátrio poder de famílias pobres que não correspondiam aos padrões de moralidade vigentes à época aliava os objetivos sanitários e pedagógicos aos métodos de vigilância econômica e moral, demonstrando a forte relação existente entre o poder público, a justiça e a medicina, especialmente a psiquiatria (COLOMBO, 2006). É no cerne desse processo que se fortalecem as relações estabelecidas entre vadiagem, ociosidade e indolência e pobreza, assim como entre pobreza, periculosidade, violência e criminalidade (COIMBRA E NASCIMENTO, 2008). Conforme Colombo (2006), ao menor abandonado era reservada a prevenção, já para o delinquente a regeneração, e em ambos os casos eram adotados métodos disciplinares, porém sendo mais rigorosos os adotados com os delinquentes.

O dispositivo legal que deu corpo a esse movimento pela primeira vez, como já mencionado, foi o Código de Menores, de 1927. A partir desse momento, o critério de discernimento, que deixava a critério do juiz a punição dos adolescentes envolvidos em delitos, é extinto da legislação brasileira (COLOMBO, 2006). O Código de Menores passa a abarcar tanto as situações dos “menores abandonados”, que atentavam contra a moral e tinham como destino as instituições de tutela do Estado, quanto o “menor delinquente”, que a partir dos 14 anos poderia ser punido com internação por até 7 anos em escola junto com os “menores abandonados” ou, a depender da gravidade do delito, ser enviado, a partir dos 16 anos, para presídio específico ou em setor separado em estabelecimentos para adultos (GOMES, 2020).

Apesar do Código de Menores orientar a construção de instituições específicas para os “menores delinquentes” isso só passa a acontecer a partir de 1965 (COLOMBO, 2006). Quando não havia disponibilidade nem de instituições

correcionais, nem daquelas voltadas aos abandonados, o juiz libertava o adolescente para não transgredir a lei, o que contribuiu para perpetuar o discurso da total impunidade dos infratores (COLOMBO, 2006).

Coimbra e Nascimento (2008) ressaltam que as políticas de internação no Brasil se fortalecem principalmente nos dois períodos ditatoriais com a criação de órgãos estatais como o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), criado durante o Estado Novo, e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), criada em 1964 em um contexto de início da ditadura militar. Como já explicitado anteriormente, as instituições criadas principalmente nas primeiras décadas do século XX carregavam um forte discurso de educação, de prevenção ou proteção, porém foram marcadas por uma história de maus tratos direcionados às crianças em situação de pobreza (COIMBRA E NASCIMENTO, 2008).

Ainda que a Constituição de 1937 garantisse práticas pedagógicas e educativas às crianças e aos adolescentes, apontando a educação como solução para o problema do jovem infrator, a maior parte das práticas instituídas nos locais que os abrigavam em regime de internamento eram voltadas ao trabalho e ao disciplinamento (COLOMBO, 2006). Enquanto para as elites era reservado o direito à instrução, aos jovens em situação de pobreza era reservado a profissionalização, sendo que em diferentes épocas a juventude pobre teve como principal política de encaminhamento de trabalho o internamento em colônias, patronatos, escolas profissionais e convênios com empresas (COLOMBO, 2006).

A Era Vargas é marcada por acontecimentos que alteram a configuração das políticas sociais da infância e adolescência: o internamento persiste como modelo principal de atenção, porém há um deslocamento da situação do “menor” do campo jurídico para o da assistência (SILVA, 2015). Três marcos importantes na história do adolescente em conflito nesse período foram a reforma penal de 1932, a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCR), em 1940, e a criação do Serviço de Assistência ao Menor (SAM) em 1941 (COLOMBO, 2006; PEDROSA, 2015).

A reforma penal aprovada em 1932, a maior realizada até então, reafirma a fixação da idade para a maioridade penal, definindo em seu art. 27, capítulo 1º que não são criminosos os menores de 14 anos (PEDROSA, 2015). No Paraná, com a vigência do Código de Menores e da reforma penal, foi inaugurado em 1936 a Escola de Reforma, na região da Granja do Canguiri região que havia sido adquirida para o desenvolvimento de pesquisa e desenvolvimento da agropecuária (COLOMBO,

2006). A instituição, mantida pelo estado, foi preparada para ofertar atividades de ensino agrícola e profissionalizante aos menores “delinquentes” e aos “abandonados”, atendendo ao discurso vigente de que tais adolescentes deveriam ser reeducados por meio do trabalho rural, formando operários agrícolas que serviriam como mão de obra para a crescente atividade agroindustrial do estado (COLOMBO, 2006).

O SAM, criado já no período do Estado Novo, foi o primeiro órgão federal a centralizar e se responsabilizar pela assistência aos menores em escala nacional (PEDROSA, 2015; SILVA, 2015). Os “menores abandonados” continuavam sendo encaminhados às instituições existentes, enquanto os “delinquentes” passaram a ser internados em colônias correccionais e reformatórios (PEDROSA, 2015). O SAM era vinculado ao Ministério da Justiça e aos Juizados de Menores, e tinha por objetivos fiscalizar os educandários, realizar busca das crianças e adolescentes para a internação, avaliações médico-psico-pedagógicas e estudos sobre a situação dos menores. Ao judiciário, na figura do juiz de menores, caberia a fiscalização do regime disciplinar e educacional das instituições, que só passariam a receber incentivo financeiro após a vistoria do SAM (COLOMBO, 2006).

Conforme Silva (2015), o SAM operava como um órgão de triagem e encaminhamento das crianças e adolescentes às instituições vinculadas, sendo a maioria composta por instituições particulares que se propunham a oferecer atenção educacional e profissional. Entretanto, nesse período foram diversas as críticas devido às crescentes denúncias de corrupção nos contratos, além de maus tratos e violência com os menores sob sua responsabilidade, com relatos de castigos físicos, alimentação imprópria, ociosidade, superlotação, higiene precária e violência sexual, o que concedeu ao SAM alcunhas como “Sem Amor ao Menor” e sucursal do inferno (SILVA, 2015). Durante a vigência nacional do SAM, foi definido no Paraná, por meio do decreto nº. 2950 de junho de 1956, a criação do “Estabelecimento Correccional do Canguiri”, passando a abrigar no espaço da Granja do Canguiri somente os “menores delinquentes” e não mais os abandonados (COLOMBO, 2006).

Ainda que com as graves denúncias de irregularidades e tentativas de criação de outros órgãos para substituí-lo, o SAM só viria a ser extinto pelos militares após o golpe de 1964, com a criação da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM) (COLOMBO, 2006). Os militares se apropriaram de um cenário que reivindicava um novo modelo de assistência aos “menores”, motivado pelas denúncias no período de vigência do SAM e aos debates internacionais motivados pela

Declaração dos Direitos da Criança, de 1959, e reafirmam a questão da infância e adolescência como problema de segurança nacional (CELESTINO, 2015; PEDROSA, 2015). A FUNABEM mantém a ideia de um sistema nacional, adotando um modelo de cunho ainda mais autoritário e centralizador, com objetivo de elaborar e implementar uma política nacional de atendimento ao menor, tendo sob sua competência realizar estudos, planejar, orientar, coordenar e fiscalizar as instituições (COLOMBO, 2006).

Em nível estadual foram criadas as FEBEMs - Fundações Estaduais de Bem-Estar do Menor. O estado do Paraná não adotou esse título para sua unidade própria, tendo em vista que naquele ano estava em curso a construção da Escola para Menores Queiroz Filho, que seguiria as diretrizes nacionais (COLOMBO, 2006; PEDROSA, 2015).

Durante o período ditatorial persistiu a política de internação, fortalecendo ainda mais um modelo repressivo e corretivo que desconsiderava a relação dos adolescentes com a comunidade e suas particularidades, transformando a FUNABEM em uma “camisa de força do sistema federal sobre os estados, calcado na necessidade de segurança social e nacional (COLOMBO, 2006, p.72). Novamente, assim como no período do SAM, as FEBEM se tornaram alvo de denúncias constantes de diversos setores da sociedade devido às fugas frequentes, casos de violência e ineficiência na ressocialização dos adolescentes internados (PEDROSA, 2015).

Em 19 de junho de 1975 teve início a primeira Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com finalidade de investigar sobre a situação da infância “desassistida” e as violências do Estado contra a juventude, sendo chamada de “CPI do menor” (PEDROSA, 2015). Desde os anos 60 discutia-se sobre a necessidade de reformulação do Código de 1927, e, em um contexto de abertura política, intensificou-se o debate entre juízes, dividindo-os em um grupo que adotava como proposta uma legislação de cunho sóciopedagógico e outro grupo que não estava disposto a abrir mão do poder que a história havia lhes concedido (COLOMBO, 2006; PEDROSA, 2015). Em 1979 é aprovado o novo Código de Menores, conservando a autoridade dos juízes. O novo código manteve a tradição menorista da legislação anterior e trouxe com ares de novidade a doutrina da proteção integral, que assumiria que a proteção da infância é direito de todos e dever do Estado (CELESTINO, 2015; COLOMBO, 2006; PEDROSA, 2015). Surge com o código, pela primeira vez, uma alternativa ao regime de internamento, apresentada na forma de “Liberdade Viglada”, a qual

funcionaria por meio de casas de semiliberdade como transição para o regime aberto, com incentivo à interação comunitária (CELESTINO, 2015).

Durante a década de 1980, fortalecem-se os movimentos sociais de base comunitária que pautavam a necessidade de mudanças na atenção ao menor, como o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) e a Pastoral do Menor (COLOMBO, 2006). A forte pressão popular resultou em uma emenda popular à Constituição Federal de 1988, na forma dos artigos 227 e 228, os quais dispõem:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art. 228. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial (BRASIL, 1988).

No dia da votação da emenda no Congresso Nacional, em 05 de outubro de 1985, mais de 20 mil crianças e adolescentes estiveram presentes em um ato que ficou conhecido como “Ciranda da Constituinte” (PEDROSA, 2015). Pela primeira vez na história a legislação passa a tratar a juventude como “sujeito de direito”. As figuras na sequência registram a participação das crianças e adolescentes em mobilizações que resultaram na emenda.

FIGURA 2 – PASSEATA DO MOVIMENTO MENINOS E MENINAS DE RUA, EM 1987.



FONTE: Reynaldo Stavale (1987), disponível no [site Plenarinho](#), portal da Câmara dos Deputados.

FIGURA 3 - PASSEATA DO MOVIMENTO MENINOS E MENINAS DE RUA, EM 1987.



FONTE: Projeto Criança Livre do Trabalho Infantil, Portal "Cidade Escola Aprendiz" (1987).

FIGURA 4 - PASSEATA DO MOVIMENTO MENINOS E MENINAS DE RUA, EM 1987.



FONTE: Acervo "Projeto Meninas e Meninos de Rua" (2023).

Em 1988, dois acontecimentos importantes marcaram a história das políticas públicas voltada à criança e ao adolescente envolvido em ato infracional. Em primeiro de março é criado o Fórum de Defesa das Crianças e Adolescentes, órgão composto por diversos movimentos organizados pela efetivação dos direitos da juventude, pela proposição e monitoramento das políticas públicas, tendo papel importante na Nova Constituição aprovada naquele mesmo ano e também no ECA, em 1990 (PEDROSA, 2015). Em 5 de outubro de 1988 é aprovada a Nova Constituição Federal e seus artigos 227 e 228, mencionados anteriormente, serão a base para a criação do Estatuto da Criança e do Adolescentes (PEDROSA, 2015).

Em 13 de julho de 1990 o ECA é aprovado no Congresso Nacional, sendo o marco legal que sistematiza e normatiza algumas das reivindicações dos movimentos sociais que defendiam os direitos à cidadania e proteção de crianças e adolescentes (PEDROSA, 2015). Por mais que a aprovação do ECA tenha representado um marco importante – tendo, por exemplo, como consequência a extinção da FUNABEM – na prática, as políticas públicas voltadas à infância seguiam sendo executadas pontualmente, descontinuamente e de maneiras ineficientes. Na maioria dos estados, inclusive, as FEBEM permaneceram por anos após a publicação do ECA, com o mesmo modelo violento que visava formar mão de obra barata e adolescentes dóceis e úteis ao capital (COLOMBO, 2006).

Ainda que tenha alterado o objeto das políticas públicas para a “garantia de direitos”, as desigualdades sociais no que diz respeito à infância e adolescência no Brasil permaneceram as mesmas. Conforme Gomes (2020), as mudanças na legislação não foram o suficiente para alterar os sentidos das medidas adotadas, pois ainda que o ECA possua caráter universal, abrangendo todas as crianças e adolescentes, a atenção voltada à juventude em situação de “irregularidade” é o mesmo, pois a estrutura ideológica permanece a mesma.

Equivaler infâncias e adolescências tão desiguais em quesitos socioeconômicos, culturais e históricos seria, conforme, Coimbra e Nascimento (2008), atender o modelo defendido pelo liberalismo e igualar, pautado em modelos burgueses, formas de vida desiguais e que no neoliberalismo tendem a se tornar ainda mais apartadas entre si. Conforme as autoras, os direitos humanos, valores burgueses, são exclusivos de uma única classe e portanto não podem ser definidos como universais, “pois numa sociedade onde a liberdade é uma quimera, a desigualdade e a competitividade são as regras do bom viver, uma existência livre, igualitária e fraterna não tem lugar” (COIMBRA E NASCIMENTO, 2008).

Com o ECA ficam definidas em lei as agora nomeadas “medidas socioeducativas”, uma série de providências a serem adotadas em casos de infração à lei praticada pelas crianças ou adolescentes. Gomes (2020) destaca que o Código de Menores estabelecia um recorte social, aplicando medidas aos indesejáveis, aos mais pobres, abandonados ou “desviantes”, sendo eles abandonados ou infratores. O ECA amplia e universaliza os direitos fundamentais, mas reserva uma seção específica voltada aos mesmos “irregulares”, inclusive com as mesmas medidas já prevista no Código de Menores, mas agora voltadas ao autor de ato infracional (GOMES, 2020).

As medidas socioeducativas descritas no ECA adotam em seu texto o conceito da responsabilização como substituto da punição. São estabelecidas no artigo 112 e se dividem em seis tipos, sendo eles:

I - advertência;

II - obrigação de reparar o dano;

III - prestação de serviços à comunidade;

IV - liberdade assistida;

V - inserção em regime de semiliberdade;

VI - internação em estabelecimento educacional; (BRASIL, 1990).

As medidas que não consistem em privação de liberdade (liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade) são executadas no município, enquanto as medidas de privação de liberdade (semiliberdade e internação) são executadas pelo Estado (BRASIL, 2019). A criação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) por meio da lei 12.594/2012, regulamenta a execução das medidas socioeducativas (BRASIL, 2012).

Apresentado o panorama histórico nacional da atenção dirigida ao adolescente em conflito com a lei, passemos ao cenário paranaense e ao histórico do município de Piraquara nas políticas do estado.

3.2 A HISTÓRIA DA ADOLESCÊNCIA INSTITUCIONALIZADA NO TERRITÓRIO DE PIRAQUARA – DO “MENOR INFRATOR” DA ESCOLA DE MENORES QUEIROZ FILHO AOS “SOCIOEDUCANDOS” DO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO SÃO FRANCISCO

Antes de iniciarmos uma retomada histórica da inserção da Unidade Socioeducativa em Piraquara, permitam que essa pesquisadora apresente um pouco de suas próprias percepções e impressões sobre o território em que ela se insere.

No início de 2019 iniciei as atividades como servidora pública do município, lotada inicialmente no CAPS AD. As visitas domiciliares eram uma ação frequente do serviço, e nos primeiros meses havia um profissional motorista (que logo se aposentou, não sendo repostado em sua função) que nos acompanhava nas visitas e, como morador local há muitos anos, também nos apresentava aos poucos o território.

Estar no CAPS permitia uma “vantagem” em relação às outras unidades que trabalham com população adscrita, como as UBS, pois o CAPS AD era o equipamento

de referência para todas as situações de uso prejudicial de álcool e outras drogas do município, permitindo uma permeabilidade em todo o território. Foram nessas visitas que pude conhecer a grande maioria dos bairros de Piraquara, entre eles a Vila Macedo e a Vila Militar.

As primeiras visitas na Vila Macedo não apresentavam nenhum elemento que me despertasse grande atenção. Um bairro residencial, distante do centro da cidade, com casas antigas, sinalizando ser uma vila já existente há algumas décadas, com diversos pontos de comércio, a maioria simples, como lojas de variedades, roupas e acessórios, além de pequenos mercados, igrejas, uma UBS, e uma escola na rua principal do bairro, com muros de *grafitti* com mensagens motivacionais sobre paz e educação, “seja a mudança que você quer ser no mundo” e “paz tem voz!”. Nada diferente de outros bairros da cidade e também da capital.

À medida em que avançávamos por dentro do bairro em direção ao bairro vizinho, a Vila Militar, a paisagem se alterava drasticamente a ponto de me causar curiosidade e também um certo incômodo. Como pode em poucos metros a paisagem se alterar tão rapidamente? Os colegas, mais antigos de prefeitura, tratavam logo de responder: “é porque é aqui que fica o presídio”.

A resposta não sanava totalmente a curiosidade, que se intensificava ao observar pelo lado de fora da janela do carro e depois nos atendimentos domiciliares nas casas do bairro. Piraquara é um município com diversos locais de extrema pobreza, mas algo ali era diferente. As ruas não tinham asfalto, todas elas tinham nome de militares, um grande amontoado de coronéis, capitães, majores. A vista da serra do mar no horizonte contrastava com um bairro de poucas cores, as ruas cor de areia e as casas em grande parte com reboco ou tijolo aparente, algumas de madeira, poucas com pintura na fachada. Não havia praças, escola, nenhum muro colorido com *grafitti* (a primeira creche do bairro seria transferida da Vila Macedo para a Vila militar dali a algum tempo, em março de 2020).

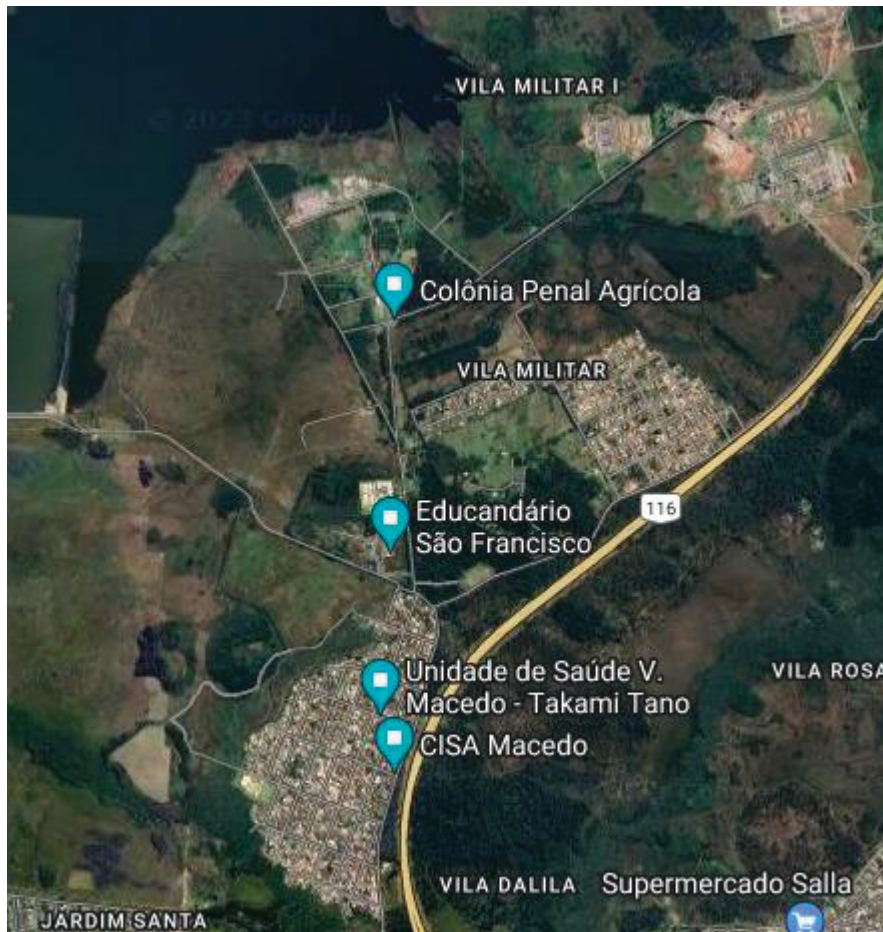
A presença de diversos bares em meio à escassez de comércio foi motivo de reflexão entre a equipe do CAPS AD: o que mais haveria de se fazer como lazer e sociabilidade em um bairro com tão pouca oferta? A alternativa aos bares pareciam ser as também numerosas igrejas. Os poucos comércios pareciam indicar a baixa

oferta de empregos na região, e o transporte público se limitava a alguns poucos pontos de ônibus nas ruas dos coronéis e capitães.

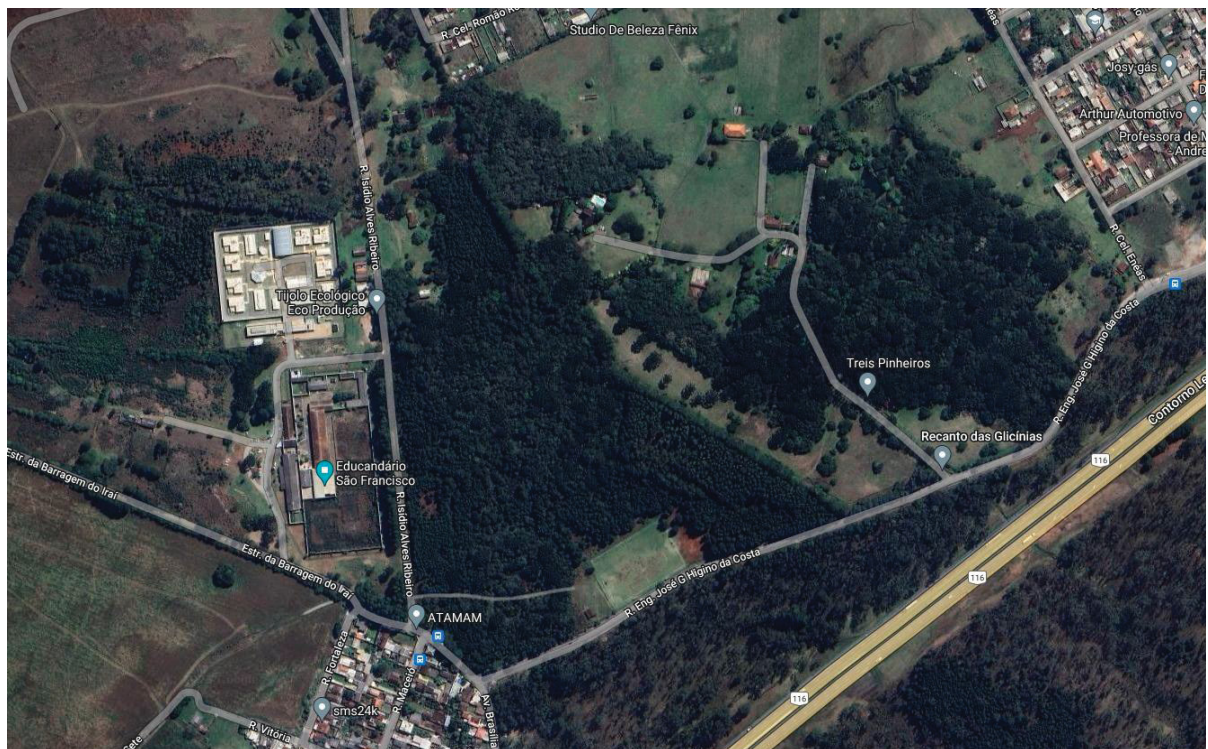
Ainda em 2019 realizei a primeira visita ao CENSE São Francisco, quando iniciou-se por parte da coordenação de Saúde Mental da época a proposta do matriciamento entre as equipes de saúde e socioeducação. O barulho do ferrolho fechando o primeiro portão atrás de nós, logo na entrada da unidade, foi algo marcante e que até hoje é a primeira imagem que me vem à mente ao pensar no CENSE. Logo ao entrar me veio um questionamento, “como seria trabalhar ali dentro, tão isolado de tudo?”. A pergunta seria em grande parte respondida pelo artigo produzido por um dos nossos integrantes do grupo de pesquisa, intitulado “a gente fica institucionalizado também!” (ROBERT, 2022).

Foram algumas as portas e grades de aço que atravessamos até chegar na sala de reuniões da unidade para o nosso primeiro encontro. O contraste do esquema de segurança que se fazia presente naquela ainda tão desconhecida tarefa era uma inquietação difícil de nomear. A trajetória da Reforma Psiquiátrica, tão bem introduzida pelos professores durante a minha graduação em psicologia na UFPR, me trouxe os conceitos de “cuidado em liberdade”, “cuidado no território”, de forma que isolamento e cuidado me soavam termos antagônicos.

Os desdobramentos das reuniões que se seguiram serão narrados nos capítulos seguintes, pois o foco deste é a história da instituição e sua relação com o território. O CENSE São Francisco está localizado oficialmente no bairro Vila Macedo, o bairro antigo, de casas coloridas, pracinhas e escolas. Porém, conforme as imagens de satélite a seguir nos permitem observar, a unidade é uma edificação que delimita os dois bairros, tão contrastantes, quase como se fosse uma ilha que de fato não pertence a nenhum dos dois. E como se marcasse algo do não-dito, mas que se manifestou tão intensamente nas minhas primeiras visitas ao território, como se aqueles portões de entrada também sinalizassem que daquela edificação para frente tudo era exclusão.



Fonte: Google Street View, 2022



Fonte: Google Street View, 2022

Conforme já adiantado na introdução deste trabalho, o CENSE São Francisco foi a primeira instituição voltada ao internamento do menor em conflito com a lei no estado do Paraná e a escolha do território de Piraquara para sua construção não foi aleatória. Para descrever o processo de formação dessa instituição ao longo de seus 68 anos de funcionamento, serão apresentadas neste capítulo principalmente as contribuições do historiador Irineu Colombo em sua tese de doutorado em História na Universidade de Brasília intitulada "Adolescência Infratora Paranaense: história, perfil e prática discursiva." (2006).

As mudanças na economia rural no estado do Paraná, a partir dos anos 1950, impulsionaram fluxos migratórios em busca de emprego urbano, resultando em significativo aumento populacional e ocupação de novos espaços em Curitiba e região (KULAITIS, 2004). O acelerado ritmo de crescimento populacional mobiliza a preocupação com problemas sociais, tendo como resposta do governo da época o aumento do aparato policial, da vigilância social e do controle (COLOMBO, 2006).

No contexto nacional, a população jovem do país crescia muito entre os anos 1950 e 1960, saltando de 14 para mais de 19 milhões de crianças e adolescentes, o que intensificou as preocupações com essa população, principalmente porque o principal aumento populacional acontecia entre os mais pobres (COLOMBO, 2006).

O contexto de expansão agrícola no interior do estado, principalmente com a vinda de famílias oriundas de outros estados das regiões Sul e Sudeste que foram atraídas pela crescente produção de café e busca de terras, além da expansão industrial na capital e região metropolitana, fortaleceu o ideário de trabalho educativo associado com atividades industriais e agrícolas (COLOMBO, 2006).

Em 1980, o município de Piraquara apresentou uma das maiores taxas de urbanização da Região Metropolitana, com 86,25%, ficando atrás somente do município de Colombo, o qual teve uma taxa de 87,43% (KULAITIS, 2004; IBGE, 2003). Entre os anos de 1980 e 1991, a cidade obteve uma taxa de 81,42% de urbanização, superior à média do Estado (COLOMBO, 2006; IPARDES, 2003).

Com o aumento do aparato policial, houve descentralização para o interior do estado visando atender a ocupação de territórios, que ocorriam principalmente pela expansão agrícola. Dessa forma, a detenção de jovens tanto no interior quanto na

capital passa a aumentar a partir dos anos 1950, o que favorece a proposta política de uma nova instituição de internamento para os adolescentes infratores, ampliando o sistema de segurança (COLOMBO, 2006).

Inicia-se, então, no final dos anos 1950, o projeto de construção de uma unidade de internamento para adolescentes infratores no Paraná, chamada provisoriamente de "reformatório" sendo a primeira planta apresentada em 1958 pelo departamento de Edificações da Secretaria de Viação e Obras Públicas. O projeto apresentado incorporava uma escola a um ambiente de reclusão total, adicionando mais uma instituição de reclusão a um território que já abrigava um leprosário, um hospital-colônia (hospital psiquiátrico) e presídios feminino e masculino (COLOMBO, 2006).

Apesar de em seu projeto inicial ser apresentado como uma instituição educacional, a função de disciplina e punição se mostrava prioritária em sua configuração, a começar pela localização, que ignorava uma recomendação primordial na construção de uma escola: estar distante de lugares perniciosos (COLOMBO, 2006). A região onde seria construído o reformatório se localizava a aproximadamente 20 quilômetros da capital, sendo próximo o suficiente dos poderes administrativo e operacional, mas em um lugar ermo e de difícil acesso na época, o que o isolava do centro da cidade. Conforme Colombo (2006):

Não justificava ter sido aquele local, situado entre um leprosário e um manicômio, o mais adequado para a construção de um edifício que pretendia ser uma instituição regeneradora de adolescentes. O que percebemos é a opção pela segurança e o relativo distanciamento do centro urbano, que fez a função disciplinar superar em muito a função simbólica (de visibilidade) e produtiva (educativa e programática). A tentativa de mesclar uma escola com uma prisão fez surgir uma escola de reclusão total, onde a punição ganhou contornos peculiares como o trabalho, o isolamento e as coerções sutis e cotidianas do espaço e dos operadores. (COLOMBO, 2006, p. 103).

Em segundo plano no projeto de construção do reformatório apareciam os espaços propostos ao trabalho e esporte, voltados ao corpo do adolescente e atendendo aos princípios higiênicos e sanitários da época, e somente em terceiro plano surgem os espaços educativos, como salas de aula e biblioteca (COLOMBO, 2006).

Em 1962, o Instituto de Assistência ao Menor (IAM) é criado pelo Governo Federal e, no ano seguinte, iniciam-se as obras do reformatório junto ao Complexo Penitenciário de Piraquara. Inaugurada em 1965, a instituição nomeada inicialmente

como “Escola Correccional” recebeu os primeiros internos e iniciou seu funcionamento somente um ano depois, em 1966 (COLOMBO, 2006).

Em 1964, após o golpe militar, a Escola Correccional é rebatizada, na contramão das FEBEMs criadas em estados como São Paulo e Rio de Janeiro, como “Escola para Menores Professor Queiroz Filho”. A alteração no nome da instituição foi feita por meio do decreto 17.308, em homenagem ao professor e advogado Queiroz Filho, correligionário do Partido Democrata Cristão (PDC) do então governador Ney Braga. A escola passa, então, para o controle do Departamento de Estabelecimentos Penais do Estado, da Secretaria de Estado de Segurança Pública (COLOMBO, 2006).

Durante o período do último governo estadual eleito por voto popular, o de Paulo Pimentel, em 1969, a Escola Para Menores Professor Queiroz Filho deixa de estar vinculado ao setor de segurança e passa a fazer parte da pasta da Secretaria de Trabalho e Assistência Social, alinhando-se com a orientação do governo militar que tentava propagandar um afastamento da abordagem policial e jurídica da atenção ao menor em direção a um viés assistencial das crianças e adolescentes. Ainda no mesmo ano, a instituição de internamento passa a ser subordinada ao IAM, deixando a pasta da Secretaria de Trabalho e Assistência Social e centralizando sua estrutura no órgão paranaense do instituto, o qual foi criado pelo Governo Militar a nível nacional (COLOMBO, 2006).

Com o estabelecimento do novo Código de Menores, em 1979, fica determinada a associação entre o Poder Judiciário e o Sistema de Assistência Social, por meio do Juizado da Infância e da Juventude e o IAM. Essa união era responsável por orientar a triagem e observação do adolescente anterior ao internamento, além de outras medidas assistenciais por equipe técnica, a qual deveria considerar as dimensões sociais, médicas e psicopedagógicas na avaliação (COLOMBO, 2006). No Paraná, já era realizado um trabalho similar por meio do CEDIT (Centro de Estudos, Diagnóstico e Indicação de Tratamento), que realizava a triagem e separação do menor infrator dos demais adolescentes para efetivação dos encaminhamentos, em conformidade com a nova legislação (COLOMBO, 2006).

Com a extinção do IAM, em 1987, é criada a Fundação de Ação Social do Paraná (FASPAR), vinculada à Secretaria do Trabalho e Ação Social, a qual passa a gerir a Escola Queiroz Filho, sendo que esta tem o nome alterado para Unidade Social Professor Queiroz Filho (COLOMBO, 2006). O novo nome da unidade sinaliza a

intenção de rompimento com as práticas policiais e repressivas, juntamente com a adoção de um ambiente com foco assistencial e educativo (COLOMBO, 2006).

Em 1988, a partir da retomada democrática e da nova Constituição Federal, os movimentos sociais passam a reivindicar mudanças na assistência ao menor, como medidas de Liberdade Assistida pelo judiciário (COLOMBO, 2006). O juizado de Curitiba já tinha desde 1978 um Programa de Liberdade Assistida com os objetivos de redução de internamentos e a descentralização das ações nas Comarcas (COLOMBO, 2006).

Se nos movimentos sociais eram crescentes as reivindicações por mudança, no interior das unidades quase nada se alterava, e as instituições resistiram às mudanças, pois, de acordo com o autor Colombo (2006), “estava impregnada do código disciplinador absoluto, do *continuum* carcerário”.

Mobilizados pela nova Constituição Federal, a FASPAR publicou ao final de 1988 um documento intitulado “Proposta de municipalização das unidades sociais oficiais”, em que dispunha sobre a intenção do governo estadual de municipalizar as ações de assistência (COLOMBO, 2006). Enquanto diversas unidades sociais que atendiam crianças foram transferidas para os municípios a partir de 1989, a Queiroz Filho permaneceu na mesma localização, justificada pelo fato de ser uma unidade de internamento para infratores que demanda altos custos e uma estrutura de segurança, não passando para a Prefeitura de Curitiba como outras instituições (COLOMBO, 2006). Apenas em 1995 foram construídas outras unidades de internamento – instaladas em Foz do Iguaçu, Ponta Grossa e Londrina – a partir de convênios do governo do Estado com as prefeituras locais, o que aliviou a pressão da Queiroz Filho, que permaneceu por 30 anos a única instituição do Paraná voltada ao internamento do adolescente em conflito com a lei (COLOMBO, 2006).

Com a promulgação do ECA e a necessidade de readequação às novas exigências, a unidade passou a ser chamada, em novembro de 1992, de Unidade Social Oficial Educandário São Francisco, ou simplesmente Educandário São Francisco (COLOMBO, 2006). A partir de estudos de diagnósticos sobre a situação do atendimento e a elaboração de um plano de ação entre os anos de 2004 e 2005, todas as instituições de medidas socioeducativas de privação de liberdade passam a se chamar Centro de Socioeducação (CENSE), denominação que se mantém até hoje e regulamentada pelo Decreto Estadual número 7.663 de 2005 (PEIXOTO, 2011). Atualmente, os CENSE estão vinculados ao Departamento de Atendimento

Socioeducativo (DEASE), que integra a estrutura organizacional da Secretaria da Justiça, Família e Trabalho do Governo do Paraná (SEJUF), tendo como principais atribuições a organização, promoção, desenvolvimento e coordenação do Sistema de Atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná (PARANÁ, 2022).

O CENSE São Francisco tem capacidade para internação de 60 adolescentes do sexo masculino, conforme a resolução Nº 410/2022 (PARANÁ, 2022), e durante o período das entrevistas e observação deste projeto contava com 25 adolescentes, devido à contingência de vagas decretada pela situação de pandemia de COVID-19 em conformidade com a portaria nº 32/2022 - SEJUF/PR (PARANÁ, 2022).

3.3 A SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI NA HISTÓRIA

A efetivação do SUS por meio da lei 8.080, de 1990, traz como alguns de seus princípios doutrinários a integralidade, a universalidade e a equidade na assistência à saúde. A integralidade diz respeito ao conjunto articulado das ações individuais e coletivas de prevenção, promoção e proteção à saúde, enquanto a universalidade e a equidade se referem ao direito ao acesso à saúde por todo cidadão brasileiro e a garantia da atenção prioritária às maiores necessidades visando alcançar a igualdade (PAIM E SILVA, 2010).

O cuidado integral abrange o cuidado em todos os ciclos de vida. A atenção à saúde do adolescente, entretanto, apresenta alguns desafios particulares em sua efetivação. Por serem considerados uma população saudável, existe uma lacuna nas ações e cuidados voltados à juventude, exceto nas questões de saúde reprodutiva (BRASIL, 2010). Esse entendimento está alinhado a uma concepção limitada que descreve a saúde somente como a ausência de doenças. Ampliando para a compreensão da saúde como um processo determinado socialmente, a adolescência é um período que pode ser marcado por diversas situações ambientais e sociais que interferem no desenvolvimento e qualidade de vida. A juventude brasileira, por exemplo, é uma faixa etária altamente exposta à violência, sendo as agressões a maior causa de morte para adolescentes de 15 a 19 anos de idade (58,7%), seguida por acidentes (24,0%), afogamentos (6,6%) e lesões autoprovocadas (BRASIL, 2010). Já entre os adolescentes de 10 a 14 anos a maior causa de mortalidade foram os acidentes de transporte (35,9%), sendo as agressões a segunda maior causa, com expressivos 22,4% dos casos registrados (BRASIL, 2010).

Além disso, registram-se alarmantes índices de suicídio, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), mortalidade materna e abuso de álcool e outras drogas entre a população adolescente brasileira (BRASIL, 2010). Considerando a vulnerabilidade e a necessidade de fortalecimento do cuidado em saúde desse grupo populacional, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção em Saúde e do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, elaborou, especialmente de 2010 a 2018, manuais e materiais técnicos voltados, sobretudo, às equipes de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família. Entre os materiais desenvolvidos, destacam-se as publicações “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (2010), “Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde” (2013), “Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica” (2017), “Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva” (2018) e “Adolescência: novas descobertas e aprendizados” (2018). As publicações reforçam a importância da busca pelo cuidado integral à saúde do adolescente, garantindo as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

Além da garantia do direito universal à saúde estabelecido pela lei 8.080 (BRASIL, 1990), o ECA, por meio da lei nº 8.069, assegura em seu primeiro capítulo que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990). A lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, altera a lei nº 8.069 e inclui o “acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2016).

O ECA dispõe, ainda, sobre a responsabilidade compartilhada entre o estado, família, comunidade e sociedade em geral em assegurar com prioridade os direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990). Ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa permanece garantido o direito à saúde nos âmbitos de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão (BRASIL, 2014).

Ainda que garantido por meio das legislações vigentes, a saúde do adolescente em conflito com a lei apresenta complexidade ainda maior em razão de outros fatores, como a dificuldade de articulação das unidades socioeducativas com a rede de saúde e a manutenção da lógica prisional no atendimento ao adolescente em conflito com a lei (ARÊAS NETO, 2018). Conforme Fernandes et al. (2015), tratando-se de atenção à saúde dos adolescentes em privação de liberdade, nem sempre há correspondência entre a legislação e a realidade ou mesmo condições básicas e fundamentais da dignidade humana. O último Levantamento Anual do SINASE, de 2020, apontou que o indicador “Atenção Integral à Saúde” está em níveis inferiores ao esperado nas unidades brasileiras, recebendo apenas 2,40 dos 4,00 pontos almejados (BRASIL, 2020). Esse indicador avalia os seguintes aspectos:

- I) atendimentos de saúde nas unidades;
- II) Acompanhamento de profissional da saúde aos adolescentes que tomam medicamentos;
- III) Atendimentos de saúde voltados à habilitação e reabilitação de adolescentes com deficiência;
- IV) Atendimentos especializados aos adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

As questões apresentadas nos dois últimos aspectos obtiveram as piores pontuações, com 0,43 e 0,51 ponto cada, respectivamente, com valor máximo possível de 1,00. Em relação à pontuação do indicador, não houve diferença significativa entre as diferentes regiões do Brasil (BRASIL, 2020).

Em relação às características da Atenção Integral à Saúde nas unidades, são avaliados os aspectos:

- I) Espaço físico específico para atendimentos de saúde nas unidades;
- II) Tipos de atendimento de saúde oferecidos nas unidades;
- III) Momento em que são realizados os atendimentos de saúde nas unidades;
- IV) Acesso aos programas de vacinação.

Nessa categoria, a nota nacional foi de 8,75 de 12,00 pontos possíveis. O indicador aponta que as melhores médias foram nos quesitos “Acesso aos programas de vacinação”, demonstrando boa cobertura vacinal entre os adolescentes internados, porém notas abaixo do esperado em “Tipos de atendimento de saúde oferecidos nas unidades” e “Espaço físico específico para atendimentos de saúde nas unidades”,

apontando as fragilidades do cuidado em saúde nas unidades socioeducativas (BRASIL, 2020).

O levantamento do SINASE de 2020 apresenta, ainda, a inclusão dos adolescentes no cadastro do SUS, demonstrando bons resultados em todo território nacional, com 93% das unidades socioeducativas referindo que os adolescentes estão cadastrados nas unidades de saúde (BRASIL, 2020). O próprio relatório salienta que os indicadores utilizados para identificar os procedimentos realizados nas Unidades de Socioeducação em relação à saúde integral dos adolescentes tem o objetivo de mensurar a ocorrência dos atendimentos, entretanto não avaliam a qualidade dos mesmos (BRASIL, 2020).

Alguns marcos legais complementam e ampliam as determinações do ECA e do SUS, destacando-se a portaria interministerial nº 1426, de 2004, que aprova as diretrizes para a implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, a lei nº 12.594, de 2012, que institui o SINASE e a portaria nº 1.082, do Ministério da Saúde, de 2014, que redefine as diretrizes da PNAISARI.

As legislações vigentes são taxativas em relação ao direito à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Por exemplo, uma das definições indica que a presença de profissionais de saúde nas unidades socioeducativas não as exime de realizar articulação com as Redes de Atenção à Saúde, de preferência no nível da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2014). Aos adolescentes é garantida prioridade no atendimento e algumas das ações que podem ser ofertadas na APS são aquelas relacionadas ao crescimento, ao desenvolvimento, à sexualidade, ao planejamento familiar e também as ações de promoção e prevenção de agravos (BRASIL, 2021).

Porém, como já apontado, entre os marcos legais e a realidade, parece haver uma discrepância. Em estudos realizados no Rio de Janeiro e em Minas Gerais, foi possível verificar situações de superlotação nas unidades, além de piora geral no estado de saúde após a internação, assim como dores musculoesqueléticas, doenças dermatológicas e respiratórias, ISTs, dependência de substâncias psicoativas e problemas de saúde mental e bucal (RIBEIRO, 2017; AREAS NETO, 2018; PEDRO, 2018).

Já em análise bibliográfica realizada por Arêas Neto (2018), verificou-se escassez de estudos que analisem as condições de saúde dos adolescentes em

privação de liberdade. Observou-se que entre os anos de 2010 e 2015 houve um aumento das publicações, possivelmente relacionada com o próprio aumento das internações dos adolescentes por atos infracionais reveladas nas estatísticas oficiais (AREAS NETO, 2018). Nos 42 artigos encontrados houve predomínio dos estudos na área da psicologia (17), seguidos pelas áreas de saúde pública/coletiva (9), multidisciplinar (7), psiquiatria (6), saúde bucal (2) e educação física (1) (AREAS NETO, 2018). A maior parte dos artigos encontrados discute a complexidade da efetivação do modelo de ressocialização como substitutivo às práticas de repressão e punição proposta nas principais legislações e convenções nacionais e internacionais, como a Doutrina de Proteção Integral da Infância e da Juventude, das Nações Unidas. Tais dificuldades são encontradas tanto nos trâmites legais quanto no atendimento socioeducativo (AREAS NETO, 2018; SCISLESKI et al., 2014; CIARALLO; ALMEIDA, 2009; SILVA; RISTUM, 2010; FEITOSA; BOARINI, 2014; VICENTIN, 2011; GURALH, 2012).

No contexto da privação de liberdade, os procedimentos judiciais muitas vezes são tratados com prioridade, com as garantias sociais permanecendo em segundo plano. Essa situação colabora na preservação de uma lógica de punição em sobreposição a uma prática que considere o contexto social e a condição dos adolescentes enquanto sujeitos de direitos. Dessa forma, o que se percebe muitas vezes é justamente um cenário de restrição de direitos, com seu ápice na retirada do adolescente do convívio social (CAVALCANTI, DANTAS E CARVALHO, 2011). As próprias condições de aplicação da medida de internamento podem contribuir para a piora nas condições de saúde dos adolescentes ao desrespeitar direitos humanos essenciais, como terem seu propósito de ressocialização relegado e intensificarem processos de exclusão (AREAS NETO, 2018; DAVOGLIO et al., 2011; BRASIL, 2012a; COELHO, 2013; RIO DE JANEIRO, 2015).

O último relatório do SINASE, de 2020, identificou um total de 15 óbitos dentro das unidades socioeducativas no ano de 2019, sendo a maior parte deles ocasionados por homicídio praticado por outro adolescente (6), seguido por incêndio (4), questões de saúde preexistentes (3) e suicídio (2). O próprio relatório destaca a possibilidade de existir subnotificação nos dados, visto que o questionário é respondido pelos diretores das unidades e o óbito de adolescentes sob tutela do Estado pode ser enquadrado como crime. Além dos dados de homicídios, o relatório destaca que no indicador sobre tratamento desumano foram registrados cinco óbitos por uso abusivo

de força ou maus tratos, o que sugere possível inconsistência nas respostas fornecidas (BRASIL, 2020). Os dados apresentados no relatório apontam a fragilidade da garantia por parte do Estado de manutenção da integridade física dos adolescentes em privação de liberdade.

Em pesquisa realizada por Arêas Neto (2018), nas unidades socioeducativas de internação no estado do Rio de Janeiro, 46,3% dos adolescentes informaram ter percebido piora em seu estado geral de saúde no período de internamento, somente 14,3% identificaram melhoras em seu estado geral de saúde, enquanto outros 14,3% não perceberam diferenças em relação ao quadro de saúde. Além disso, aproximadamente 60% dos adolescentes relataram que lhes foi negado algum tipo de atendimento solicitado em saúde (AREAS NETO, 2018). . Do total de adolescentes internados no estado do Rio de Janeiro, 35,6% obtiveram atendimento médico ou ambulatorial na própria unidade socioeducativa, enquanto somente 29,6% acessaram as unidades de saúde de referência (AREAS NETO, 2018). Apesar de ser um estudo local, a pesquisa realizada aponta para as dificuldades na articulação das políticas de saúde e socioeducação, visto que a maior parte dos atendimentos ainda está centralizada dentro das unidades de internamento, contrariando as diretrizes de priorização dos atendimentos em outros espaços, buscando a reintegração do adolescente na comunidade em conformidade com os princípios da territorialização e da incompletude institucional (BRASIL, 2021).

Como mencionado anteriormente, os estudos na área da saúde e socioeducação se concentram principalmente na área da saúde mental. Entretanto, conforme destacado por AREAS NETO (2018), uma parte significativa das pesquisas da área tende a psicopatologização dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, o que contribui para uma assistência essencialmente biomédica, predominando a medicalização com objetivo de controle social, não de tratamento. As pesquisas apontam que nos atendimentos realizados tanto nas unidades socioeducativas quanto na rede externa de saúde predomina a farmacologização, ou seja, a intervenção farmacológica em situações e condições da adolescência, atuando de forma inócua pelo “sujeito” existente além da condição de infrator (AREAS NETO, 2018; VILARINS ET. AL, 2014).

Em estudo realizado nas unidades socioeducativas de Porto Alegre, verificou-se que 86% dos adolescentes tinham registrado em prontuário algum atendimento na

área de saúde mental durante seu período de internamento, sendo a maior parte dos atendimentos dentro das unidades (72,5%), enquanto somente 25% dos adolescentes realizaram tratamento em unidades de saúde externas, sendo a maioria em alguma modalidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (COSTA E SILVA, 2017). O estudo considerou como atendimento em saúde mental o uso de medicação psiquiátrica, atendimentos pela psicologia, participação em oficinas terapêuticas, entre outras atividades, não sendo identificado no estudo nenhum registro de atendimento em saúde mental na Atenção Primária (COSTA E SILVA, 2017).

A patologização de questões sociais é apontada por Arêas Neto (2018) como uma problemática a ser enfrentada nas pesquisas com os adolescentes em privação de liberdade, partindo do princípio que a própria institucionalização pode desencadear ou agravar quadros de sofrimento psíquico. O autor sugere que nas avaliações de saúde mental sejam consideradas as condições de vida anteriores à medida de internação, o histórico de saúde mental, o ambiente socioeducativo e o convívio social após o internamento (AREAS NETO, 2018).

Há algumas décadas o campo da saúde coletiva vem propondo estratégias de atuação intersetorial nas políticas públicas, sendo o princípio de descentralização do SUS um facilitador desses processos devido às suas estruturas institucionais mais horizontais e flexíveis (CAVALCANTI et al., 2021). As ações de saúde voltadas aos adolescentes em privação de liberdade devem considerar os determinantes sociais, inclusive as condições insalubres das unidades socioeducativas, a violência interpessoal e institucional, o baixo suporte familiar e comunitário e o contexto socioeconômico. Ao ignorar tais situações, as ações de saúde correm o risco de permanecerem ineficazes e pouco resolutivas (BRASIL, 2021). A efetivação da atenção integral à saúde dessa população implica na escuta de suas demandas, acolhimento de suas histórias, condições de vida e necessidades de saúde, deslocando o olhar do adoecimento e os sintomas de forma isolada em direção a um cuidado mais efetivo (BRASIL, 2021).

3.4 A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O espaço de “matriciamento” desenvolvido em Piraquara é uma prática proposta por uma instituição de autarquia municipal, a Secretaria Municipal de Saúde, e pela unidade socioeducativa de internamento, vinculada à Secretaria de Justiça do

estado do Paraná. Ou seja, é uma ação organizada por equipamento das duas esferas de governo que cumprem diferentes funções – atendimento à saúde e medidas socioeducativas. Apesar de cumprirem diferentes papéis nas políticas públicas existe um ponto convergente entre os setores: o manejo das situações de saúde apresentadas pelos adolescentes. A lei nº 12.594, que institui o SINASE, define em seu artigo oitavo que

Os Planos de Atendimento Socioeducativo deverão, obrigatoriamente, prever ações articuladas nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte, para os adolescentes atendidos, em conformidade com os princípios elencados na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

O documento da PNAISARI traz como um dos princípios da atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei o princípio da incompletude institucional (BRASIL, 2014). A incompletude institucional é uma contraposição ao modelo que atribuía à unidade socioeducativa a reponsabilidade de atender todas as demandas do atendimento prestado ao adolescente (BRITO, 2020). O princípio da incompletude institucional compreende que o envolvimento do adolescente em atos infracionais é um fenômeno complexo e não há uma ação ou política que isoladamente consiga garantir a proteção integral, demandando para essa finalidade a participação de políticas setoriais (MOTTI, 2015).

A articulação entre diferentes setores de políticas públicas e setores da sociedade com objetivo de intervenção nos determinantes sociais de saúde é denominada intersectorialidade (BRASIL, 2013). A temática das ações intersectoriais tem ganhado destaque na saúde coletiva em diversos espaços de construção coletiva como, por exemplo, na Declaração de Alma-Ata (1978), na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na Carta de Ottawa (1986), na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011) e na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Helsinque (2013) (AKERMAN, 2014). Considerando que o processo saúde-doença é determinado socialmente e por distintos setores sociais, cabem aos correspondentes setores a garantia da saúde, como direito humano e de cidadania, e a mobilização na proposição de intervenções que a promovam (BRASIL, 2010).

Em estudo de revisão de literatura realizado por Dubois, St. Pierre e Veras (2015) sobre o conceito de intersectorialidade foi verificado uma variedade de

terminologias no campo da saúde, como “ação intersetorial”, “colaboração intersetorial”, ou ainda “ação intersetorial para a saúde”. A maior parte das definições encontrada se referia às atuações intersetoriais como um processo, uma prática, uma colaboração, coordenação ou interação (DUBOIS, ST. PIERRE, VERAS, 2015). A construção dessas ações intersetoriais presume a troca de saberes, a construção coletiva de linguagens e práticas com objetivo de proporcionar possibilidades de melhora da qualidade de vida ou de determinada questão sanitária (BRASIL, 2010).

Por seu caráter plural, Akerman et al. (2014) apresenta a intersetorialidade como “a Babel entre as políticas públicas”, fazendo referência à narrativa bíblica da Torre de Babel, passagem em que Deus castiga a humanidade com a criação de diversas línguas, dificultando a comunicação entre os homens. A comparação faz referência às dificuldades na comunicação entre as políticas e seus atores, uma “comunicação imperfeita”, mas com potencialidade de vir a ser um dispositivo que promova encontros, escuta e alteridade, sem descartar também os interesses divergentes, as tensões e convergências possíveis e impossíveis (AKERMAN et. AL 2014; AKERMAN et. AL, 2006). Afinal, os ruídos, conflitos e tensões são parte de qualquer comunicação, não podendo ser suprimidos. Para Campos (2000), reconhecer essas contradições pode gerar dois movimentos: paralisia diante da crise ou enfrentamento reflexivo da dificuldade.

As iniciativas de intersetorialidade nas políticas públicas vêm sendo implementadas em sua maioria como ações pontuais, fragmentadas e sem mecanismos de sustentabilidade (AKERMAN et al., 2014, DE SALAZAR, 2012, ESCOREL et al., 2007). Conforme Akerman et al. (2014), essas ações devem explicitar uma proposta ético-político, sendo fundamental a construção de uma agenda de pesquisa sobre intersetorialidade que possibilite contribuições teóricas, de forma que elas não se tornem somente um experimento na gestão pública, e sim uma prática de governo (AKERMAN et al., 2014).

Uma prática intersetorial implementada nas políticas públicas é a ferramenta do matriciamento. O matriciamento, ou apoio matricial, é uma prática definida como “um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13). É uma prática de cuidado colaborativo, proposta por Campos (1999), que consiste em um novo arranjo organizacional e metodologia de gestão do trabalho em que equipes de referência contam com

retaguarda de apoio especializado no cuidado às situações de saúde. O apoio matricial também tem sido ampliado para outras ações intersetoriais, com relatos de práticas na educação (ZEEBERG et al., 2018).

O objetivo do apoio matricial é contribuir para a superação de um modo verticalizado do cuidado em saúde, centralizado no poder de algumas profissões e corporações de especialistas em detrimento de outras, e avançar em direção a uma prática dialógica entre as equipes, fortalecendo a equipe interdisciplinar (CAMPOS, 1999). Os serviços de saúde possuem uma tendência histórica a se organizar de maneira vertical, com predomínio de uma lógica de encaminhamento de casos a outros níveis de atenção, que possuiriam maior autoridade por serem “especializados”, existindo nesse processo também uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os profissionais e serviços nesse modelo tradicional também costuma ser precária e irregular, limitando-se muitas vezes a informes escritos e formulários de referência e contrarreferência, com pouca resolutividade (CHIAVERINI, 2011). Esse modelo de cuidado em saúde que conta com um sistema fortemente verticalizado e decisões centralizadas inclina-se, conforme Campos (1999) a produzir descompromisso e alienação entre a maior parte dos trabalhadores, além de enfraquecer o envolvimento das equipes com a população atendida.

A proposta do apoio matricial estimula as ações conjuntas em oposição às práticas individuais e fragmentadas. O termo “matricial” deriva do conceito de matriz, que, conforme explica Campos e Domitti (2007), possui diversos sentidos, variando de acordo com sua origem, seja ela latina, no campo da matemática ou da saúde. Na origem latina, significa o lugar onde se geram ou criam coisas. Já no campo da matemática, consiste em uma estrutura em que os números são dispostos em linhas e colunas, o que permite dispor sistemas de equações a fim de determinar seus elementos incógnitos. A aplicação do termo no campo da saúde supõe a possibilidade de que os profissionais de referência e os especialistas estabeleçam uma relação de horizontalidade, operando em um sistema diferente da tradição de prática vertical dos sistemas de saúde (CAMPOS E DOMITTI, 2007; MEDEIROS, 2015).

A construção de relações mais horizontais entre as equipes, retirando o foco da autoridade do especialista, possibilitaria o encontro e o diálogo de uma diversidade de saberes, estimulando os trabalhadores na proposição de projetos terapêuticos ampliados por outras racionalidades e visões de mundo (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Sob a lógica do apoio matricial é incentivada uma ampla gama de ações compartilhadas entre as equipes, como discussões de caso, consultas compartilhadas, visitas domiciliares e ações territoriais (FAGUNDES et al., 2021).

Por possibilitar a oferta tanto do suporte assistencial – na forma de atendimentos compartilhados, interconsultas, visitas domiciliares – quanto processos formativos visando ampliar a capacidade resolutiva da equipe, Campos e Domitti (2007) destacam o caráter técnico-pedagógico do matriciamento. Em alguns casos que apresentem demanda específica ao núcleo de saber de determinado profissional, a equipe secundária do apoio matricial pode, também, realizar intervenções especializadas, mantendo sempre contato e garantindo o seguimento com a equipe de referência do usuário (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

O apoio matricial tem sido proposto como estratégia há pelo menos duas décadas, sendo um marco importante nas políticas públicas de saúde a criação dos CAPS, no âmbito da saúde mental, e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio da portaria nº 154 de 2008, que estabelece equipe multiprofissional para suporte às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no âmbito da Atenção Primária. Uma das principais problemáticas na implementação das estratégias de apoio matricial já identificada na literatura é a permanência da lógica tradicional de encaminhamento ao especialista como prática hegemônica em diversos serviços de saúde. Por causa disso, há diversos casos de resistência por parte das equipes em compreender que o profissional matriciador não irá realizar consultas individuais como especialista (CHIAVERINI, 2011).

Por outro lado, a equipe especializada muitas vezes adota uma postura de se colocar em uma posição de ter que acolher, ensinar, elogiar ou corrigir a equipe de referência, ações que podem reproduzir uma tutela ou inviabilizar o diálogo (MEDEIROS, 2015). A operacionalização do apoio matricial proposta por Campos (1999) parte do princípio da valorização dos saberes de todas as categorias profissionais, considerando suas identidades na superação das posturas rígidas e burocratizadas dos modelos tradicionais de saúde. Levando em conta as práticas multiprofissionais adotadas nos serviços de saúde nas últimas duas décadas, é possível supor que algumas das ações realizadas e nomeadas como matriciamento não consistam de fato como apoio matricial (FAGUNDES et al., 2021).

O momento de encontro de duas ou mais equipes por si só não pode ser definida como matriciamento caso haja conservação da relação de hierarquia entre

matriciadores e matriciados, ou ainda quando mantém a lógica de ambulatório especializado dentro da Atenção Primária, mantendo o fluxo de encaminhamentos para consulta individual junto ao especialista (MEDEIROS, 2015). No trabalho desenvolvido por Fagundes et al. (2021), a partir do banco de dados de 2012 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instrumento de avaliação e monitoramento das ações da Atenção Primária, verificou-se que entre as equipes que realizam ações de apoio matricial a consulta clínica ainda é a mais realizada (85% das equipes), enquanto a ação “discussão sobre o processo de trabalho” é a menos realizada, sendo desenvolvida por somente 24,5% das equipes.

Como já mencionado, o termo matriciamento pode apresentar diversos sentidos a depender da origem de “matriz”. O trabalho de Fagundes (2015) apresenta uma interpretação inusitada: a de que a noção de matriz ao longo da história pode ter sido estabelecida como remetendo ao sentido de máter, a ligação entre matriz e filial, mantendo a hierarquia de posição. O conceito de máter parece, ainda, reproduzir a relação materno-infantil entre as equipes de apoio e referência, sustentando uma relação de dependência à figura do especialista:

Encontra-se, de um lado, uma equipe que não se autoriza a proceder ao ato de cuidado sem contar com o apoio supostamente especializado, e, de outro, aquela que, por sua vez, se autoriza pela sua experiência a ser propositiva do que deve ser feito e dos caminhos mais corretos e seguros para tanto (MEDEIROS, 2015, p.1174).

As considerações apresentadas pelos autores são realizadas a partir da análise dos processos de apoio matricial entre os serviços de saúde, especialmente da saúde mental, com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, NASF, e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde estão concentradas a maior parte das produções acadêmicas. A proposta de apoio matricial analisada nesse trabalho envolve outra política pública além da Saúde, a da Socioeducação, e conserva em sua proposta o conceito original de incentivo à responsabilização e autonomia das equipes, neste caso sendo as equipes de saúde as apoiadoras/especialistas e a equipe da Unidade Socioeducativa a equipe de referência. A distância existente entre a proposta do apoio matricial e a sua operacionalização nas equipes de saúde ficou evidenciada em diversas pesquisas, seria diferente no campo da intersetorialidade?

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi um desdobramento do projeto de 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”. A proposta de pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFPR sob número 5.365.037/CAAE 02353018.3.0000.0102.

4.1 O CAMPO

Os estudos do presente trabalho foram realizados no Centro de Socioeducação São Francisco (CENSE São Francisco), uma Unidade de Socioeducação situada no município de Piraquara, na Região Metropolitana de Curitiba, capital do estado do Paraná, Brasil (25°25'49.3"S 49°05'34.0"W). A visualização do local por satélite pode ser observada na FIGURA 5 e na FIGURA 6. A unidade tem capacidade para 60 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em regime de privação de liberdade.

FIGURA 5 – LOCALIZAÇÃO DO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO SÃO FRANCISCO (CENSE SÃO FRANCISCO) POR MEIO DE SATÉLITE

O município de Piraquara se localiza na Região Metropolitana da capital do estado do Paraná, Curitiba. Estima-se que sua população atual seja de 113.036 habitantes e a cidade é conhecida por seus mananciais de água que abastecem cerca de metade da Grande Curitiba e também pela localização do maior complexo penitenciário do estado, que abriga oito unidades, sendo quatro Penitenciárias Masculinas, uma Penitenciária Feminina, uma Casa de Custódia, um Centro de Integração Social e uma Colônia Penal Agroindustrial (PIRAQUARA, 2022).

O território onde o CENSE está inserido é em uma área distante do centro da cidade e da capital Curitiba, próximo a instalação do Complexo Penitenciário do Estado do Paraná, no bairro Vila Vicente Macedo. Sua construção se deu em 1964, e foi a primeira instituição do estado voltada para os adolescentes em conflito com a lei, sendo denominada inicialmente Escola Para Menores Queiroz Filho e focada na disciplinarização pelo trabalho (COLOMBO 2004; PEIXOTO, 2011). Com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente foi rebatizada como Educandário São Francisco (PEIXOTO, 2011), como costuma ser conhecida pelos moradores da região até hoje. Posteriormente recebeu o nome de Centro de Socioeducação São Francisco, que carrega até atualmente.

Historicamente, a construção do município de Piraquara traz em seu bojo uma trajetória de higienismo, isolamento e institucionalização, abrigando, além do complexo penitenciário, o antigo “leprosário” São Roque, hoje Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná administrado pelo estado, o Hospital Colônia Adauto Botelho e o Manicômio Judiciário, esses dois últimos atualmente pertencentes ao município de Pinhais desde sua emancipação em 1992 (WADI E CASAGRANDE, 2011). Conforme Colombo (2006), a escolha da construção de uma instituição voltada ao menor infrator não foi aleatória

O departamento de Edificações, vinculado à Secretaria de Viação e Obras Públicas, em 1958, elaborou a primeira planta do futuro reformatório (nome provisório da instituição) que seria construído junto ao Complexo Penitenciário de Piraquara. A concepção era uma mescla de escola com um ambiente de total reclusão. A localização já indicava essa tendência, pois no Complexo existia o leprosário, o manicômio e presídios. Agora receberia mais esta obra de reclusão. A proposta educacional pensada pelos idealizadores da obra física no final da 101 década de 1950 era marcada pelo interesse em associar a educação e o trabalho (COLOMBO, 2006, p. 100)

Pelo fato de abrigar essas instituições, Piraquara carregou consigo um estigma pelos municípios vizinhos e também pelos próprios moradores, sendo caracterizado como um “amontoador de hospitais e prisões” (KULAITIS, 2004). Apesar das transformações na estrutura do município ao longo dos anos, esse estigma ainda é presente e repercute no imaginário popular, com constante satirização pelos moradores sobre a presença das instituições penais (LAPCHENSK, 2017).

Devido a sua localização e ao histórico da cidade, o CENSE São Francisco é compreendido muitas vezes como pertencente ao complexo penitenciário, sendo difícil desassociar a finalidade das instituições de prisão e de cumprimento de medida socioeducativa, associando ambas à punição. Em estudos realizados sobre a saúde da população adolescente privada de liberdade, foi identificado que lógica da punição ainda persiste no atendimento sendo apontada como uma das principais causas da dificuldade em prestar assistência à saúde (AREAS NETO ET. AL, 2018).

Como forma de fortalecer o trabalho intersetorial e considerando essas especificidades históricas do município, foi realizada pelo município em janeiro de 2018 a adesão à PNAISARI e em 2020 foi a aprovação do Plano Operativo Municipal para atender a política (PIRAQUARA, 2020).

4.2 A INTERVENÇÃO REALIZADA: UM MATRICIAMENTO NÃO USUAL

Como forma de viabilizar as propostas e orientações da PNAISARI e avançar no cuidado e garantia de direitos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa foi proposta pela gestão municipal em 2019 reuniões nomeadas como matriciamento entre as equipes de saúde e socioeducação. A pesquisadora ingressou como servidora do município em abril de 2019, quando essa proposta estava iniciando, e pôde acompanhar as primeiras tentativas de arranjo dessa articulação.

A estratégia do matriciamento consistia na prestação de suporte por parte da equipe de saúde em situações de dúvidas em relação à avaliação e manejo de situações de saúde dos adolescentes pelas equipes do CENSE a partir da discussão de casos relatados pelas equipes da Unidade de Socioeducação. As reuniões seriam mensais e compostas pelas equipes da UBS Takami Tano - Vila Macedo, que atende

o território onde se localiza o CENSE, as equipes de Saúde Mental do município (CAPS Álcool e Drogas, a equipe do CAPS II não atende menores de 18 anos) e equipe técnica do CENSE, estando inclusa a equipe de saúde da instituição, além dos gestores de ambas as instituições. Nas reuniões de matriciamento poderiam ser realizados estudos de caso, além de discussões sobre os fluxos de trabalho e de encaminhamentos possíveis de cada situação, visando suporte em situações que demandem algum tipo de acompanhamento e que são identificadas pela equipe de saúde do CENSE, definindo estratégias de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta de trabalho da saúde e o Plano de Atendimento Individual (PIA), ferramenta da Unidade de Socioeducação.

Em 2019 foram realizados alguns encontros iniciais para apresentação e aproximação das equipes, sendo proposto que as reuniões fossem rotativas, cada mês em um equipamento – CENSE, UBS ou CAPS. A pesquisadora participou de duas reuniões no ano de 2019, a primeira no CENSE São Francisco e a segunda na UBS Takami Tano – Vila Macedo.

Ainda em 2019, a pesquisadora participou de uma oficina realizada pela gestão estadual do sistema socioeducativo com trabalhadores da saúde e da socioeducação dos municípios de Curitiba e Região Metropolitana onde foram abordadas as dificuldades e potencialidades da articulação intersetorial. Nesta oficina a pesquisadora teve o primeiro contato com 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”, pois os integrantes do grupo de pesquisa eram os coordenadores da oficina.

Em 2020, com a situação da pandemia de COVID-19, as reuniões presenciais foram interrompidas e as equipes de saúde voltaram suas atividades principalmente ao atendimento de quadros respiratórios devido ao estado de Emergência em Saúde Pública. Ao final de 2020 foi proposto pela gestão municipal o retorno das reuniões de matriciamento, de forma remota, por meio de aplicativo de videoconferência, para que as atividades pudessem ser retomadas com segurança. Estes encontros até o momento de finalização da coleta de dados ainda estavam sendo realizados de forma remota.

4.3 O DESENHO DO ESTUDO

Ao longo da atuação na rede de saúde de Piraquara e como participante do processo de implantação do projeto de matriciamento com o CENSE, a pesquisadora pôde observar nos relatos e experiências compartilhadas no cotidiano do trabalho as dificuldades de articulação com a rede, a possível potencialidade da estratégia de apoio matricial e a necessidade de compreender essa ferramenta já existente partindo da hipótese que ela possa fortalecer as ações intersetoriais e contribuir no avanço da execução das propostas da PNAISARI.

Por se tratar de proposta de análise de um processo de implantação de uma ferramenta faz-se necessária a utilização de um método de pesquisa que permita descrever e analisar o dinamismo e as relações entre as equipes multiprofissionais. Opta-se então pela pesquisa qualitativa, considerando-a como um método que contemple a realidade humana vivida socialmente, compreendendo seus diversos sentidos e significados (MINAYO E DESLANDES, 2010).

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório. A pesquisa qualitativa nas ciências sociais busca compreender um nível de realidade que não pode ser quantificado, operando para isso com o conjunto de significados, processos e fenômenos mais complexos das relações, não os reduzindo à mera operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001). A pesquisa qualitativa busca, portanto, compreender e interpretar a dinâmica social, considerando a inteligibilidade das situações sociais e os significados e intenções conferidos pelos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2005).

Optou-se no estudo pela triangulação de métodos, que conforme Minayo (2005), não é um método em si, e sim uma estratégia de pesquisa que se fundamenta em métodos científicos e validados quando se existe a intenção de ampliar o conhecimento sobre determinado assunto. A triangulação é portanto uma ação orientada para a combinação de métodos e técnicas visando uma compreensão mais aprofundada da realidade (MINAYO, 2005).

Inicialmente a triangulação de métodos foi utilizada nas pesquisas como forma de validação dos resultados, adotando dois métodos distintos para testar se chegariam a resultados convergentes, porém alguns autores como Duarte (2009), Kelle (2001); (Kelle e Erzberger, 2005) e Flick, (2005) defendem a triangulação sob a

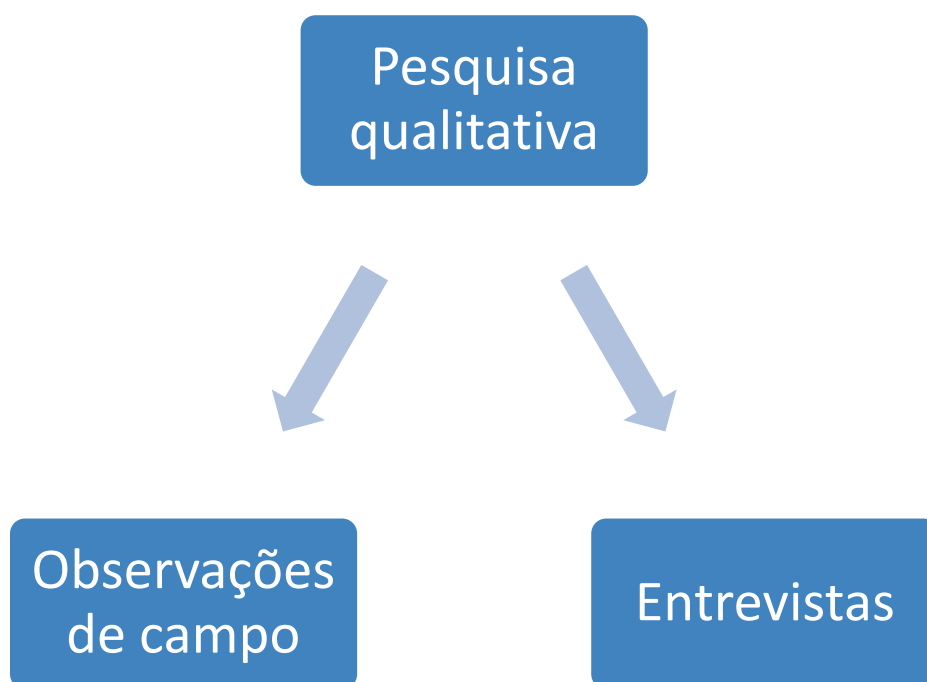
perspectiva da complementaridade, integrando perspectivas diversas em relação ao estudo ou ainda como possibilidade de explorar paradoxos e contradições. É sob essa perspectiva da complementaridade que adota-se a triangulação de métodos neste trabalho.

Por meio do estudo almejou-se compreender o processo do matriciamento e seus efeitos nos profissionais que participam. Como forma de obter esses dados foram realizadas observações de campo a partir de um lugar de pesquisadora e participante do processo de articulação entre as equipes de saúde e do Centro de Socioeducação (CENSE), sendo realizados registros escritos contendo relatos de observação e percepções da pesquisadora sobre os momentos de reuniões e encontros entre as equipes.

De forma complementar foram realizadas também entrevistas com trabalhadores de ambas as equipes e com os gestores, com objetivo de compreender a construção desse projeto e seus efeitos em ambas as equipes e visando obter por meio das narrativas as percepções, dificuldades, emoções, crenças e demais relações com o objeto do estudo. O anonimato e o sigilo dos participantes foi preservado em todas as etapas da pesquisa.

A pesquisa combina dois métodos complementares para obtenção dos dados e análise do processo, como pode ser visualizado na figura 1.

Figura 7



Fonte: a autora (2022)

4.3.1 As observações de campo

A proposta de pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFPR e com sua aprovação registrada sob número de parecer 5.365.037. Conforme já mencionado anteriormente, foram adotados dois métodos complementares: as entrevistas e os diários de campo. Os registros foram realizados a partir da observação participante da pesquisadora nos espaços de matriciamento e práticas de articulação entre as Unidades de Saúde e a Unidade Socioeducativa.

A observação participante é definida por Minayo et. al (2004) como uma técnica que “tem a finalidade de contrabalançar a investigação que valoriza a fala com a que avalia a ação, as relações e os evasivos da vida cotidiana, na medida do possível, participando mais ou menos do contexto da investigação (MINAYO ET. AL, 2004, p.88). Por meio do contato direto do pesquisador com o objeto de estudo, a

observação participante permite a coleta de informações dos atores e da situação social em seu próprio contexto, podendo modificá-lo e ser modificado por ele alcançando situações e fenômenos que não podem ser obtidos pelas perguntas (NETO, 2004).

Os diários de campo eram confeccionados sempre que ocorriam as reuniões ou outros momentos de articulação entre as equipes da saúde e da Unidade de Socioeducação. As anotações eram feitas de forma escrita em um caderno da pesquisadora e posteriormente transcritos para um documento no formato Word®.

Inicialmente foi construído um roteiro, que se encontra no APÊNDICE X, para guiar o registro escrito dos encontros. O objetivo principal do roteiro é definir o que observar, com enfoque nas questões já definidas para avaliação, mas também permitindo a espontaneidade e possibilidade de novas descobertas (MINAYO et. al, 2004). No roteiro construído foram questões guia a descrição do local da reunião, o horário, os participantes, a descrição do ambiente, descrição do objetivo da reunião e a metodologia adotada, além do comportamento e expressões dos participantes e quais foram os encaminhamentos realizados.

Os escritos continham o conteúdo dos temas abordados nas reuniões, as “pautas”, e também considerações e percepções da pesquisadora sobre conflitos, tensões, relações e outros aspectos que fossem considerados relevantes para a pesquisa. No processo de observação o diário de campo é, conforme Neto, um “amigo silencioso”, (2004), que permite o registro das percepções, angústias, questionamentos e informações em qualquer momento da rotina do trabalho de pesquisa.

No início das observações a pesquisadora estava lotada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) que era naquele momento o único equipamento que participava das reuniões de matriciamento junto ao CENSE. Houve uma interrupção de cinco meses entre as reuniões e nesse período foi realizada a transferência da pesquisadora à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Primária (NASF), passando a acompanhar os matriciamentos e registrar as observações a partir da Unidade Básica de Saúde referência do território da Unidade Socioeducativa. A UBS se localiza no bairro Vila Macedo e atende os territórios do

bairro de mesmo nome e também o bairro Vila Militar. É composta por duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com dois médicos de família, dois enfermeiros, 8 Agentes Comunitários de Saúde, um Agente de Endemias, um dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal, além de um médico de acolhimento que atende as chamadas “demandas do dia” (consultas não agendadas). A UBS atende um território estimado em cerca de oito mil pessoas, incluindo as unidades do Complexo Penitenciário localizadas no território e a Unidade de Socioeducação, e realiza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. São realizados atendimentos de vacinação, acolhimento em consulta de enfermagem, atendimentos médicos e odontológicos, grupos de atendimento à pessoas com doenças crônicas como hipertensos e diabéticos e ações do Programa Saúde na Escola (PSE). A equipe do NASF realiza o suporte à equipe ESF, contando com um nutricionista, um psicólogo e um fisioterapeuta que realizam ações na UBS de uma à duas vezes por semana, como consultas compartilhadas, reuniões de matriciamento com equipe ESF, grupos, capacitações em educação permanente e atendimentos domiciliares.

Inicialmente as reuniões de matriciamento aconteciam mensalmente, porém, devido às mudanças nas coordenações da Secretaria de Saúde Municipal, o matriciamento entre as equipes deixou de acontecer por 5 meses, de novembro de 2021 à abril de 2022, sendo retomado em maio daquele ano de forma bimestral ou trimestral. Em setembro de 2022 as reuniões de matriciamento deixaram de acontecer, sem maiores explicações, sem novos encontros. O agendamento de atendimentos passou a ser realizado por sistema informatizado entre as coordenações e direções dos serviços.

Para facilitar a compreensão temporal desse processo, foi construído um modelo de linha do tempo com a breve história do matriciamento entre saúde e socioeducação no município, disposta na figura a seguir.

LINHA DO TEMPO DO MATRICIAMENTO SAÚDE E SOCIOEDUCAÇÃO



Fonte: a autora, 2023

No período em que as reuniões e encontros aconteciam, seja pessoalmente ou de forma remota, o diário era preenchido pela pesquisadora durante os encontros, considerando os pontos do roteiro e também as percepções e informações espontâneas compreendidas como importantes.

Já as tentativas de retomada do espaço, além de possíveis diálogos sobre a socioeducação que aconteciam nas Unidades de Saúde no período em que não foram realizadas as reuniões, também foram registradas como observações de campo. No diário referente ao período de hiato das reuniões, por exemplo, foram registradas as tentativas de contato por e-mail, sem retorno dos setores responsáveis, assim como as articulações (ou ausência delas) entre a unidade de saúde e a unidade de internamento nesse período sem as reuniões e as percepções da pesquisadora.

O período de observação da pesquisa teve duração de oito meses, sendo elaborados nesse período seis arquivos de diário de campo. Os diários dos meses em que não houve reuniões foi registrado em um único arquivo. Após a leitura dos registros, os excertos foram transferidos para uma tabela em formato Excel® e reescritos em narrativa em primeira pessoa. Na sequência, foram transferidos para a mesma tabela, em uma nova aba, as narrativas das entrevistas realizadas com os profissionais. O processo de realização das entrevistas será melhor descrito na sequência

4.3.2 As entrevistas

Após a aprovação no CEP, a pesquisadora fez contato com os trabalhadores da saúde municipais para realização das entrevistas, sendo realizada abordagem e apresentação da proposta nos equipamentos CAPS AD, UBS e Secretaria Municipal de Saúde. Os critérios de inclusão da pesquisa foram profissionais adultos, acima de 18 anos que trabalhassem há pelo menos seis meses nas instituições de saúde e socioeducação, sem nenhum déficit cognitivo aparente e que aceitassem voluntariamente participar da pesquisa. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram trabalhadores que atuassem há menos de seis meses nas instituições, ou com déficit

cognitivo evidente, que não aceitassem participar da pesquisa ou assinar o TCLE. Devido ao contexto de pandemia de COVID-19 foi ofertada a possibilidade de realizar a entrevista por meio de videoconferência. Foram combinados data e horário entre a pesquisadora e os entrevistados e as entrevistas que foram realizadas de forma presencial foram realizadas nos serviços de saúde, em sala privada, sem acesso de terceiros e em ambiente com o máximo de silêncio, também mediante agendamento prévio. Duas das entrevistas foram realizadas por outras integrantes do grupo de pesquisa, alunas da graduação.

Após a abordagem dos trabalhadores da saúde foi iniciada a etapa de aproximação do campo da Unidade de Socioeducação. Após contato inicial via aplicativo Whatsapp® com o responsável pela instituição, foi realizada apresentação da proposta, sendo indicadas algumas pessoas que atendiam aos critérios de inclusão (adultos, que trabalhavam há mais de seis meses em Unidade de Socioeducação e interesse voluntário em participar da pesquisa). A pesquisadora realizou contato com esses profissionais e com aqueles que retornaram foi agendado data e horário para as entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em aplicativo do celular ou por meio do aplicativo Zoom® que disponibiliza o recurso de gravação. O anonimato e o sigilo dos participantes foram preservados em todas as etapas da pesquisa.

O consentimento dos participantes se deu por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao longo dos meses de coleta foram realizados cinco relatos de observação de campo, do período de novembro de 2021 a setembro de 2022.

Foram realizadas ao todo sete entrevistas, sendo cinco com profissionais da saúde municipal e duas com os profissionais da socioeducação. A amostra e seleção dos participantes foi realizada após contato inicial com as instituições e com os profissionais interessados. Três entrevistas foram realizadas de forma presencial e quatro de forma online, sendo a modalidade escolhida pelo participante no momento da abordagem inicial quanto ao interesse em participação na pesquisa. Cinco entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal e duas por demais integrantes do grupo de pesquisa, alunas da graduação. As entrevistas foram realizadas a partir de perguntas disparadoras elaboradas pelo grupo de pesquisa descritas no APÊNDICE I e buscou compreender a articulação entre as equipes de

saúde e socioeducação e o entendimento dos profissionais em relação ao matriciamento. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos.

4.4 A ANÁLISE DOS DADOS E REFERENCIAL TEÓRICO

Após a coleta dos dados, foi realizada a transcrição das entrevistas de forma integral, possibilitando a análise dos materiais. As observações de campo foram organizadas na forma de narrativa em primeira pessoa e unificadas em um único arquivo para melhor visualização. Os dados de entrevista e das observações participantes foram então copiados em uma tabela no Excel®, agrupando os conteúdos semelhantes a fim de melhor visualizar os aspectos mais comuns nos materiais. Foram adotadas as siglas “**ES**” para categorizar as entrevistas dos profissionais de saúde e “**EC**” para as entrevistas com os trabalhadores do CENSE, de forma a não permitir a identificação dos participantes da pesquisa.

Os dados foram analisados a partir de um referencial que permita compreender a experiência dos sujeitos participantes da pesquisa a partir de suas narrativas, sendo adotado para esse fim a Hermenêutica a partir da interpretação de Ricoeur, com os relatos mediando a compreensão do texto (FONSECA, 2009).

As pesquisas qualitativas em saúde coletiva muitas vezes se propõem a descrever e compreender experiências e as perspectivas diversas dos sujeitos envolvidos em determinados cenários e, visando alcançar essa finalidade, tem se expandido a utilização das abordagens narrativas (ONOCKO CAMPOS ET. AL, 2013).

A compreensão de narrativa adotada neste trabalho é baseada na de Paul Ricoeur, sintetizada por Onocko Campos et. Al (2013), como essencialmente relacionada ao caráter temporal das experiências humanas, o que permite a proximidade da ficção e da história. A narrativa, a partir da perspectiva de

Ricoeur, adota um caráter de reciprocidade, “tudo o que se pode narrar desenvolve-se em relação ao tempo; e tudo o que transcorre no tempo é passível de ser narrado” (ONOCKO CAMPOS ET. AL, 2013).

No presente estudo, tanto os relatos obtidos nas entrevistas quanto os diários de campo foram reescritos em forma de narrativas, buscando-se extrair ao máximo a proximidade com a experiência vivida no processo de trabalho investigado. Conforme Ricoeur (1997), a ficção narrativa torna possível “refazer” a realidade prática a partir

da capacidade do texto de intencionalmente expandir o horizonte de uma nova realidade, ou de um novo mundo, o que torna possível a intervenção no mundo onde ocorre a ação.

O processo de produção das narrativas teve início com a transcrição integral das entrevistas em um documento de formato Word®. Além da escrita de todo o conteúdo da fala dos entrevistados, foram transcritos também aspectos não verbais da entrevista, como interrupções da fala, pausas, hesitações e outros elementos que poderiam indicar emoções do entrevistado, como suspiros ou risos.

Após a transcrição, os relatos foram lidos e relidos diversas vezes, buscando a familiaridade com o conteúdo e a preparação para a análise. Foram retirados do texto possíveis vícios de linguagem, permitindo uma leitura mais fluida do texto.

Os excertos foram transferidos para uma tabela no Excel® e agrupadas inicialmente de acordo com a semelhança entre os relatos. Os trechos que abordaram o processo de trabalho, por exemplo, foram incluídos na mesma grade, possibilitando a observação desse conteúdo para posterior análise e categorização.

Os trechos dos diários de campo foram organizados de forma similar, em uma outra tabela, com agrupamento dos trechos similares ou com temas comuns.

Os trechos transcritos das entrevistas foram reescritos em forma de narrativa em primeira pessoa, buscando-se ao máximo transmitir a experiência do narrado pelos participantes da pesquisa de modo organizado.

Na sequência, após análise dos materiais das entrevistas e dos diários de campo, os relatos foram organizados em algumas categorias, considerando suas semelhanças.

Na primeira categoria, “A relação entre as equipes de saúde e a unidade de internação da socioeducação”, foram incluídos os relatos que abordaram as descrições, impressões e sugestões sobre as atividades compartilhadas ou de articulação entre as equipes da saúde e da Unidade Socioeducativa.

Na segunda categoria “Funcionamento do matriciamento como arranjo organizacional”, foram agrupados os relatos relacionados às impressões dos entrevistados e da pesquisadora sobre o arranjo matricial e sua relação com os atendimentos aos adolescentes.

Na terceira categoria “Percepções sobre cuidado ofertado aos adolescentes” foram incluídos os relatos sobre as percepções sobre as situações e problemas de saúde dos adolescentes e o cuidado direcionado nos casos atendidos.

Para a análise das narrativas, foi adotado o referencial Hermenêutico de Paul Ricoeur, que considera o caráter temporal da experiência humana, o que confere à qualquer mundo apresentado pela narrativa uma experiência temporal (RICOEUR, 1994).

A escolha pelo método adotado para a análise dos dados considera a complexidade da pesquisa qualitativa em descrever fenômenos da atividade humana em contextos e momentos históricos diversos, não havendo, por esse motivo, uma única técnica narrativa adequada ou capaz de responder na totalidade os questionamentos produzidos (ONOCKO CAMPOS ET. AL, 2013).

Busca-se então a partir do referencial hermenêutico aproximar-se da experiência vivida e recriar essa realidade por meio das narrativas, almejando por fim alcançar a “traducibilidade” do narrado para o campo das políticas e das práticas (ONOCKO CAMPOS ET. AL, 2013).

Como referencial interpretativo, esse trabalho adota os conceitos da Clínica Ampliada, das Redes Vivas e da Atenção Psicossocial.

Em relação à Clínica Ampliada como norteadora desse trabalho, adota-se o conceito proposto por Campos (1997) como possibilidade de superação da clínica moderna, caracterizada pela centralidade de sua atuação na doença, tendendo a um viés biológico em detrimento dos aspectos sociais e subjetivos, uma clínica degradada por interesses financeiros e desigualdades de poder. Ainda que se considere o indivíduo, na perspectiva da clínica moderna o sujeito é considerado por um viés reducionista, um ser fragmentado, composto de partes, sintomas que devem ser eliminados ou corrigidos, reduzindo as possibilidades de prevenção, promoção e reabilitação em saúde (CAMPOS, 1997).

Como consequência da atuação da clínica moderna, Campos (1997), destaca também a multiplicação de especialidades, o que fragmenta o processo de trabalho em saúde, além de limitar a capacidade operacional de cada Clínico. Como resultado dessa atuação, tem-se a perpetuação do controle social da Medicina sobre os sujeitos, em uma função de árbitro em questões ligadas à vida, além de uma alienação do trabalhador em relação às pessoas atendidas. Esse processo é resumido por Campos:

[...]Percebe-se, no dia-a-dia, um grau cada vez maior de alienação de seus agentes em relação

aos sujeitos concretos dependentes de seus cuidados. Alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da seqüência automática de procedimentos e, no entanto, grande capacidade de influenciar o imaginário social (CAMPOS, 1997, p.8)

A proposta da Clínica Ampliada é justamente o deslocamento da centralidade da doença em direção ao cuidado do sujeito concreto, alguém com uma existência também concreta, uma história, determinado social e subjetivamente e que apresente alguma enfermidade ou situação de saúde (CAMPOS, 1997). Esta perspectiva supõe o protagonismo e a cidadania ativa, uma Clínica do Sujeito, considerando a doença como mais um elemento dessa existência (CAMPOS, 1997).

Uma das possibilidades de materializar práticas de saúde que caminhem nessa direção apresentada por Campos (1997) é justamente a da atuação do Apoio Especializado Matricial, organização horizontal do processo de trabalho que visa mesclar especialização com interdisciplinaridade, possibilitando a criação de Projetos Terapêuticos Amplos e protagonizados pela pessoa atendida, superando a fragmentação da clínica moderna.

Já a noção de Redes de Saúde adotada nesse trabalho é a defendida por Emerson Merhy, que compreende o cuidado em saúde como um processo vivo, dinâmico, em que os usuários possuem modos de produzir cuidado, lógicas de existir próprias, que são muitas vezes julgadas e limitadas pelas instituições de saúde (MERHY, 2016).

Frequentemente os serviços de saúde ofertam o cuidado a partir de uma lógica de saberes proveniente unicamente da formação do profissional, adotando o usuário como objeto de ação e descartando as experiências e conhecimentos daquele que procura o atendimento (MERHY, 2016). Como resultado desse modelo existe somente a possibilidade de reafirmação do já sabido, do saber sobre o outro, em que o profissional ensina alguém que supostamente nada sabe a forma “correta” de melhor

viver a vida, um encontro desigual, assimétrico em que predomina um único saber em relação aos outros possíveis (MERHY, 2016).

A proposta das Redes Vivas é considerar as multiplicidades, incorporando ao cuidado as singularidades e possibilidades existenciais das pessoas atendidas como Rede Vivas em produção, uma rede de encontros que permita conhecer não só por onde o usuário circula, mas o que lhe afeta, suas experiências, gostos, sua existência para além do projeto terapêutico institucional, ampliando o olhar e a escuta na compreensão do sofrimento para além do processo saúde-doença (MERHY, 2016).

Muitas vezes a expectativa que se tem em relação ao usuário é, segundo Merhy (2016), que ele deixe para o lado de fora do serviço de saúde a vida que traz, de forma que profissional e usuário não se conhecem, não se conhece as redes em quais as pessoas atendidas circulam, nem como se dá essa circulação nos diferentes territórios. A atuação limita-se a planejar ações e política focais, desconectadas, perdendo de vista a produção da vida onde existe maior potencialidade (MERHY, 2016). Conforme Merhy, “a falta de rede de encontros empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro” (MERHY, 2016, p. 37).

Finalmente, por Atenção Psicossocial entendemos a proposta que visa romper com a racionalidade psiquiátrica, que reduz a loucura ou o sofrimento psíquico somente aos processos cerebrais que podem ser traduzidas em uma linguagem neuroquímica e nomeadas como desviantes, aventando em seu lugar uma compreensão do sofrimento em articulação com o “plano da vida”, adotando como objeto das práticas não somente a doença, mas a complexidade da vida (YASUI, LUZIO E AMARANTE, 2018).

Mais do que uma prática, a Atenção Psicossocial é uma ética do cuidado guiada pelo respeito às diferenças, a construção de um novo lugar para o louco que passa pela transformação de mentalidades, hábitos e costumes intolerantes ao diferente e sua substituição pela criação de espaços de relações sociais baseadas em valores como a generosidade, a hospitalidade, e a tolerância (YASUI, 2009).

Os referenciais nos guiam na compreensão das contradições e potencialidades de como se organiza a prática de matriciamento enquanto arranjo intersetorial e a oferta de cuidado da rede de saúde aos adolescentes em privação de liberdade em situação de sofrimento psíquico.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Como mencionado em seção anterior, a pesquisa é um desdobramento do projeto de 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”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFPR. Em março de 2022 foi submetida ao CEP emenda contendo os objetivos e a metodologia dessa pesquisa, destacando a importância da ampliação do campo para compreensão do objeto. O estudo teve aprovação sob número 5.365.037/CAAE 02353018.3.0000.0102.

5 RESULTADOS

Na etapa das entrevistas, participaram três trabalhadores da saúde, duas gestoras da saúde, uma profissional do CENSE e um gestor do CENSE. Duas profissionais de saúde eram do sexo feminino e um do sexo masculino. As duas gestoras da saúde eram do sexo feminino. A profissional do CENSE era do sexo feminino e o gestor do sexo masculino. Os profissionais da socioeducação estavam há mais de 10 anos atuando na área, enquanto as profissionais de saúde trabalhavam entre 1 e 6 anos nos serviços de saúde do município à época da realização das entrevistas.

A partir da leitura por diversas vezes do conteúdo das entrevistas e dos registros de observação participante foi possível identificar alguns tópicos centrais nas narrativas, que foram agrupados na Tabela 1.

Tabela 1

Categorias	Tópicos emanados das entrevistas
A relação entre as equipes de saúde e a unidade de internação da socioeducação	Atividades realizadas pela saúde com os trabalhadores do CENSE
	Atividades realizadas pela saúde com os adolescentes do CENSE
	Sugestões quanto às atividades entre saúde e socioeducação
	Relação entre os serviços de saúde e unidades socioeducativas
	A logística operacional para a articulação do cuidado
	Como o matriciamento é organizado
O funcionamento do matriciamento como arranjo organizacional	Encaminhamentos da rede de saúde à socioeducação
	Percepções sobre os atendimentos de saúde
Percepções sobre cuidado ofertado aos adolescentes	Problemas de saúde acolhidos
	O uso de medicamentos

Fonte: a autora (2023)

5.1 A RELAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE E A UNIDADE DE INTERNAÇÃO DA SOCIEDUCAÇÃO

Nas observações de campo e nas narrativas surgem os relatos sobre as reuniões de matriciamento serem a principal atividade de encontro entre as equipes de saúde e a unidade de internação (CENSE) da socioeducação, espaço onde são discutidos casos dos adolescentes internados. Nos primeiros meses de observação participavam somente uma profissional da equipe do CAPS AD e dois profissionais da equipe do CENSE, sendo uma reunião de três pessoas.

Houve um hiato de cinco meses entre as reuniões devido às mudanças nas coordenações de saúde municipais e a designação de uma nova responsável pela PNAISARI na secretaria, período em que não ocorreu nenhum encontro ou discussão de caso. Após cinco meses as reuniões de matriciamento foram retomadas com a presença da equipe da UBS de referência e a frequência das reuniões, antes mensal, passou a ser bimestral ou trimestral. As narrativas descrevem a atividade do matriciamento e seu funcionamento.

ES2: “Basicamente nossa relação com a socioeducação é relacionada ao matriciamento, já é pactuada há algum tempo, acredito que desde 2017 mais ou menos que a gente faz esse tipo de serviço que é o matriciamento com o serviço da socioeducação”

EC1: “A gente tem essas reuniões de matriciamento, mas quando elas começaram há uns cinco anos atrás mais ou menos, era direto com o pessoal do CAPS, então vinha quando a gente queria encaminhar alguém para o CAPS ou para fazer essa avaliação de acompanhamento deles, pra dar o retorno, então a gente tinha esse processo. Depois deu uma parada e aí agora retomou”.

Em alguns momentos foi possível perceber nas observações que a reunião deixou de acontecer por problemas de logística (falta de servidores, de transporte, de internet), por mudanças na gestão municipal ou por questões de agenda dos gestores, que relatavam imprevistos e que não poderiam participar da reunião, cancelando os encontros.

Os participantes das entrevistas relatam algumas das mudanças no formato do matriciamento desde que ele iniciou no município, como por exemplo momentos em que ele aconteceu de forma presencial e momentos que se realizou de forma remota, por videoconferência. Além disso, foram descritos pelos participantes momentos em que ele deixou de acontecer por um período, sendo retomado após algum período de tempo. Também foi descrito que em alguns momentos a proposta era que as reuniões

de matriciamento acontecessem de maneira “alternada”, cada mês em um equipamento (CAPS AD, UBS e CENSE), e em outros momentos era centralizado em um só local.

As narrativas descrevem a modificação no arranjo das reuniões de matriciamento e também que as pactuações entre os serviços foram refeitas em algumas ocasiões.

ES2: “Primeiro que o matriciamento era pra ser realizado itinerante, a gente tentou, antes a equipe do CAPS ia até o CENSE, ai depois de um tempo a gente tentou fazer itinerante, ir uma vez no CAPS, uma vez no CENSE e uma vez na Unidade de Saúde, não funcionou dessa forma. As vezes a equipe do CENSE não poderia ir até lá, ou às vezes a Unidade de Saúde não tava esperando esse matriciamento, então tinha alguns furos aí”

Uma das trabalhadoras da saúde descreve que não há muita articulação entre os equipamentos de saúde que atendem o adolescente em privação de liberdade no município, mencionando a ausência da equipe da Unidade Básica de Saúde nas reuniões de matriciamento e a falta de articulação do CAPS com a UBS.

Os participantes das equipes de saúde e da equipe de socioeducação narram sobre um desejo de atuações mais conjuntas entre eles, porém relatam ações mais isoladas no que se refere aos atendimentos de saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em regime de privação de liberdade.

Uma trabalhadora da saúde relata que acharia interessante se pudesse ir até a Unidade Socioeducativa e realizar atividades no local, como grupos, ampliando a oferta terapêutica.

Já uma trabalhadora da Socioeducação relata que gostaria de realizar ações mais conjuntas de prevenção e orientação à saúde, mencionando que somente uma vez ao ano que ocorre uma ação conjunta, no “dia da saúde”.

No período da observação de campo não houve nenhum momento de ações compartilhadas entre as equipes do CENSE e da saúde para além das reuniões de matriciamento e das consultas individuais, normalmente acompanhadas por um Agente de Socioeducação. Não houve registro de atividades como visitas domiciliares conjuntas, consultas compartilhadas ou ações de colaboração nas intervenções

terapêuticas das equipes da Atenção Primária ou do CAPS AD, práticas sugeridas pela PNAISARI.

A respeito da articulação entre a saúde e a unidade de socioeducação, os relatos destacam algumas mudanças nos processos de trabalho e nos atendimentos prestados desde a implantação do Plano Operativo Municipal para atender a PNAISARI. Uma trabalhadora que atua na gestão da Secretaria Municipal de Saúde relatou que considerava a implantação do Plano Operativo Municipal exitosa, considerando que processo foi um pouco “truncado” pela necessidade de organizar em pouco tempo, porém que percebeu bastante vontade da gestão da Secretaria da Saúde e da direção do CENSE, e que havia uma atuação complementar entre as equipes. Além disso, a participante destacou que muitas vezes o município era mais ativo do que o próprio estado (gestão estadual).

Já uma trabalhadora do CENSE narra sobre como percebe as mudanças que ocorreram, destacando que anteriormente ao POM a articulação com a saúde era muito ruim, dando o exemplo das situações de tentativa de suicídio, em que, segundo a entrevistada, não se conseguia nem encaminhar o adolescente à UPA, ficando a equipe do CENSE na dependência somente de sua própria equipe interna.

EC3: “antigamente era muito ruim, você não conseguia nem encaminhar um menino pra uma UPA. Então a gente teve situações, várias situações de suicídio dentro da unidade, porque o guri pedia socorro e daí a gente ficava na dependência da equipe interna e aí na dependência da equipe interna a gente ouvia assim “ah isso é manipulação né, ele está manipulando, ele está manipulando”, ok, pode estar manipulando, mas se ele tá precisando manipular desse jeito talvez tenha alguma coisa errada que a gente não tá dando conta né? E aí a gente teve algumas situações aí, eu tive dois meninos que se mataram aqui, de situações que a gente foi pedindo atendimento, na época não tinha nada disso, a gente não tinha a menor articulação com o município, entendeu?”

A participante relata ainda considerar que atualmente a articulação entre as equipes de saúde e socioeducação funcionam muito bem, destacando as reuniões de

matriciamento como processo para discutir encaminhamentos necessários e avaliar o acompanhamento em saúde dos adolescentes, dando um “retorno” às equipes. A entrevistada destaca como “bem tranquilo trabalhar” a questão de saúde no município.

Os participantes relatam percepções sobre a atual configuração das reuniões de matriciamento e surgem narrativas sobre como gostariam que ele fosse realizado. Em nenhum momento das observações de campo foi possível observar ações em conjunto entre as equipes e existia uma certa impessoalidade entre os profissionais, sendo inclusive em determinado momento, quando as reuniões retornaram, observado que muitos profissionais nem se conheciam e não foram apresentados.

EC1: “Eu gostava mais quando a gente tinha a questão do matriciamento mais voltado para os casos dos meninos no que diz respeito à saúde mental. Porque a gente acaba indo para uma reunião que tem muita informação vamos dizer assim burocrática que não me faz muita diferença assim, tipo “ai fulano foi no dentista, fulano da briga foi atendido, fulano que atende quebrou o pé, que quebrou o braço, que quebrou não sei o que”, uma coisa que é importante também, mas pro meu interesse, pro meu trabalho é mais quando o menino tá sendo atendido, como que ele tá ali, da gente poder trocar essas ideias”

Uma das entrevistadas, trabalhadora da saúde, menciona o fato das reuniões estarem sendo remotas, no formato *online*, como uma barreira para que o matriciamento fosse mais rico, mais “frutífero”, em suas palavras. Relata também acreditar que os profissionais do CENSE possuíam expectativas de que o atendimento da saúde fosse mais eficaz, porém o fato dos atendimentos também estarem sendo realizados prejudica essa possibilidade, assim como o fato de um profissional ficar sempre com o adolescente na sala durante o atendimento.

Nas observações de campo foi possível observar e registrar que foram raros os momentos de reflexão nas reuniões de matriciamento, com maior centralidade na discussão sobre o aceite ou não de encaminhamentos do CENSE aos equipamentos da saúde, conforme o trecho do diário de campo descrito a seguir:

Trecho do diário de campo da pesquisadora: *Técnica de referência do CENSE informa que um dos adolescentes foi novamente encaminhado por determinação judicial. Foi sugerido então pela equipe da UBS o acompanhamento entre ESF e NASF devido a quadro de ansiedade do adolescente*

Observação da pesquisadora: *Não se busca saber sobre histórico ou demandas do adolescente, somente “encaminhar” um atendimento*

Em uma das reuniões, ainda em formato remoto, houve um momento de diálogo entre as equipes sobre como o CENSE percebia dificuldades em acompanhar o adolescente devido limitações do tempo de duração da medida socioeducativa, muitas vezes insuficiente para trabalhar algumas questões, dificuldade também percebida pelo CAPS AD pois boa parte dos adolescentes só iniciava o acompanhamento quando existia uma determinação judicial, muitas vezes expedida já ao final do cumprimento da medida socioeducativa.

5.2 O FUNCIONAMENTO DO MATRICIAMENTO COMO ARRANJO ORGANIZACIONAL

Os atendimentos de saúde aos adolescentes eram realizados pela rede municipal e em diversos equipamentos. As narrativas descrevem que os encaminhamentos ao médico generalista e ao dentista na UBS eram frequentes, mas que também era comum o encaminhamento à psiquiatria ambulatorial e ao CAPS AD, este último em grande parte por demandas judiciais, além de alguns atendimentos na Unidade de Pronto Atendimento, principalmente em situações de brigas e em casos de autoagressão e tentativas de suicídio. Nas reuniões de matriciamento eram comuns os pedidos de agendamentos de consulta e acolhimentos provenientes do CENSE e direcionados ao CAPS e a UBS.

As entrevistas trouxeram as percepções sobre o espaço da reunião, apontando aspectos como a mudança do formato, inicialmente mais focado na saúde mental depois abordando outros aspectos de saúde, o que, na fala de uma trabalhadora do CENSE, tornou o espaço genérico.

EC1: “A reunião do matriciamento é um pouco, ela é meio genérica, vai tratando de coisas que às vezes não tem muito a ver com a gente, “menino foi lá e quebrou o braço e não sei o que” então assim, pra a gente não... né? “

Em uma das entrevistas, realizada com uma trabalhadora da saúde, foi abordada a função da reunião do matriciamento de direcionar quais os encaminhamentos que podem ser realizados em relação ao adolescente nos equipamentos de saúde.

ES2: “A gente tenta através do matriciamento direcionar os pacientes se vão passar por acolhimento, acolhimento também tá sendo online, já teve algum momento que foi presencial mas tá sendo online”.

Nas entrevistas foram relatados os atendimentos prestados ao adolescente pelas equipes de saúde, surgindo nas narrativas termos como “acolhimento” e “sensibilidade” dos profissionais. Um dos participantes destaca que já trabalhou em outros municípios em que existia maior dificuldade em relação aos atendimentos prestados aos adolescentes, motivados possivelmente por desconhecimento e resistência, algo que não percebe no município de Piraquara.

EC2: “eu vejo que são pessoas sensíveis, que estudam, é a visão que eu tenho, tá? pessoas sensíveis que estudam e que conhecem o processo, eu acho que isso é muito importante. Já trabalhei em outros municípios que a gente tinha dificuldade porque os profissionais da Saúde, além de não conhecerem o processo, ainda tinha uma certa resistência com o processo socioeducativo. Por exemplo, cheguei a levar menino em unidade de saúde e tem um olhar estranho, no sentido de não querer atender ou não querer dar preferência, e a gente tá ali com o menino muitas vezes algemado pra não fugir, então tinha algumas resistências por conta de não aceitarem o processo. Aqui eu vejo que existe uma aceitação, existe um entendimento que é um ser que tá ali e precisa de um atendimento diferenciado, [...] tenho a convicção que no município de Piraquara por parte de todos os profissionais que eu tenho contato tem isso”

Um dos profissionais de saúde entrevistados relatou perceber que a equipe da Unidade de Saúde teria abertura e atenderia com “carinho” o adolescente internado no CENSE, destacando a aceitação do outro com suas limitações e ampliando o olhar para além de alguém que chega algemado, com uma interação que daria mais importância à pessoa do que às algemas.

Foi possível verificar que os adolescentes eram atendidos nos serviços de saúde onde se realizaram as observações com prioridade, sendo atendidos prontamente quando chegavam aos locais. Não foram observados momentos de tensão ou resistência por parte das equipes em realizar os atendimentos, nem mesmo comentários depreciativos ou que questionassem a necessidade dos atendimentos.

Em relação ao suporte, uma das trabalhadoras da gestão municipal destacou o aspecto da “consultoria” para a equipe do CENSE, principalmente durante o período de pandemia, com orientações sobre o manejo de situações de saúde e a “tranquilização” do profissional, do adolescente e dos familiares.

Um dos trabalhadores do CENSE destacou como função importante da reunião de matriciamento a garantia do atendimento e do direcionamento do adolescente na rede de saúde, além da comunicação entre os serviços, evitando “telefone sem fio”.

EC2: “Quando todos os profissionais envolvidos sabem o que tá acontecendo e o que foi encaminhado é muito mais fácil fazer com que o sistema funcione e que ele tenha o atendimento. Então também eu acho que é uma função muito importante, fazer com que todos saibam o que tá acontecendo, garante, traz uma garantia um pouco maior de atendimento”.

Nas observações de campo foi possível observar as equipes do CAPS AD e do CENSE estiveram em todas as reuniões realizadas. A equipe da UBS participou de algumas reuniões e o ambulatório de especialidades não participou de nenhuma, sendo justificada sempre a ausência por questões de agenda.

Foi possível observar nas reuniões de matriciamento uma qualificação dos encaminhamentos do CENSE à saúde, com mais clareza sobre os critérios de acolhimento e inserção em cada serviço, como por exemplo quais situações deveriam ser encaminhadas ao CAPS AD (situações de uso de substância psicoativa intenso e com sinais de dependência), que não englobariam todas as demandas judiciais por tratamento (como casos leves e com histórico de uso recreativo de substâncias psicoativas, que não demandavam tratamento em CAPS AD). As discussões, porém, eram em sua maioria centrada em torno do aceite ou não dos encaminhamentos pelas equipes de saúde, com pouco espaço para outras reflexões ou diálogos.

No ano de 2021 houve algumas trocas na gestão municipal, no departamento de Saúde Mental e do cuidado aos adolescentes em Privação de Liberdade. A coordenação de Saúde Mental foi trocada três vezes naquele ano, sendo exercida por quatro pessoas diferentes no período. Na última troca, entre outubro e novembro de 2021, as reuniões de matriciamento foram interrompidas por cerca de seis meses, sendo retomada em maio de 2022, ainda no formato remoto e interrompidas novamente em setembro de 2022.

No período em que as reuniões estavam suspensas houve algumas tentativas de contato por parte da pesquisadora sobre a possibilidade ou estimativa de retorno das reuniões com os responsáveis na Secretaria Municipal de Saúde, todas sem

retorno. Foi observado a dificuldade em manter o arranjo sem suporte da gestão dos serviços. Em uma das entrevistas um trabalhador do CENSE abordou a temática das mudanças nas coordenações municipais e suas implicações na articulação entre saúde e socioeducação, bem como a falta de mais espaços para discussão sobre a política.

EC2: Trocou a gestão, a nossa referência trocou e ela ainda não se inteirou sobre a PNAISARI. A outra pessoa que estava na como referência do CENSE tinha todo conhecimento do PNAISARI, então assim a nova que entrou ainda não tem todo conhecimento. Mas mesmo a anterior eu acho que é uma dificuldade, eu acho que nós tínhamos que pelo menos uma vez por mês estar sentando e conversando só sobre o PNAISARI.

Na retomada das reuniões após o hiato de um semestre, houve mais consistência na participação da UBS nos encontros. Os encontros, porém, passaram de mensais a bimestrais, depois trimestrais, até que deixaram de acontecer. Foi observado, que apesar da adesão da equipe da UBS ao espaço, os trabalhadores quase não participavam, ficando o microfone da reunião mudo na maior parte do tempo, sendo aberto apenas para responder indagações quanto aos agendamentos dos atendimentos.

A maior parte do tempo da reunião passou a ser ocupada por falas da gestão da secretaria de saúde municipal e a direção da Unidade Socioeducativa, com pouca participação dos trabalhadores e menos discussão dos casos, sendo priorizados os encaminhamentos e agendamentos.

A articulação centralizada entre coordenações e direções foi destacada por uma trabalhadora do CENSE.

EC1: “Hoje a articulação entre saúde e socioeducação tá funcionando muito bem, passa tudo pela direção”.

Observou-se que quando ocorriam situações em que o que era pactuado não era realizado, como uma situação em que um adolescente saiu do internamento em CENSE e o atendimento que havia sido combinado em matriciamento anterior não foi disponibilizado, não se discutiu ou buscou aproveitar os motivos para isso, priorizando-se as questões burocráticas pelos gestores, como a necessidade de relatórios.

A última reunião de matriciamento com a presença dos trabalhadores da saúde foi realizada em agosto de 2022, após esse mês as reuniões deixaram de acontecer e os agendamentos passaram a ser realizados via coordenação dos serviços, com comunicação via sistema informatizado.

5.3 PERCEPÇÕES SOBRE CUIDADO OFERTADO AOS ADOLESCENTES

Em relação à percepção sobre os adolescentes atendidos, foi um tema comum entre os profissionais das equipes de saúde e da unidade de socioeducação o relato sobre o uso de medicamentos, principalmente psiquiátricos. Uma das participantes relatou que atualmente há um grande número de adolescentes medicados na unidade de internamento quando comparados à períodos anteriores, recordando que muitos adolescentes passam por um período de estresse e adaptação relacionado à própria privação de liberdade.

Os profissionais informam que a manutenção da medicação é feita sem discussão e que os médicos apenas “continuam a medicação” quando o adolescente é transferido de uma unidade de internação, às vezes provisória para a outra. Uma das participantes abordou o estranhamento em tratar somente de forma medicamentos adolescentes que nem ao menos possuem um diagnóstico em saúde mental.

EC1: “a gente tem hoje um número grande de meninos medicados perto de outros momentos. Eu tinha psiquiatra que trabalhava aqui quando o menino dizia que ele tinha dificuldade para dormir ele dizia assim “é, mas quem dorme na cadeia é bandido”, parecia ruim mas é que o menino quando ele vem ele tem um período de estresse, de adaptação. Se ele logo toma a medicação ele acaba fazendo essa adaptação mediada por essa medicação, e aí muitos eu acho que antes se adaptariam sem a medicação, só que ele já vem lá do CENSE Curitiba medicado, ele chega aqui ele já vai direto para o médico, o médico continua a medicação, geralmente é remédio para dormir, é ansiolítico. Eu não sei, eu acho super esquisito da perspectiva da saúde mental a gente pegar adolescente que a gente nem diagnóstico não dá e tratar só com remédio”

Nas observações de campo foi possível perceber que o agendamento de consultas médicas para queixas de insônia, ansiedade, agressividade e humor deprimido foi um encaminhamento frequente das reuniões de matriciamento.

Nas entrevistas os participantes destacam que o próprio processo de adaptação ao CENSE pode originar uma tristeza profunda, de gradualmente assimilar o que está acontecendo e o adolescente se rever em sua nova situação.

Foram levantados pelos participantes ainda pontos sobre o histórico de vida do adolescente em privação de liberdade anteriores à medida socioeducativa, destacando fatores sociais como desemprego, pobreza, baixa escolaridade e violência intrafamiliar. Um dos entrevistados destaca a percepção de que o CENSE teria a função de retirar de circulação adolescentes que “incomodam”, fazendo uma comparação com o lixo das ruas e estendendo essa percepção aos profissionais que realizam o cuidado ao adolescente, que seriam os “lixeiros”.

EC2: “Existe sim um preconceito, existe sim uma tentativa de não aceitar isso, eu sinto isso [...] a gente trabalha com o público que ninguém quer, é um público de exclusão, e aí eu talvez aqui faça uma das piores comparações que você já ouviu, e você me perdoe se isso de alguma forma não soar bem [...] Tudo aquilo que nós descartamos [...] é porque não serviu mais para gente, então eu vou falar diretamente a palavra: “o lixo” [...] eu faço aqui uma analogia que muitos desses meninos aqui são tratados pela sociedade como o lixo, quer dizer, você tá no meu bairro aqui, você tava roubando, estava cometendo vários tipos de atos infracionais, você traz problema para gente, leve lá. Quem que cuida do lixo? O lixeiro. Aquelas pessoas, por isso também que você passa na rua e você não olha no rosto do lixeiro, porque a mesma repulsa que você tem ao lixo você tem ao lixeiro. [Para muitas pessoas eu não falo o que eu faço, porque é essa repulsa, sabe? [...]] “você é um lixeiro” [...] quem que abraça um lixeiro? ninguém tem coragem de ir lá.”

Um dos participantes relatou ainda que devido às situações sociais percebidas entre os adolescentes seria importante a participação de outros serviços e setores, como o Conselho Tutelar do município de origem e equipamentos da Assistência Social.

Nas observações de campo foi possível verificar que às vezes buscava-se uma explicação para o comportamento dos adolescentes no campo do patológico,

como motivado por transtornos mentais, ou ainda, pela falta de medicamentos, como nos trechos do diário descritos a seguir.

Trecho do diário de campo da pesquisadora: *profissional da Saúde do município questiona a Unidade Socioeducativa sobre situação de briga entre dois adolescentes, equipe relata briga naquela semana entre os adolescentes M. e W., técnica de referência do CENSE fala de “questões comportamentais” do adolescente M. , está em uso de medicação mas ela suspeita que não esteja fazendo uso correto devido à “oscilações de humor” na última semana. Profissional da área da enfermagem da Unidade Socioeducativa relata que tentam administrar mas ele recusa.*

Trecho do diário de campo da pesquisadora: *Técnica de referência do CENSE solicita novo atendimento psiquiátrico para ajuste de medicação de um dos adolescentes com hipótese diagnóstica de TAB, é resistente ao uso do lítio, começou a “inventar” (sic) que não estava bem, a se sentir mal, “deu problemas aqui”, tem expectativa de que medicação possa ajudar pois comportamento muda com o lítio.*

Observação da pesquisadora: *existe uma expectativa da equipe do CENSE sobre uso da medicação. Além disso, questionamento sobre discurso do próprio adolescente sobre sua queixa, atribuindo à “invenção”*

Em alguns momentos nas reuniões foram discutidas as possibilidades de “sensibilizar” ou “convencer” os adolescentes a fazerem uso da medicação prescrita.

Em um dos momentos de observação de campo, em um raro momento em que se discutiu sobre o atendimento aos adolescentes internados na Unidade de Socioeducação na UBS fora do espaço das reuniões de matriciamento, uma das profissionais de saúde relatou que muitas vezes as queixas relatadas pelos profissionais do CENSE não eram confirmadas pelo adolescente no momento da consulta.

Trecho do diário de campo da pesquisadora: *trabalhadora da UBS relata à mim que os adolescentes não referem em consulta as queixas que a equipe do CENSE*

refere ao solicitar a consulta para ela. Conversamos sobre dificuldade em saber se é falta de diálogo do adolescente com a equipe ou se de fato os adolescentes tem discursos diferentes em cada equipamento.

Em uma das observações de campo a fala do adolescente sobre sua própria queixa de saúde foi questionada, pois somente a fala dele não seria tão “fidedigna”.

6 DISCUSSÃO

6.1 MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE E UNIDADES DE INTERNAÇÃO DA SOCIOEDUCAÇÃO: AVANÇOS E CONTRADIÇÕES

A intersetorialidade é colocada no campo da saúde como um desafio na corresponsabilização para a garantia da saúde como direito humano e de cidadania, exigindo para sua materialização a troca e construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os setores envolvidos (BRASIL, 2010).

A efetivação dessas práticas intersetoriais demanda das equipes e suas gestões a organização e a construção de ferramentas de cuidado.

Ainda que a adesão à PNAISARI e as reuniões de matriciamento apontem um caminho possível na direção das práticas intersetoriais, verificamos nesse estudo que o espaço ainda se mostra inconsistente e pouco prioritário nas agendas dos serviços, com constantes repactuações, situação também verificada no trabalho de Ribeiro, Ribeiro e Deslandes (2018) no Rio de Janeiro, que em estudo sobre as relações estabelecidas entre as equipes de saúde mental e as unidades socioeducativas verificou a fragilidade do trabalho em rede, com constante rediscussão e repactuação do fluxo a cada acesso.

Mesmo entre os serviços de saúde participantes das reuniões de matriciamento - CAPS AD e a UBS de referência - foi possível observar nesse estudo que eram frágeis as articulações e discussões de caso entre as equipes em relação aos adolescentes em privação de liberdade, com reuniões desmarcadas com frequência ou realizadas com atrasos, ainda que com um espaço destinado somente para essa finalidade. A ausência da equipe da UBS foi frequente nas reuniões, apontando o distanciamento do serviço de base territorial das demandas de saúde da Unidade de Socioeducação.

O estudo realizado por Ribeiro, Ribeiro e Deslandes (2018) verificou situação similar, com o CAPSi sendo o interlocutor principal das equipes de socioeducação, enquanto a Atenção Básica, que teria caráter organizador da Rede de Saúde, não se fez tão presente. O estudo realizado por Costa e Silva (2017) identificou contexto semelhante, não sendo identificado na pesquisa nenhum registro de atendimento em saúde mental na Atenção Primária, com 88% dos atendimentos externos de saúde mental realizados nos CAPS (COSTA E SILVA, 2017).

As dificuldades de articulação entre as equipes de saúde e socioeducação são registradas em diversos estudos (AREAS NETO, 2018; RIBEIRO, RIBEIRO E DESLANDES, 2018; COSTA E SILVA, 2017), e no estudo pudemos observar que o município de Piraquara apresenta os mesmos desafios. Foi possível observar, porém, que a construção do espaço de matriciamento foi apontada como uma potencialidade na comunicação entre as equipes, destacando como espaço de “troca de ideias”, de garantia do atendimento e também “direcionador” do adolescente dentro da Rede de Saúde.

Ainda que não tenha sido possível identificar na revisão de literatura registros de práticas de matriciamento entre equipes de saúde e socioeducação, alguns estudos realizados sobre outras práticas de arranjo matricial sinalizam alguns aspectos que podem contribuir na discussão do presente estudo.

Em estudo realizado por Fagundes et. Al (2021) sobre o apoio matricial em saúde mental na atenção básica verificou-se que predominava a ideia de matriciamento como o momento de “passagem de caso”, com discussões rápidas e sem preocupação com a experiência, visando simplesmente focar em “terminar” uma lista de casos. A passagem, conforme os autores, poderia ser percebida nos anseios de sobrecarga e esquivas, comparando os casos com “batatas quentes” e as reuniões os espaços de passá-las adiante ou então de receber um novo problema.

No mesmo estudo realizado por Fagundes et. Al (2021) foram observados que nos momentos destinados às reuniões de matriciamento ocorriam situações como atrasos de mais de 40 minutos, além do esquecimento de quem deveria organizar as reuniões, situações semelhantes às que foram verificadas nesse estudo.

Para os autores tais situações seriam compreendidas como uma função defensiva, aliada a uma utopia de que o processo de cuidado em saúde é possível sem contato humano e afetação recíproca, utopia que associada à sistemas de gestão em saúde aproximam-se da crítica de Campos (1998) ao taylorismo no campo da saúde (FAGUNDES ET. AL, 2021).

A crítica a qual os autores se referem é elaborada por Campos (1998) ao tratar sobre a Gestão para Sistemas e Serviços de Saúde. Conforme o autor, mesmo que o SUS tenha na história de sua construção diversos movimentos de democratização e participação popular, ainda não existe uma forma de institucionalizar todas essas diretrizes em seus serviços, sendo a maioria governados por variações do taylorismo. Os resultados apresentados neste trabalho evidenciam algumas situações à lógica taylorista descrita por Campos, como a centralização da comunicação entre os serviços nas figuras dos gestores, inclusive no próprio espaço das reuniões de matriciamento, em que a fala nas reuniões passou a ser quase em sua totalidade monopolizada pelas chefias. Foi algo frequente os encontros deixarem de ocorrer pela ausência dos gestores, apontando pouca participação dos trabalhadores no processo de construção do espaço. Ao final da pesquisa, as reuniões haviam sido extintas e substituídas por um meio eletrônico em que a comunicação era realizada primordialmente pelas chefias.

A possibilidade de superação dessa lógica é apresentada por Campos (1998) como “Gestão Colegiada centrada em Equipes de Saúde”, um método que garantiria o objetivo dos serviços de saúde - de produção e educação em saúde - mas também assegurando e estimulando os trabalhadores a ampliar suas capacidades reflexivas e consequentemente a realização profissional e pessoal.

Para atingir esses objetivos o autor destaca a necessidade do planejamento e da reflexão serem parte do processo de trabalho, com espaços de discussão das necessidades de saúde, divisão de tarefas e responsabilidades para na sequência acontecerem os planos, modelos de atenção, programas e metas (CAMPOS, 1998).

Outra recomendação proposta pelo autor para superação da lógica taylorista no campo da saúde coletiva é justamente a instituição do Apoio Matricial, com a presença de um agente externo às equipes com a responsabilidade de propor

processos de reflexão crítica e educação permanente, um apoiador na identificação e resolução de problemas (CAMPOS, 1998). Campos (1998) destaca que esta supervisão na forma de apoio matricial, não se daria conforme o conceito taylorista, com o agente atuando no controle e fiscalização do cumprimento de normas, mas sim agindo como agenciador de mudanças.

A partir das observações de campo e também das entrevistas, foi observado nesse estudo uma mudança na configuração das reuniões. Inicialmente, as discussões eram mais voltadas à saúde mental, com formato de discussões de caso e suporte das equipes de saúde, especialmente do CAPS AD, em relação aos casos apresentados pela Unidade de Socioeducação. Algumas mudanças em seu formato sinalizam a lógica taylorista apontada por Campos, com menos discussão entre as equipes e maior fiscalização do cumprimento ou não dos encaminhamentos realizados, inclusive com questionamentos em relação às condutas realizadas pelas equipes de saúde por parte da gestão municipal, o que possivelmente tenha como resultado a inibição de maior participação e de decisões mais autônomas por parte das equipes.

Campos e Domitti (2007) enfatizam que o apoio matricial de fato só é possível em contextos de democracia institucional ou cogestão, com equipes que detenham poder de organização e deliberação. A proposta de um espaço de aproximação e contato entre as equipes de saúde e socioeducação pode significar um avanço na efetivação do cuidado aos adolescentes em privação de liberdade, porém a experiência do município de Piraquara aponta as contradições de um espaço que pode facilmente se tornar burocrático, impessoal, tornando-se somente mais uma reunião encabeçada pelos gestores e que resultam em decisões centralizadoras e afastadas da realidade dos usuários e trabalhadores.

A extinção das ações de matriciamento entre saúde e socioeducação coaduna também com o descrito por Vilas Boas (2014), de que os cuidados de saúde direcionados aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em privação de liberdade são marcados pela heterogeneidade e pela descontinuidade, ultrapassando a atuação dos profissionais de saúde, e que o diálogo entre os representantes das políticas de saúde e os da segurança pública ainda é, esporádico, descontinuado e com ruídos.

Pudemos verificar neste trabalho que a intersetorialidade no campo da socioeducação segue sendo um desafio que exige continuidade e compromisso permanente das gestões federais, estaduais e municipais na efetivação dos direitos previstos nas legislações e nos arranjos que promovam de fato práticas que avancem no cuidado aos adolescentes em regime de internação em decorrência de medida socioeducativa.

6.2 DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI E CORRESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO

De acordo com as narrativas e as observações de campo foi possível verificar que a adesão do município à PNAISARI e a realização das reuniões de matriciamento contribuíram para a maior responsabilização do município em relação aos atendimentos de saúde dos adolescentes em privação de liberdade, com os atendimentos médicos, odontológicos, situações de saúde mental e de urgência e emergência sendo pactuados e atendidos pela rede de saúde municipal e com os casos selecionados pela equipe da Unidade de Socioeducação discutidos com outras equipes nas reuniões. Esta realidade, apesar de ser um dos objetivos da PNAISARI, ainda não é comum, conforme a literatura nos aponta. A hipótese construída neste estudo é que os espaços de matriciamento contribuíram para a qualificação dos atendimentos das equipes de saúde e também dos encaminhamentos e solicitações das equipes da socioeducação, principalmente nas reuniões em que havia espaço para discussões de caso e reflexões das equipes sobre as situações apresentadas.

Em estudo realizado por Ribeiro, Ribeiro e Deslandes (2018) no Rio de Janeiro com enfoque na atenção à saúde mental dos adolescentes internados no sistema socioeducativo foi constatado que a não adesão dos municípios à PNAISARI era um fator que dificultava a articulação, a “costura” entre as decisões políticas e as ações cotidianas, assim como contribuía para a manutenção da desresponsabilização dos municípios pela saúde dos adolescentes.

Situação similar é descrita por Areas Neto (2017) em análise bibliográfica da produção em saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade no Brasil, que apontou a precária assistência e promoção à

saúde dificuldade, especialmente pela dificuldade de articulação com a rede de saúde e a persistência da lógica menorista, com práticas punitivas e coercitivas que ainda predominam nas unidades de internação.

Ao passo que predominam no Brasil estudos sobre a saúde mental da população jovem privada de liberdade, dentre estes diversos investigando possíveis psicopatologias, as barreiras de acesso aos serviços de saúde são pouco documentadas (AREAS NETO, 2017). Em estudo realizado por Areas Neto (2018) no município do Rio de Janeiro, expressivos 60% dos adolescentes relataram ter necessitado de algum tipo de atendimento em saúde e não terem conseguido acessá-lo dentro ou fora das unidades de internamento.

Os achados deste estudo sobre a prática do matriciamento entre saúde e socioeducação sugerem que o encontro entre as equipes favorece a articulação entre os setores e a superação das barreiras do acesso, com maior responsabilização dos equipamentos de saúde sobre a situação dos adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internamento.

Foi possível verificar que mesmo com as limitações e dificuldades também verificadas em outros estudos os atendimentos são realizados pelos equipamentos da rede de saúde municipal, não sendo presentes nos relatos e observações atos de preconceito, estigma, fatores que constituem barreiras de acesso desses adolescentes ao cuidado em saúde.

Destaca-se ainda a atuação da Unidade Básica, com participação tímida e algumas ausências nas reuniões de matriciamento nos primeiros meses de observação e relatos de pouca discussão com o CAPS, porém ampliando sua participação nas reuniões e ofertando com priorização os atendimentos médico e odontológicos pactuados nas reuniões até o momento da extinção dos encontros, situação já diferente da verificada em outros estudos como o de Ribeiro, Ribeiro e Deslandes (2018) em que a Atenção Básica se mostrou distanciada das situações de saúde mental relatadas pelos profissionais da unidade de socioeducação e por Vilas Boas (2014), que verificou atuação bastante pontual das Unidades Básicas.

Apesar da PNAISARI ainda ser pouco conhecida pelas equipes de saúde do município onde se realizou o estudo, verificou-se que mesmo com o desconhecimento

da principal política atual de atendimento à saúde dessa população alguns de seus princípios são contemplados, como a garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional, a reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos Municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território e a atenção humanizada e de qualidade a esta população.

Considerando os objetivos da PNAISARI, o matriciamento entre as equipes de saúde e socioeducação no município de Piraquara atende parcialmente os dispostos em seu sétimo artigo, como estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei, incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento.

De maneira geral, os adolescentes já possuem uma condição de invisibilidade ao olhar dos profissionais nos serviços públicos de saúde, algo que se acentua ao se tratar dos adolescentes em conflito com a lei, ficando ainda mais invisíveis ou recebendo uma visibilidade parcial (FERNANDES, RIBEIRO E MOREIRA, 2015). A experiência deste trabalho nos aponta que, durante o período de implantação das reuniões de matriciamento houve essa visibilidade pontual, que se dissipou ao serem priorizados outros arranjos.

Para Cavalcanti, Dantas e Carvalho (2011), a intersectorialidade prescinde da troca de saberes entre os agentes que materializarão os direitos sociais, o que implica na necessidade de mudança de estruturas institucionais e em formas de financiamento e gestão, para que sejam organizados de forma articulada e não setorializada (CAVALCANTI, DANTAS E CARVALHO, 2011). Como já nos apontaram Campos e Domitti (2007), sem a participação efetiva dos trabalhadores, a formação de espaços coletivos e algum grau de democracia institucional, torna-se inviável a implantação do método de apoio matricial.

6.3 REFLEXÕES ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO RELACIONADO À PRIVAÇÃO DE LIBERDADE.

O reconhecimento de alguns dos determinantes sociais do sofrimento psíquico apresentado pelos adolescentes em privação de liberdade por parte das equipes de saúde e socioeducação narradas nas entrevistas sinaliza uma percepção compartilhada sobre a população atendida, mas também faz emergir a contradição entre o discurso e as práticas observadas, muitas vezes com expectativas em relação à medicação como forma de controle.

Situação similar foi identificada por Ribeiro, Ribeiro e Deslandes (2019) em estudo em que se verificou a existência de conflitos entre as equipes de saúde mental e socioeducação principalmente no discurso sobre “mau comportamento”, indicando dificuldades das equipes da socioeducação em manejar tais situações, as direcionando com prioridade aos equipamentos de saúde mental (RIBEIRO, RIBEIRO e DESLANDES, 2019).

Em estudo realizado por Bueno (2020) sobre o uso de medicamentos psicotrópicos por adolescentes internados nas Unidades de Socioeducação do Paraná constatou-se que 42% fizeram uso de alguma medicação durante seu período de internamentos, ainda que a maior parte deles (51,1%), não tivesse qualquer registro de diagnóstico em saúde mental.

O uso de medicamentos psicotrópicos com a finalidade de controle e contenção dos adolescentes internados em Unidades Socioeducativas do Paraná foi evidenciado por Ohata (2020), que apontou para a expectativa das equipes em relação ao uso, existindo uma forma de pressão para a administração dos medicamentos psicotrópicos pelo fato de alguns adolescentes “incomodarem” com suas demandas, sendo mais viável o controle e convívio nos alojamentos quando eles estão contidos quimicamente.

A questão da alta prevalência de uso de medicamentos psiquiátricos entre os adolescentes internados nas Unidades de Socioeducação também é evidenciada em outros estudos em diferentes regiões do país (BUJES, 2014; VILARINS, 2014; COSTA E SILVA, 2017; AREAS NETO, 2018, ROBERT, 2020), e os autores chamam a

atenção para o processo de medicalização ao qual os adolescentes internados passam a ser submetidos.

A medicalização consiste no processo pelo qual situações da vida tidas como desviantes ou transgressoras passam a ser enquadradas como patológicas e passíveis de intervenção médica (ZORZANELLI, ORTEGA E BEZERRA JÚNIOR, 2014). Uma das formas de expressão da medicalização é em relação ao sofrimento psíquico, que paulatinamente vem sendo enquadrado entre as mais diversas definições médicas de transtornos mentais.

No caso dos adolescentes internados em Unidades Socioeducativas e em tratamento de saúde mental, Bujes (2014) aponta que a medicalização reduz o cumprimento da medida socioeducativa à “adolescente infrator com transtorno mental”, deslocando o debate de outras possíveis questões como a exclusão e a vulnerabilidade desses adolescentes e inviabilizando suas vozes e protagonismo, relegando-os ao espaço de silenciamento por meio do diagnóstico.

A dimensão da periculosidade atribuída aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa contribui, conforme Vilarins (2014), com o fenômeno de medicalização dos adolescentes com transtorno mental, que por serem considerados perigosos são submetidos a processos de correção e medicalização. Para a autora, além da privação de liberdade imposta pela própria medida socioeducativa de internação, os adolescentes submetidos às terapias farmacológicas com essa finalidade de contenção passam a experimentar também um encarceramento químico, não somente o ajuste de comportamento ou alívio do sofrimento da própria internação.

Para Bujes (2014) a função da instituição socioeducativa é justamente a de classificar e intervir, seja por meio do processo judicial ou dos planos individuais de atendimento, visando adequar e normatizar o comportamento desses adolescentes. A medicalização se relaciona com essa dinâmica como dispositivo que atua na construção de uma biopolítica estatal com objetivo de controle e gestão dos corpos por meio da contenção ou tratamento farmacológico (BUJES, 2014).

Nas narrativas encontradas neste trabalho os trabalhadores trazem a compreensão de que fatores anteriores à medida socioeducativa, à privação de

liberdade e à rotina da Unidade Socioeducativa podem desencadear quadros de sofrimento psíquico em diversos casos, porém não foram identificadas outras estratégias de manejo que não o farmacológico. Para Almeida e Gomes (2014), a medicalização se manifesta como um processo complexo e profundo de produção de buscar-se responder, por meio do campo biomédico, às contradições sociais. Ao se ampliar o espectro e transformar em transtorno mental expressões como tristeza, ansiedade, dispersão, desatenção, se estabelece socialmente um perfil de subjetividade que exclui essas expressões, com novas referências de subjetividade que atendem ao capital, com sujeitos mais “colaborativos”, sendo essa colaboração legitimadora e disciplinada (ALMEIDA E GOMES, 2015).

Quando os serviços de saúde respondem às demandas de saúde dos adolescentes em conflito com a lei por um viés individualista e meramente biomédico, corre-se o risco de incorrer em uma propensão à patologização de setores da juventude pobre, encobrendo como transtorno mental processos sociais que segregam a pobreza e ocultam a falta de investimento social em relação à esses adolescentes (VICENTIN E GRAMKOW, 2016). Ao se transferir para o patológico as contradições sociais, compreendendo o indivíduo como “doente” e que, conseqüentemente, necessita ser tratado e adaptado ao contexto, muitas vezes se naturaliza o processo saúde-doença e não se colocam em questão o contexto social, as relações, ocultando o caráter histórico, contraditório, conflituoso e potencial produtor de sofrimento das relações estabelecidas na sociedade atual (ALMEIDA E GOMES, 2015).

O uso elevado de medicamentos nas Unidades de Socioeducação evidencia ainda, para Costa e Silva (2017), o contexto dos trabalhadores da socioeducação, que relatam uma rotina de sobrecarga de trabalho, baixo efetivo, ambiente insalubre, superlotação e pouca oferta de atividades pedagógicas, o que pode significar maior pressão da equipe para a prescrição de medicamentos por parte dos psiquiatras.

A pesquisa realizada por Robert (2020) a respeito da rotina das Unidades Socioeducativas no estado do Paraná dialoga com os achados de Costa e Silva (2017), analisando que a privação ocupacional parece estar relacionada aos quadros de sofrimento psíquico tanto dos adolescentes, quanto dos trabalhadores, com o próprio ambiente favorecendo o surgimento de crises. A hipótese levantada neste

estudo é que a potencialidade da ferramenta do matriciamento no evidenciamento dessas contradições entre discurso e prática no cuidado aos adolescentes e a possibilidade da construção coletiva de outras formas de manejo tem seu foco desperdiçado em detrimento da utilização desse espaço para encaminhamentos e agendamentos de consultas.

Costa e Silva (2017), ao compararem dois estados brasileiros, Rio Grande do Sul e Minas Gerais, observaram correlação entre a gestão verticalizada do sistema socioeducativo e o uso de medicamentos psiquiátricos e diagnósticos em saúde mental. O modelo de gestão adotado nos estados favorece diretamente decisões que impactam nos direitos dos adolescentes em relação à sua saúde mental (COSTA E SILVA, 2017).

. Nas observações de campo e nas entrevistas realizadas nesse trabalho foi possível observar a centralização das articulações e decisões nas figuras dos gestores de ambos os setores – saúde e socioeducação - com pouco protagonismo e autonomia das equipes, o que pode também estar relacionado à condução do cuidado em saúde mental dos adolescentes, influenciando em decisões como o uso ou não de medicações em casos de sofrimento psíquico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de incentivada pelas diretrizes da PNAISARI, as práticas de matriciamento entre saúde e socioeducação são escassas ou pouco documentadas, sendo identificada na revisão de literatura somente uma única iniciativa, um projeto de extensão vinculado ao Centro Interdisciplinar de Educação Social e Socioeducação (CIESS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), formada por docentes e acadêmicos de direito e psicologia.

O município de Piraquara tem adotado a prática desse arranjo entre as políticas, sendo possível identificar por meio desse trabalho as potencialidades dessa ferramenta e também suas contradições e a necessidade de aperfeiçoamento dessa prática.

As ações intersetoriais no campo da Saúde Coletiva são um desafio, porém a articulação com a Socioeducação tem características bastante específicas e que

requerem maiores estudos de iniciativas praticadas nos diversos níveis de atenção. Podemos verificar nesse trabalho a existência de atuações ainda muito isoladas narradas pelos trabalhadores, que manifestam nos discursos o desejo de realizar mais ações conjuntas que parecem não ser oportunizadas.

As possibilidades de se ofertar cuidado aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em regime de internação muitas vezes parecem esbarrar no contraditório que é uma instituição que ainda preserva características de instituição total e por outro lado os princípios do SUS e da Atenção Psicossocial, que preconizam o cuidado em liberdade e no território. Lógicas tão opostas que demandam espaços coletivos em que se faça possível a invenção de novas formas de cuidado que só se tornam possíveis a partir da construção de espaços de diálogo e suporte entre as equipes que realizam o atendimento a esses adolescentes.

A história da atenção direcionada às crianças e adolescentes em conflito com a lei é marcada por uma trajetória de violência, negligências e pela aliança entre os setores do judiciário e da medicina atuando e intervindo na vigilância e no controle de condutas desviantes. Ao nos depararmos neste estudo com as narrativas dos trabalhadores e as observações de campo acerca do uso intensivo de medicações psicotrópicas para manejo de comportamentos apresentados pelos adolescentes, mais especificamente o campo da saúde mental, refletimos acerca de como se tem reproduzido práticas de cuidado na contramão do que vem sendo preconizado pelas atuais políticas de saúde. As expressões de sofrimento dos adolescentes, que são possivelmente relacionados à própria privação de liberdade e o rompimento de seus laços sociais e comunitários, tornam-se passíveis de intervenção farmacológica, em um processo que tende a ocultar suas reais motivações.

A retomada histórica da atenção dispensada ao adolescente em conflito com a lei realizada nesse trabalho nos permite realizar uma reflexão sobre como alguns aspectos da cultura menorista, com foco repressivo e punitivo, se reatualizam, adquirindo nova roupagem.

É necessário repensar as formas de cuidado e superar as violações ainda identificadas dentro das Unidades de Socioeducação, considerando que violências também podem se apresentar na forma de imposição de controle, coação, na

contenção e silenciamento dos adolescentes, retirando suas possibilidades de escolha. Ao se atribuírem às diretrizes terapêuticas a expectativa de adequação dos corpos às categorias como “produtividade” ou “contenção”, reforçam-se aspectos da medicalização.

As possibilidades de compreensão e superação de um modo de cuidar patologizante e que reforça estigmas em relação à população adolescente em cumprimento de medida socioeducativa em regime de internação prescinde a construção de espaços democráticos, com autonomia para que os trabalhadores organizem formas de agir e criem possibilidades de atuações conforme a realidade de cada local. Uma das possibilidades são as reuniões de matriciamento, que na experiência analisada neste estudo possibilitou momentos de compartilhamento do cuidado e reflexão às equipes. Consideramos que não apenas o matriciamento, mas outras formas de arranjos intersetoriais, conforme cada realidade local, pode contribuir para a maior responsabilização dos municípios em relação ao atendimento em saúde.

Os trabalhadores dos serviços de saúde que realizam atendimentos aos adolescentes em situação de privação de liberdade podem atender em conformidade com a PNAISARI e outras legislações e normativas que apontam a direção para um cuidado humanizado e que, em complementaridade com outras políticas, possa contribuir com projetos de vida e autonomia.

Entretanto, se faz necessário questionar de que forma é possível realizar essa “humanização” com equipes reduzidas, muitas vezes exploradas, com condições precárias de trabalho e vida, sobrecarregadas com a demanda? No nosso estudo, assim como no realizado por Robert (2020), nos chama atenção narrativas em que os trabalhadores da socioeducação se equiparam ao “lixo” ou ao “lixeiro”, narrando que não somente os adolescentes estão submetidos aos processos de exclusão e invisibilidade, mas também os demais atores desse contexto.

Possibilitar espaços de reflexão que evidenciem as contradições, as tensões e os desgastes, buscando práticas emancipatórias, que possibilitam aos diversos coletivos condições de acessar direitos e lutar por eles é condição essencial na direção de um SUS de fato universal. Especialmente na atenção às populações vulnerabilizadas, os espaços coletivos de trabalhadores podem ser muito mais do que

encontros de encaminhamentos, fluxos engessados e burocracias, oportunizando momentos de escuta, intercâmbio de conhecimentos, ampliação de negociação e apoio mútuo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. R. de; GOMES, R. M. Medicalização social e educação: Contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 25, n. 1, p. 155-175, 2014.

ALMEIDA, S. P. D. et. al. Atuação do Psicólogo com Adolescentes que Cumprem Medida Socioeducativa: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 51-72, abr. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812021000100004&lng=pt&nrm=iso; Acesso em 19 maio 2023. <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2021.59369>.

ARÊAS, N. T.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. De. 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. 511–540, jul. 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. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40380> >. Acesso em 10 maio 2023.

BEZERRA, I. C. et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 61–74, 2014 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100061&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Jan. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266 . Acesso em: 18 de janeiro de 2021.

_____. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. / Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Lei n. 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. Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 jan. 2012. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm>. Acesso em: 18 de janeiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de Brasília**: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Portaria Nº 1.082. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Adolescência: novas descobertas e aprendizados**. Cartilha. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, K. T. et al.. Dispositivos de Escuta de Adolescentes Privados de Liberdade e de Agentes Socioeducativos . **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, n. spe, p. e36nspe9, 2020.

BRONDANI, R. P.; ARPINI, D. M.. Medida Socioeducativa de Internação e Expectativas de Futuro de Adolescentes e Familiares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e223537, 2021.

BUENO, A. M. **Uso de psicotrópicos por adolescentes institucionalizados nos Centros de Socioeducação (CENSE) do estado do Paraná**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2020. Disponível em <https://hdl.handle.net/1884/71384>. Acesso em 18 mai 2023.

BUJES, J. de S. Governar infratores ou tratar corpos? A medicalização de jovens internados na FASE/RS como política da/na socioeducação. **Revista De Direitos E Garantias Fundamentais**, v. 15(1), p. 105–124, 2015.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 399-407, 2007.

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

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

CHIAVERINI, D. H. (Organizadora.) (et al.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CIARALLO, C. R. C. A.; ALMEIDA, A. M. de O. Conflito entre práticas e leis: a adolescência no processo judicial. **Fractal: revista de psicologia**, v. 21, p. 613-630, 2009.

COIMBRA, C.; DO NASCIMENTO, M. L. **A produção de crianças e jovens perigosos: a quem interessa?** Direitos Humanos não tem idade. Rio de Janeiro: CEDECA/São Martinho, 2008

COLOMBO, I. M. Adolescência Infratora Paranaense: história, perfil e prática discursiva. Brasil, 2006, 313f. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal de Brasília, Brasília, DF, 2006. Disponível em <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/610335> . Acesso em 12 jul 2021.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota técnica 27/2013: Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)**. Brasília (DF): CONASS; 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2013/09/NT-27-2013-Adolescente-em-conflito-com-a-Lei.pdf>>. Acesso em 18 de janeiro de 2021.

COSTA, N. do R.; SILVA, P. R. F. da. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1467-1478, Maio 2017 . Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501467&lng=en&nrm=iso. acesso em 19 Jan. 2021.

DO CARMO, D. R. P., et. al O adolescente que cumpre medida socioeducativa: ser-
áí-com no cotidiano e possibilidades para a enfermagem. **Revista Enfermagem
UERJ**, v. 22, n. 3, p. 396-401, 2014

DUBOIS, A.; ST-PIERRE, L.; VERAS, M. A scoping review of definitions and
frameworks of intersectoral action. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, p. 2933-2942,
2015.

FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L.. Matriciamento em Saúde
Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção
Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2311-2322, 2021.

FERNANDES, F. et. al. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar
sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional.
Saúde em debate, v. 39, p. 120-131, 2015.

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

FEITOSA, J. B.; BOARINI, M. L. Defesa da internação socioeducativa: aspecto do
ideário higienista. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 24, no. 57,. 125-133, 2014.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a
importância da historicidade para sua construção. **Estudos e pesquisas em
psicologia**, v. 7, n. 1, p. 147-160, 2007.

GOMES, I. D. Socioeducação: uma invenção (de)colonial. 2020. 169f. Tese
(Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Universidade Federal do Ceará, 2020. Disponível
em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5585>. Acesso em 18 mai 2023.

GRECO, P. B. T. et al.. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em agentes
socioeducadores do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68,
n. 1, p. 93–101, jan. 2015.

GURALH, F. S. A. A liberdade constitucionalmente prevista e sua relação com a
medida socioeducativa de internação. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 1, p. 193–203,
2012. Disponível em
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/9032> . Acesso em
18 mai 2023.

KULAITIS, F. **Espaço social e auto-imagem comunitária estudo configuracional
da Vila Macedo, Piraquara**. Dissertação (Mestrado em Sociologia, Departamento
de Ciências Sociais da Universidade Federal do Paraná) - UFPR, Curitiba, 2004).

LAPCHENSK, A. de F.; HARDT, L. P. A. Profilaxia reversa: o estigma da lepra do hospital para a cidade. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 1081-1093, 2018.

MALVASI, P. A.; ADORNO, R. DE C. F. A vulnerabilidade e a *mente*: conflitos simbólicos entre o diagnóstico institucional e a perspectiva de jovens em cumprimento de medida socioeducativa. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 30–41, jan. 2014

MORAES, B. R. de; WEINMANN, A. de O. Notas sobre a história da adolescência. **Estilos da clínica: revista sobre a infância com problemas**. São Paulo. Vol. 25, n. 2 p. 280-296, 2020.

MORGADO, L. P. **Violência aprisionada: contradições e desafios na atividade de reintegração de adolescentes em conflito com a lei**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-15062018-131400/>. Acesso em 18 mai 2023.

MOTTI, A. A incompletude institucional na execução das medidas socioeducativas. In: PAES, P. C. D.; ADIMARI, M. F.; DA COSTA, R. P. **Socioeducação e Intersetorialidade: Formação continuada de socioeducadores**. – Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2015.

NEVES, C.M., SANTOS, N.I.S.; LAZZAROTTO, G.R. Práticas intersetoriais no Sistema nacional de atendimento socioeducativo: Novas estratégias de democratização ou de segurança? **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, v.11, p. 100-129, 2014.

OHATA, A. P. A. R. **Como lidamos com as demandas de saúde mental dos adolescentes nos Centros de Socioeducação do Paraná?** Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2020.

OLIVEIRA, D. C. de. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) no Estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório das contribuições da economia política marxista na compreensão do Estado e das políticas de saúde no século XXI**. 2022. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PAIM, J. S. e SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde** v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PARANÁ. Cadernos de Socioeducação: gestão pública do sistema socioeducativo. Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, Paraná, 2018.

PARANÁ, Secretaria da Justiça, Família e Trabalho do Governo do Paraná (SEJUF). Disponível em < <https://www.justica.pr.gov.br/Socioeducacao>>. Acesso em 18 de maio de 2023.

PEDRO, V. da R. **Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade: atenção integral ou desintegrada**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

PEDROSA, L. ECA completa 25 anos: mas ações de proteção a crianças começaram na época colonial. Empresa Brasil de Comunicação. Brasília, 13 de Julho de 2015. Acesso em 18 de maio de 2023. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/cidadania/2015/07/eca-25-anos-direitos-criancas-e-adolescentes>

PEIXOTO, R. B. **A gestão de execução de medidas socioeducativas no Estado do Paraná: uma política em construção**. 2011. Dissertação (Mestrado em organizações e desenvolvimento) – FAE Centro Universitário, Curitiba, 2011.

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, set. 2018.

PERMINIO, H. B. et. al. Validação do modelo lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1237–1248, mar. 2022.

PIRAQUARA, **Resolução nº 03, de 20 de março de 2020 do Conselho Municipal de Saúde de Piraquara**. Dispõe sobre o POM – Plano Operativo Municipal apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde a fim de atender à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos adolescentes em conflito com a Lei (PNAISARI). Diário Oficial dos Municípios do Paraná, Piraquara, PR, 24 jul. 2020.

_____. **A cidade. Perfil**. Site oficial do município, disponível em <https://piraquara.pr.gov.br/Perfil-1-39.shtml>

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. e00046617, 2018.

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**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2020.

ROBERT, C. et al. “A gente fica institucionalizado também!”: cotidiano, saúde mental e processos de trabalho na percepção das equipes de unidades socioeducativas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210290, 2022.

SCISLESKI, A. C. C. et al. Medida Socioeducativa de Internação: dos Corpos Dóceis às Vidas Nuas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, p. 660–675, jul. 2014.

SENA, C. A. DE. COLARES, V. Comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes em conflito com a lei. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2314–2322, out. 2008.

SILVA, A. D. R. da. Política de atendimento socioeducativo: caminhos e descaminhos entre a proteção e a punição. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. **Anais do Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social**. Florianópolis: UFSC, 2015

SILVA, E. R. A. GUERESI, S. Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil. Texto para discussão nº 979. Brasília, IPEA, agosto de 2003.

SILVA, J. F. Da. et al. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-14, 2019

SILVA, J. O. DA. RISTUM, M. A violência escolar no contexto de privação de liberdade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 232–247, 2010.

STRZYKALSKI, S.; GURSKI, R. Adolescência e lampejos: a construção de políticas de "sobrevivência". **Estilos clin.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 21-34, abr. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282020000100003&lng=pt&nrm=iso. acessos em 18 maio 2023. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i1p21-34>.

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 on-line**, v. 10, n. 3, p. 1016-1021, 2016.

VICENTIN, M. C. G. Corpos em rebelião e o sofrimento-resistência: adolescentes em conflito com a lei. **Tempo Social**, v. 23, n. 1, p. 97–113, 2011.

VICENTIN, M.C.G.; GRAMKOW, G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O.Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 337-351.

VILARINS, N. P. G. Adolescents with mental disorders while serving time and being subjected to socio-educative measures. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 891–898, mar. 2014.

VILAS BOAS, C. C. V. A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte: impasses e desafios. 2014 - Tese (Doutorado em Medicina), Faculdade de Medicina, Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014. Disponível em <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-A6SNAW>. Acesso em 18 mai 2023.

WADI, Y. M.; CASAGRANDE, A. de B. Os primeiros anos do Hospital Colônia Adauto Botelho: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958). Anais do XXVI Simpósio Nacional de História (ANPUH). São Paulo, 2011, p. 1-18.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, jun. 2014.

ZUKOWSKY-TAVARES, C.; DE SOUZA, A. C.; BRAGA, N. G. da S.; LIMA, A. S.; SANTOS, D. da C. dos; FRANCICA, J. O.; COSTA, E. M. S. da. Experiência de educação em saúde sobre sexualidade com adolescentes institucionalizados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v.30, n.1, 2017. DOI: 10.5020/18061230.2017.p135. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/5743>>. Acesso em: 18 maio. 2023.

APÊNDICE 1

PERGUNTAS DIPARADORAS DA ENTREVISTA – MODELO

1. Você poderia me contar sobre a relação com a socioeducação no seu município / serviço? Como funciona? Como se organiza? Poderia trazer exemplos?
2. O que você acha da opinião da sua equipe a respeito disso? E como você vê essa relação?
3. Quais os problemas que você mais observa?
4. O que você poderia me dizer da PNAISARI? Você já ouviu falar sobre PNAISARI?
5. Você faria este processo de alguma maneira diferente? Como?
6. E em relação ao matriciamento entre saúde e socioeducação no município, como funciona?
6. Há algo mais que você gostaria de abordar?

ANEXO 1 – PNAISARI

Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

8 PORTARIA Nº 1.082, DE 23 DE MAIO DE 2014

Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional;

Considerando o Decreto nº 2, de 13 de julho de 2006, que institui a Comissão Intersetorial de Acompanhamento do Sinase; Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde;

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma dos blocos de financiamento, com respectivo financiamento e controle;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui no SUS a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio;

Considerando a Resolução nº 119/CONANDA, de 11 de dezembro de 2006, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências;

Considerando as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde da Série A - Normas e Manuais Técnicos - 2010, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/adolescente;

Considerando a necessidade de estabelecer diretrizes gerais para a atenção integral em saúde de adolescentes em conflito com a lei, que cumprem medidas socioeducativa em meio aberto;

Considerando a necessidade de redefinir normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades socioeducativas masculinas e femininas; e

Considerando a pactuação ocorrida na 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 29 de agosto de 2013, resolve:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Portaria, consideram-se as seguintes definições:

I - adolescente em conflito com a lei: aquele que cometeu algum ato infracional e que cumpre medida socioeducativa em meio aberto ou fechado, em situação de privação de liberdade, conforme definido na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

II - medida socioeducativa em meio aberto: aquela cumprida na forma de prestação de serviço à comunidade e de liberdade assistida, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente;

III - privação de liberdade: cumprimento de medida socioeducativa de internação, de internação provisória e de semiliberdade, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente;

IV - Plano Operativo: documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes; e

V - Plano de Ação Anual: documento elaborado anualmente que contém os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semiliberdade.

Art. 3º A execução de medidas socioeducativas privativas de liberdade é de responsabilidade da Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, cabendo às Secretarias Municipais de Assistência Social as medidas em meio aberto.

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Art. 4º Ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão.

Seção I Dos Princípios

Art. 5º A organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada de acordo com os seguintes princípios:

I - respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes;

II - enfrentamento ao estigma e preconceito;

III - respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento;

IV - garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional;

V - reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos Municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território;

VI - atenção humanizada e de qualidade a esta população;

VII - organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei; e

VIII - permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social.

Seção II Dos Objetivos

Art. 6º A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade.

Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI:

I - ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade;

II - estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei;

III - incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender as complexas necessidades desta população;

IV - promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento;

V - garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei;

VI - priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e

VII - promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Seção III Da Organização

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados os seguintes eixos:

I - promoção da saúde e prevenção de agravos;

II - ações de assistência e reabilitação da saúde; e

III - educação permanente.

Art. 9º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados:

I - o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial;

II - a saúde sexual e a saúde reprodutiva;

III - a saúde bucal;

IV - a saúde mental;

V - a prevenção ao uso de álcool e outras drogas;

VI - a prevenção e controle de agravos;

VII - a educação em saúde; e

VIII - os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas.

Art. 10. A atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, garantindo-se:

I - na Atenção Básica:

a) as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos;

b) as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos;

c) o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha;

d) o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha;

e) os cuidados de saúde bucal;

f) o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede;

g) a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e

h) o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei;

II - na Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências:

a) o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS;

b) a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização;

c) o acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades; e

d) acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência.

§ 1º Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei, segundo suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica.

§ 2º A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial.

CAPÍTULO III

DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Art. 11. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, ou seja, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, em função de suas características peculiares de maior vulnerabilidade, seguirá critérios e normas específicos constantes deste Capítulo.

Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde.

§ 1º Todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica.

§ 2º Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde.

§ 3º Toda equipe de saúde existente dentro de unidade socioeducativa será cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 13. Para a atenção em Saúde Mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população poderá ser acrescida de:

I - 1 (um) profissional de Saúde Mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 (quarenta) adolescentes;

II - 2 (dois) profissionais de Saúde Mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 (quarenta e um) e 90 (noventa) adolescentes; e

III - 3 (três) profissionais de Saúde Mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população, excepcionalmente, acima de 90 (noventa) adolescentes.

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de Saúde Mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental.

§ 2º As equipes de Atenção Básica, sempre que possível, serão multiprofissionais, compondo-se com pelo menos 1 (um) psicólogo ou médico psiquiatra em cada equipe de saúde da Atenção Básica.

§ 3º Os profissionais de Saúde Mental que compuserem as equipes de saúde da Atenção Básica responsáveis pelas ações de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência, com possibilidade de serem vinculados ao NASF.

Seção I

Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios

Art. 14. A implementação da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade ocorrerá com a participação conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizar a unidade socioeducativa.

Parágrafo único. Os entes federativos mencionados no "caput" incluirão a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade nos seus respectivos planejamentos de saúde.

Art. 15. A Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizarem as unidades socioeducativas, em conjunto e em articulação com a Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, organizarão o provimento de ações contínuas para a atenção à

saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade na Rede de Atenção existente e conforme diretrizes contidas no Capítulo V da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase.

Art. 16. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde:

I - coordenar e apoiar a implementação da PNAISARI;

II - participar do financiamento tripartite para a atenção integral à saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade;

III - prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de discussão e implementação dos Planos Operativos e Planos de Ação, conforme anexos II e III a esta Portaria;

IV - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base os Planos Operativos e Planos de Ação, conforme anexos II e III a esta Portaria;

V - elaborar e disponibilizar diretrizes assistenciais a serem implementadas pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS;

VI - padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo;

VII - apoiar tecnicamente a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR) no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo-se instalações físicas e equipamentos; e

VIII - elaborar conteúdos mínimos de capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, das redes de saúde e intersetoriais no âmbito da educação permanente a ser disponibilizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Art. 17. Compete aos Estados, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde:

I - apoiar os Municípios na implementação da PNAISARI;

II - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI;

III - apoiar e participar da elaboração e execução dos Planos Operativos e Planos de Ação Municipais, conforme Anexos II e III, em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo;

IV - inserir no seu planejamento anual e no Plano Estadual de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade;

V - apoiar e incentivar a inserção da população adolescente em conflito com a lei e a privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Estado e Municípios;

VI - apoiar tecnicamente o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Ação Anual dos Municípios;

VII - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos nesta Portaria;

VIII - participar da organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde;

IX - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite;

X - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais; e

XI - monitorar e avaliar a implementação das ações constantes no Plano de Ação Anual em conjunto com os Municípios.

Art. 18. Compete aos Municípios, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde:

I - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI;

II - elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, conforme Anexos II e III, em parceria com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo;

III - inserir no seu planejamento anual e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade;

IV - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos nesta Portaria;

V - inserir a população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Município;

VI - garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a com as pactuações na CIT e CIB;

VII - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite;

VIII - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual;

IX - participar da elaboração de diretrizes assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; e

X - inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do Município.

Art. 19. Ao Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, competem os direitos e obrigações reservados às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios.

Art. 20. O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo, previstos na Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas.

Parágrafo único. O Plano Operativo de que trata o "caput" tem prazo de validade de 4 (quatro) anos, e deve, ao final deste período, ser reapresentado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e à Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), nos moldes dispostos no anexo II a esta Portaria.

Art. 21. O Plano de Ação Anual deve ser apresentado por cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade.

Parágrafo único. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual de que trata o "caput" deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

Art. 22. A Secretaria de Saúde dos Estados, em casos excepcionais, poderá elaborar Plano Operativo e assumir a gestão das ações de atenção integral à saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade de Município localizado em seu território, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Seção II Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)

Art. 23. Compete ao GTI instituído no âmbito do Estado ou do Município:

I - a elaboração de Plano Operativo, conforme modelo constante do anexo II a esta Portaria;

II - a elaboração de Plano de Ação Anual, com definição das ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por Município, conforme modelo constante do anexo III a esta Portaria;

III - o acompanhamento e monitoramento da efetiva implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade; e

IV - realização de diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

§ 1º Poderão integrar o GTI de que trata o "caput" representantes dos seguintes órgãos e entidades:

- a) Secretaria Estadual de Saúde;
- b) Secretaria Municipal de Saúde;
- c) Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo em âmbito local;
- d) unidades socioeducativas; e
- e) outras instituições e conselhos estratégicos.

§ 2º Constará no Plano Operativo a indicação da Secretaria de Saúde do ente federativo responsável pela gestão das ações de saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade.

§ 3º Dar-se-á ciência do Plano Operativo ao Conselho de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, a Comissão Intergestores Regional (CIR).

§ 4º O Plano Operativo deverá ser aprovado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente.

§ 5º A elaboração do Plano de Ação Anual deverá conter as ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por Município, conforme modelo constante do anexo III a esta Portaria.

Seção III Do Financiamento

Art. 24. O ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade fará jus a incentivo financeiro de custeio, que será instituído e pago pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento dessas ações junto às unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade.

Parágrafo único. O incentivo financeiro de custeio de que trata o "caput" será instituído e regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e repassado em parcelas mensais e iguais pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário.

CAPÍTULO IV DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 25. O monitoramento e a avaliação da implementação da PNAISARI serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais da saúde e do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA).

Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" serão realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS).

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 26. Os casos não previstos nesta Portaria, relativos à atenção à saúde em favor dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, serão analisados pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS.

Art. 27. As ações de saúde previstas nesta Portaria serão integrados aos Planos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, observada a legislação local específica.

Art. 28. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

9 ARTHUR CHIORO

ANEXO I

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE e responsabilidades setoriais INTERFEDERATIVAS

1. Atribuições das equipes de referência em saúde As equipes de referência em saúde preconizadas nesta Portaria integram a organização da Atenção Básica no SUS. Além de cumprir os princípios constitucionais e legais, a opção decorre do fato de que as Equipes de Atenção Básica detêm responsabilidade sanitária pela população residente nas unidades socioeducativas do seu território adstrito.

As equipes de referência devem seguir as atribuições indicadas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011).

Nesse sentido, ainda que haja equipe de saúde lotada e atuando somente dentro da unidade socioeducativa, é de fundamental importância que se garanta uma referência na rede de atenção à saúde pública externa a fim de garantir, mesmo de forma complementar, a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde na lógica do SUS.

Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade e atende aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), que deve ser acompanhado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar que os acompanha.

Ao compor o PIA, dados relativos às ações e avaliações em saúde desenvolvidas ou matriciadas pela equipe responsável também serão a base para os relatórios encaminhados ao Juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.

É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do SINASE, que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde da população.

1.1 Das atribuições específicas e do processo de trabalho dos profissionais de Saúde Mental

Os profissionais de saúde mental que integrarão as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes dessas instituições.

A inclusão de profissionais de saúde mental para atuarem junto às equipes de saúde se justifica em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda de acompanhamento psicossocial, conforme indicação dada pelos Arts. 60 e 64 da Lei nº 12.594, de 18/01/2012.

Sabe-se que nos contextos de privação de liberdade é comum a existência de problemas que afetam a saúde mental em diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. É importante esclarecer que isso não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros.

As tecnologias desenvolvidas no campo da saúde mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas "tecnologias leves" referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico.

Toda a lógica de trabalho dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes responsáveis pelas ações de saúde elencadas nestas diretrizes é baseada na estratégia do matriciamento. Isso significa que esses profissionais não têm como prioridade o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário. Seu papel principal é o matriciamento das ações de saúde mental junto às equipes da saúde e do socioeducativo.

Por matriciamento entende-se: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas.

São atribuições dos profissionais de saúde mental e da equipe de saúde:

1) Realização de análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções;

2) Articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes;

- 3) Avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde;
- 4) Elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes;
- 5) Desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas;
- 6) Fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo;
- 7) Incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo;
- 8) Contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- 9) Provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente;
- 10) Promoção do seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa.

ANEXO II

PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória. Descreve as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes.

O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. Tem prazo de 4 (quatro) anos, devendo, ao final deste período ser reapresentado nas instâncias previstas no Art. 16, III desta Portaria. Posto isso, deve conter:

1. Apresentação

- Contextualização dos sistemas socioeducativo e de saúde para atenção a adolescentes e jovens no Município/Estado;

- Deve conter a média anual de adolescentes internados por unidade socioeducativa do Município/Estado;

- Indicação do Grupo de Trabalho intersetorial responsável pela elaboração do Plano Operativo.

2. Diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade

- Informações gerais sobre as condições de saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade socioeducativa, com indicação dos principais agravos encontrados;

- Diagnóstico sobre as condições sanitárias, de saneamento e outras estruturais que afetam a salubridade na unidade socioeducativa;

- Informações sobre a organização do serviço de saúde, no âmbito físico, de processos e procedimentos com descrição dos ambientes disponíveis na Unidade socioeducativa, se houver.

3. Coordenação das Ações de Saúde:

Descrição de como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo, irão coordenar o processo de implantação das diretrizes e de como pretendem gerir o Plano Operativo, com explicitação de competências e atribuições.

4. Equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa:

- Informações sobre a Rede de Atenção à Saúde disponível no território;

- Indicação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES referente à equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal, de referência em saúde para cada unidade socioeducativa do município;

- Para o caso da equipe responsável ser do socioeducativo (atuação dentro das unidades): informações sobre a composição, carga horária e órgão responsável pelo contrato da equipe de saúde responsável pelo desenvolvimento do Plano de Ação nas unidades socioeducativas do município;

- Indicação do(s) profissional(is) de Saúde Mental que comporá(ão) a equipe de saúde de referência, com a(s) respectiva(s) carga horária.

- Indicação dos números do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES referentes à unidade socioeducativa que possuir estabelecimento de saúde (código 109).

- Indicação do número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa.

5. Fluxo e contra-fluxo do cuidado com adolescentes nos pontos de atenção à saúde

- Indicação dos serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade que serão referências para a atenção integral aos adolescentes de cada unidade socioeducativa, respeitadas as pactuações de articulação e conectividade da Rede de Atenção à Saúde;

- Indicação da organização de fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

- Indicação de fluxos e compromissos intersetoriais para atenção à saúde mental de adolescentes;

- Quando necessário, podem ser considerados os serviços de saúde de referência da Região de Saúde pactuada por estados e municípios.

6. Assistência Farmacêutica e Insumos

- Estabelecimento dos fluxos de abastecimento de medicamentos e insumos destinados à atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade. Programação para recebimento dos materiais;

- Indicação de responsabilidades e compromissos entre as esferas federativas para o suprimento das necessidades farmacêuticas;

- Fluxo para dispensação e administração de medicamentos.

7. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas:

Apresentação das parcerias já existentes e as necessárias/fundamentais para a atenção à saúde integral de adolescentes em situação de privação de liberdade constantes no Plano de Ação, com as respectivas atribuições acordadas.

8. Financiamento:

Explicitação das participações de cada uma das Secretarias envolvidas e de outras instituições parceiras no financiamento para a realização do Plano de Ação e implementação das diretrizes: 9. Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo

- Descrição de como a Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as secretarias gestoras do sistema socioeducativo - por meio do grupo gestor - farão o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde dos adolescentes;

- Indicação dos responsáveis pela coleta de informações e envio de dados consolidados, de acordo com o monitoramento proposto;

- Indicação de como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos de Saúde acompanharão a implementação do Plano Operativo.

ANEXO III

PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação Anual deve conter os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação e internação provisória. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

Cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade deve elaborar e desenvolver um Plano de Ação anual.

O planejamento anual deve ter a participação, sempre que possível, das equipes responsáveis pela atenção à saúde dos adolescentes.

Modelo de Plano de Ação

I) Identificação do Município;

II) Identificação das Unidades Socioeducativas (USE):

a) nome das USE;

b) média de adolescentes atendidos no último ano

c) Indicação das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde (equipe de atenção básica - incluindo os profissionais de saúde mental - e equipe de saúde da USE, quando houver) em cada USE do município, com o respectivo número do CNES;

III) Indicação dos principais agravos de saúde dos adolescentes no ano anterior: diagnóstico situacional de saúde;

IV) Indicação das ações a serem desenvolvidas em todas as unidades:

	Linhas de Ação	Ação	Meta	Responsável
A)	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial			
B)	Saúde Sexual e Saúde Reprodutivos			
C)	Saúde bucal			
D)	Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas			
E)	Prevenção e Controle de agravos			
F)	Educação em Saúde			
G)	Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas			

V - Assinatura pelo gestor municipal/estadual de saúde e gestor do sistema socioeducativo.