

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Aline Rodrigues de Aguiar

Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a
“Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei”
(PNAISARI) no município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

Aline Rodrigues de Aguiar

Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a
“Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei”
(PNAISARI) no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Health care of adolescents serving socio-educational measures: study of the "National Policy of Comprehensive Health Care for Adolescents in Conflict with the Law" (PNAISARI) in the municipality of Rio de Janeiro.

A282a Aguiar, Aline Rodrigues de.
Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei" (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro / Aline Rodrigues de Aguiar. -- 2023.
112 f. : il.color, fotos, mapas.

Orientador: Marcelo Rasga Moreira.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 98-106.

1. Política Pública. 2. Política de Saúde. 3. Saúde do Adolescente. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 362.7

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Aline Rodrigues de Aguiar

Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a
“Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei”
(PNAISARI) no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 15 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Thereza de Lamare Franco Netto
Secretaria de Estado Desenvolvimento Social de Minas Gerais

Prof. Dr. Assis Mafort Ouverney
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Para Julia e Amora, por serem dois pontinhos de felicidade no caos.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigas, Carol e Carol, por compreenderem minhas ausências, confortarem meus anseios e me apoiarem incondicionalmente.

Aos meus pais, Bira e Beth, pelo eterno incentivo ao estudo e por serem a rede de apoio que me permitiu concluir um mestrado mesmo com duas filhas pequenas.

Ao meu marido, Junior, pelas noites mal dormidas pela luz do computador, pelos finais de semana sozinhos com as crianças e por não ter me deixado desistir quando achei que não conseguia mais.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fiocruz, por ter sido um sonho adolescente que virou realidade.

Ao meu orientador, Marcelo, por não ter desistido de mim. Sua paciência e gentileza foram fundamentais no meu processo de elaboração desse projeto.

Aos amigos da Superintendência de Atenção Primária pelas constantes descobertas. Trabalhar com vocês é um eterno processo de aprendizagem. É por pessoas como vocês que eu sigo acreditando no SUS.

À minha equipe dos Ciclos de Vida, por serem os melhores profissionais que eu já tive o prazer de trocar saberes diariamente. Desculpem as ausências e ocasionalmente o leve desespero.

À Fernanda e Livia pela paciência, ouvidos e o ombro amigo.

Para Camila, Thaís e Tayna, pelo intenso apoio, sem vocês não existiria a pesquisa e todos os profissionais da CF Assis Valente, por persistirem mesmo nas adversidades.

Aos meus amigos de turma por todas as problematizações, risadas, chopes, lágrimas e apoio, ficarei com um enorme vazio nas minhas quintas feiras.

Sem vocês nada teria sido possível. Resistimos!

RESUMO

Criada em 2004 e aperfeiçoada em 2014, a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)* orienta as ações em saúde voltadas aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, seguindo os princípios de respeito; enfrentamento ao preconceito; garantia de acesso integral, humanizado, de qualidade e universal e em especial, o princípio da incompletude institucional. Cabe à Atenção Primária a coordenação desse cuidado e o ordenamento da rede que presta assistência a esses adolescentes, neste caso representada pela Clínica da Família Assis Valente, única unidade do município responsável pelo território de todas as unidades socioeducativas. Embora o processo de implementação da política tenha iniciado no Estado em 2010, somente em 2020 o município do Rio de Janeiro foi habilitado para recebimento de incentivo federal para execução da política, além disso, embora a PNAISARI oriente as ações de saúde ao adolescente em conflito com a lei, a execução das medidas judiciais aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei é função do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), sendo o diálogo entre os diferentes órgãos fundamental para a eficácia das ações propostas e garantia da qualidade do atendimento em saúde. Frente a isso, a pesquisa avaliou os avanços e limites vivenciados pelas equipes de saúde da Clínica da Família Assis Valente (município do Rio de Janeiro) que, em 2022-2023, atenderam adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. Foi realizada uma pesquisa social no campo da saúde pública/coletiva, que adotou como método o ‘estudo de caso’ que buscou analisar o processo de implementação da PNAISARI no município, o atendimento à saúde dos adolescentes e a percepção dos profissionais que atuam na Clínica da Família sobre os avanços e limites do atendimento prestado, esta último realizado através de um instrumento de investigação à distância que foi respondido por 26 profissionais que atuam na unidade e uma entrevista semi-estruturada respondida pela gerente. Os resultados indicam uma evolução na execução da política a partir da habilitação do município, assim como esforços da unidade de Atenção Primária na tentativa de organizar a entrada do adolescente no serviço e no segmento do seu cuidado, entretanto, evidencia também a necessidade de investimento nas estratégias de intersetorialidade, busca de mecanismos de redução da pressão assistencial e manejo da violência do território que interferem no processo de trabalho dos profissionais envolvidos na execução da política.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde, saúde do adolescente, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Created in 2004 and improved in 2014, the National Policy for Comprehensive Health Care for Adolescents in Conflict with the Law (PNAISARI) regulate health actions aimed at adolescents in compliance with socio-educational measures, following the principles of respect; against prejudice; guarantee an integral and humanized of health care, with universal access, following the principle of institutional incompleteness. Primary Care is responsible for coordinating this care and organizing the network that provides assistance to these adolescents, in this case represented by the Assis Valente Family Clinic, the only unit in the municipality responsible for providing health care to all socio-educational units. Although the process of implementing the policy began in the State in 2010, it was only in late 2020 that the municipality of Rio de Janeiro was qualified to receive a federal incentive to implement the policy. Furthermore, although PNAISARI guides health actions for adolescents in conflict with the law, the execution of judicial measures applied to adolescents in conflict with the law is the responsibility of the General Department of Socio-Educational Actions (DEGASE), therefore, the dialogue between the different bodies are fundamental for the effectiveness of the proposed actions and health care quality. The research evaluated the advances and limits experienced by the health teams at the Clínica da Família Assis Valente (municipality of Rio de Janeiro) who, in 2022-2023, attended adolescents complying with socio-educational measures. A social research was carried out in the field of public/collective health, which adopted the 'case study' as a method that sought to analyze the process of implementing PNAISARI in the municipality, the health care provided to adolescents and the perception of professionals, who work at the Primary Care Clinic, on the advances and limits of the care provided, the latter carried out through a remote investigation instrument that was answered by 26 professionals who work in the unit and a semi-structured interview answered by the manager. The results indicate an evolution in the implementation of the policy based on the municipality's qualification, as well as efforts by the Primary Care unit in an attempt to organize the adolescent's entry into the service and the segment of their care, however, it also highlights the need for investment in intersectoral strategies, search for mechanisms to reduce assistance pressure and management of violence in the territory that interfere in the work process.

Key words: public health policies; adolescent health; primary health care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Localização da Clínica da Família Assis Valente em amarelo - Município do Rio de Janeiro com a sinalização de todas as unidades de APS do município.....	25
Figura 2	Clínica da Família Assis Valente - MRJ.....	26
Figura 3	Território da Clínica da Família Assis Valente com a sinalização da área de cobertura por equipe.....	27
Figura 4	Localização da Clínica da Família Assis Valente e das unidades socioeducativas do DEGASE.....	28
Figura 5	Percentual de atendimento X solicitações de atendimento à CF Assis Valente, por unidade socioeducativa, entre julho de 2022 e julho de 2023.....	65
Figura 6	Distribuição de tipos de IST encontrados na análise da planilha de solicitação de atendimentos aos adolescentes do SSE pela CF Assis Valente entre julho de 2022 e julho de 2023.....	67
Figura 7	Distribuição das principais causas de encaminhamentos, por queixa clínica, encontrados na análise da planilha de solicitação de atendimentos aos adolescentes do SSE pela CF Assis Valente entre julho de 2022 e julho de 2023.....	67
Figura 8	Distribuição das principais causas de encaminhamento por queixas neurológicas encontrados na análise da planilha de solicitação de atendimentos aos adolescentes do SSE pela CF Assis Valente entre julho de 2022 e julho de 2023.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro. Levantamento de Informações na etapa de Pesquisa Documental: distribuição de documentos identificados, separados por descritor e base, distribuição por documentos encontrados e por documentos selecionados para análise.....	19
Quadro 2	Descrição das Unidades socioeducativas do MRJ por capacidade de recebimento de adolescentes em 2023.....	52
Quadro 3	Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro. Documentos estaduais e municipais sobre a PNAISARI no Rio de Janeiro por data de publicação e assunto.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de profissionais, por categoria, que foi convidado a participar da pesquisa na primeira coluna e respondeu a pesquisa Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro.....	23
Tabela 2	Perfil dos adolescentes com solicitação de atendimento na CF Assis Valente no período de julho de 2022 a julho de 2023.....	61
Tabela 3	Solicitação de atendimento por agendamento, por atendimento, por motivo de não atendimento, por unidade solicitante e por unidade que teve o adolescente atendido na CF Assis Valente no período de julho de 2022 a julho de 2023.....	63
Tabela 4	Natureza da solicitação de atendimento na CF Assis Valente, dos adolescentes do SSE, no período de julho de 2022 a julho de 2023...	66
Tabela 5	Perfil dos profissionais da CF Assis Valente que participaram da pesquisa Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro.....	70
Tabela 6	Formação profissional dos profissionais da CF Assis Valente que participaram da pesquisa Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DEGASE	Departamento Geral de Ações Socioeducativas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundações Estaduais de Bem-Estar do Menor
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem-Estar Social do Menor
GSCA	Gerência de Saúde da Criança e do Adolescente
HANSEN	Hanseníase
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MRJ	Município do Rio de Janeiro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SISREG	Sistema de Regulação
PNAISARI	Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PNH	Política Nacional de Humanização (PNH)
SEEDUC/RJ	Secretaria Estadual de Educação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	TUBERCULOSE
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAM	Serviço de Assistência a Menores

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	17
2.1	SOBRE OS OBJETIVOS.....	18
2.2	UNIVERSO DA PESQUISA.....	25
2.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE A ÉTICA EM PESQUISA.....	28
3	A SOCIOEDUCAÇÃO E A PNAISARI.....	31
3.1	O ADOLESCENTE E O CUMPRIMENTO DA MEDIDA SOCIOEDUCATIVA NO BRASIL.....	31
3.2	A PNAISARI E A SAÚDE DO JOVEM PRIVADO DE LIBERDADE.....	35
3.3	O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADOS EM SAÚDE DO JOVEM EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA.....	37
4	O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISARI NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	42
4.1	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (PNAISARI).....	42
4.1.1	Políticas e Legislações voltadas para adolescentes em conflito com a Lei: um breve histórico.....	42
4.2	A PNAISARI NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	52
4.2.1	Unidades de Socioeducação no Rio de Janeiro.....	52
4.2.2	Legislações e normativas do Município do Rio de Janeiro.....	53
4.2.3	Organização do cuidado ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa no Município do Rio de Janeiro.....	55
4.3	A POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES CUMPRINDO MEDIDA SOCIOEDUCATIVA NO RIO DE JANEIRO E SUAS QUESTÕES DE SAÚDE..	61
5	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA CLÍNICA DA FAMÍLIA ASSIS VALENTE SOBRE OS AVANÇOS E LIMITES DO ATENDIMENTO PRESTADO AOS ADOLESCENTES CUMPRINDO MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS.....	70
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA.....	70
5.2	ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E IMPACTO NA UNIDADE.....	72

5.3	SOBRE OS AVANÇOS ENCONTRADOS.....	86
5.4	SOBRE AS LIMITAÇÕES ENCONTRADOS.....	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS.....	98
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	107
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	(TCLE).....	109

1 INTRODUÇÃO

O acesso ao atendimento integral, universal e igualitário é garantido a todos no território nacional por meio dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforça essa postura, enfatizando as condições especiais de crescimento e desenvolvimento deste segmento populacional. Mesmo com tais garantias expressas em marcos legais, a atenção à saúde do adolescente é um desafio para a saúde pública brasileira. Esse desafio é ainda maior quando se considera a saúde dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Período de transição entre a infância e a idade adulta, a adolescência é uma fase de mudanças biológicas, emocionais e sociais fundamentais na construção da identidade (Quiroga, 2013). Trabalhando no marco legal, o ECA define sua duração, considerando-a como a faixa que recobre dos 12 aos 18 anos (Brasil, 1990).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, pessoas com menos de 18 anos são inimputáveis, ou seja, caso cometam atos ilícitos, não lhes cabe inclusão no sistema penitenciário (Brasil, 1988).

Nos casos em que tais pessoas praticam atos infracionais, o ECA – assumindo a ‘Doutrina da Proteção Integral’ em oposição à ‘Doutrina da Situação Irregular’ do Código de Menores de 1927 - prevê a aplicação de medidas socioeducativas que variam de acordo com a circunstância e gravidade do fato: ‘advertência’, ‘obrigação de reparar o dano’, ‘prestação de serviços à comunidade’, ‘liberdade assistida’, ‘semiliberdade’ e ‘internação’.

A execução destas medidas deve ser desvinculada do sistema penitenciário, garantir que sob nenhuma hipótese seja realizado trabalho forçado e viabilizar que portadores de doenças e deficiências mentais tenham tratamento individualizado e adequado às suas necessidades.

Para tanto, as Unidades Federativas (UFs) devem criar e consolidar um Sistema Socioeducativo (SSE) que articule instituições que desenvolvam, entre outras, propostas de atendimento individualizado, reinserção social e educacional, e atenção integral à saúde.

Diante das dificuldades dos SSEs em garantir uma atenção integral à saúde, a então Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS), elaborou, em 2004, a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)*.

Aperfeiçoada, em 2014, pela Portaria GM/MS Nº 1.082, a PNAISARI orienta as ações

em saúde voltadas aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de ‘liberdade assistida’, ‘semiliberdade’ e ‘internação’, vinculando-as à atenção primária e seguindo os princípios de respeito; enfrentamento ao preconceito; garantia de acesso integral, humanizado, de qualidade e universal; e o princípio da incompletude institucional (Brasil, 2014).

Seus objetivos são: ampliação das ações e serviços de saúde para os adolescentes em conflito com a lei; estímulo a ações intersetoriais entre as equipes de saúde e socioeducativas; incentivo à articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA); promoção do acesso aos cuidados em saúde, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; garantia de ações de atenção psicossocial; priorização de ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; promoção da reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2014).

A PNAISARI, define como papel da Atenção Primária garantir aos jovens em cumprimento de medidas socioeducativas a realização de ações de Promoção da Saúde, acompanhamento do crescimento, ações relativas à saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, aleitamento materno, saúde bucal, promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos decorrentes do uso de álcool e drogas, articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além da responsabilidade sanitária por esses jovens (Brasil, 2014). Além disso, fica claro na portaria que cabe à Atenção Básica a garantia de uma atenção integral e a atribuição de ser a principal coordenadora do cuidado desses jovens (Brasil, 2014).

Embora a PNAISARI oriente as ações de saúde ao adolescente em conflito com a lei, o diálogo com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), sistema que regulamenta a execução das medidas socioeducativas, é fundamental para a eficácia das ações propostas e garantia da qualidade do atendimento em saúde.

No Estado do Rio de Janeiro, cabe ao Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), órgão do governo Estadual atualmente vinculado à Secretaria Estadual de Educação (SEEDUC/RJ), a execução das medidas judiciais aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei. Constata-se, então, que, em cada cidade do Estado onde há uma unidade do sistema socioeducativo, a atenção à saúde dos adolescentes cumprindo as medidas de ‘liberdade assistida’, ‘semiliberdade’ e ‘internação’ necessita de integração entre a unidade socioeducativa – que é estadual - e a rede de atenção básica, de atribuição municipal.

O Estado iniciou o processo de implantação da PNAISARI em 2010, mas apenas em dezembro de 2020 o município do Rio de Janeiro (MRJ) foi habilitado para recebimento de incentivo federal. Atualmente, o atendimento pela APS do município do Rio de Janeiro a adolescentes cumprindo medida de ‘internação’ é realizado por uma única unidade de saúde, a Clínica da Família Assis Valente, no bairro da Ilha do Governador. Esta mesma clínica – e outras três - também atende adolescentes que cumprem medidas de ‘semiliberdade’. Já os adolescentes em medida de ‘liberdade assistida’ são atendidos pelas unidades de atenção primária referentes a seus endereços de moradia.

Na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro cabe à Gerência da Criança e do Adolescente (GSCA), a gestão municipal da PNAISARI, assim como de todas as ações técnicas voltadas à saúde do adolescente do município. Gerência, esta, que faz parte da Coordenação dos Ciclos de Vida da Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde.

Em janeiro de 2021, iniciei minhas atividades como Coordenadora dos Ciclos de Vida na Secretaria Municipal de Saúde. Tenho vivido a repercussão da demora na habilitação do Estado pela PNAISARI, que trouxe novas discussões, necessidade de apropriação, contextualização e conhecimento técnico sobre um tema bastante específico, além da necessidade de interlocução com outras secretarias, com outros entes federados e com outras instâncias da gestão no intuito de conseguir articular os fluxos de atendimento e organizar a rede de atenção aos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas.

A necessidade de qualificar as ações voltadas aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, assim como a compreensão das experiências exitosas de execução da política, fez com que buscássemos artigos sobre a relação intersetorial de execução da política. Ao buscar por artigos não foi encontrado nenhum que versasse sobre o atendimento desses jovens pela APS, pelo contrário, o único artigo encontrado que menciona a Atenção Primária faz uma crítica justamente a ausência de atendimentos que não pela equipe de saúde da própria unidade socioeducativa de internação.

No mesmo momento éramos constantemente acionadas pela unidade de Atenção Primária para intermediar conflitos entre os profissionais da Clínica da Família e das unidades socioeducativas ou entre profissionais e a gestão da unidade, fosse por incompreensão do seu papel enquanto profissional ou incômodo pela forma com que o adolescente era tratado pelo agentes socioeducativos na unidade de saúde, ou até mesmo por temerem por sua segurança com a permanência dos adolescentes na unidade.

Apesar de articulações entre SUS e SSE terem acontecido durante o ano de 2021, constato que esses adolescentes ainda enfrentam barreiras para exercerem seu acesso integral à

saúde, da mesma forma que os profissionais demonstram incômodos e anseios na execução do cuidado a esses adolescentes. É a partir dessa experiência profissional cotidiana que construí a **situação-problema** do presente projeto: Quais as dificuldades vividas pelos profissionais de saúde que, na atenção primária, atendem aos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de internação no Município do Rio de Janeiro?

Pensando em explicações preliminares, porque ainda não baseadas em dados, desenvolvo como resposta e, portanto, o **raciocínio hipotético** do presente projeto, que, apesar de alguns avanços - que podem ser expressos em números de atendimento, consultas e indicadores clássicos da atenção primária ainda existem dificuldades para a garantia de oferta do cuidado pelos profissionais da APS.

Em parte, isso está ligado ao desenho do Sistema Socioeducativo, que concentra todas as instituições de 'internação' no mesmo local, o que acarreta que apenas uma unidade de saúde atenda a todos os internados, implicando na necessidade de suporte, uma vez que o recebimento dos adolescentes altera a logística de funcionamento do serviço.

Há, também, desconhecimento da política e resistência por parte dos profissionais que devem atender os adolescentes, muitas vezes motivada pela alta criminalidade no município. A este cenário, acrescentam-se a dificuldade de articulação entre SUS e SSE, o desconhecimento da política de saúde proposta pelos profissionais de saúde que a executam, e a insuficiência dos recursos estruturais e financeiros para dar conta de toda a complexa logística para garantir a assistência e a integralidade desse cuidado.

Neste contexto e buscando um recorte adequado para uma pesquisa desenvolvida no âmbito de um mestrado profissional, construo o seguinte **objeto de pesquisa**: avanços e limites vivenciados pelas equipes de saúde da Clínica da Família Assis Valente (município do Rio de Janeiro) que, em 2022-2023, atenderam adolescentes cumprindo medidas socioeducativas.

Adotando-se tal objeto, almeja-se identificar, refletir e propor, a partir das percepções dos profissionais responsáveis pelo atendimento à saúde dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, ações e estratégias que possam contribuir para o pleno desenvolvimento da PNAISARI no município do Rio de Janeiro.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa social no campo da saúde pública/coletiva, que adota como método o ‘estudo de caso’ que valoriza a abordagem qualitativa da realidade. Para tanto, prioriza fontes primárias de informação, embora lide, também, com fontes secundárias. Neste contexto, adota elementos típicos da análise de políticas, em especial os que se referem à elaboração de evidências para a tomada de decisões da gestão pública.

Considerando a situação-problema e o raciocínio hipotético da pesquisa proposta, o recorte produzido no âmbito da elaboração do objeto de estudo teve como critério de seleção (praticamente um indutor), o fato de que a Clínica da Família Assis Valente, situada no bairro carioca da Ilha do Governador, é a única unidade de atenção primária que atende às seis instituições que, no Sistema Socioeducativo do Estado, estão situadas no município do Rio de Janeiro. O caso estudado, portanto, não poderia ser outro.

Como o público-alvo do estudo são as equipes de saúde da referida Clínica, a opção foi a de incluir todos aqueles que, pertencendo às equipes, prestassem atendimento à saúde e os gestores responsáveis. Pretendia-se que eles apresentassem suas percepções sobre seu trabalho tendo como recorte temporal o período 2022-2023. Isto posto, foi possível elaborar, para a pesquisa, o seguinte **Objetivo Geral (OG)**:

Analisar os avanços e limites vivenciados pelas equipes de saúde da Clínica da Família Assis Valente que, em 2022-2023, atendem adolescentes cumprindo medidas socioeducativas.

Para cumprir este OG foram traçados os seguintes **Objetivos Específicos (OEs)**:

OE1) Analisar o processo de implementação da PNAISARI no município do Rio de Janeiro;

OE2) Analisar o atendimento à saúde dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no Município do Rio de Janeiro;

OE3) Levantar a percepção dos profissionais que atuam na Clínica da Família Assis Valente sobre os avanços e limites do atendimento prestado aos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas;

OE4) Formular, com base no discutido em OE1, OE2 e OE3, propostas de aperfeiçoamento à PNAISARI no município do Rio de Janeiro.

2.1 SOBRE OS OBJETIVOS

Os Objetivos Específicos acima descritos constituem-se nas ações essenciais sem as quais não se consegue cumprir o Objetivo Geral. Verifica-se, assim, o nexos interno da pesquisa, que se consubstancia na percepção de que Oe1 e Oe2 dizem respeito às condições estruturais que condicionam a atenção à saúde dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas prestada pela Clínica da Família Assis Valente, enquanto o Oe3 representa os processos e resultados percebidos pela Equipe responsável por tal atendimento. Por este enfoque, a tríade clássica de análise de políticas de saúde de Donabedian é contemplada, acrescentando-se a ela um elemento típico da análise de políticas, a elaboração, por meio de evidências de pesquisa, de propostas de aperfeiçoamento da PNAISARI.

Neste contexto, para atingir a Oe1 - *Analisar o processo de implementação da PNAISARI no município do Rio de Janeiro* - foi realizada pesquisa documental (fonte secundária) sobre as normativas referentes ao processo de implementação da PNAISARI no Município do Rio de Janeiro.

As fontes de informação foram os sites do ‘Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro’ (<https://doweb.rio.rj.gov.br>), ‘Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro’ (<https://portal.ioerj.com.br>), ‘Comissão intergestores Bipartite do Rio de Janeiro (CIB-RJ)’ (<http://www.cib.rj.gov.br>). Também foi consultado o arquivo de documentos da gerência da Criança e do Adolescente do Município do Rio de Janeiro.

O levantamento das informações foi realizado no período de fevereiro a abril de 2023, utilizando-se os termos ‘PNAISARI’ e ‘SOCIOEDUCATIVO’ como descritores. O Quadro 1 ilustra os resultados desta etapa do levantamento de informações.

Quadro 1 – Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro. Levantamento de Informações na etapa de Pesquisa Documental: distribuição de documentos identificados, separados por descritor e base, distribuição por documentos encontrados e por documentos selecionados para análise.

Base de dados - Descritor	Tipo de base pesquisada em relação ao acesso	Documentos encontrados nessa etapa da Pesquisa (número absoluto)	Documentos selecionados para serem trabalhados na pesquisa (número absoluto)
Diário oficial do MRJ - PNAISARI	Aberta, acesso público	1	0
Diário oficial do MRJ - Socioeducação	Aberta, acesso público	10	2
Diário oficial do ERJ - PNAISARI	Aberta, acesso público	27	8
Diário oficial do ERJ - Socioeducação	Aberta, acesso público	212	8
CIB - PNAISARI	Aberta, acesso público	20	10
CIB - Socioeducação	Aberta, acesso público	1	0
E-mail e documentos GSCA - PNAISARI	Fechado, acesso privado	3	3
E-mail e documentos GSCA - Socioeducação	Fechado, acesso privado	3	3
Total		277	34

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Dos 34 documentos selecionados, 22 foram repetidos em mais de uma base de pesquisa. Excluindo-se as repetições, chega-se ao total de 12 documentos trabalhados na análise da pesquisa.

Os foram baixados em PDF e armazenados em uma pasta do drive da pesquisadora. Os documentos utilizados para análise, foram posteriormente organizados e descritos no Quadro 3 presente no capítulo “A PNAISARI no município do Rio de Janeiro”.

Para cumprir OE2 - *Analisar o atendimento pela Atenção Primária à saúde dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no Município do Rio de Janeiro* – também foi realizada pesquisa documental, com foco na identificação e discussão das ações desenvolvidas e do atendimento prestado, levando-se em conta dimensões quantitativas (número de atendidos, consultas, visitas, práticas e etc.) e qualitativas (idade, sexo, raça, escolaridade, principal motivo do atendimento).

Os dados referentes a OE2 foram coletados através de análise da planilha de solicitação de atendimento compartilhada entre o DEGASE e a Clínica da Família Assis Valente.

A planilha compartilhada com a pesquisadora pela gerente da unidade, possui dados a partir de julho de 2022 até agosto de 2023, mês que teve seus dados descartados por ainda não estar completa quando a análise foi iniciada.

Por se tratar de um banco de dados extenso foi necessário agrupar os meses e realizar limpeza das colunas que não seriam utilizadas pela pesquisa. Para que fosse possível estudar o padrão de solicitação de atendimento dos adolescentes, os dados foram tabulados e organizados entre ‘solicitações de atendimento’ pelas unidades socioeducativas e ‘agendamentos realizados pela clínica da família’, ‘realização ou não do atendimento’ solicitado, ‘motivos para o não atendimento’, ‘unidades de internação solicitante’ do atendimento e ‘unidade de internação com adolescente atendido’.

Por se tratar de uma planilha dinâmica, preenchida por muitas pessoas e com muitas colunas, houve preenchimento diferentes mas com o mesmo sentido. Por exemplo: era possível marcar SIM ou NÃO para o atendimento em uma coluna, mas também era possível sinalizar através de uma legenda de cores se houve ou não atendimento e os motivos para não realização dos mesmos.

Para superar esses problemas, foi necessário analisar a planilha e promover novas tabulações:

Sobre a ‘realização da consulta’, mesmo que não constasse a marcação de “Não” na coluna “atendimento realizado”, foram considerados como “Não” os casos onde havia sinalização de não atendimento em alguma outra coluna, como, por exemplo, a coluna “observação”. Também foram considerados como “não” atendidos os que não possuíam marcação da conclusão do atendimento mas que possuíam a sinalização de “transferência”, “mudança de medida”, “território em amarelo”, “solicitação de remarcação” e “atendido por profissional do Degase”, este último, entendendo que embora tenha ocorrido o atendimento do adolescente, este não se deu na unidade de saúde avaliada. Da mesma forma, ainda que o “sim” não estivesse sinalizado na coluna de “atendimento realizado”, foram considerados como “sim”

casos onde houvesse sinalização do atendimento explícita em outro campo da planilha ou marcado pela cor que sinalizava “atendido”.

Sobre a “data do agendamento” também foram considerados como agendados os adolescentes que tinham sinalização de “demanda espontânea”, uma vez que não há necessidade de uma data para atendimento desses casos.

Sobre as ‘queixas’ que levaram à solicitação do atendimento, diante da imensa variedade, optou-se por sistematizá-las em 16 categorias: ‘Queixa Clínica’, ‘Queixa Cirúrgica’, ‘Queixa Neurológica/psiquiátrica’, ‘Queixa dermatológica’, ‘Queixa ginecológica’, ‘Queixa odontológica’, ‘Sistema de Regulação (SISREG)’, ‘Reavaliação/acompanhamento, Solicitação de exame’, ‘Infecção Sexualmente Transmissível (IST)’, ‘Teste Imunológico de Gravidez (TIG)’, ‘Tuberculose (TB)’, ‘Hanseníase (HANSEN)’, ‘Sintoma gripal’, ‘reabilitação’, ‘Pré-Natal’ e ‘Não Informado’.

Todas as queixas relacionadas à complicação de cirurgias prévias foram consideradas ‘queixas cirúrgicas’. Já as solicitações de fisioterapia, independente de se tratarem de desdobramentos de cirurgias prévias ou não, foram consideradas como “Reabilitação”. Além desse critério, todas as solicitações relacionadas à gestação foram agrupadas na categoria de pré-natal. Na categoria “tuberculose (TB)” foram considerados todos os casos de contactantes, sintomáticos ou confirmados. Já o motivo de solicitação de atendimento “solicitação de exames” se refere sempre que houver solicitação de exame de sangue ou de imagem, sem relato clínico associado ou constando como indicação solicitação de exame.

Após análise das categorias que motivaram a solicitação de atendimento, foram tabuladas as causas individuais dos três principais motivos de solicitação de atendimento dos adolescentes.

Para cumprir OE3 - *Levantar a percepção dos profissionais que atuam na Clínica da Família Assis Valente sobre os avanços e limites do atendimento prestado aos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas* – Foi aplicada a técnica de investigação à distância com o envio de instrumento (ANEXO I) por correio eletrônico para os profissionais de saúde.

A partir do desenho da pesquisa, optou-se pela elaboração de um instrumento composto por 18 questões, das quais as seis primeiras questões foram tipicamente cadastrais (quatro do tipo fechada e duas do tipo aberta) e as demais 12 questões (11 abertas e 1 fechada) abordaram três grandes temas: ‘Atendimento ao adolescente’, ‘Avanços’ e ‘Limites’.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi feito contato com a gerência da unidade para solicitação de anuência para realização da pesquisa na unidade. Após anuência da Secretaria Municipal de Saúde e da Gerência da unidade e liberação pelos Comitês de Ética da ENSP e da

Prefeitura, foi realizada uma apresentação do projeto em 09 de agosto de 2023 durante as reuniões de equipe, que acontecem semanalmente na unidade.

Nesse encontro foi discutido o teor da pesquisa, seus objetivos, o instrumento proposto e reforçada a importância da compreensão do atendimento dos adolescentes do SSE pela APS com finalidade de qualificar e melhorar a organização do serviço prestado. Essa reunião de equipe foi escolhida como o momento de apresentação da pesquisa objetivando não interferir no projeto de trabalho dos profissionais e evitando prejuízos ao atendimento da unidade. A mesma apresentação foi feita para a gerente da unidade.

Foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais das 4 (quatro) equipes que prestam atendimento direto às unidades do sistema socioeducativo, profissionais da equipe NASF que atendem a unidade e a gestora da Clínica da Família, totalizando um universo de 62 profissionais, sendo 24 Agentes Comunitários de Saúde, 12 médicos, 9 enfermeiras, 5 técnicas de enfermagem, 2 dentistas, 2 auxiliares de saúde bucal, 1 técnica de saúde bucal, 2 psicólogos, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 educador físico e 1 gerente da unidade.

Após apresentação, foi enviado email em 17 de agosto com convite para participação na pesquisa, novamente explicando os objetivos e com link para preenchimento online do questionário. No email de convite foi estipulado que o questionário ficaria disponível por 20 dias corridos e depois seu acesso seria fechado.

Como forma de estimular os respondentes, um email de mobilização para a resposta foi enviado no 10o dia após o primeiro envio. Este email foi reforçado no 15o dia e no 20o dia após o primeiro envio.

Além desse email, o convite para participação também foi feito por mensagem de texto em 22 de agosto, com o link para participação enviado pela gerente da unidade nos grupos das equipes elegíveis para participação.

Para todos aqueles que responderam, foi emitido TCLE assinado pela pesquisadora.

A gerente da unidade foi considerada como informante-chave, tanto por seu papel de mediar as relações da pesquisadora com os sujeitos de pesquisa como pelo conjunto de informações que domina. Justamente por isto, optou-se pela aplicação presencial do instrumento de pesquisa, o que transforma a técnica de levantamento de 'investigação à distância' para 'entrevista semi-estruturada'. Esta foi gravada e realizada em 19 de setembro, em local escolhido pela profissional, fora da unidade e do horário de funcionamento.

Ao final do prazo estabelecido para a resposta ao instrumento, foram recebidas 27 respostas (43%). Um dos participantes informou não concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por isso seus dados e respostas foram excluídos da análise.

A tabela 1 ilustra o número de profissionais, por categoria, que foi convidado a participar da pesquisa na primeira coluna e respondeu a pesquisa:

Tabela 1 – Número de profissionais, por categoria, que foi convidado a participar da pesquisa na primeira coluna e respondeu a pesquisa Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro.

Categoria profissional	Profissionais convidados a participar da pesquisa	profissionais que responderam o questionário (número absoluto/percentual)
Médico	12	6 / 50%
Enfermeiro	9	7 / 78%
Técnico de enfermagem	5	1 / 20%
ACS	24	4 / 17%
Dentista	2	1 / 50%
Auxiliar de Saúde bucal	2	2 / 100%
Técnico de saúde bucal	1	1 / 100%
Educador físico	1	1 / 100%
Fisioterapeuta	1	1 / 100%
Pedagogo	1	1 / 100%
Psicólogo	2	1 / 50%
Nutricionista	1	0 / 0%
Assistente Social	1	0 / 0%
Total	62	26 / 42%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

A não adesão de todos os profissionais convidados a participar da pesquisa constitui-se em uma limitação ao presente estudo. Embora a apresentação do projeto na reunião com a equipe tenha tido uma excelente recepção - inclusive com falas dos presentes sobre a

importância da elaboração de projetos como esse e sobre a necessidade de se compreender o atendimento na Atenção Primária - o número e o ritmo de respostas enviadas não reproduziu essa boa recepção.

Houve somente 1 resposta nos 10 primeiros dias de envio. Somente após o envio do segundo email de mobilização o número de resposta foi se ampliando, com destaque para o fato de que 14 (52%) das 27 respostas foram enviadas no último dia da pesquisa.

Refletindo-se sobre este cenário, é importante destacar que a passagem pela Coordenação dos Ciclos de Vida, como período de estágio em gestão, de uma residente de enfermagem que está atuando na Clínica da Família Assis Valente e que se mostrou bastante interessada pela pesquisa, pode ter sido um inesperado fator de mobilização para este aumento. De forma indireta e inesperada, ela se tornou, também, um 'informante-chave' da pesquisa.

Pensando-se em fatores dificultadores, o tempo de preenchimento do instrumento é um deles, uma vez que os profissionais não têm horários livres em sua grade de horários e o único momento em que não estão realizando atendimento direto à população é no horário de reunião de equipe. Entretanto, esse também é o momento em que a organização da semana é realizada, não sendo, portanto, um horário livre.

É possível também que a os profissionais que realizam atendimento de consultório dos adolescentes do SSE e, por isso sintam um maior impacto na sua rotina de trabalho, tenham se sentido mais motivados a responder, uma vez que a adesão de médicos, enfermeiros, dentistas e psicólogos foi maior que 50% dos convidados a participar.

Por se tratar de uma pesquisa no âmbito de um mestrado profissional e seus prazos de jubilação, sem recursos financeiros e/ou inserção em equipe de pesquisa da instituição que coordena o Mestrado, não foi possível realizar uma nova rodada de levantamento de informações.

Ponderando-se todas estas situações, é possível considerar que a limitação apontada não inviabiliza a pesquisa. Em primeiro lugar porque 43% de respondentes é um resultado condizente com a prática das pesquisas (muitas das quais com recursos, tempo e equipe adequados) que empregam esta técnica.

Além disso, entre a maioria das categorias profissionais que realizam atendimento de forma cotidiana a esses adolescentes, a taxa de resposta superou os 50%, o que permite uma análise mais consolidada da realidade destes profissionais, foco principal da pesquisa.

Levando em conta a análise das respostas, buscou-se para garantia de sigilo e anonimato, não identificar os participantes, atribuindo-lhes letras do alfabeto.

de saúde dos moradores dos bairros do Galeão, Itacolomi e das comunidades Vila Juaniza, também conhecida como Barbante, e Cantão. A unidade funciona de segunda a sexta das 7h às 18h e aos sábados de 7h às 12h.

Figura 2 – Clínica da Família Assis Valente - MRJ



Fonte: Google.

A Clínica conta com 7 equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), dessas equipes, 1 equipe é responsável pelo território adscrito que abrange as unidades do DEGASE, estando habilitada a receber cofinanciamento federal e estadual e, em conjunto com outras 3, atende as unidades de socioeducação devido a uma organização do próprio serviço.

Foram incluídos como elegíveis para participação na pesquisa todos os profissionais das equipes que atendem os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, assim como a gerente da unidade. Foram excluídos da pesquisa os profissionais das equipes de saúde da família que não atendem as unidades socioeducativas.

Todas as 4 equipes convidadas a participar da pesquisa possuem programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e 3 possuem Residência de Enfermagem em Saúde da Família, que contam com 1 a 2 residentes médicos e/ou enfermeiros,

supervisionados por preceptores com título de especialistas em Saúde da Família. Existem ainda, na unidade, 2 equipes de saúde bucal e uma equipe NASF composta por 5 profissionais.

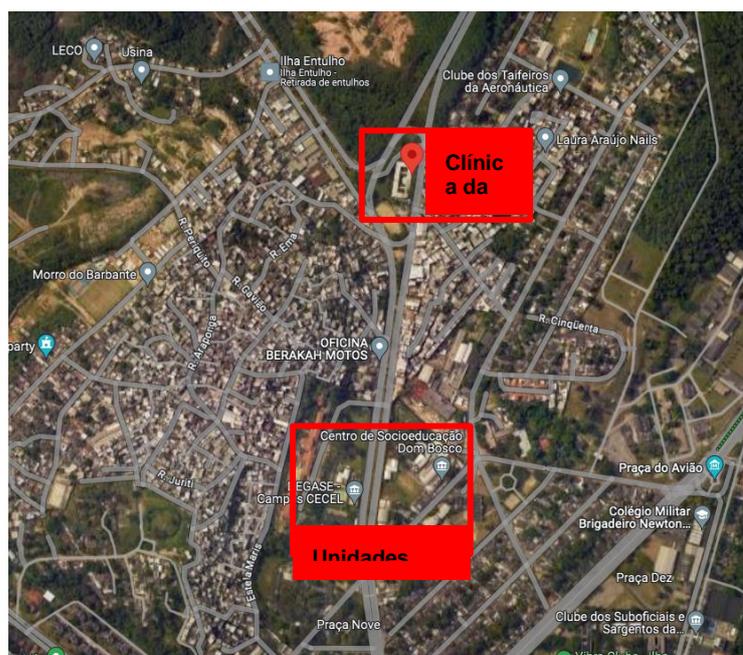
Figura 3 – Território da Clínica da Família Assis Valente com a sinalização da área de cobertura por equipe.



Fonte: Google Earth.

A escolha da unidade ocorreu por se tratar da única unidade de Atenção Primária que atende os adolescentes do SSE devido à localização das 6 unidades de internação se encontrarem dentro do território adscrito à Clínica da Família.

Figura 4 – Localização da Clínica da Família Assis Valente e das unidades socioeducativas do DEGASE



Fonte: Google Earth

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ÉTICA EM PESQUISA

A referida pesquisa foi submetido para apreciação e aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP), sob o parecer 65643722.9.0000.5240 aprovado em 18 de abril de 2023 e ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o parecer 65643722.9.3001.5279 aprovado em 26 de junho de 2023, conforme orientações norteadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); regulados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo às orientações sobre ética em pesquisa da Resolução no 510/2011 e no 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Estabelecendo com isso o compromisso com os direitos e deveres referentes aos sujeitos envolvidos na pesquisa, à comunidade científica e à sociedade.

A submissão ao Comitê de Ética, condição obrigatória para a realização da pesquisa, só foi realizada após avaliação do projeto pela banca de qualificação e realização das modificações sugeridas.

Para execução do questionário proposto no OE3, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes do preenchimento do questionário, garantindo a confidencialidade das informações, a privacidade dos participantes e a proteção da sua identidade.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que está anexado ao projeto (ANEXO II), foi exibido anteriormente ao questionário eletrônico e evidenciou os objetivos do estudo. Só participaram da pesquisa os indivíduos que concordarem em participar de forma voluntária, consentida através da assinatura do TCLE, assim como foi garantida a desistência de participação da pesquisa, caso desejo do participante, mesmo após assinatura do termo, da mesma forma que foi assegurado o direito de remoção integral ou parcial das respostas produzidas e de esclarecimento sobre o andamento da mesma através de contato com a pesquisadora responsável, propiciando autonomia do participante.

Os participantes da pesquisa receberam uma via assinada do TCLE no email registrado nas informações pessoais da pesquisa.

Considerando a utilização de uma única unidade de saúde como local de pesquisa, condição obrigatória uma vez que não há outra unidade de atendimento das unidades de internação, compreende-se o risco de identificação dos profissionais e se prevê procedimentos, tanto na coleta de dados quanto na elaboração da análise da pesquisa, que assegurem o anonimato, a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos envolvidos, assim como a proteção da imagem e a não estigmatização destes profissionais, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

As informações obtidas através da aplicação do instrumento foram acessadas somente pela pesquisadora e seu orientador e os documentos relativos a esta pesquisa se encontram armazenados em segurança pela pesquisadora por, no mínimo, cinco anos e após o término serão descartados, assegurando o sigilo dos dados obtidos. Já as análises não foram individualizadas, e os nomes dos sujeitos, assim como suas categorias profissionais, não serão publicados, sendo preservada a identidade dos participantes e garantindo o anonimato dos mesmos.

O ineditismo da pesquisa, a possibilidade de discussão dos problemas do cotidiano profissional, proposição de ações de melhoria do acompanhamento dos adolescentes e da organização do serviço de saúde pelos profissionais através de evidências científicas respaldadas pela academia, reverbera a responsabilidade desta pesquisadora em garantir a adoção de medidas que tragam o máximo de benefício aos envolvidos e evitando todos os danos previsíveis na execução dessa pesquisa.

A obtenção de novos conhecimentos sobre o assunto, assim como a possibilidade de participação dos profissionais na identificação das necessidades cotidianas que afetam o trabalho, e na proposição de soluções para os entraves que dificultam a prestação do cuidado, traz benefícios aos profissionais que participaram da pesquisa.

Isso posto, é garantida a observância dos princípios da bioética de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, que constituem elementos norteadores que perpassam todas as etapas dessa pesquisa.

3 A SOCIOEDUCAÇÃO E A PNAISARI

3.1 O ADOLESCENTE E O CUMPRIMENTO DA MEDIDA SOCIOEDUCATIVA NO BRASIL

Historicamente a institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil foi o principal instrumento de assistência à infância no país, havendo relatos da existência de instituições educadoras de meninos desde o Brasil Colonial, normalmente de caráter religioso, que recolhiam o órfão e mantinham um funcionamento que seguia o modelo do claustro e da vida religiosa, com restrição de convívio com o mundo exterior (Rizzini, 2004). No Brasil Império as unidades de recebimento de crianças órfãs tinham intuito de formação da força de trabalho, da colonização do país e da contenção das massas desvalidas, tendo servido como grandes fornecedores de mão de obra para a Marinha e Exército, e suas Companhias de Aprendizes (Rizzini, 2004). Com a mudança do regime político, a ideia de que o aparelhamento institucional serviria para "salvar" a infância nacional, ganhou força, sendo respaldado por idéias higienistas, concepções jurídicas e assistenciais. Surgem políticas de amparo ao "menor", o primeiro Juízo de Menores do país e a aprovação do Código de Menores em 1927 (Rizzini, 2004).

O modelo de atuação do Juízo de Menores, modelo que atendia ao menor no Rio de Janeiro, ainda Distrito Federal, fosse ele recolhido nas ruas ou levado pela família, e que tinha funções relativas à vigilância, regulamentação e intervenção direta sobre estas crianças e adolescentes, foi muitas vezes retratado e defendido pela imprensa devido a internação de "menores abandonados e delinqüentes" (Rizzini, 2004).

Órgãos estaduais e municipais, como juizados de menores, secretarias de promoção do menor, fundações estaduais e órgãos nacionais, como o Serviço de Assistência a Menores (SAM) e a Fundação Nacional de Bem-estar do Menor (FUNABEM), estarão expondo suas teorias, estudos, inquéritos estatísticos e análises de experiências através de seus instrumentos de divulgação institucional, como revistas, relatórios e folhetos. Nestas publicações, os menores que passavam pelas mãos da justiça e da assistência são esquadrihados, classificados, medidos e interpretados. Trata-se de um enorme esforço de construção de saberes que tentam dar conta das causas da delinqüência e do abandono de crianças, dos comportamentos dos menores e das 31 A proteção da infância e da sociedade famílias, além de dar publicidade às ações institucionais e justificar ideologicamente a necessidade da intervenção junto a este grupo social (Rizzini, 2004. p.30-31).

Em 1941, no governo de Vargas, é criado o Serviço de Assistência a Menores (SAM), motivado pela crescente ideologização dos discursos dos representantes do Estado no atendimento à infância e à juventude, mantendo o modelo de atendimento do Juízo do Distrito

Federal e sendo sua expansão nacional desorganizada, com denúncias de corrupção, terceirização do serviço sem vínculo contratual e jurídico das instituições e a construção, no imaginário popular, de que o serviço seria uma máquina de produção de criminosos (Rizzini, 2004).

Em 1964, no primeiro ano de ditadura militar, no país, é criada a Fundação Nacional de Bem-Estar Social do Menor (FUNABEM), que tinha como objetivo seguir o oposto das diretrizes do Serviço de Assistência a Menores, tão criticado na época, propondo uma autonomia financeira e administrativa da instituição e rejeição a idéia de "depósito de menores". No Município do Rio de Janeiro, o SAM contava com 13 estabelecimentos próprios e 46 da "rede financiada", que juntas abrigavam 7.235 crianças em 1966. A Política Nacional de Bem-Estar do Menor (PNBEM) é criada em 1964, tendo seu conteúdo voltado para a valorização da vida familiar e da "integração do menor na comunidade", sendo a internação uma alternativa de "último caso". Com isso as escolas de Quintino e da Ilha do Governador foram recuperadas, e os 13 estabelecimentos oficiais do Rio de Janeiro se transformaram em um Centro-Piloto (Rizzini, 2004).

Segundo Rizzini (2004), embora o discurso fosse contrário à prática de recolhimento, o que foi observado na prática, apesar da escassez de dados, é de que o modelo difundido pelo país foi o de internato de menores, sendo o maior volume de crianças e adolescentes provenientes dos estados Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo.

Para Rizzini (2004) a culpabilização da família pelo "estado de abandono do menor", é uma prática que remete à construção da assistência à infância no Brasil, sendo a lógica de proteção à infância elaborada na premissa de proteção contra família. A revisão do Código de Menores em 1979 expunha à intervenção do Estado as famílias unicamente pela sua situação de pobreza quando cria a categoria de "menor em situação irregular".

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define que o adolescente em conflito com a lei é todo adolescente, entre 12 e 18 anos, que já cometeu algum ato infracional (Fernandes, 2015). Reforçando a Constituição Federal ao reafirmar que menores de 18 anos são penalmente inimputáveis, lhes cabendo direito a processo legal, igualdade na relação processual, defesa técnica por advogado, assistência jurídica gratuita e integral, direito de ser ouvido e da presença dos pais ou responsáveis em qualquer fase do processo (Brasil, 1990)

O ECA, estabelece as ações específicas do Estado sobre os atos infracionais, prevendo 6 tipos de punição para os adolescentes infratores aplicadas a partir da proporcionalidade ao ato infracional: advertência, obrigação de reparo do dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação, sendo as quatro primeiras, medidas que não

privam o jovem de liberdade e as duas últimas medidas privativas de liberdade (Brasil, 1990).

A advertência é a pena mais leve e deve ser verbalizada, reduzida a termo e assinada. A medida de reparação do dano, tem previsão de aplicabilidade quando se trata de ato com reflexos patrimoniais, e é possível promover o ressarcimento ou compensação para a vítima. Já a prestação de serviços comunitários consiste na realização de tarefas junto a estabelecimentos comunitários ou governamentais, por um período máximo de 6 meses, sem prejuízo à frequência escolar ou jornada de trabalho. A liberdade assistida é adotada visando promover socialmente o adolescente, acompanhamento da assistência social, pretendendo supervisionar a frequência escolar, seu aproveitamento e buscando a profissionalização do adolescente e sua inserção no mercado de trabalho. A medida é fixada por um prazo mínimo de 6 meses, podendo ser prorrogada, revogada ou substituída por outra medida. A medida determina um orientador para o caso e condiciona a sua execução à realização de relatório do caso. O Regime de semiliberdade pode ser determinado primariamente ou como forma de transição da internação para o meio aberto, não prevê prazo determinado de aplicação, e torna obrigatória a escolarização e profissionalização. Já a internação só pode ser aplicada quando o ato cometido for de grave ameaça ou violência à outra pessoa, ou por reiteração de outra infração grave, ou por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta, sendo o prazo máximo de internação por esse último motivo de 3 meses. A internação não comporta prazo determinado, tendo um período máximo de internação de 3 anos e a previsão de reavaliação da medida a cada 6 meses e sua liberação é compulsória aos 21 anos (Brasil, 1990).

O tipo de medida vai impactar diretamente na forma de organização do cuidado no território, sendo a internação o maior desafio de todos, uma vez que o adolescente é retirado do convívio familiar, escolar e comunitário (Neto, 2018).

O local de cumprimento da medida de internação é previsto pelo ECA para que ocorra em local exclusivo para adolescentes, distinto dos locais destinados aos abrigos, em ambientes separados por idade, constituição física e gravidade da infração, sendo permitido a realização de atividades externas, a critério da equipe técnica da entidade, salvo expressa determinação judicial em contrário (Brasil, 1990).

A previsão de direitos a esse adolescente garantidos pelo ECA, lhe diferencia do Código de Menores, por propor garantir tratamento com respeito e dignidade, internação próxima do do domicílio de seus responsáveis legais, encontro pessoalmente com o Ministério Público, a um defensor, a acesso a sua situação processual, ao recebimento de visitas periódicas, escolarização e profissionalização, acesso a atividades culturais, esportivas, de lazer, a objetos de higiene e asseio pessoal, aos meios de comunicação, assistência religiosa, garantia de comunicabilidade,

de devolução dos seus documentos pessoais na desinternação (Brasil, 1990).

Para regulamentar a execução das medidas socioeducativas foi criado o Sistema Nacional de Acompanhamento Socioeducativo (SINASE), através da lei 12.594 de 18 de Janeiro de 2012, sendo esse órgão criado na lógica do sistema de garantia de direitos, coordenado pela União e integrado pelos sistemas estaduais, distrital e municipais, com objetivo de a responsabilização e reparação do adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional, integração social, garantia de direitos e desaprovação da conduta infracional (Brasil, 2012). É afirmado ainda, no capítulo V, Seção I, que o SINASE reafirma que a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens seguirá as diretrizes e normas do SUS (Brasil, 2012).

Levantamentos dos dados sobre o socioeducativo têm sido publicados de certa maneira periódica através de diferentes relatórios desde 2004, com diferentes nomes e formatos, como Levantamento do atendimento socioeducativo no Brasil, que também pode ser encontrado sob o título Levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei ou, mais recentemente, Levantamento anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Em sua pesquisa, Arruda (2021) destaca o exponencial crescimento do total de adolescentes em restrição e privação de liberdade, tendo crescido 523% no período de 1996 à 2016, o que demonstra não só o aumento das práticas ilícitas pelos adolescentes, como também o aumento das medidas de caráter punitivo a esses adolescentes, sendo as principais causas para privação de liberdade: roubo (42,8%), tráfico de drogas (24,8%) e homicídio (9,4%) .

O aumento do quantitativos de adolescentes em cumprimento de medidas de internação, internação provisória e semiliberdade também foi identificado pelo Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ) em seu relatório de 2017 que aponta que o número de adolescentes cumprindo medida de internação aumentou de 900 para 2.075 entre os anos de 2009 e 2017 no Estado do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2017).

Arruda (2021) destaca o perfil por raça desses jovens, que só aparecem nos relatórios a partir de 2013, e que é composto majoritariamente por adolescentes negros (58%), e importante ressaltar que 19% da informação estava registrada como Sem Informação, o que pode aumentar ainda mais os percentuais de adolescentes negros e pardos. Já com relação à faixa etária, a autora destaca que 55,% dos adolescentes tem em média 16-17 anos, seguidos dos jovens adultos (24%) e depois de adolescente de 14-15 anos (17,5%). Características semelhantes são trazidas por Perminio (2018) ao analisar os dados de 2016, jovens majoritariamente do sexo masculino (96%), com a maior faixa etária encontrada a dos 16-17 anos e em sua maioria pretos/pardos (59%).

Embora previsto na legislação, ações articuladas de educação, saúde, assistência social, cultura e capacitação para o trabalho e esporte, são pouco oferecidas tanto internamente quanto externamente nas unidades do socioeducativo. A pesquisa de Avaliação do SINASE em 2020 demonstra que das unidades que participaram da pesquisa, somente 27,3% das unidades ofereciam atividades internas de arte e cultura. Já as atividades de esporte e lazer são oferecidas internamente em 32,55% e 32% em atividades externas das unidades. As atividades de práticas de desenvolvimento espiritual foram as que menos apareceram entre as atividades, contabilizando somente 13% das unidades com ofertas da atividade de forma interna e 4% de forma externa (Brasil, 2020).

A mesma pesquisa demonstra que 77% das unidades de privação de liberdade possuíam projetos político-pedagógicos, como previsto na legislação (Brasil, 2020).

Embora prevista na legislação, a proximidade do local de internação com o domicílio dos responsáveis, não é respeitada, uma vez que todas as 8 unidades de internação estão localizadas na Ilha do Governador, dificultando a convivência familiar e comunitária e da territorialidade das ações intersetoriais (Rio de Janeiro, 2021)

3.2 A PNAISARI E A SAÚDE DO JOVEM PRIVADO DE LIBERDADE

Proposta através da Portaria Interministerial nº 1426, de 14 de julho de 2004 e redefinida pela Portaria Nº 1.082, DE 23 de maio de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), tem como objetivos ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade; 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), de modo a atender às complexas necessidades desta população; promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei; priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e 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 (Brasil, 2004; Brasil, 2014).

Neste contexto, cabe à Atenção Básica as principais ações de promoção da saúde, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção e controle de agravos, além da necessidade de trabalhar as ações relativas à saúde sexual e reprodutiva, acompanhamento da gestação e parto, estímulo ao aleitamento materno, saúde bucal, promoção da saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidados decorrentes do uso de álcool e drogas, trabalhos com determinantes sociais de saúde relacionados à vulnerabilidades pessoais e sociais, além de outras ações, tendo responsabilidade sanitária sobre essa população (Brasil, 2014).

Segundo Fernandes (2015), durante o cumprimento da medida socioeducativa a responsabilidade sobre o jovem é do Estado e apesar de seu direito de ir e vir estar suspenso, sua saúde é garantida conforme a constituição e seu atendimento deveria ocorrer através do Sistema Único de Saúde. Entretanto, a garantia desse direito se mostra um desafio para todas as esferas governamentais.

A compreensão da vulnerabilidade da adolescência, em especial dos jovens infratores, se faz necessária para que políticas sejam construídas para promover a reintegração desses adolescentes, garantindo que danos de qualquer natureza, biológicos, sociais e principalmente psicológicos, não ocorram durante o cumprimento da medida (Silva, 2011)

Comportamentos punitivos e conflituosos tanto dos profissionais do socioeducativo, quanto dos profissionais de saúde que prestam atendimento aos jovens em cumprimento de medidas, dificultam a aproximação da política com a sua execução prática, sendo o processo de educação e formação desses profissionais essencialmente importante para a qualidade da saúde ofertada aos jovens e na consolidação da PNAISARI (Fernandes, 2015)

A percepção da sociedade sobre a adolescência e sua correlação com as representações de situações de crises e consequentemente com uma associação negativa da vulnerabilidade dessa faixa etária faz com que o enfoque a saúde dessa faixa etária esteja fortemente associado à políticas de promoção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, uso de drogas ilícitas e risco de morte, e muitas vezes pouco valorizando se tratar de um período onde o risco de adoecimento físico e psíquico é alto (Silva, 2011).

Souza (2018) demonstrou em seu estudo realizado com jovens cumprindo medidas de internação, que o processo de internação provoca sentimentos, conflitos e desejos dos jovens, assim como a percepção negativa sobre o significado de estar em conflito com a lei, sentimento esse que perpassa o cumprimento de medidas punitivas, interferindo muitas vezes no seu processo de saúde-doença.

Em seu estudo, Silva (2011) evidencia que a falta de abertura para o diálogo intrafamiliar, seja por motivos de fragilidade dos vínculos afetivos familiares, ou até mesmo pela ausência total desse vínculo faz com que esses adolescentes muitas vezes busquem a ajuda que necessitam em amigos e conhecidos, o que pode levar esse adolescente a aconselhamentos inadequados e a uma maior vulnerabilidade.

Um dos problemas de saúde facilmente identificável entre os jovens do sistema socioeducativo são os problemas de saúde mental. Se na população geral de crianças e jovens esses problemas surgem entre 12% a 24,6%, nos jovens em conflito com a lei podem chegar a 100% (Ribeiro, 2019).

Em seu estudo de 2020, Silva demonstra que 17,8% dos jovens internados na FASE-RS demonstrava idealização suicida e que essa idealização associada com todas as privações que foram expostos desde a infância, como fragilidades no vínculo familiar, ausências de perspectiva de futuro e uso precoce de drogas, aumentam ainda mais o risco para o suicídio. Um outro dado importante encontrado foi o de aumento do desfecho de morte para aqueles com 3 ou mais ingressos no sistema socioeducativo (Silva, 2020).

O abuso de substâncias ilícitas também aparece como problema recorrente na população estudada, muitas vezes influenciada pelos ciclos de amizades que substituem os frágeis vínculos familiares, a necessidade de pertencimento ao grupo, confiança mútua e aumento da autoestima (Silva, 2011).

Permínio (2018) reforça que a saúde foi o ponto de maior sensibilidade em um levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) nas unidades do socioeducativo que buscava levantar as condições que recebem os adolescentes do sistema, foram evidenciados comprometimentos de saúde mental, grande número de casos de IST, problemas dermatológicos, agravos nutricionais e indícios de hipermedicalização com psicotrópicos, o que evidencia uma importante violação de direitos desses adolescentes.

3.3 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADOS EM SAÚDE DO JOVEM EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA

A implementação da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deve ocorrer com a participação conjunta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios onde se localizar a unidade socioeducativa, cabendo ao município instituir o 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, assim como a elaboração conjunta do do Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, inserir no seu planejamento anual e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação, participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste, inserir a população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo município, garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a com as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite, monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, 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, inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do município (Brasil, 2017).

Em 2017, a Portaria de Consolidação No 2, de 28 de setembro de 2017 define que 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, que todas as unidades do socioeducativo terão uma equipe de referência de saúde na AB, que nas unidades onde houver equipe de saúde dentro do socioeducativo, a articulação deverá ser realizada com a finalidade de complementar a AB, facilitando a inserção dos adolescentes na RAS e esses profissionais deverão ser cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Já para a garantir a atenção em saúde mental, a equipe de AB deverá ser acrescida de 1 profissional de saúde mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 (quarenta) adolescentes; 2 profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 e 90 adolescentes e 3 profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população, excepcionalmente, acima de 90 adolescentes, compreendendo 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 (Brasil, 2017).

Em 05 de julho de 2021 foi instituído através da resolução SES No 2.340, o Programa Estadual de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade (cofi-pnaisari) pelo Estado do Rio de Janeiro, destinado ao custeio aos municípios para implantação e implementação da PNAISARI e o seu fortalecimento com

componente de Atenção Primária à Saúde e objetivando facilitar a construção da relação interinstitucional e fluxos de trabalho entre as equipes de Atenção Primária e do sistema socioeducativo, Acompanhar, fortalecer e monitorar as atividades assistenciais em saúde, Articular com demais municípios do Estado a continuidade do cuidado do adolescente em conflito com a lei, no âmbito do SUS, no seu território e região de origem, para que o adolescente não perca o vínculo com o seu território (Rio De Janeiro, 2021).

A adesão dos municípios foi realizada de forma voluntária e a previsão de repasse ao Município do Rio de Janeiro é de R\$ 1.565.748,00 (Rio De Janeiro, 2021).

O COFI-PNAISARI teve sua continuidade repactuada pela Deliberação CIB-RJ N.º 6.758 De 17 De Março De 2022, dessa vez pontuando indicadores para a manutenção do financiamento como o número de atividades mensais de prevenção, promoção e cuidado em saúde, voltadas para a população de adolescentes em conflito com a lei e seus familiares e o número de visitas técnicas realizadas pela equipe de APS de referência às unidades socioeducativas (regularidade mensal), além da necessidade de elaboração de um relatório anual que deve ser apresentado à Comissão Intergestores Bipartite

O Município do Rio de Janeiro conta com 5 centros de Socioeducação de internação, o Centro de Socioeducação Dom Bosco que comporta 216 adolescentes do sexo masculino, em internação e internação provisória, o Centro de Socioeducação Prof. Antonio Carlos Gomes da Costa que comporta 44 adolescentes do sexo feminino, em internação e internação provisória, o Centro de Socioeducação Ilha do Governador que comporta 38 adolescentes do sexo masculino internados, o Centro de Socioeducação Gelso de Carvalho Amaral que comporta 100 adolescentes do sexo masculino internados e a Escola João Luiz Alves que comporta 151 adolescentes do sexo masculino internados. Todas as unidades de internação estão localizadas na Ilha do Governador, território coberto pela Clínica da Família Assis Valente, unidade de Atenção Primária responsável em oferecer os serviços de Atenção Básica propostos pela PNAISARI e suas resoluções de cofinanciamento.

A Atenção Primária pode ser definida como um conjunto de práticas em saúde, direcionadas para responder a necessidades individuais e coletivas, entretanto sua abordagem é realizada de diferentes formas pelo mundo. O modelo difundido de APS no Brasil tem em Bárbara Starfield uma importante teórica. A médica americana propôs uma APS abrangente, incorporando os seguintes atributos: Primeiro contato, ou seja, servindo como porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde, sendo acessível e sem barreira mas filtrando o acesso a outros níveis de atenção aos casos onde a APS não consegue atuar de forma efetiva e com isso garantindo a redução de gastos ambulatoriais e de saúde. Essa função também é conhecida

como Gatekeeper e não deve ser compreendida como barreira e sim como garantia de acesso aos outros níveis de atenção. Longitudinalidade, responsabilização do cuidado ao paciente e família ao longo da vida, independente da presença de doença, criando vínculo e garantindo a continuidade do cuidado através dos profissionais e da equipe. Para que a longitudinalidade ocorra de forma efetiva, é essencial que se estimule um bom acolhimento dos indivíduos e consequentemente a formação de vínculo entre os pares. Integralidade que compreende a oferta do cuidado em seu sentido mais amplo, abrangendo as necessidades biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo, da família e da Comunidade, garantindo serviços preventivos e curativos, seja nas unidades de Atenção Primária, seja em serviços especializados quando necessário. E o quarto atributo, a Coordenação do Cuidado, atributo essencial para a garantia da organização do percurso que o usuário precisará fazer na rede de assistência, sendo essencial para a sua concretização a utilização de bons mecanismos de tecnologias de gestão clínica e diálogo entre os profissionais dos mais diversos níveis de atenção. Na Coordenação do Cuidado o acesso ao compartilhamento das informações de saúde e sociais se faz necessário para que o fluxo de informações consiga transitar entre os diferentes profissionais e garantir trocas de saberes e de cuidados. Cabe reforçar que uma das principais diferenças da APS com relação aos outros modelos de atenção, é a Centralidade na Família, suas dinâmicas e suas relações com o território e nas Competências culturais de diferentes grupos e suas características (Giovanella, 2012).

No Brasil a Política Nacional de Atenção Básica de 2006, reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo da Atenção Básica no país, incorporando os atributos da Atenção Primária propostos por Starfield, e reforçando sua posição como porta preferencial de entrada do indivíduo no Sistema de Saúde. Mesmo com o alinhamento da política ao modelo preconizado pela OPAS, suas ações ainda eram insuficientes para dar conta de toda a complexidade de demandas da população. Tendo isso em mente e a necessidade de ampliação da resolubilidade das equipes, foi iniciado em 2008 o financiamento pelo Ministério da Saúde a incorporação de equipes de Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), equipes multiprofissionais para atuação conjunta às equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas e conhecimentos através de apoio matricial (Giovanella, 2012).

Em suas bases normativas a APS é a principal responsável pela organização da Rede de Atenção à Saúde, servindo de referência aos usuários enquanto entrada e direcionamento a outros níveis de atenção, sendo a atuação da APS de forma colaborativa e em rede uma potência para produção do cuidado, já sua ausência um importante fragilizador desse cuidado (Silva, 2022).

O Município do Rio de Janeiro teve uma expressiva expansão da Atenção Primária entre os anos de 2009 e 2016, contrariando as expectativas da literatura sobre a dificuldade de políticas expansionistas na APS em grandes cidades brasileiras, entretanto em 2018 o documento “Reorganização dos Serviços de APS - Estudo para Otimização de Recursos” foi lançado pelo então governo e previa a extinção de 184 equipes de Saúde da Família do município (Costa, 2021). A redução se apoiou na justificativa de déficit no orçamento municipal e na lógica de que a produção profissional em equipes que cobriam menos de 3000 pessoas estava abaixo do desejado, tendo portanto ociosidade dos profissionais, sem levar em consideração as vulnerabilidades e especificidades do território (Costa, 2021).

O atraso dos salários dos profissionais, demissões de ACS e outros profissionais, aumento da vacância médica e redução dos horários de funcionamento das unidades, fez com que o acesso às unidades de Atenção Primária e suas ações de promoção fossem gravemente comprometidas (Melo, 2019).

Em seu estudo de 2019, Silva demonstra que no estado do Rio de Janeiro a cooperação entre unidades socioeducativas das unidades femininas e as unidades de atenção primária era muito baixa, assim como a verticalização da organização da assistência em saúde mental por profissionais do próprio unidade de socioeducação, que contava com um protocolo de clínico onde o psiquiatra era o último profissional ao qual as jovens tinham acesso, e estimulava com isso a redução do uso de psicotrópicos, incentivando atividades psicossociais. No momento da pesquisa, os serviços externos de saúde eram utilizados primordialmente para atendimentos de urgências e emergências e o cenário de grave crise fiscal do município interferia até mesmo na dispensação de psicotrópicos (Silva, 2019).

Ribeiro (2018) tem relato semelhante em sua pesquisa desenvolvida com profissionais de saúde das unidades de socioeducação do Rio de Janeiro e profissionais da rede de saúde mental, fica clara a percepção de raros acessos dos jovens à serviços externos e ausência da atenção básica, da resistência em adesão à PNAISARI e Concepção majoritária de problemas nas relações entre as equipes das unidades socioeducativas e os serviços de saúde mental e entre a Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social do Degase e as Secretarias Municipais de Saúde.

4 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISARI NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

4.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (PNAISARI)

4.1.1 Políticas e Legislações voltadas para adolescentes em conflito com a Lei: um breve histórico

O arcabouço político-legislativo que orienta a ação do Estado em relação aos adolescentes e, por consequência, a ação contra os adolescentes que entram em conflito com a lei, sofreu diversas transformações ao longo desses dois séculos de Brasil independente. Atualmente, a legislação nacional vigente é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que, como sua doutrina de proteção integral, define o acolhimento institucional de adolescentes em conflito com a Lei nos casos em que, decorrentes da omissão dos responsáveis ou do Estado ou da conduta do próprio adolescente, estes se encontrem em situação de risco ou vulnerabilidade (ECA, 1990).

Contudo, historicamente, as posições políticas e legais já foram bastante diferentes. Segundo Onofre (2022), a construção dos direitos dos adolescentes evoluiu juntamente com os cenários sociais, políticos e econômicos que prevaleceram em cada época do país. Aprofundando esta concepção, Daminelli (2017) identifica que, ao longo da história, três legislações versaram sobre crianças e adolescentes no Brasil, cada uma delas criada a partir de doutrinas jurídicas que as representavam e refletiam a concepção política de sua época: Código dos Menores (1927 - 1979), Novo Código dos Menores (1979 - 1990) e Estatuto da Criança e do Adolescente (1990 - atualidade).

A primeira legislação brasileira a ser analisada é o Código Penal do Império, de 1830, na qual pessoas a partir dos 14 anos passam a ter responsabilidade penal, sendo todos encaminhados para Casas Correcionais, a despeito da idade de cada um:

Art.13. Se se provar que os menores de quatorze anos, que tiverem cometido crimes, obraram com discernimento, deverão ser recolhidos às casas de correcção, pelo tempo que ao juiz parecer, com tanto que o recolhimento não exceda à idade de dezessete anos (Brasil, 1830).

Este Código Penal dispensava aos adolescentes um tratamento bastante similar ao

voltado para adultos, inclusive o de serem julgados pelos mesmos tribunais. A diferença estava em uma redução no tempo das penas, classificando a responsabilidade penal dos menores segundo a idade e o grau de discernimento: (i) menores de 7 anos eram considerados inimputáveis; (ii) menores de 14 anos, tinham sua responsabilidade condicionada ao critério de discernimento; (iii) os que tinham entre 14 a 17 anos tinham suas penas abrandadas em um terço; (iv) os que tinham entre 17 anos e 21 anos eram considerados integralmente imputáveis (Souza, 2018).

A exigência de ter como critério de imputação penal “o discernimento” do adolescente sobre o crime não definia nem estabelecia critérios para analisar o tal “discernimento”, ensejando interpretações casuísticas e preconceituosas, muitas vezes baseadas nas características socioeconômicas de quem estava sendo julgado (Souza, 2018).

Sessenta anos depois, o primeiro Código Penal da República, de 1890, se praticamente manteve a abordagem do Império no que diz respeito ao julgamento, apenas ampliando para 9 anos a idade considerada inimputável (Souza, 2018), introduziu importantes modificações institucionais no cumprimento das penas, criando: (a) uma ‘Colônia Correccional’ para o “aprisionamento e correção pelo trabalho dos menores considerados vadios e vagabundos”, na qual ficaram até atingirem 18 anos; e (b) um “Instituto Disciplinar” para pessoas de 9 a 14 anos, que lá permaneceriam até os 21 anos de idade (Daminelli, 2017).

Para uma melhor compreensão do arcabouço jurídico-legal adotado em relação aos adolescentes em conflito com a Lei no Brasil República, faz-se necessário contextualizá-lo social e politicamente. Com a brevidade que o espaço de um capítulo e o tempo para a conclusão da dissertação demandam, procura-se, daqui em diante, pontuar e articular tais relações.

Para esse período histórico, Rizzini (1997) aponta um importante crescimento demográfico de 121%, entre 1890 e 1920. Lembre-se que a população da cidade já havia crescido muito com a chegada da família real, em 1808. Em pouco mais de um século, o Rio de Janeiro experimentava um vertiginoso movimento de mudanças estruturais.

Segundo Neto et al (2001), no início do século XX, o Rio de Janeiro, então a capital do país e seu principal centro econômico, já não conseguia lidar com esse crescimento urbano. A infraestrutura não era suficiente para dar conta das demandas da população por comida e serviços de saneamento básico, como coleta de lixo, água e esgoto. A solução política adotada pela então jovem República foi a de contratar empresas estrangeiras privadas, cujos serviços foram efetivos apenas para as classes mais abastadas.

Neste cenário e com o fim da escravidão e o aumento maciço de imigrantes, verifica-se um surgimento de uma “classe profissional” que viria a consolidar um determinado modelo

capitalista de produção. Este modelo não viabilizou a melhoria das condições sociais e habitacionais de forma homogênea pela sociedade, produzindo desigualdade social e pobreza cada vez “mais visível”, com “crianças vagantes, moradores de rua e prostitutas fazendo parte do cenário das cidades” (Souza, 2018. Daminelli, 2017).

A influência européia de produção capitalista, associada à ausência de planejamento de inserção da população negra na sociedade nos pós-abolição da escravatura, fez com que essa população, sem instrução escolar e qualificação profissional, fosse considerada obsoleta em uma sociedade que passava a valorizar a industrialização e técnicas de produção que demandam alguma formação e com isso abrindo mercado de trabalho para imigrantes europeus e colocando a população negra à margem da sociedade (Menta, 2008).

Assim, essa “classe trabalhadora” composta por ex-escravos e pobres, mão-de-obra considerada pouco qualificada para as exigências do capital, torna-se cada vez mais marginalizada, sendo empurrada para a periferia. Menta (2008) ao discutir a posição dos negros neste momento sócio-histórico aponta que, aos homens, sobrava aos homens sobreviver de “bicos”, trabalhando no porto ou servindo ao exército, enquanto às mulheres, a exploração como domésticas.

A resposta à crise habitacional que se institui na cidade desde a metade do século XIX foi a criação de habitações coletivas, os cortiços, moradias baratas, diminutas, muitas vezes compostas unicamente de um cômodo e com ambientes coletivos como banheiros, tanques e pátios, que serviam de moradia para trabalhadores e mercado lucrativo para os proprietários e na virada do século já abrigavam uma considerável parcela da população carioca (Vaz, 1994).

Este aumento de aglomerados populacionais ampliava a insalubridade das habitações, o que as evidenciava para a população abastada como as grandes responsáveis pelas epidemias que vinham acometendo a população e ocasionando uma luta pela sua extinção (Vaz, 1994). Não à toa, o saneamento e modernização do porto carioca se torna uma diretriz política no governo do Presidente Rodrigues Alves, que nomeia Pereira Passos como prefeito da cidade (Neto, 2001). Com isso é possível observar a congruência de duas esferas governamentais para uma grande intervenção do poder público sobre o espaço urbano da cidade e focada em três pontos: controle sanitário, urbanístico e de circulação (Vaz, 1994).

Obras de adequação e embelezamento da cidade se inspiram nos exemplos parisienses, com a construção de amplas avenidas e prédios, além da demolição de cortiços do centro da cidade (Neto et al, 2001). Com isso, sem ter onde morar, a parcela mais pobre, e muitas vezes negra da população, começa a se mudar para barracos e moradias ainda mais precárias em morros próximos à região central da cidade (Neto, 2001). Ao mesmo tempo, a classe

trabalhadora foi empurrada para a periferia da cidade, estabelecendo-se nos subúrbios, uma vez que conseguia arcar com o transporte ferroviário utilizado para deslocamento (Vaz, 1994).

Vaz (1994) afirma a existência de relatos do meio do século XIX de casebres nos morros próximos ao centro da cidade que já poderiam ser embriões das favelas, antes mesmo de sua concepção enquanto lugar de adensamento, irregularidade, desordem e falta de serviço. A versão mais difundida da origem do nome favela, é que teria tido origem em uma planta, de mesmo nome, originária da Bahia e que mesmo em locais adversos consegue proliferar, e era plantada por ex combatentes do exército que passaram a habitar o Morro da Providência após retornar da Guerra de Canudos e, por não terem local para habitar, passaram a residir no Morro que ficava próximo ao Ministério da Guerra (Vaz, 1994). Embora oficialmente a favela só tenha sido reconhecida enquanto fenômeno em 1940, foi a partir da segunda década do século XX que sua expansão se tornou incontrolável, assim como os estereótipos e estigmas dirigidos a seus habitantes (Vaz, 1994. Neto 2001). Embora existentes em toda a cidade, os crimes que aconteciam nesses locais, levaram a associação, pela classe dominante, destes espaços a crimes que repleta de preconceitos iniciam uma campanha de perseguição à população que ali habitava (Neto, 2001)

Durante a República Velha (1889 – 1930), as ações realizadas pelo Estado voltadas às crianças e adolescentes não tinham como objetivo a proteção à infância, e sim a preocupação de manutenção da ordem social, manutenção da raça e “limpeza” das ruas de vagabundos, pedintes desocupados, entre eles algumas crianças e adolescentes (Scisleski, 2014).

O caráter penal indiferenciado, que julgava e tratava crianças e adolescentes da mesma forma que tratava adultos, é então substituído pela ‘Doutrina do Direito do Menor’, também chamada ‘salvacionista’, impulsionada pelos movimentos reformadores americanos e disseminados na América Latina, em especial no Brasil, contando com tribunais juvenis especializados (Daminelli, 2017). Em 1923 é aberto o primeiro Juízo de Menores do Brasil, no Rio de Janeiro (Souza, 2018).

Em 1927 entra em vigor o primeiro Código dos Menores, que apresenta alguma alteração com relação à lógica anterior e propondo algumas ações voltadas para a proteção, entre elas a proteção legal até os 18 anos, tornando o adolescente objeto de tutela do Estado (Scisleski, 2014). Fundamentado na lógica da moralização do indivíduo e manutenção da ordem social, se propõe a criar “mecanismos que protegessem a criança dos perigos que a desviassem do caminho do trabalho e da ordem (Rizinni, 1997).

Com isso é criada uma justiça especializada para crianças e adolescentes, com tribunais próprios e práticas assistenciais, em que o objetivo não era mais punir o menor de acordo com

sua capacidade diminuída, mas sim propor reabilitação e transformação desse jovem em um indivíduo produtivo (Souza, 2018). Nasce então o conceito da “infância como lugar do futuro”, fosse como trabalhador ou cidadão (Daminelli, 2017).

É nessa fase que o termo “menor” se populariza, tornando-se um termo socialmente construída para designar a criança que é objeto da justiça e da assistência, assim como das políticas de internação (Rizzini, 2004). ‘Menor’ seria toda aquela criança ou adolescente que se encontra em situação irregular em decorrência da sua vulnerabilidade social, especialmente oriundas de famílias de baixa renda que eram consideradas pelo Estado como “desorganizadas” (Rizzini, 2004). A idéia preconceituosa de que menores pobres precisariam da intervenção do Estado por serem “desvalidos” e conseqüentemente “moralmente abandonados” e potencialmente “perigosos” aguçava o receio da classe dominante sobre essas crianças e adolescentes (Neto et al, 2001).

O Código de Menores traz também a diferenciação entre crianças abandonadas e menores criminosos, diferenciação essa que também se refletiu na forma de assistência prestada às crianças e adolescentes, as crianças abandonadas foram objeto de assistência de origem religiosa, já os menores criminosos foram assumidos pelo Estado (Daminelli, 2017).

Elaborado particularmente para menores pobres e seguindo a lógica do abandonados versus delinquentes, o Código propunha medidas protetivas e também assistenciais que extrapolaram os limites jurídicos. Para a socióloga Irene Rizzini,

O que impulsionava era “resolver” o problema dos menores, prevendo todos os possíveis detalhes e exercendo firme controle sobre os menores, através de mecanismos de “tutela”, “guarda”, “vigilância”, “educação”, “preservação” e “reforma”. (...) A legislação reflete um protecionismo, que bem poderia significar um cuidado extremo no sentido de garantir que a meta de resolver o problema do menor efetivamente seria bem resolvida (Rizzini, 2011).

O internato proposto pelo Código do Menor era baseado em medidas disciplinares e corretivas pautadas através de trabalho como pressuposto de correção dos que não se enquadrar no regime produtivo da época (Daminelli, 2017).

O Código de Menores previa que menores de 14 anos que praticassem crime não sofreriam ação judicial, mas seriam averiguados e teriam informações relevantes armazenadas, assim como seria feito um estudo da situação moral, social e econômica dos responsáveis e a partir desse estudo a criança poderia ser enviada para uma casa de educação, escola de preservação ou ser confiado a uma pessoa de idónea para educá-lo, caso fosse considerado pervertido, abandonado ou em vias de o ser, caso não fosse, seu responsável seria advertido

pelo Juiz de Menores (Daminelli, 2017). Maiores de 14 anos até menores de 18 recebiam um processo especial, teriam avaliação do delito, e assim como os menores de 14 anos, da situação social, moral e econômica dos pais ou pessoa que tivesse sua guarda, caso o menor fosse abandonado, pervertido ou em vias de o ser, seria enviado para uma Escola de Reforma ou Instituto Disciplinar, instituição diferente da voltada aos menores de 14 anos, ou que funcionasse em regime separado (Daminelli, 2017).

O período mínimo de permanência do adolescente em instituições de reforma era de três anos e o período máximo, de sete anos, sendo possível que maiores de 16 e menores de 18 recebessem penas maiores em casos de delitos graves, entretanto ainda seria garantido que o local de cumprimento seria apartado dos maiores de 18, uma vez que o Art. 86 determinava que em hipótese alguma um menor de 18 anos poderia permanecer recolhido à prisão comum (Daminelli, 2017).

O relatório elaborado pelo juiz de menores do Distrito Federal, Saul Gusmão, com a série histórica das infrações cometidas por jovens entre 1924 e 1941, evidencia a associação entre criminalidade e classe social, demonstrando que:

...tendo-se em consideração que os menores delinquentes de cor parda ou preta se apresentaram com 41,93% e 66,67% respectivamente para os menores varões e mulheres, torna-se esse fator, já por si só significativo, mais importante ao constatarmos que a população de cor parda ou preta apresenta um nível social mais baixo, tanto do ponto de vista econômico como moral, cultural e mental. (Gusmão, 1941).

É interessante percebermos que no relatório publicado em 41 a associação de crianças e adolescentes ligadas ao tráfico de drogas é inexistente, sendo as principais infrações cometidas o Delito de Sangue, que englobavam os crimes contra segurança e vida de outras pessoas, seguido de Delitos de Furto, Delitos Sexuais, Delitos de Roubo e Delitos Diversos (Neto, 2001). Observa-se também que a maior parte dos jovens infratores nesse período eram do sexo masculino, tinha baixa incidência de reincidência e em sua maioria (67%) trabalhava em atividades informais, auxiliando no sustento da família (Neto, 2001).

As leis de proteção a infância se mostravam autoritárias e reguladoras, sendo executadas pelo Estado através de instituições educacionais que se propunham a transformar o jovem infrator em um “adulto produtivo” sob a lógica capitalista e respaldada pelo temor social de que caso não houvesse intervenção nesses jovens, a moral da sociedade estaria em risco (Neto, 2001).

Em 1941 o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) é criado por Getúlio Vargas já

utilizando da narrativa de que há uma necessidade de intervenção na infância como estratégia de defesa nacional (Rizzini, 2004). Eram funções da SAM prestar assistência, assim como realizar investigação social e exame médico-psico-pedagógico aos menores desvalidos e delinquentes (Daminelli, 2017). Seu modelo de atuação objetivava centralizar em uma única instituição todas as políticas públicas voltadas ao segmento infante juvenil (Neto, 2001). Sua estratégia correccional era repressiva e baseada nas experiências de reformatórios, casas de correção e escolas de aprendizagem de ofícios urbanos (Souza, 2018). Para Pereira (1996) a instituição funcionava como um equivalente do sistema penitenciário, marcado pela repressão institucional e com uma estrutura sem autonomia.

Popularizado pela opinião pública como “universidade do crime” e “sucursal do inferno”, o serviço entrou em decadência a partir da década de 50, iniciando um movimento de demanda pela atualização do Código dos Menores, entretanto o mesmo só será revisto em 1979 (Daminelli, 2017).

Ao passo que o crescimento urbano seguiu sua expansão desenfreada na primeira década do século XX, as condições básicas de salubridade e habitação não acompanharam sua ampliação, favelas continuaram a se alastrar, servindo de lar para 10% da população carioca no fim da década de 50 (Neto, 2001).

Com a implementação da Doutrina de Segurança Nacional após o golpe militar de 64, o país passa a depender cada vez mais do capital estrangeiro e os programas sociais passaram a ter o objetivo de “favorecer a acumulação de capital pela iniciativa privada e subordinar-se aos preceitos de segurança nacional” (Neto, 2001. Iamamoto,1995). É nesse período que a expressão “população de baixa renda” é concebida enquanto componente de definição da pobreza, servindo de objeto das políticas de caráter social da época (Neto, 2001).

A partir de 1964 a assistência à infância no Brasil passou a ser responsabilidade do governo militar, que criou uma série de intervenções e normatizações para tentar dar conta das crianças e adolescentes concebidas como “menores” e tratadas como um problema de Segurança Nacional e Desenvolvimento (Rizzini, 2011). Sob o pretexto de diminuir a exposição da “massa crescente de menores abandonados” são criadas instituições de abrigo Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM) e elaborada a Política de Bem Estar do Menor (PBEM) que se propuseram a ser unidades anti-SAM e adotar medidas educacionais mas mantiveram a lógica carcerária e repressiva dos entes anteriores (Rizzini, 2004).

Atuando de forma centralizada e verticalizada onde seu conteúdo, método e organização eram de responsabilidade de sua Fundação Nacional, e espalhando pelo país suas representantes estaduais que executavam seus preceitos de forma correccional e assistencialista,

em um espaço precário, insalubre e insuficiente, rapidamente virando espaços de reclusão de “menores infratores” e operando sob uma lógica de criminalização e repressão da pobreza (Neto, 2001).

Polícia e Juizado de Menores eram responsáveis, respectivamente, pela repreensão e apreensão do menor, assim como encaminhamento para “reeducação” e “ressocialização”, não sendo explicitado nenhum papel de fiscalização desse processo pelo Estado (Neto, 2001).

A repressão aos adolescentes aumenta entre as décadas de 60 e 70, sendo as infrações de roubo e furto as mais comuns, assim como o crescimento considerável de infrações relacionadas a “Área de Entorpecentes”, sendo esses delitos cometidos por jovens de maior escolaridade e que somente estudavam, o que possivelmente poderia ser explicado pela sua relação com o consumo de drogas e os movimentos de contracultura (Neto, 2001).

Com o crescimento do mercado de entorpecentes, é regulamentada em 1971 a Lei No 5726, que Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes, e coloca a União como o exclusivo ator de combate ao “novo inimigo” da Nação (Neto, 2001).

Na segunda metade da década de 70 o Governo Militar como a dar sinais de desgaste, o que foi progressivamente potencializado pela sua incapacidade de produzir o milagre econômico que se propôs na década de 60, associado com uma crise internacional, estagnação econômica e crescimento dos movimentos sociais (Neto, 2001).

Em 1979 é publicado o Novo Código de Menores, formalizando a implementação da Doutrina da Situação Irregular, que já estava sendo informalmente executada desde a criação da PBEM (Daminelli, 2017). A legislação propunha assistência, proteção e vigilância a menores até 18 anos, que se encontrassem em situação irregular e em casos expressos, a menores entre 18 e 21 anos, definindo como menor em situação irregular todos aqueles que encontravam-se privados de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, vítimas de maus tratos, perigo moral, privado de representação ou assistência legal, desviado de conduta autor de infração penal (Brasil, 1979). As medidas possíveis eram advertência, entrega aos pais ou responsável, ou a pessoa idônea, mediante termo de responsabilidade, colocação em lar substituto, imposição do regime de liberdade assistida, colocação em casa de semiliberdade, internação em estabelecimento educacional, ocupacional, psicopedagógico, hospitalar, psiquiátrico ou outro adequado (Brasil, 1979).

É importante destacar que o Novo Código de Menores não fazia nenhum tipo de menção direta aos menores abandonados, como fazia o código de 1929, os considerando em situação irregular, assim como as crianças e adolescentes que cometiam alguma infração, e passíveis de

internação (Leite, 2006).

Para Leite (2006) o Novo Código dos Menores fazia uma separação muito clara entre a criança e o chamado menor, sendo o primeiro proveniente de uma família abastada e o segundo de famílias pobres, que necessitaria de uma proteção do Poder Público, uma vez que sua família seria incapaz de oferecer-lhe educação. A falta de detalhamento da lei, permitia ao juiz de menores responsável pelo caso, a decisão de encaminhamento dessa criança ou adolescente (Daminelli, 2017).

Scisleski (2014) reforça que a Doutrina Irregular considera a pobreza motivo suficiente para concepção da desestrutura familiar, sendo este motivo o suficiente para o encaminhamento para as unidades da FEBEM (Scisleski, 2014). Sob a concepção da Doutrina da Situação Irregular é possível concluir que uma vez constatada a “situação irregular”, o menor se tornava objeto da tutela do Estado, para além disso, toda criança ou adolescente pobre era considerado em ‘situação irregular’, sendo passível de sofrer intervenção do Estado (Leite, 2006).

O Novo Código dos Menores foi alvo de uma série de críticas e denúncias contra as injustiças cometidas contra os menores internados, além de discussões sobre o paradigma da expressão “menor”, os riscos e ao modelo do sistema, além disso as discussões acerca dos direitos das crianças e dos adolescentes ebuliam na sociedade (Leite, 2006).

Na década de 80 a desigualdade social se intensifica ainda mais, tendo nos jovens um impacto extenuante com 63,4% das crianças e adolescentes do país vivendo em famílias que sobreviviam com meio salário mínimo, aumento da evasão escolar para 45% das crianças entre 10 e 45 anos (Neto, 2001). No Rio de Janeiro, a situação era ainda mais devastadora, com 33% da população em situação de pobreza ou miséria (Neto, 2001). Para Neto (2001), a situação da cidade pode ser explicada pela perda do seu papel econômico com a mudança da capital, assim como com o impacto da crise progressiva, com isso o quantitativo de infrações cometidas por menores apresentou aumento de quase 100% .

Enquanto sociedade, era perceptível o aumento da marginalização das classes pobres e não brancas, estimulada pelos grandes veículos de comunicação, assim como automatizando a ideia de que segurança estaria ligada a investimento em órgãos de segurança (Neto, 2001). Entretanto, se a sociedade relacionava “pobres como algozes e ricos como vítimas”, eram as crianças e adolescentes pobres as maiores vítimas da violência, sendo as principais vítimas tanto das políticas estatais de garantia de desenvolvimento, quanto de assassinato em 1985: “o jovem não-branco, pobre, sexo masculino, idade média 15-18 anos, residente nas periferias ou favelas urbanas, assassinado, geralmente por projétil de arma de fogo e denominado ‘marginal’ nos registros policiais”. (Claves, 1991, in Neto 2001)

A década de 80 representa uma importante protagonista no campo das políticas voltadas à infância, com o fracasso da FUNABEM, a criação da Comissão Nacional Criança e Constituinte, a reabertura democrática do país, parceria com entidades não-governamentais em prol da infância, e finalmente, com a culminância da Constituição de 88 e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Vogel, 2011).

Com a redemocratização, em 1987 a sociedade civil elaborou a Emenda Popular “Criança - Prioridade Nacional” que apresentada à Assembleia Nacional, serve de base para a articulação de um fórum permanente e inclusão do tema na Constituição (Neto, 2001). É importante destacar a participação de entidades como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da participação do Brasil enquanto Estado Parte na Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança e do Adolescente nesse movimento que embasou a elaboração do o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA (Neto, 2001)

Implementada através do art. 227 da Constituição Federal de 1988, e depois consolidada pelo Estatuto do Criança e do Adolescente em 1990, a Doutrina de Proteção Integral, substituiu a Doutrina de Situação Irregular, determinando que:

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 (Brasil, 1988).

Com a mudança da Doutrina, crianças e adolescentes passam a ser compreendidos por sua condição de sujeitos de direitos, com a peculiaridade de serem pessoas em desenvolvimento, inclusive no que tange a garantia de direitos prioritários (Scisleski, 2014).

A publicação do ECA, muda a forma com que as crianças e adolescentes que praticaram atos infracionais são chamadas, se antes eram referidas como delinquentes, pervertidos ou criminosos, agora são consideradas autores de atos infracionais ou em situação de conflito com a lei, da mesma forma que a internação passa a ser referida como abrigamento (Daminelli, 2017). Já Scisleski (2014) vê na manutenção do uso do termo “menor” por boa parte da sociedade ainda nos dias de hoje, um indicativo de uma forma ativa de se pensar essa parcela da população.

4.2 A PNAISARI NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

4.2.1 Unidades de Socioeducação no Rio de Janeiro

Criado pelo Decreto nº 18.493, de 26 de janeiro de 1993, o Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE) é o órgão do governo do Estado do Rio de Janeiro responsável por promover a socioeducação, executando as medidas judiciais de privação e restrição de liberdade, com a responsabilidade de acautelar, atender e acompanhar os adolescentes autores de ato infracional, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Constituição Federal (Rio De Janeiro, 2022)

Possui 6 unidades de internação e 16 unidades de semiliberdade no Estado do Rio de Janeiro. Sua capacidade de recebimento de adolescentes na internação está descrita na tabela abaixo.

Quadro 2 - Descrição das Unidades socioeducativas do MRJ por capacidade de recebimento de adolescentes em 2023

UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS	C A P A C I D A D E
CENSE Dom Bosco	183
CENSE Ilha	38
CENSE Professor Antonio Carlos Gomes Da Costa	44
CENSE Professor Gelson De Carvalho Amara	100
Escola João Luiz Alves - EJLA	133
CENSE Maria Luiza Marcate Ramos	89

Fonte: SMS Rio e CRIS Sistema Socioeducativo.

4.2.2 Legislações e normativas do Município do Rio de Janeiro

Quadro 3 - Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro. Documentos estaduais e municipais sobre a PNAISARI no Rio de Janeiro por data de publicação e assunto.

Documentos Estaduais e Municipais	Data de publicação	Assunto
Deliberação N.º 1.099/2014 DS/CMDCA	12 de novembro de 2014	Dispõe sobre a aprovação do Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo da Cidade do Rio de Janeiro.
Deliberação CIB-RJ No 5.617	6 de dezembro de 2018	Pactua o plano operativo de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei em regime de internação, internação provisória e semiliberdade
RESOLUÇÃO SES/SEEDUC N° 5839	16 de março de 2020	Promove recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (covid-19) a serem adotadas nas unidades socioeducativas do estado do Rio de Janeiro.
NOTA TÉCNICA SPL/SUPAPPSV/SGAIS/ SES-RJ N° 04/2020	29 de julho de 2020	Justificativa para alteração do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) para o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTIE) da PNAISARI.
Portaria GM/MS No 3626*	21 de dezembro de 2020	Portaria de habilitação do Município do Rio de Janeiro (RJ) a receber incentivo financeiro para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
Plano de Ação Municipal	2021	

Deliberação CIB-RJ No 6.377	15 de abril de 2021	Institui o programa estadual de cofinanciamento, fomento e inovação da política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade (cofi-pnaisari).
Resolução SES No 2.340	05 de julho de 2021	Institui o programa estadual de cofinanciamento, fomento e inovação da política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade (cofi-pnaisari).
Plano de Ação Municipal	2022	
Nota Técnica COOASPSV/SUPAPPSV/SUBVAPS/SES No02/2022	16 de março de 2022	Orientações técnicas para os gestores municipais de saúde dos 14 municípios e 25 equipes de APS de referência no ERJ para as unidades do sistema socioeducativo.
Deliberação CIB-RJ No 6.758	17 de março de 2022	Pactuar a continuidade do programa estadual de cofinanciamento, fomento e inovação da política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade (cofi-pnaisari).
Plano de Ação	2023	
Deliberação CIB-RJ No 7.171	16 de março de 2023	Institui a continuidade do programa estadual de cofinanciamento, fomento e inovação da política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade (cofi-pnaisari).

Fonte: Elaboração própria, 2023.

* Portaria não encontrada nas bases de busca desta pesquisa, porém incluída no quadro dada sua importância no contexto da execução da política

4.2.3 Organização do cuidado ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa no Município do Rio de Janeiro

Em 12 de novembro de 2014 foi publicado pela prefeitura do Rio de Janeiro o Plano Decenal, documento orientador das ações municipais da socioeducação no município e previsto na Lei Federal n.º 12.594/2012 que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Embora tenha sido publicado depois da Portaria Nº 1.082, de 23 de Maio de 2014, não considera a PNAISARI na sua redação e orienta somente as ações a serem realizadas voltadas ao meio aberto.

Somente em 2018 é pactuado o plano operativo de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, previsto na portaria Nº 1.082, de 23 de maio de 2014, portaria de redefinição da PNAISARI, como um dos documentos que estabelece as diretrizes das ações da política nos diferentes níveis de complexidade.

Neste plano, pactuado entre as Secretarias de Saúde do Estado e do Município e a Secretaria de Educação, através do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), são traçadas as competências de cada ente federativo no atendimento aos adolescentes, além das normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização da assistência (Rio de Janeiro, 2018).

De acordo com o plano, são atribuições do Município do Rio de Janeiro:

- I - Desenvolver ações no âmbito da atenção primária voltadas para saúde do Adolescente nos eixos da atenção, da promoção e da vigilância em saúde nas Unidades da rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro;
- II - 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;
- III - Elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual junto com a Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo do Rio de Janeiro;
- IV - 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;
- V - Participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos nesta Portaria;
- VI - Inserir a população adolescente em conflito com a Lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Município;

VII - Garantir o acesso aos medicamentos e insumos nas Unidades de Saúde da rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro que sejam referência para as Unidades do DEGASE, de acordo com as pactuações e os critérios normativos já descritos neste Plano referentes ao que compete ao município quanto à assistência farmacêutica;

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

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

X - 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

XI - Inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do Município.

(Rio de Janeiro, 2018).

As equipes de saúde existentes no DEGASE são citadas no documento, sendo responsáveis pelos cuidados primários que sejam factíveis no contexto da Unidade Socioeducativa e pelas ações referentes à continuidade dos tratamentos prescritos que sejam possíveis de execução nas suas Unidades (Rio de Janeiro, 2018).

Por ter uma equipe de saúde bucal com um número elevado de profissionais, pactuou-se que o DEGASE seria o principal executor deste serviço, cabendo ao Município atuar de forma complementar para garantia da integralidade do cuidado ofertado, incluindo o encaminhamento ao atendimento especializado, o atendimento especializado e o de urgência e emergência (Rio de Janeiro, 2018). Nos casos de ausência de insumos para a realização de procedimentos no socioeducativo, os adolescentes também devem ser encaminhados para a Clínica da Família (Rio de Janeiro, 2018).

Por contar com uma equipe de saúde mental, a responsabilidade pelo cuidado psíquico dos adolescentes deveria ser realizado de forma articulada entre a equipe de saúde mental do socioeducativo e a APS, sendo o DEGASE responsável por acolher e articular a rede de saúde mental, por meio da APS, que deveria acionar o NASF ou outro equipamento de saúde mental do território para avaliação conjunta do caso (RIO DE JANEIRO, 2018). No momento de elaboração do plano, o território não contava com a existência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), diferente da realidade atual.

A imunização é uma outra atividade de saúde garantida no plano operativo, sendo descrito que caberia a equipe de saúde do DEGASE a organização de uma planilha com a

situação dos adolescentes internados para que a APS conseguisse ter dados suficientes para inserção nos sistemas de informação, sendo preferencialmente realizada na unidade de Atenção Primária mas podendo ser realizada dentro das unidades de socioeducação caso necessário, sendo fundamental a participação das equipes de saúde do DEGASE nas ações internas (Rio de Janeiro, 2018).

O encaminhamento para atendimento especializado cabe à APS, através do sistema de regulação, podendo a necessidade ser identificada e sinalizada pela equipe de saúde do DEGASE, que será responsável pelo transporte desse adolescente ao agendamento realizado (Rio de Janeiro, 2018).

Já os atendimentos de urgência e emergência deverão ocorrer nas UPAs, Coordenações de Emergências Regionais (CER) e Hospitais municipais e estaduais localizados no município, seguindo classificação de risco e protocolos do Ministério da Saúde (Rio de Janeiro, 2018).

O tipo de vinculação do adolescente à unidade de Atenção Primária também é definido no plano, que considera que adolescentes que permaneçam por menos de 11 meses internados, e não morem no território da Clínica da Família, tenham o cadastro na equipe temporário. Os que morarem no território da equipe, independente do número de meses de permanência na unidade de internação, são cadastrados como definitivos. Já os adolescentes que permaneçam 12 meses e que não residam no território da unidade também serão cadastrados como definitivo (Rio de Janeiro, 2018). O quantitativo de adolescentes atendidos na Clínica da Família sugerido é de 6 casos diários e há previsão de atendimento das demandas espontâneas (Rio de Janeiro, 2018).

A dispensação de tiras de Teste Rápido Imunológico de Gravidez (TIG) deve ser feita pela APS, limitada a 45 tiras mensais, cabendo ao DEGASE o preenchimento de planilha com informação dos testes realizados (Rio de Janeiro, 2018).

O monitoramento do plano operativo é realizado pelo Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), assim como o monitoramento do Plano de ação anual, e os indicadores informados ao Ministério da Saúde através do FormSUS (Rio de Janeiro, 2018).

Em 2020, com o decreto de pandemia causada pelo COVID 19 é publicada a resolução SES/SEEDUC N° 5839 que orienta as medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (covid-19), estabelece alteração do calendário escolar para o ano letivo de 2020, funcionamento das unidades escolares, diretorias regionais e sede seeduc, e promove recomendações para prevenção e controle de infecções a serem adotadas nas unidades socioeducativas do estado do rio de janeiro. Orientando ações voltadas ao controle da infecção e manejo dos profissionais trabalhadores do

SSE e dos adolescentes internados com suspeita de infecção pelo COVID 19, incluindo o atendimento deste adolescente pela APS nos casos de ausência de profissional médico nas unidades de socioeducação e isolamento dos casos positivos, além da suspensão das visitas no período pandêmico (Rio de Janeiro, 2020).

Em 29 de julho de 2020 é publicada a NOTA TÉCNICA SPL/SUPAPPSV/SGAIS/SES-RJ N° 04/2020, que trata de uma alteração no Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) para o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTIE) da PNAISARI e orienta a criação de um grupo de gestão da política pelo estado, com a participação dos município envolvidos na execução e o DEGASE como forma de fortalecer a política e estreitar relações (Rio de Janeiro, 2020). Foi a primeira menção à construção de um Grupo de Trabalho Intersetorial encontrado nesta pesquisa, embora a necessidade de criação do GTI esteja prevista na Portaria N° 1.082. Não foi encontrada publicação semelhante no município, embora também esteja prevista uma publicação de um grupo de trabalho municipal.

Em 21 de dezembro de 2020 a portaria GM/MS N° 3.632 habilita o Município do Rio de Janeiro a receber incentivo financeiro para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, ancorado nas informações do Plano Operativo Municipal e prevendo repasse a 9 unidades socioeducativas, sendo 4 unidades de semiliberdade e 5 unidades de internação (Brasil, 2020)

Em 15 de janeiro de 2021 foi entregue ao MS e a SES RJ o plano de ação anual da PNAISARI, prestando conta das ações realizadas em 2020 e informando o planejamento para 2021, neste momento é importante ressaltar que o município se encontrava em um período de Declaração de Pandemia declarada pela OMS e com isso as unidades Socioeducativas estavam seguindo a Resolução SES/SEEDUC No 737 de março de 2020 que orientava as recomendações de prevenção de controle de infecção pelo novo coronavírus a serem adotadas nas unidades do socioeducativo (Rio de Janeiro, 2021).

Neste Plano de ação é possível observar que as ações previstas para 2020 foram intensamente atravessadas pela pandemia de COVID-19, e o município participou da construção de um plano de contingência elaborado para as unidades de internação e internação provisória (Rio de Janeiro, 2021).

A análise das atividades realizadas em 2020 demonstra que foram realizadas ações de vacinação de tríplice viral e influenza, testagem de COVID dos adolescentes e dos funcionários do DEGASE, além da disponibilização de dois webinários, um sobre Manejo Clínico e Organização de Serviço para COVID e outro sobre os Serviços da APS na pandemia, atendimento de saúde mental presencial e remoto por vídeo e matriciamento (Rio de Janeiro,

2021). Os grandes desafios relatados no Plano foram a ausência de um sistema de informação do socioeducativo que gerasse os dados da sociointernação, além da ausência de possibilidade de emissão de relatórios específicos dos adolescentes do SSE atendidos.

Em abril de 2021 é instituído o Programa Estadual de Cofinanciamento da política no Estado do Rio de Janeiro, objetivando auxiliar a relação interinstitucional e os fluxos de trabalho, destacando o componente da saúde mental previsto na política, para isso os municípios precisaram assinar um termo de adesão e compromisso voluntário, onde se propunham a trabalhar com monitoramento e acompanhamento do Estado através de apoio técnico, e em contrapartida, receber incentivo financeiro para implantação e implementação da PNAISARI e o seu fortalecimento com componente de Atenção Primária à Saúde (Rio de Janeiro, 2021). O programa considera a Portaria Nº 1.083, de 23 de maio de 2014 do Ministério da Saúde que institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, e prevê incentivo financeiro federal para os municípios habilitados na política que contem com plano operativo e plano anual compartilhados com o Ministério da Saúde, assim como monitoramento da completude das equipes de saúde da família que atendem aos adolescentes do SSE através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), critério de suspensão do financiamento federal (Brasil, 2014).

Publicada em 05 de julho de 2021 a resolução SES Nº 2340 oficializa pelo Estado o Programa de cofinanciamento, instituindo dois indicadores de acompanhamento:

- Número de atividades mensais de prevenção e promoção e cuidado em saúde, voltadas para a população de adolescentes em conflito com a lei e seus familiares
- número de visitas técnicas realizadas pela equipe de APS de referência às unidades socioeducativas (regularidade mensal).

Além de estipular o pagamento de cofinanciamento para as 6 unidades de internação e internação provisória acompanhadas pela Clínica da Família Assis Valente, Cense Dom Bosco, Cense Ilha, Escola João Luiz Alves, Cense Professor Antonio Carlos Gomes da Costa e Cense Professor Gelso de Carvalho Amaral (Anexo e unidade de internação) (Rio de Janeiro, 2021).

Em 2022 o Plano Anual voltou a trazer a COVID 19 como um desafio para o município, sendo a vacinação dos adolescentes que foram incluídos como grupo prioritário no Plano Nacional de Vacinação contra Covid-19 através da lei nº 14.190 de 29 de julho de 2021, a principal ação realizada em 2021. Com o afastamento de boa parte dos profissionais médicos do SSE em decorrência da pandemia, coube a equipe Águia Dourada o atendimento de porta de entrada da unidade de recepção Centro de Socioeducação Gelson Carvalho do Amaral (GCA),

realizando até 5 atendimentos de avaliação diariamente, conforme fluxo pactuado em reunião conjunta entre DEGASE e Clínica da Família Assis Valente. Já as atividades de promoção pouco avançaram uma vez que a pandemia não permitia agrupamentos de indivíduos (Rio de Janeiro, 2022).

Em 2022 também foi publicado pelo Estado uma Nota técnica COOASPSV/SUPAPPSV/SUBVAPS/SES No 02/2022 em 16 de março de 2022 com orientações técnicas para os gestores municipais de saúde dos 14 municípios e 25 equipes de aps de referência no ERJ para as unidades do sistema socioeducativo, entre suas orientações está a nomeação de referências técnicas para acompanhamento das ações, participação no GTIE, elaboração do plano de ação, promover a intersetorialidade, realizar educação continuada, ofertar imunização, criar mecanismos que garantam o sigilo, o anonimato, os mecanismos coletivos e institucionais de garantia de segurança à notificação de violências contra adolescentes no sistema socioeducativo, garantir atendimento preferencialmente fora das unidades socioeducativas, atualizar e cumprir as normas para o repasse dos recursos financeiros, advindas do Ministério e Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, e aplicar os recursos oferecidos para o fortalecimento de práticas de cuidado sustentáveis e inclusivas, construção de fluxos de atendimento, ações integradas com a saúde mental, realizar visitas técnicas mensais no DEGASE pela APS (Rio de Janeiro, 2022).

Em 17 de março de 2022 é publicada a Deliberação CIB-RJ No 6.758 que Pactua a continuidade do programa estadual de cofinanciamento, fomento e inovação da política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade (cofi-pnaisari) que mantém os mesmos indicadores da resolução SES Nº 2340, acrescentando a necessidade de um relatório de atividades anuais que deve ser apresentado na Comissão Intergestores Bipartite da Região (Rio de Janeiro, 2022).

Já o plano anual de 2023 volta a trazer a vacinação de covid como uma das principais ações realizadas em 2022, além do evento de violência contra um diretor do CRIAAD próximo ao território das unidades de SSE e da CF Assis Valente como um indutor de insegurança do território e da necessidade de implementação de um plano de contingência para atendimento dos adolescentes em outras duas unidades de Atenção Primária da Ilha do Governador, uma vez que os profissionais se recusava a levar os adolescentes na CF Assis Valente, o que perdurou até o início do segundo semestre de 2022 (Rio de Janeiro, 2023).

Foi descrito no plano anual o esforço de fortalecimento das relações interinstitucionais, e o protagonismo da coordenadoria de Atenção Primária da 3.1, além das ações de promoção e

diagnóstico situacional (Rio de Janeiro, 2023).

4.3 A POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES CUMPRINDO MEDIDA SOCIOEDUCATIVA NO RIO DE JANEIRO E SUAS QUESTÕES DE SAÚDE

Uma das formas de solicitação de atendimento entre o Degase e a Clínica da Família Assis Valente é através de uma planilha de Google forms compartilhada com as unidades de socioeducação e a unidade (gerência e equipes) é através dessa planilha que as solicitações de atendimento são realizadas, assim como os agendamentos são sinalizados e posteriormente as consultas realizadas ou os motivos da não realização da consulta deveriam ser indicados.

A tabela abaixo demonstra o perfil dos adolescentes internados nas unidades socioeducativas no período de julho de 2022 a julho de 2023 que tiveram seu atendimento solicitado à Clínica da Família.

Tabela 2 - Perfil dos adolescentes com solicitação de atendimento na CF Assis Valente no período de julho de 2022 a julho de 2023.

VARIÁVEL	N	PERCENTUAL
Sexo		
feminino	62	14%
masculino	376	85%
Adolescente trans	5	1%
total	443	100%
Faixa etária		
13	9	2%
14	24	5%
15	56	13%
16	84	19%
17	153	35%
18	85	19%
19	10	2%
20	7	2%
Não informado	15	3%
total	443	100%
Raça/Cor (agosto de 22 a julho de 23)		
Branco	31	7%
Pardo	189	46%

Preto	89	22%
Negro	73	18%
Não informado	30	7%
Total	412	100%

Fonte: Planilha de solicitações de agendamento CFAV, 2023.

Observa-se que a maior parte dos adolescentes que tiveram demandas de saúde para atendimento na Atenção Primária era do sexo masculino, 85%. Já as adolescentes do sexo feminino representavam 14% do público que solicitou atendimento. Ressalta-se que 1% da demanda era de adolescentes trans, 4 mulheres trans sinalizadas como sexo masculino na planilha, porém com seu nome social registrado entre parenteses após o nome, e 1 homem trans que constava no mês de dezembro com o nome masculino, sem nenhuma sinalização de se tratar do nome social ou não, e a sinalização de “Trans” na coluna sexo. Importante destacar que das 4 adolescentes trans femininas, todas estavam em uma unidade de socioeducação feminina. Já o que estava sinalizado como trans em dezembro, estava em uma unidade masculina.

Com relação à idade, a maior parte dos adolescentes possuía 17 anos (35%) no mês de solicitação do atendimento, seguidos de adolescentes com 18 e 16 anos que representaram 19%, cada, do total de adolescentes. A menor idade encontrada, 13 anos, representa também o menor percentual de adolescentes com solicitação de atendimento, contabilizando somente 2%, mesmo percentual que o outro extremo de idade, 20 anos.

Já com relação à Raça/Cor, é importante destacar que no mês de julho de 2022 essa informação não está presente na planilha, por isso não foi possível tabular a informação deste mês. Já nos meses de agosto e setembro de 2022 é possível perceber que o termo “negro” foi utilizado e o termo “preto” não, não sendo possível distinguir se estavam se referindo a pessoas pretas e pardas ou somente a pessoas pretas. O termo “negro” foi utilizado até dezembro de 2022, sendo assim, optou-se por manter a forma como foi registrado.

Observa-se então que a maior parte dos adolescentes com solicitação de atendimento são pardos (46%), seguidos de 22% de adolescentes pretos, e 18% de negros.

Conclui-se então que a maior parte dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas que tiveram atendimento solicitado à CFAV é do sexo masculino, pardo e tem entre 16 e 19 anos.

Tabela 3 - Solicitação de atendimento por agendamento, por atendimento, por motivo de não atendimento, por unidade solicitante e por unidade que teve o adolescente atendido na CF Assis Valente no período de julho de 2022 a julho de 2023.

VARIÁVEL	N	PERCENTUAL
Solicitação de atendimento X Agendamento		
Solicitado	443	100%
Agendado	360	81%
Solicitação de atendimento X Atendimento		
Atendido	83	23%
Não atendidos	129	36%
Sem informação	148	41%
total solicitado	360	100%
Motivos para o não atendimento		
Falta	50	39%
Remarcado ou solicitado remarcação	10	8%
Unidade em amarelo	3	2%
Entregue ao responsável ou mudança de medida	29	23%
Transferência para outro território ou unidade	34	26%
Atendido por profissional do DEGASE	3	2%
Total não atendido	129	100%
Unidade de internação - Solicitação		
CENSE Dom Bosco	87	20%
CENSE GCA	50	11%
CENSE Ilha	60	13%
CENSE Maria Luiza	105	25%
CENSE PACGC	66	15%
EJLA	64	14%
Sem informação	11	2%
Total de solicitações de atendimento	443	100%
Unidade de internação - Adolescente atendido		
CENSE Dom Bosco	6	7%

CENSE GCA	10	12%
CENSE Ilha	5	6%
CENSE Maria Luiza	12	14%
CENSE PACGC	23	28%
EJLA	27	33%
Total de atendimentos	83	100%

Fonte: Planilha de solicitações de agendamento CFAV, 2023.

É possível analisar que 81% (360) dos adolescente que tiveram atendimento solicitado, foram agendados ou sinalizados que deveriam ir na unidade como demanda espontânea, entretanto, somente 23% desses com sinalização de agendamento tiveram sua demanda atendidas pela Clínica da Família, 36% tinham a sinalização de não atendimento e 41% não possuíam nenhum tipo de informação que sinalizasse a ocorrência ou não do atendimento.

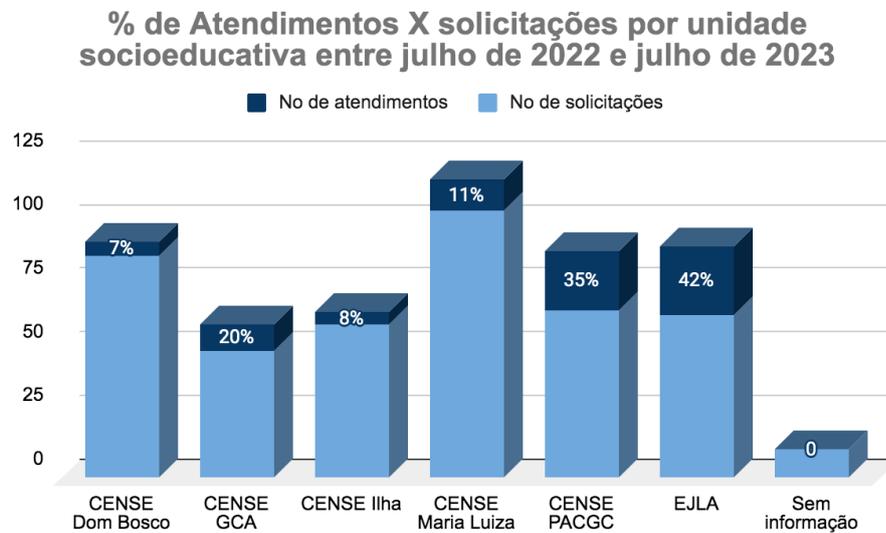
Com relação aos 129 adolescentes sinalizados como não atendidos, a principal causa de não atendimento foi a “falta”, representando 39% dos motivos para não atendimento, seguida de “Transferência para outro território ou unidade” que totaliza 26% dos casos e “Entregue ao responsável ou mudança de medida” que corresponde a 23% dos motivos de não atendimento. As solicitações de “remarcação” correspondem a 8% dos casos, “Unidade em amarelo” e “Atendido por profissional do DEGASE” ocorreram em somente 2%, cada, dos casos.

Analisando as unidades socioeducativas que solicitam atendimento para os adolescentes é possível perceber que o CENSE Maria Luiza foi a unidade que mais solicitou atendimento, totalizando 25% do total das solicitações, o que corresponde a 105 adolescentes para atendimento, seguido do CENSE Dom Bosco com 20% das solicitações, CENSE PACGC com 15% e EJLA com 14%. Importante ressaltar que embora tenha sido a terceira unidade solicitante de atendimentos, o CENSE PACGC acolhe somente adolescents do sexo feminino, que representa o menor universo de internações da socioeducação. As unidades de socioeducação que tiveram o menor percentual de solicitações de atendimento foram CENSE GCA com 11% de solicitações, e o CENSE Ilha com 13% do total de solicitações.

Entretanto, ao analisarmos o percentual de adolescentes efetivamente atendidos das unidades percebemos uma mudança no cenário, a EJLA foi a unidade que teve o maior percentual de adolescentes efetivamente atendidos no período de julho de 2022 a julho de 2023, representando 33% dos adolescentes atendidos. Já as adolescentes do CENSE PACGC representaram 28% desses atendimentos, seguidas do CENSE Maria Luiza com 14%, que anteriormente foi a unidade que mais solicitou atendimentos.

O gráfico abaixo demonstra o percentual de atendimentos por solicitações por unidade do socioeducativo no período de julho de 2022 a julho de 2023.

Figura 5 - Percentual de atendimento X solicitações de atendimento à CF Assis Valente, por unidade socioeducativa, entre julho de 2022 e julho de 2023.



Fonte: Planilha de solicitações de agendamento CFAV, 2023.

Já a natureza da solicitação de atendimento está demonstrada na tabela abaixo, que teve seus principais motivos de solicitação agrupados em 16 grandes categorias de acordo com a demanda da solicitação. Foram elas: Queixa clínica, queixa cirúrgica, queixa neurológica/psiquiátrica, queixa dermatológica, queixa ginecológica, queixa odontológica, SISREG, Reavaliação/acompanhamento, solicitação de exame, IST, TIG, TB, HANSEN, sintoma gripal, reabilitação, pré-natal e não informado.

Tabela 4 - Natureza da solicitação de atendimento na CF Assis Valente, dos adolescentes do SSE, no período de julho de 2022 a julho de 2023.

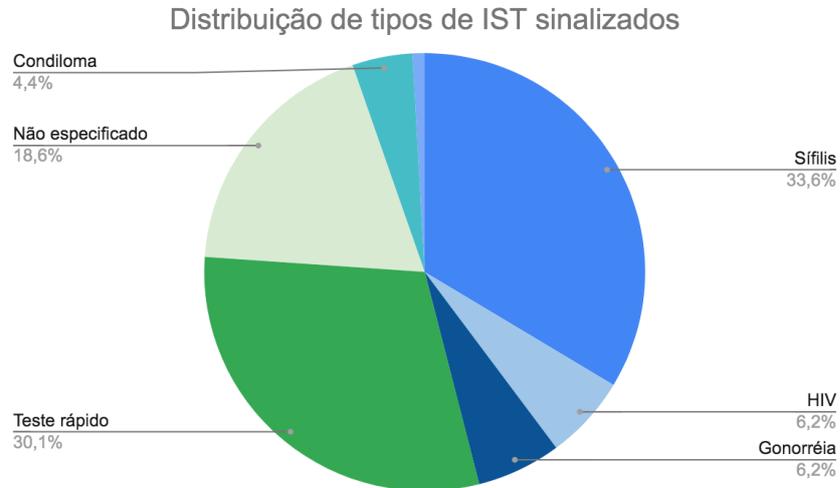
VARIÁVEL	N	PERCENTUAL
Motivos de solicitação de atendimento		
Queixa clínica	109	24%
Queixa Cirúrgica	25	6%
Queixa neurológica/psiquiátrica	51	12%
Queixa dermatológica	35	8%
Queixa ginecológica	8	2%
Queixa odontológica	6	1%
SIREG	7	1%
Reavaliação/acompanhamento	3	0,50%
Solicitação de exame	14	3%
IST	113	26%
TIG	11	2.5%
TB	20	4,50%
Hansen	2	0,50%
Sintoma gripal	5	1%
reabilitação	10	2%
pré-natal	12	3%
Não informado	12	3%
Total de solicitações	443	100%

Fonte: Planilha de solicitações de agendamento CFAV, 2023.

As principais categorias de motivos para solicitação de atendimento foram IST e Queixas clínicas, que somadas representam 50% do total de motivos de encaminhamentos para atendimento dos adolescentes internados no DEGASE entre julho de 2022 e julho de 2023. Sendo o volume de atendimentos por IST discretamente maior do que por queixas clínicas. A terceira causa motivadora de solicitações de atendimento a esses adolescentes são as queixas neurológicas/psiquiátricas, representando 12% do total de solicitações e seguida das queixas dermatológicas que representam 8%.

O gráfico abaixo demonstra o percentual de cada motivo para solicitação de atendimentos por motivação de suspeita de IST.

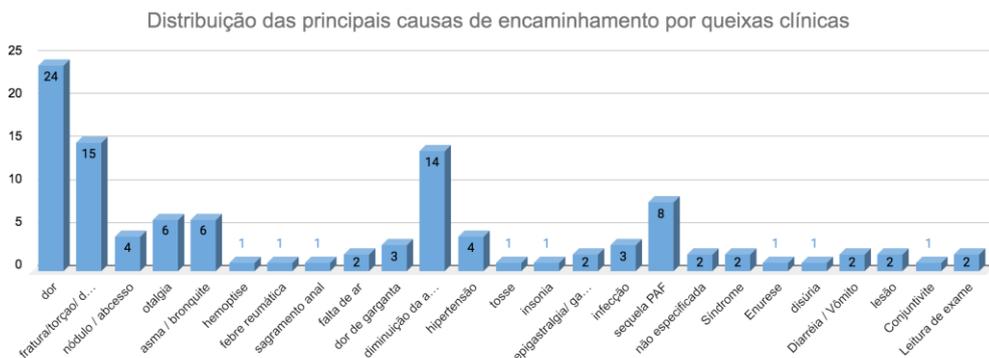
Figura 6 - Distribuição de tipos de IST encontrados na análise da planilha de solicitação de atendimentos aos adolescentes do SSE pela CF Assis Valente entre julho de 2022 e julho de 2023.



Fonte: Planilha de solicitações de agendamento CFAV, 2023.

Ao analisarmos o grupo de IST percebemos que os casos de suspeita ou confirmados de sífilis são os mais frequentes, aparecendo em 33,6% dos casos, seguidas de solicitações de realização de testes rápidos, que representaram 30,1% dos casos. Já casos que descreviam uma suspeita de IST mas não relataram sintomas e que não continham a expressa solicitação de realização de testes rápidos representaram 18,6% dos casos. Além disso, é possível observar a existência de casos de HIV (6,2%), gonorréia (6,2%) e condiloma (4,4%).

Figura 7 - Distribuição das principais causas de encaminhamentos, por queixa clínica, encontrados na análise da planilha de solicitação de atendimentos aos adolescentes do SSE pela CF Assis Valente entre julho de 2022 e julho de 2023.

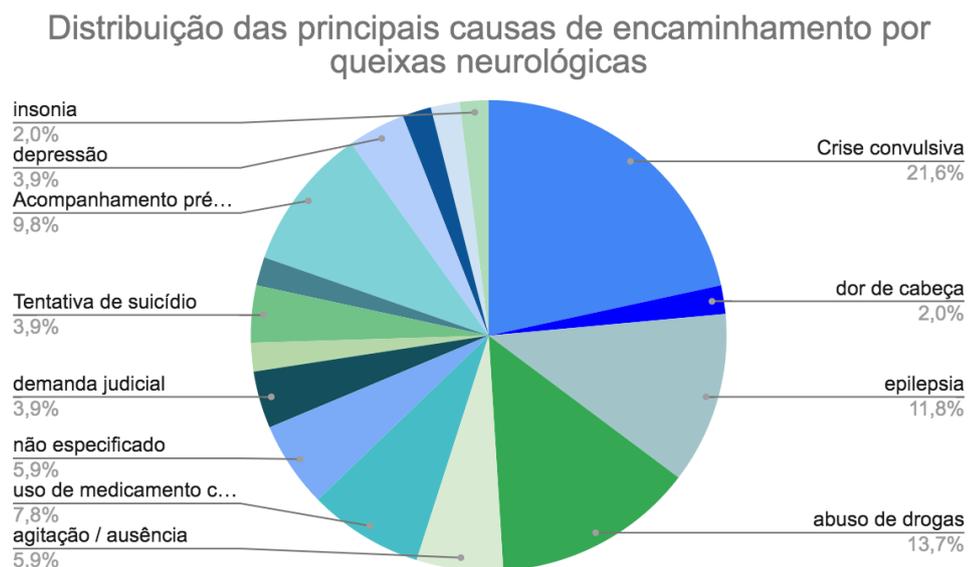


Fonte: Planilha de solicitações de agendamento CFAV, 2023.

Já entre os motivos de solicitação de atendimento por motivos clínicos, destacam-se os diferentes motivos relacionados a dor, que representa 22% das solicitações de atendimento na Atenção Básica. As queixas relacionadas a questões ortopédicas, como revisão de fraturas, torções e desvios ósseos representa 13,8% das questões clínicas. Em seguida observamos questões oftalmológica como motivos para solicitação de atendimento (12,8%), com destaque para diminuição da acuidade visual. As necessidades de atendimento por desdobramento de lesões decorrentes de perfuração por arma de fogo (PAF) aparecem em quarto lugar nos motivos de atendimento, representando 7,3% dos encaminhamentos. Destacam-se também as otalgias e os casos de asma e bronquite, cada um responsáveis por 5,5% das solicitações.

A terceira causa de solicitação de atendimentos na Clínica da Família são as questões neurológicas ou psiquiátricas. Os motivos que levaram a solicitação de atendimento por essa causa estão destacados no gráfico abaixo.

Figura 8 - Distribuição das principais causas de encaminhamento por queixas neurológicas encontrados na análise da planilha de solicitação de atendimentos aos adolescentes do SSE pela CF Assis Valente entre julho de 2022 e julho de 2023.



Fonte: Planilha de solicitações de agendamento CFAV, 2023.

O principal motivo para solicitação de atendimentos por essas duas causas são os relatos de crises convulsivas prévias ou durante a internação, correspondendo a 21,6% das solicitações de atendimento. Seguida das crises convulsivas estão relatos de pacientes com história de abuso de drogas, com 13,7% das solicitações. O terceiro motivo é a necessidade de atendimento de

pacientes com diagnóstico prévio de epilepsia, representando 11% dos casos. Em seguida são observados pacientes com relato de acompanhamento prévio em Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e que precisam passar pela unidade de Atenção Primária para acessarem o CAPSi do território, uso de medicamento controlado com necessidade de acompanhamento e medicação da CFAV, relatos de agitação e/ou episódios de ausência, solicitação de atendimentos sem clínica especificada, entre outros. Solicitações de atendimento por demandas judiciais e tentativa de suicídio prévio ou ideação suicida foram os motivos menos frequentes, representando somente 3,9% dos casos, cada.

5 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA CLÍNICA DA FAMÍLIA ASSIS VALENTE SOBRE OS AVANÇOS E LIMITES DO ATENDIMENTO PRESTADO AOS ADOLESCENTES CUMPRINDO MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA

Tabela 5 - Perfil dos profissionais da CF Assis Valente que participaram da pesquisa Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro.

VARIÁVEL	N	PERCENTUAL
Sexo		
feminino	24	89%
masculino	3	11%
total	27	100%
Faixa etária		
20-29	8	29%
30-39	11	41%
40-49	3	11%
50-59	4	15%
60-69	1	4%
total	27	100%
Raça/Cor		
Branco	11	41%
Pardo	11	41%
Preto	4	15%
Amarelo	1	3%
Total	27	100%
Tempo de trabalho na unidade		
Menos de 1 ano	6	22%
Entre 1 e 3 anos	9	33.5%
Entre 4 e 5 anos	2	7.5%
Mais de 5 anos	10	37%
Total	27	100%

Fonte: Elaboração própria, 2023

A pesquisa contou com a resposta de 27 profissionais da Clínica da Família Assis Valente, 4 ACS, 1 técnico de enfermagem, 1 educador físico, 7 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 6 médicos, 1 dentista, 2 psicólogos, sendo um deles gerente, 1 pedagogo, 2 auxiliares de saúde bucal e 1 técnico em saúde bucal. É importante observar que 1 dos profissionais não concordou

com os termos do TCLE e por isso suas respostas foram excluídas da análise e da discussão.

Dos 27 profissionais analisados 89% eram do sexo feminino e 11% do sexo masculino. Suas idades variaram de 24 a 65 anos de idade, sendo a maior parte na faixa etária dos 30 aos 39 anos (41%). Na análise de raça cor, observa-se que a maior parte dos entrevistados se declara branco (41%) ou pardo (41%) e somente 4% se declara preto (15%) e 1 se declara amarelo (3%).

Tabela 6 - Formação profissional dos profissionais da CF Assis Valente que participaram da pesquisa Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro.

VARIÁVEL	N	PERCENTUAL
Formação		
Ensino médio	3	11%
Ensino Técnico	5	18%
Ensino superior	7	26%
Residência	8	30%
Especialização	3	11%
Mestrado	1	4%
Doutorado	0	0
Total	27	100%
Área de formação acadêmica		
ACS	4	15%
Técnico de enfermagem	1	4%
Educação Física	1	4%
Enfermagem	7	26%
Fisioterapia	1	4%
Medicina	6	21%
Odontologia	1	4%
Psicologia	2	7%
Pedagogia	1	4%
Auxiliar de saúde bucal	2	7%
Técnico de saúde bucal	1	4%
Total	27	100%

Fonte: Elaboração própria, 2023

Em relação à formação, observamos que somente 1 participante possui mestrado mas 30% possui residência em saúde da família ou saúde pública/coletiva (8 participantes) e 11% possuem especialização em saúde da família ou saúde pública/coletiva (3 participantes), ou seja, 41% dos profissionais da unidade são especialistas no tema, o que evidenciam caráter formativo da unidade.

De um modo geral, a maior parte dos profissionais que participaram da pesquisa trabalha na unidade pesquisada há mais de 5 anos (37%), seguidos de 33,5% que exercem sua função na unidade entre 1 e 3 anos, 22% que está na unidade há menos de 1 ano e 7,5% que trabalha na unidade entre 4 e 5 anos.

5.2 ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E IMPACTO NA UNIDADE

Embora oriente, através de sua Política, que o atendimento em saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa deva ser preferencialmente realizado na Atenção Básica, o Ministério da Saúde orienta que a Atenção Básica tem responsabilidade sanitária e territorial com as unidades socioeducativas, além de indicar as ações que devem ser realizadas, cabendo aos executores da Política (Estado e Município) organizarem a rede de assistência através do Plano Operativo visando garantir esse cuidado (Brasil, 2014).

O plano operativo do município do Rio de Janeiro, elaborado em 2018, sugere um atendimento agendado diário de 6 adolescentes do SSE, além dos atendimentos por livre demanda, entretanto não define a forma de comunicação dessas solicitações de atendimento, citando a possibilidade do uso de planilhas para organização da solicitação de demanda de vacinação (Rio de Janeiro, 2018).

A utilização da planilha de solicitação de agendamento compartilhada entre as unidades de socioeducação e a Clínica da Família apareceu na maior parte das respostas sobre organização da oferta do cuidado ao adolescente, se configurando como a principal porta de entrada do adolescente internado em uma unidade socioeducativa na unidade de Atenção Primária. A planilha está compartilhada entre todas as equipes e unidades socioeducativas e contém informações sobre o perfil do adolescente (nome, idade, sexo e raça), documentos, bairro de origem, a unidade do SSE solicitante, a queixa principal, data do agendamento, se houve consulta, motivos para a não realização da consulta, se houve realização de testes rápidos e se houve encaminhamento para alguma especialidade.

A gente tem a planilha de atendimentos onde a equipe do Degase algum profissional seja da equipe técnica, seja um profissional da coordenação de saúde, identifica uma demanda desse adolescente e insere esse caso nessa planilha e aí a gente tem um acordo que semanalmente a equipe da Assis Valente olha essa planilha e faz os agendamentos subsequentes das unidades do Degase que essa equipe é responsável pelo atendimento. E a gente dá um retorno ali. Se é pro adolescente ser levado já em demanda espontânea. Se ele vai num dia agendado, se é uma coleta de exame, se esse se esse caso vai ser inserido no SISREG e se a gente já consegue inserir com as informações que tem ali, então essa é uma das formas. (A1)

Utilizamos o meio de comunicação através de planilha no drive para serem inseridos as demandas dos adolescentes, sendo triados pela equipe técnica e realizando o agendamento para médico ou enfermeiro. (U)

Na Declaração de Alma-Ata, aprovada na 32ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde, a Atenção Primária à Saúde foi escolhida como a principal estratégia para buscar atingir os objetivos de oferta de saúde integral por se configurar como uma forma de cuidado que conversa com as questões de saúde da comunidade, ofertando promoção, prevenção, cuidado e reabilitação aos cidadãos (WHO, 1978).

Estudos internacionais demonstram que sistemas de saúde orientados por Atenção Primária forte apresentam melhores indicadores de saúde da população e menores taxas de internações por causas sensíveis, principalmente entre pacientes portadores de doenças crônicas, reduzindo barreiras de acesso aos serviços de saúde (Kruk, 2010; Hansen, 2015).

Barbara Starfield elenca os seguintes atributos para a APS: Primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado, sendo essencial perceber que uma das principais diferenças da APS com relação aos outros modelos de atenção, é a Centralidade na Família, suas dinâmicas e suas relações com o território e nas Competências culturais de diferentes grupos e suas características (Giovanella, 2012).

Entre os atributos, a coordenação do cuidado é o processo que integra ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, utilizando diferentes profissionais e mecanismos para planejar a assistência, definir fluxos, atender, encaminhar e monitorar pacientes, trocando informações e garantindo um cuidado integral, contínuo e oportuno (Almeida, 2012).

Para Giovanella (2009), a Política Nacional Atenção Básica (PNAB) amplia a concepção de Atenção Primária no Brasil, incorporando a coordenação do cuidado em seu leque de atributos e com isso assumindo a organização do sistema local de saúde, entretanto, para que uma efetiva coordenação do cuidado aconteça, os problemas de saúde dos pacientes precisam ser compartilhados, assim como o retorno do atendimento realizado.

Previsto na PNAISARI, a coordenação do cuidado dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, é um das atribuições majoritariamente orientadas para que aconteça na Atenção Primária (Brasil, 2014).

Além do agendamento pela planilha comunicação entre SSE e Clínica da Família também ocorre através de grupos de whatsapp, entre a unidade de socioeducação e a equipe responsável por aquele espaço.

Temos um dia certo na semana para responder essa planilha mas em casos de maior urgência, deixamos combinados que poderiam nos acionar via um grupo de whatsapp composto por profissionais de ambas as unidades. (J)

A utilização do whatsapp como ferramenta de garantia de acesso já havia sido relatada por Alves (2020) em seu artigo onde afirma que a ferramenta é amplamente utilizada pelas pessoas, sendo uma forma simples, abrangente e efetiva de comunicação. E também por Silva (2021) que a partir de uma implementação do aplicativo de mensagens instantânea durante a pandemia de COVID-19 também compreendeu o uso da ferramenta como um importante instrumento de ampliação do acesso, longitudinalidade e integralidade do cuidado.

Para além dos benefícios, é importante reforçar que se não utilizada corretamente, a ferramenta pode permitir vulnerabilidade ou a desproteção do sigilo das informações trocadas através da ferramenta (Silva, 2021).

Os atendimentos de saúde mental e em interconsultas também aparecem entre as descrições de como acontece o atendimento ao adolescente do socioeducativo, referindo às diferentes formas de acesso destes adolescente à unidade de Atenção Primária, conforme observado a seguir:

Os atendimentos são realizados por meio de interconsultas junto ao CAPSi da Ilha, além das atividades de educação e promoção da saúde (E)

Para a PNAISARI os profissionais de saúde mental integram a equipe de saúde de referência ao SSE, atuando de forma estratégica e compreendendo a necessidade de um trabalho de saúde mental para indivíduos mantidos em instituições fechadas, que estão enfrentando sofrimentos psíquicos decorrentes do processo de institucionalização, assim como na possibilidade de atuação frente a adolescentes em uso de álcool e drogas (Brasil, 2014).

Orientados a trabalhar na lógica do matriciamento, os profissionais de saúde mental envolvidos no cuidado integrantes das equipes de APS devem discutir casos clínicos, elaborar PTS, realizar atendimento psicossocial juntos aos profissionais do SSE e da rede de atenção, colaborar nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência, agenciar os casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde e realizar visitas domiciliares conjuntas (Brasil, 2014).

A realização das atividades de promoção da Saúde Mental são estimuladas também pelos cofinanciamentos da política, sendo destacado na pactuação do Programa Estadual de Cofinanciamento da política no Estado do Rio de Janeiro.

As unidades do SSE também contam com equipes de saúde mental que atuam dentro do

complexo, realizando atividades de atendimento individual, coletivo e familiar articulado com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com quase todos os profissionais de saúde mental admitidos no SSE em 2011 e implementando uma nova forma de abordagem da saúde mental dentro das unidades do DEGASE que anteriormente se propunha mais a acompanhar o processos, realizar relatórios e pareceres para audiências (RIBEIRO, 2018). Essas equipes compreendiam em 2018 que a PNAISARI ainda não estava muito bem “costurada” no MRJ, e por isso não conseguia garantir acesso do adolescente à RAPS em um momento onde a política ainda não havia sido habilitada no município, ficando evidente na fala dos profissionais a percepção que o município não tinha intenção de implementar a política (Ribeiro, 2018).

Se em 2018 não era perceptível a existência de comunicação cotidianamente dos profissionais do SSE com a APS nas questões de saúde mental dos adolescentes (Ribeiro, 2018), atualmente podemos observar que as queixas de demanda para atendimento na Clínica da Família já representam o terceiro motivo de solicitação de consulta para as equipes da APS, sendo 9,8% dos encaminhamentos por queixas neurológicas/psiquiátricas motivados por acompanhamento prévio do adolescente em um CAPSi e necessidade de manutenção desse cuidado.

As ações de Promoção da Saúde se configuram como outra possibilidade de acesso aos adolescentes pelas equipes de saúde, ocorrendo majoritariamente dentro das unidades de SSE e em concordância com profissionais do Degase.

Há também os grupos, onde realizamos um atendimento diferente, voltado ao coletivo, com o intuito de gerar educação em saúde. (P)

Quanto as atividades de promoção de saúde. essas são por enquanto nas unidades do Degase.(E)

As ações programadas ocorrem com participação da equipe multidisciplinar existente na Clínica da Família e abordam temas que também são abordados nas ações de promoção realizadas fora do SSE.

A Clínica da Família adapta os serviços de Saúde de acordo e em concordância com o Degase , levando a promoção da saúde e a prevenção através da imunização vacinal , promoção da Saúde Bucal (palestra, orientação de escovação e distribuição de kit-odonto) (X)

Ocorrem ações em saúde planejadas nas unidades do DEGASE, realizadas pela equipe multidisciplinar (odontologia, assistência social, psicologia, equipe médica e de enfermagem) (K)

...também fazemos ações de educação no próprio degase com médico e odonto. (W)

A existência de profissionais de saúde das unidades socioeducativas que aparece na fala dos participantes da pesquisa enquanto interlocutores das ações de promoção da saúde, também aparecem na fala dos profissionais, quando questionados sobre como acontece o atendimento dos adolescentes na Clínica da Família, desta vez como uma crítica à ausência de contato e troca de conhecimento entre os prestadores do cuidado.

Algumas unidades contam com serviços em saúde fornecido por médicos ou outros profissionais contratados pelo estado e nosso contato com estes praticamente não aconteceria não fossem os encaminhamentos e solicitações de exames que chegam até nós esporadicamente. (J)

A PNAISARI prevê a possibilidade da existência de equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, devendo a equipe de atenção primária do território se articular com esta equipe interna para inserir os adolescentes nas redes de atenção à saúde assim como para a realização de ações de promoção e educação em saúde, ainda que de modo complementar (Brasil, 2014). A existência desta modalidade de profissionais também está prevista no plano operativo da política no município, onde as equipes de saúde existentes no DEGASE são citadas como sendo responsáveis pelos cuidados primários que sejam factíveis no contexto da Unidade Socioeducativa e pelas ações referentes à continuidade dos tratamentos prescritos que sejam possíveis de execução nas suas Unidades (Rio de Janeiro, 2018).

O principal objetivo da orientação da existência de acompanhamento do adolescente do SSE pela APS, mesmo já tendo profissionais internos que garantiriam seu acesso à saúde, é a garantia da incompletude institucional objetivando a reinserção desse adolescente na comunidade (Brasil, 2014).

O acesso ao cuidado é um pilar importante a ser discutido na Atenção Primária, sendo diferenciado por Starfield (2022) de acessibilidade, uma vez que significaria a possibilidade de uso oportuno do serviço de acordo com as necessidades do usuário e não somente a sua possibilidade de chegar até o serviço de saúde.

É notável uma organização do acolhimento em horários de menor movimento da unidade, objetivando algum tipo de celeridade no processo de atendimento, assim como uma suposta proteção a uma exposição deste adolescente.

Tentamos alocar nos primeiros horários da manhã, mas é comum a falta ou o atraso às consultas. (A)

Os atendimentos começam 8:00. Os adolescentes chegam antes das 8:00 da manhã pra evitar que entrem em contato com os usuários que também estão aguardando atendimento, além de agilizar o processo, pois não podem ficar muito tempo na

unidade. (F)

Os adolescentes geralmente chegam acompanhados por agentes, aguardam consulta em espaço reservado na unidade para evitar maiores exposições. (L)

Definido como “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”)), o acolhimento é uma forma de garantir acesso ao usuário que procura uma unidade de saúde, podendo ser realizado através de diversas modelagens (Brasil, 2013).

O Acolhimento tem sido uma importante estratégia da Política Nacional de Humanização (PNH) na garantia de reorganização da assistência de serviços de Saúde no Brasil, sendo um modelo para além da recepção do usuário, que considera todo o seu atendimento em saúde buscando humanizar o atendimento, e funcionando como uma diretriz operacional fundamental do SUS (Coutinho, 2015). O acolhimento é um produto do cuidado, múltiplo e singular, servindo como uma forma de garantia do acesso aos serviços, para além da humanização (Silva, 2015).

Um bom acolhimento permite a formação de uma relação de confiança entre paciente e profissional ou equipe, trazendo reflexão para o processo de trabalho, assim como mecanismos de formação devido a busca de oferta de um atendimento justo, amplo e integral, orientado pelos princípios do SUS, qualificando as relações em saúde (Coutinho, 2015). Embora se proponha como um método de escuta qualificada, muitas vezes o acolhimento é na prática utilizado de forma pontual, centrado na queixa-conduta dependendo da forma como ele é organizado e implementado nos serviços (Coutinho, 2015).

Coutinho (2015) apresenta como obstáculos para a realização de um bom acolhimento: limites estruturais, elencados pela própria estrutura física inadequada das unidades e pela escassez de profissionais; algumas questões éticas, como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário; e falta de postura de escuta e comprometimento. Elenca também algumas estratégias para humanização desse acolhimento: implantação de sistemas de marcação de consulta (marcação permanente, marcação de consulta por telefone, criação de listas de esperas); criação de equipes de acolhimento multiprofissional; avaliação de prioridades; orientação de fluxos; e educação permanente da equipe, com oficinas de sensibilização.

Silva (2015) demonstrou em seu estudo que quanto maior a formação do profissional, maior o distanciamento do mesmo com o acolhimento, tendo nos profissionais de nível médio

(ACS) e técnico (Técnicos de enfermagem) maior percepção do seu papel enquanto acolhedor e comprometimento com a resolução ou pelo menos direcionamento para a solução do paciente. Já os profissionais de nível superior, acolhiam no geral as demandas de forma pontual e relacionada à demanda.

Entre as diversas formas de organização do acesso dos adolescentes à unidade de saúde, encontramos a organização de atendimentos divididos em demandas programadas e demandas espontâneas, sendo os dois tipos de atendimento possíveis aos adolescentes cumprindo medida socioeducativa.

A maioria desses atendimentos é realizado em horários agendados, mas também atendemos demandas espontâneas. (J)

Chegar por demanda ou agendamento marcado. Às vezes demanda espontânea sem aviso prévio nem nada. (O)

A tentativa desta forma de acesso se deu devido aos embates em momentos prévios quando os adolescentes eram atendidos em demanda espontânea, pois os agentes sócio educativos acabavam criando certo tipo de embate com profissionais e outros pacientes que também aguardavam consulta, por se sentirem expostos ao ter que aguardar com os adolescentes na unidade. (H)

Dois modelos de organização do processo de acolhimento coexistem na atenção primária, o acolhimento de demandas programadas e o acolhimento de demandas espontâneas (Coutinho, 2015). Demanda programada é aquela que pode ser agendada de forma eletiva, sem caráter de urgência, já a espontânea requer uma avaliação idealmente no momento em que o usuário busca o atendimento por se tratar de uma questão aguda (Gusso, 2019).

Para Mendes (2012) é fundamental para um serviço de Atenção Primária buscar o equilíbrio entre as demandas espontâneas e as demandas programadas visando garantir o acesso e conseqüentemente a melhora da qualidade do serviço.

É perceptível também que essa pactuação de horário para acolhimento foi realizada em conjunto com os profissionais do SSE e tem em um dos seus motivos de ocorrência a necessidade de organização da logística de transporte do SSE para a unidade de saúde.

A direção do DEGASE solicitou que os agendamentos sejam feitos sempre às 7h30 da manhã por facilitar a logística de transporte dos adolescentes. (K)

A restrição do horário de atendimento, a necessidade de disponibilidade de transporte para realização de atendimento e o próprio uso da planilha como forma de comunicação, se configuram como importantes barreiras de acesso dos adolescentes à unidade de saúde, uma vez que ele depende da convergência de uma série de fatores para que possa acessar o serviço.

A violência do território aparece, entre as falas dos profissionais que participaram da pesquisa, como uma outra barreira relevante, sendo um dos fatores que levam ao cancelamento das consultas.

...alguns casos as consultas são canceladas pois os agentes alegam falta de segurança externa. Quando o adolescente comparece à consulta, nós solicitamos que o agente solte suas algemas e aguarde do lado de fora do consultório, o que, muitas vezes, gera desconforto por parte dos agentes. (C)

Há resistência da parte deles de trazer alguns pacientes ditos de "alta sensibilidade" pelo risco de tentativas de resgate. Estes, quando trazidos à nossa unidade, além de acompanhados pelos "educadores" do DEGASE, vem também acompanhados por uma escolta policial que fica em frente a unidade enquanto o paciente é atendido. (J)

Minayo (2006) descreve a violência como um acontecimento múltiplo, de difícil definição, compreendido individualmente por quem vive a situação e que provoca uma forte carga emocional em todos os envolvidos, quem executa, quem sofre e quem presencia a violência, fruto de uma expressão de poder e desigualdades sociais.

O fenômeno da violência urbana vem se caracterizando como um grande desafio da sociedade atual, e sua diversidade, magnitude, incidência e prevalência refletem uma ameaça à saúde e à oferta de cuidado (Machado, 2016).

Segundo Fiuza (2011), por estarem inseridas em periferias de grandes centros urbanos as unidades de Saúde da Família tem a sua dinâmica de trabalho influenciada pela violência urbana. Os territórios onde atuam as Equipes de Saúde da Família são muitas vezes locais onde a pobreza, a exclusão social e a presença do tráfico de drogas predominam, assim como a disputa pelo território e por poder, além dos conflitos com a segurança pública que atua no território de forma repressiva e utiliza do enfrentamento bélico como principal tática (Gonçalves, 2017)

Para Santos (2020) a inserção das unidades de saúde da família em territórios com manifestações de conflitos, em especial conflitos armados entre traficantes e policiais, é um possível redutor da eficácia de suas ações.

Além disso o assassinato de um diretor da socioeducação no território próximo ao DEGASE e a Clínica da Família contribuiu para que os profissionais do SSE cancelassem o transporte de alguns adolescentes por insegurança na região.

...o não comparecimento dos adolescentes nas consultas com a justificativa de falta de segurança na unidade de saúde, entretanto, o evento que ocorreu no ano passado com a morte de um diretor do DEGASE fora de forma isolada e tem sido usada para o não transporte dos adolescentes, mesmo tendo garantia de segurança no território. (L)

A necessidade de manter o adolescente algemado parece ser um ponto nevrálgico de conflito entre os profissionais participantes da pesquisa e os agentes da socioeducação, assim como a permanência dos agentes no ato da consulta

Quando o adolescente comparece à consulta, nós solicitamos que o agente solte suas algemas e aguarde do lado de fora do consultório, o que, muitas vezes, gera desconforto por parte dos agentes. (C)

Em geral, solicitamos a soltura das algemas, para que o adolescente se sinta acolhido na unidade, sendo negada poucas vezes (quando os agentes afirmam que são adolescentes com maior "periculosidade"), além de solicitado que a agente se retire do consultório sempre que possível ou percebido um assunto mais sensível, para garantir o sigilo. (H)

Durante as consultas, em geral os agentes do DEGASE acompanham os menores a não ser que sejam solicitados a deixar a sala. Os menores permanecem algemados pela maior parte do tempo, mas são soltos caso haja necessidade para a realização de algum exame. (J)

A forma com que os adolescentes são tratados pelos agentes socioeducativos também aparece como um ponto sensível, se diferenciando de acordo com o gênero do adolescente.

Existe uma perceptível diferença no tratamento das meninas em conflito com a lei e dos meninos. As "educadoras" das unidades femininas parecem mais preocupadas em preservar a sua dignidade e a sua saúde das menores. Com os "educadores" das unidades masculinas temos mais dificuldades. Os mesmos são mais ostensivos e tratam os meninos (e também os profissionais) com maior hostilidade. É comum vê-los pedindo que alguns meninos fiquem em pé e voltados para a parede enquanto aguardam atendimento e são mais resistentes quando solicitados a nos deixar a sós com os pacientes em consultório. Além disso, são pouco tolerantes à espera e por vezes interrompem os profissionais em seus outros atendimentos pois não querem esperar. (J)

...há uma grande dificuldade no diálogo e articulação com os agentes de "educação" do degase, estes acham que são agentes da segurança e não da socioeducação, tratam os adolescentes numa lógica de cárcere e não de ressocialização. (L)

Ao serem questionados sobre a interação dos adolescentes com a unidade, os profissionais que responderam a pesquisa voltaram a referir a necessidade do atendimento na primeira hora do dia ou no início da tarde.

Os atendimentos começam 8:00. Os adolescentes chegam antes das 8:00 da manhã pra evitar que entrem em contato com os usuários que também estão aguardando atendimento, além de agilizar o processo, pois não podem ficar muito tempo na unidade. (F)

Optamos por combinar horário de atendimento quando a clínica está "menos movimentada", no início dos turnos da manhã ou da tarde.(H)

Para os participantes da pesquisa, a presença dos adolescentes parece causar estranheza

e desconforto nos usuários da unidade, assim como a presença dos agentes do SSE.

A presença deles não é entendida como um evento corriqueiro dentro da unidade. (A)

Em relação a pacientes, em alguns momentos percebemos certos desconfortos e julgamentos em relação aos adolescentes. (H)

Há também um visível desconforto na sala de espera, com pacientes encarando e fazendo comentários sobre os menores. Alguns chegam a verbalizar que acham um absurdo os menores serem tratados como prioridade quando eles já estão lá esperando atendimento há mais tempo. (J)

A comunidade estranha um pouco a presença de "guardas" e adolescentes em sua maioria negros algemados circulando dentro da unidade, mas acredito que a presença do adolescente funcione como um dos pilares para ratificação da garantia da cidadania e ressocialização do mesmo. (L)

A estranheza da presença desse adolescente parece se estender também para alguns profissionais que atuam na unidade, podendo ser intensificada pela presença da escolta armada próximo a uma estrutura frágil que pode ser facilmente transfixada por um projétil em uma troca de tiros, por exemplo.

Infelizmente em muitos caso vejo que os trabalhadores e os demais pacientes ficam desconfortáveis com a presença dos adolescentes.(C)

A presença da escolta policial na porta da unidade também acrescenta certo nível de tensão aos profissionais de saúde que se sentem mais expostos a um possível conflito e aos pacientes que podem ter algum tipo de envolvimento. (J)

De acordo com Pai (2018), serviços de saúde são espaços onde trabalhadores são expostos a diferentes agravos à saúde, entre eles a violência. Definida pela OMS como “resultado da interação complexa de diversos fatores, com destaque para as condições e a organização do trabalho, bem como a interação trabalhador-agressor”, esse tipo de violência se configurar como um malefícios explícitos ou implícitos à segurança, bem-estar ou saúde do trabalhador, impactando negativamente na saúde mental dos profissionais (Pai, 2018).

As consequências da violência urbana, assim como a exposição aos conflitos decorrentes desta, ainda são pouco discutidas no âmbito da saúde, entretanto Gonçalves (2017) propõe a divisão das vulnerabilidades psicossociais relacionadas a violência em 3 campos: agravo, barreira e risco, sendo o agravo os sintomas clínicos relacionados à exposição à violência, como transtornos mentais e quadros difusos. Já a barreira representa o cancelamento, falta e remarcação dos atendimentos decorrente da violência. O risco é a exposição do profissional ao território violento, acarretando no silenciamento dos profissionais que para garantir proteção, evitam falar sobre o assunto e até mesmo o aumento da rotatividade dos

profissionais técnicos (Gonçalves, 2017).

Polaro (2013) encontrou em seu estudo com enfermeiras trabalhando em territórios expostos à violência, a presença de medo, ansiedade, insegurança e frustração ao exercerem suas funções.

Em seu estudo, Gonçalves (2017) associa a violência do território, uma comunidade na zona norte do Rio de Janeiro, com as consequências psicossociais nos Agentes Comunitários de Saúde, propondo intervenções em parceria com o NASF e CAPS de apoio aos profissionais que atuam em contexto de violência uma vez que eles integram e vivem o território violento tanto quanto os usuários.

A prevalência da violência no trabalho nas unidades de Atenção Primária aparecem em outros estudos que reforçam a existência do conflito e violência armada no território como formas de violência contra profissionais da APS, assim como seu desdobramento em sentimentos de medo, frustração, apatia, 'sensação de impotência' e vulnerabilidade, além de sofrimento psíquico (Florido, 2020).

Houve, inclusive, um profissional que manifestou claramente o desconforto e a insegurança sentida com a presença do adolescente no local.

Eu acho péssimo. É um risco que todos nós corremos (Z)

O convívio com a violência urbana no espaço de trabalho é uma realidade recente para os profissionais de saúde, que encontram dificuldade na forma de enfrentar e elaborar mecanismos para lidar com os acontecimentos (Machado, 2016). Em seu estudo, Machado (2016) buscou encontrar as repercussões no convívio com a violência entre os profissionais de enfermagem e ACS de uma Clínica da Família, encontrando uma grande insegurança à presença policial, sua forma de agir na comunidade, medo e desespero ao se depararem com equipamentos como o caveirão, além da sensação de estarem sozinhos para lidar com os principais momentos de tensão.

A participação em episódios de violência, seja de forma direta ou indireta, pelos profissionais pode impactar na execução do seu trabalho, seja por causar medo ou por não permitir as ações previstas no território, desanimando e limitando a atuação profissional (Machado, 2016).

O enfrentamento da violência no trabalho pode fazer com que o profissional apresente redução do desempenho profissional, afastamento, sobrecarga e esgotamento profissional, assim como o aumento do risco de aumento da taxa de erro, afetando principalmente os

profissionais que residem no território e por consequência estão mais expostos à violência local (Johansen, 2017; PAI, 2018)

Embora nas respostas tenha encontrado a fala da resistência de determinados profissionais ao atendimento dos adolescentes na Clínica da Família, também aparece a importância da realização dos atendimentos enquanto forma de garantir direitos, oportunizar acesso ao sistema único de saúde, muitas vezes sendo o primeiro acesso desses adolescentes ao SUS e forma de atender o adolescente de forma integral, inserido em um contexto territorial e familiar.

É a oportunidade dos mesmos de serem acompanhados pelo SUS de forma territorial e associarem seus cuidados na unidade com os cuidados que receberam e receberão após sua passagem na unidade do Degase. A Atenção Básica, em uma perspectiva de Saúde Coletiva, pode compreender o seu contexto biopsicossocial e como os determinantes sociais de saúde podem estar intimamente ligados com os seus desafios sociais, econômicos, familiares, educacionais e culturais. É uma oportunidade para própria equipe da Clínica repensar a sua importância. (E)

Percebo que, em muitas situações, o atendimento que fazemos para os adolescentes são o primeiro (e talvez único) contato com o cuidado em saúde. Percebo que muitos deles nunca procuraram atendimento em sua unidade ou cidade de origem, por falta de conhecimento, por falta de estrutura, porém, na maioria das vezes, por receio da exposição que suas atividades criminais trazem. Infelizmente uma das muitas consequências negativas do envolvimento dos adolescentes em organizações criminais está associada à uma barreira importante de acesso à saúde de forma oficial, sendo atendidos somente por "profissionais contratados pelo movimento", por exemplo, os quais não ofertam saúde de forma nem adequada nem integral. Não só durante as consultas individuais, mas em abordagens em grupos, atividades de educação em saúde durante todo PSE, percebemos o quanto vulneráveis de cuidado e de conhecimento estão esses adolescentes. (H)

É possível perceber uma preocupação na fala dos profissionais na percepção da importância dos princípios de respeito aos direitos humanos e garantia de acesso dos adolescentes.

A garantia de acesso a direitos como saúde e educação está prevista na Lei Nº 12.594, De 18 De Janeiro De 2012 que Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e prevê a inclusão de ações de saúde nos planos de atendimento para adolescentes em conflito com a lei, reforçando o acesso à assistência integral à saúde enquanto garantia de direito destes adolescentes (Brasil, 2012).

Para alguns profissionais o atendimento a ESF seria uma forma de garantia de oferta de um cuidado humanizado, propiciando ao adolescente uma saída do ambiente “repressivo” da unidade socioeducativa.

Na APS, sobretudo na ESF, a forma de atendimento a esses adolescentes tende a ser realizada com um diferencial, onde a equipe que possui uma escuta qualificada e centrada no usuário podem garantir um acolhimento humanizado, não só resumido "a uma demanda de planilha". (K)

O atendimento destes jovens muitas vezes é a única forma do estado acessá-los, além da parte prisional e repressiva. Acredito que pode ser um veículo mais sócio-educativo e trazer uma maior humanização a estas pessoas, se usado com propósito.(P)

Já ao serem questionados sobre as dificuldades de oferecer o cuidado aos adolescentes foram descritas 4 principais dificuldades: a relação com os agentes socioeducativos, as faltas dos adolescentes aos atendimentos agendados, o preconceito dos profissionais em atender esses adolescentes e a pressão assistencial.

Sobre os conflitos interinstitucionais, a dificuldade de compreensão do funcionamento da unidade pelos profissionais do SSE aparece como um problema, dificultando a comunicação entre os profissionais e interferindo no segmento do cuidado do adolescente.

Lidar com os agentes, que muitas vezes colocam suas opiniões a frente dos fluxos estabelecidos. A comunicação também é difícil, sinto que muitas orientações que passamos não são cumpridas dentro do DEGASE e não existe transparência. (C)

O processo de trabalho de uma instituição total, que tende a homogenizar as necessidades dos adolescentes, reproduzir condutas morais, limitar acesso a direitos sob justificativa de uma "periculosidade" desses.(E)

Queixam também de dificuldade de acesso a todos os adolescentes da unidade, descrevendo uma pré seleção dos adolescentes que são enviados para a unidade de saúde pelo SSE e conseqüentemente uma dificuldade de realizar um diagnóstico fidedigno das necessidades de saúde dessa população, uma vez que não estão atendendo todos eles.

Além disso, há um filtro prévio a nossa ação. Passa pela organização do DEGASE definir quais pacientes terão ou não atendimento a nossa unidade. No próprio DEGASE existem médicos, enfermeiros e dentistas cujo trabalho não funciona em rede com o nosso. A existência de tais fluxos e intervenções não nos permite a certeza de que estamos vendo realmente os problemas mais comuns e os que geram mais impacto na vida dos adolescentes. (J)

A gente tem pouco acesso direto a esses adolescentes. A gente não sabe se o que está chegando como demanda por parte da equipe do Degase e o que há demanda desse adolescente. A gente muitas vezes não vai conseguir chegar no que é de fato o que o que esse adolescente identifica como demanda dá uma continuidade nesse cuidado eu acho que é uma lacuna que por vezes fica. (A1)

As frequentes faltas às consultas voltam a aparecer como outra questão importante, seja motivada pela ausência de transporte, seja motivada pela suposta periculosidade do território de localização da unidade, porém dessa vez acrescidas a possibilidade de transferência do

adolescente para outro município ou mudança na medida socioeducativa.

Eu diria que a principal dificuldade é que muitas vezes ocorre dos agentes não levarem o adolescente à unidade, pois alegam falta de viatura. Outra dificuldade é a continuidade do cuidado, pois pode ocorrer do adolescente ser transferido para outra unidade de medida socioeducativa. (D)

Essa mesma justificativa cai para o próprio território, que também atende a comunidade da Vila Joaniza. Nesse sentido os atendimentos e atividades dentro das unidades passam a ter restrições que dificultam os atendimentos e o acompanhamento em saúde. (E)

Os menores cumprem penas curtas e nossa intervenção muitas vezes é apenas pontual pois logo o menor é transferido e liberto, perdendo seguimento ou encaminhamentos pois muitas vezes o degase não garante que estes cheguem até as mão do menor e seus familiares. (J)

A dificuldades de atender a essas necessidades acabam acontecendo , os agentes são temerosos devido a unidade estar localizada praticamente na comunidade , as dificuldade de articulações com o Degase para transportar esses menores para consulta e exames , por questões de horários de plantões e outra demandas que as por vezes acabam se desencontrando do fluxo da unidade. Da nossa parte sempre seguimos os fluxos dos atendimentos articuladas mas para eles já tem essa série de questões (R)

As dificuldades de compreensão de muitos profissionais de saúde a esses adolescentes também apareceu como uma das dificuldades de garantia do atendimento, dessa vez não necessariamente se referindo aos profissionais da Clínica da Família, mas também aos profissionais da rede de saúde como um todo.

o desafio de atender o adolescente mantendo uma postura isenta de julgamentos, a presença de julgamento de profissionais, a barreira de acesso que encontramos em algumas unidades de saúde com que precisamos compartilhar o cuidado (com alguns encaminhamentos de sisreg, por exemplo), a difícil comunicação com algumas diretorias de unidades socioeducativas, a dificuldade para realizar planos para manter um cuidado longitudinal, sem saber se o adolescente conseguirá manter seu cuidado após liberação de medida. (H)

A pressão assistencial das equipes que atendem moradores do território, além dos adolescentes do DEGASE, e não tem redução do seu número de usuários cadastrados ainda que acompanhem as unidades de SSE também aparece como um importante dificultador do atendimento.

Vale lembrar ainda que nossa unidade não é responsável em cuidar apenas do complexo do DEGASE. Ela também é responsável por atender 24000 moradores da comunidade adjacente, uma área de favela de grande vulnerabilidade e um complexo de abrigos. Existe um certo nível de sobrecarga e de cobranças para esses profissionais que não permite que se desprenda mais tempo para esses tipos de ações. (J)

Quantidade de usuários na área programática para ter mais atenção ao adolescente do DEGASE. (L)

A pressão assistencial vem sendo discutida como um grande desafio para as equipes de atenção primária no Brasil, o excesso de usuários das equipes são evidenciados como barreiras de acesso importantes, impactando no acolhimento (Tesser, 2018).

Embora a Portaria Nº 2.436, De 21 De Setembro De 2017 oriente que cada equipe de Saúde da Família tenha uma população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território (Brasil, 2017), o próprio órgão disponibiliza em sua página online sobre a Estratégia de Saúde da Família que Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas (Brasil, 2023). A própria Clínica da Família Assis Valente conta com um total de cadastrados em definitivo de 21.786 pessoas em suas 7 equipes, o que daria uma média de 3.112 pessoas por equipe, isso sem contar as pessoas que são atendidas como cadastros temporários, como a maioria dos adolescentes do SSE e a população do abrigo para população em situação de rua que existe no território da unidade.

Estudos demonstram que a sobrecarga gerada pelo excesso de demanda nos profissionais da atenção primária e o superdimensionamento do território impactam a carga de trabalho dos profissionais, tendo reflexo na saúde dos profissionais, aumento de faltas ao trabalho e, conseqüentemente, sobrecarga em outros profissionais, diminuindo a eficácia e qualidade dos cuidados, no acolhimento e na qualidade do acesso (Pires, 2016. Bohusch, 2021).

O excesso de demanda aparece como um fator de risco aumento de sofrimento e desenvolvimento de doenças físicas e mentais, sendo necessário buscar ferramentas para prevenção do adoecimento (Faria, 2020).

5.3 SOBRE OS AVANÇOS ENCONTRADOS

Sobre a percepção de avanços no cuidado prestado ao adolescente, a opinião dos profissionais é divergente. Alguns afirmam que o número de faltas aumentou, assim com instabilidade do território e isso se configuraria como uma barreira ao avanço da execução da política.

Não, muito pelo contrário, creio ter havido um retrocesso já que hoje muitos adolescentes não têm vindo às consultas por inúmeros motivos diferentes. (B)

Não houve um avanço no processo de atendimento devido a atual situação do território estar quase sempre em conflito, com a presença de "atores" por todas as ruas da comunidade, fazendo com que os profissionais do Degase não se sintam seguros em levar os adolescentes para atendimento a CFAV, devido a rivalidade das facções criminosas. Seria preciso repensar um acolhimento na própria Instituição Sócio Educativo através da realização de grupos de promoção e prevenção da saúde regularmente. (X)

Porém, a maioria dos profissionais que participou da pesquisa informou que o avanço é perceptível, inclusive no que diz respeito à comunicação entre profissionais da clínica e do SSE.

Sim. Apesar de estar pouco tempo na unidade consigo ver um diálogo maior entre os profissionais de saúde da Clínica da Família e os Profissionais Técnicos, Diretores e Coordenadores das unidades, precisamos avançar mais, mas estamos bastante otimistas. Temos tido menos dificuldade na marcação das atividades de promoção de saúde e iniciando interação com alguns profissionais da educação e saúde de algumas unidades, também é preciso avançar mais, mas tá em progresso. (E)

Sim. Com a melhora na comunicação com a equipe de saúde do degase via planilha online e grupos de whatsapp, além de haver mais ações dentro do degase. (L)

Houve avanço sim. Conseguimos criar vínculos com os agentes e seus superiores e com isso ter um acesso maior, embora nem sempre coincide nossa agenda com a deles. Os menores estão sendo melhor acompanhado. (T)

A organização do fluxo de atendimento dos adolescentes parece ser um dos motivos de avanço da execução da política para os profissionais participantes, por permitir uma supervisão das solicitações pelos gestores locais e regionais da saúde, além dos gestores da SSE.

Hoje em dia, existe uma planilha unificada, ontem todas as unidades solicitam demandas, além de haver uma supervisão mais próxima da CAP e da SMS. Além disso, percebo que o julgamento por parte dos profissionais de saúde, principalmente ACSs, diminuiu bastante ao longo deste período. (H)

A utilização dos grupos e planilhas no contato entre o degase e as unidades também ajudou na organização desse cuidado bilateralmente no meu ver. Também surgiram nos últimos anos regras mais claras e um maior controle de como esses atendimentos devem ocorrer e esporadicamente eles são revisados junto aos profissionais da unidade e atualizados com auxílio da CAP. (J)

A divisão dos adolescentes entre as 4 equipes da Clínica da Família, de acordo com a unidade de socioeducação, também aparece como um fator positivo na organização do cuidado.

Sim. No início do meu acompanhamento (em 2019), as unidades eram bastante independentes entre si, realizavam agendamentos de formas aleatórias. Na época, os atendimentos eram realizados somente por 1 equipe da unidade, na qual eu fiz meu processo de residência. Eu percebia que o acesso dos adolescentes a consultas dependiam do esforço de seus representantes em solicitarem as consultas. Percebia, dessa forma, que algumas unidades eram extremamente demandantes, enquanto outras praticamente não traziam demandas. (H)

Acredito que sim. Antes o cuidado dessas unidades ficava concentrado em uma única equipe que ficava sobrecarregada com essas demandas. Hoje o cuidado é compartilhado entre 4 equipes que podem dar melhor atenção às necessidades individuais de cada unidade. (J)

Sobre a existência de momentos de discussão sobre o atendimento dos adolescentes,

seja na unidade de saúde ou em momentos de discussão intersetorial, os profissionais divergem em suas impressões. Alguns acreditam que não existe esse momento na unidade, somente na equipe, outro acredita que exista mas que uma categoria não participe, outro que existe, porém, insuficiente.

Para quem está na ponta, não há discussão sobre o processo de atendimento em si a essa população vulnerável, há a atenção apenas ao caso clínico apresentado pelo paciente. Não acredito que estejamos nos debruçando sobre o cuidado da melhor forma. (A)

Acredito que nas demais categorias isso esteja acontecendo, porém na categoria médica não estamos conseguindo participar, sobretudo por questões de manejo de agenda. (K)

Na unidade não é muito comum mas nas equipes sim. (V)

A ausência de sistematização desse momento parece ser uma importante razão para a percepção de ausência de espaços de discussão.

Não há momentos previamente programados para a discussão desses atendimentos entre as diferentes equipes e profissionais mas esporadicamente a CAP marca conosco reuniões para conversarmos sobre os fluxos e organização dos atendimentos. (J)

Pouco. Normalmente as discussões se concentram na demanda pontual de saúde e como a equipe referenciada na clínica responde a ela e a gerente. Essas discussões tendem a ser a partir do acompanhamento da planilha de solicitação de atendimento. (E)

A gente não tem um processo sistemático de discussão desses adolescentes a gente tem eh eventualmente algum tema relacionado a isso é pauta nas reuniões de módulo. Quando a gente tem alguma questão mais específica. (A1)

Já sobre o espaço de discussão intersetorial, a maioria dos profissionais informou que existe mas que a participação se restringe a alguns profissionais da unidade.

Sim. Geralmente quando casos são mais complexos, envolvendo questões de saúde mental ou suspeita de violência, muitas vezes precisamos envolver a equipe da esf, NASF, gerente e, muitas vezes, acionar órgãos fora da unidade para garantir a atenção adequada àquele adolescente. (H)

Temos um profissional no NASF mais a frente desses processos. Para nós profissionais do corpo técnico das equipes é complexo encaixar mais atividades numa rotina já saturada com um grande leque de atividades. (J)

Através da gerência da unidade com os demais setores. (N)

Com relação aos participantes dessas reuniões, apareceram profissionais do DEGASE, representantes do sistema judiciário e educação.

Quem está presente pra com a gente muitas vezes é o próprio Degase e eventualmente a gente tem algumas reuniões com o judiciário. Acho que nenhum espaço onde eu tive pra essas discussões a assistência esteve presente. A gente tem tido agora alguns espaços com a presença da educação, então eu acho que também é um avanço. (A1)

5.4 SOBRE AS LIMITAÇÕES ENCONTRADOS

Ao discutirem os limites encontrados no atendimento aos adolescentes, os profissionais relataram alguns temas que já haviam aparecido anteriormente, como a falta de transporte e faltas.

A principal dificuldade no atendimento é que muitas vezes os adolescentes não são levados à unidade de saúde, pois os funcionários do DEGASE alegam falta de viatura para levá-los. (D)

A restrição da mobilidade do adolescente parece ser um problema crônico que ainda está longe de ser resolvido, aparecendo como uma questão de 2018 que ainda não foi resolvida após 5 anos. A dificuldade do transporte da unidade socioeducativa para unidades de saúde externas já havia sido relatada por Ribeiro (2018) ao entrevistar os profissionais de saúde mental que atuam dentro dos SSE e que manifestaram a existência do transporte, ainda que não fique claro se essa existência é suficiente para garantir a demanda para a assistência do adolescente, entretanto a dificuldade da equipe de saúde em acessá-lo uma vez que a prioridade de uso são as audiências.

Fragilidade da longitudinalidade no cuidado, pois não há a garantia do cuidado quando esse adolescente sai do regime de internação, por exemplo.(L)

Penso que a maior dificuldade é a coordenação do cuidado do adolescente em relação a algumas linhas de cuidado como tuberculose, muitas vezes é difícil ao acesso a informação das unidades de saúde de origem do tratamento. (N)

A questão é q a maioria deles estão em fazer transitória, para se vincular integralmente a APS. Já que o vínculo é uma das diretrizes. O sistema vendo a situação individual de cada um deles em caso de liberdade como uma das medidas poderia fazer esse adolescente em caso de soltura se vincular com a APS mais próxima de seu endereço com algum serviço voluntário. Assim ajudando de alguma forma em inserção de mercado de trabalho. (G)

A ausência de documentos dos adolescentes também aparecem como uma limitação, uma vez que são necessários para a realização do cadastro do adolescente na unidade.

O acesso a documentação também é difícil, principalmente acesso ao CPF, que a unidade precisa para dar seguimento aos cadastros e busca a vacinação.(N)

Geralmente no cadastro, eles não vem com documentação , isso dificulta muito.(W)

Nas clínicas da família existem duas possibilidades de cadastro dos usuários: o cadastro temporário e o cadastro definitivo. O cadastramento temporário é realizado pelas equipes a pacientes que não possuem residência no território de abrangência da unidade de saúde mas que porventura precisam de atendimento ou realização de procedimento na unidade, vacina, por exemplo. Já o cadastro definitivo é o cadastro onde o indivíduo é inserido dentro de uma família daquele território. Atualmente não é necessário que o indivíduo possua documento para a realização deste cadastro, entretanto para a transmissão de alguns dados para o Ministério da Saúde, para registro de indicadores de saúde, por exemplo, a ausência do documento é uma condicionante para o registro da informação e sua ausência faz com que a informação seja descartada, não sendo mensurada em nenhum sistema oficial. Ou seja, sem documentos esses adolescentes, embora atendidos, tem suas informações invisibilizadas.

O Plano Operativo do Município prevê que somente adolescentes internados pelo menos 12 meses tenham o cadastro definitivo na unidade, a não ser que já sejam moradores do território anteriormente à internação, os que ficam menos tempo são cadastrados como temporários, o que cria um outro problema pois os cadastros temporários não aparecem nem nas listagem entregues pelo prontuário eletrônico, sendo necessário fazer busca nominal quando há necessidade de busca de informação deste adolescente.

Já alguns locais de atendimento especializado ou de urgência e emergência exigem a apresentação de documento para atendimento, negando um cuidado ou demandando um tempo de articulação do caso para que possa ser realizado sem.

A burocratização de algumas atividades em saúde produz barreiras de acesso aos usuários, situações semelhantes são observadas com a população em situação de rua, que por não estar portando documentos no momento do atendimento, tem seu acesso barrado à unidades de atenção primária, contradizendo os princípios do SUS e a constitucionalidade do direito de acesso à saúde. (Andrade, 2022).

A insegurança dos profissionais em atender os adolescentes também apareceu, mais uma vez, em algumas falas relacionadas ao medo da possibilidade de algum tipo de confronto e exposição a riscos em decorrência da presença dos adolescentes na unidade.

A segurança como um todo.(Q)

Segurança dos profissionais da clinica. (Z)

Com relação a ter tido algum tipo de discussão sobre a saúde do adolescente no sistema socioeducativo durante a formação profissional, 19 profissionais, dos 27 entrevistados,

informaram não ter tido nenhum tipo de discussão.

Dos 9 profissionais que afirmaram ter tido algum tipo de contato durante a formação, 4, todos médicos, tiveram algum contato com o tema na residência médica e mesmo assim, de forma superficial conforme os relatos abaixo.

Apenas na residência quando tive contato indiretamente (minha equipe na época não atendia o DEGASE (C)

Não na faculdade, somente durante a residência. Contudo, como crítica, sei que tive o contato por estar em uma equipe responsável pela abrangência das unidades socioeducativas na época. Não tenho como garantir que haveria a mesma experiência caso não houvesse essa responsabilidade na equipe. (H)

Na graduação não. Nem no sistema prisional, nem no sistema socioeducativo. Na residência um pouco, pois ela já foi realizada na CFAV. Tivemos uma sessão clínica e discussões sobre o tema. Na época os atendimentos ficavam concentrados apenas na equipe águia dourada então apenas alguns de nós tiveram maior vivência com o tema. (J)

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade propõe que a base de organização curricular dos cursos de residência em Medicina de Família e Comunidade seja baseado em competências divididas em 4 grandes níveis, Pré Requisito, Essenciais, Desejáveis e Avançadas, sendo as essenciais o mínimo que se espera de um residente ao final da formação e as outras complementares e não obrigatoriamente exploradas durante o processo formativo (SBMFC, 2015). Nessa orientação consta a sugestão que os programas de residência trabalhem com diagnóstico de demanda local do território, partindo do princípio de que alguns dos problemas relevantes de um território específico podem não fazer parte dos 90% mais frequentes na APS nacional, situação encontrada na Clínica da Família Assis Valente com o atendimento ao DEGASE.

Já a matriz de competências proposta pelo Ministério da Educação para formação de Médicos de Família e Comunidade reforça o papel do médico de família e comunidade como primeiro contato do paciente ao sistema de saúde, a coordenação do cuidado e o cuidado centrado na pessoa, adaptando sua prática às necessidades de seus pacientes, entretanto não possui nenhuma orientação específica a pacientes institucionalizados e se restringe ao orientar à saúde do adolescente questões frequentes e relevantes, escolares, emocionais e comportamentais (Brasil, 2019).

11 profissionais, 39% dos participantes, informaram não conhecer a PNAISARI. Entre os que conhecem a política, nove não se sentem capacitados totalmente ou parcialmente para executar as ações intersetoriais e de saúde propostas pela política.

Nesse momento mais do que antes, mas ainda sinto que poderia ter capacitações para isso.(C)

Posso estar capacitado mas confesso que e bem difícil entrarmos nessas unidades onde nunca sabemos o que pode acontecer, por ter passado por algumas situações durante os meus 12 de trabalho dna unidade e fazer parte da equipe que até a pouco atendia todas as unidades do degase sozinha já passamos por algumas situações lá dentro que não foram positivas porém não termos respaldo se algo acontecer , simplesmente sabemos faz parte do nosso trabalho. (R)

Já entre as atividades que os profissionais consideram importante para que se familiarizar com a política, os profissionais participantes sugeriram sensibilizações sobre o tema, capacitações, discussões entre a unidade e o SSE, espaços permanentes de trocas, grupos de trabalho e rodas de conversa.

A primeira atividade, certamente, seria de sensibilização sobre o tema. Sem moralismos ou culpabilizações, mas realmente não vejo como prestar um atendimento digno sem que todos os envolvidos estejam cientes de que isso é uma necessidade. (A)

Espaços de Educação Permanente junto ao Estado e ao Município que atendam em um mesmo espaço tanto a AB quanto a Socioeducação. Seria possível aprender e compreender os limites com a prática.(E)

Grupos de trabalho, rodas de conversa, discussões baseadas em casos e situações. Por ser um assunto denso, sensível e que, por muitos anos, não tivemos contato na formação, acredito que palestras e cursos que usem de metodologia pouco ativa sejam pouco eficazes. (H)

A previsão de capacitação e treinamento em serviço das equipes de saúde que atendem a internação está prevista no Plano Operativo Municipal da PNAISARI como uma das competências municipais de execução da política (Brasil, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNAISARI é uma política recente que necessita de uma articulação clara e organizada entre diferentes setores e entes federativos para que possa oferecer ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa saúde de forma integral. É notável a evolução da execução da PNAISARI no município do Rio de Janeiro, especialmente depois da sua habilitação pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2020, assim como é perceptível que esforços estão sendo implementados pelas diferentes esferas da gestão na elaboração de normativas para organização e garantia da oferta do serviço no município. O mesmo pode ser afirmado para os esforços da unidade de Atenção Primária na tentativa de organizar a entrada do adolescente no serviço e no segmento do seu cuidado.

Entretanto, as relações entre as Secretarias de Saúde e o órgão gestor da medida socioeducativa são marcadas por conflitos e dificuldades, da mesma forma que as atividades cotidianas, a pressão assistencial e a violência do território interferem no processo de trabalho dos profissionais envolvidos na execução da política.

A proposta de trabalho de um estudo de caso para compreensão do fenômeno se deu justamente por permitir compreender melhor os avanços e dificuldades encontradas no avanço da execução da política no município e com isso na proposta intervenções nas dificuldades, objetivando o aperfeiçoamento da política no município. A partir das reflexões resultantes das análises documentais, de oferta de saúde e principalmente da percepção dos profissionais de saúde que trabalham na CF Assis Valente, proponho as seguintes recomendações, divididas por esfera governamental.

Municipais:

1- Elaborar um documento orientador da PNAISARI no município com fluxos estabelecidos, possibilidades de construção de rede e orientações sobre garantia de longitudinalidade do cuidado

A fala dos profissionais que participaram da pesquisa, deixa clara a necessidade de investimento em educação continuada e necessidade de aprofundamento nas questões propostas pela política. A ausência de discussão do atendimento do adolescente em cumprimento de medida socioeducativas é uma lacuna importante na formação dos profissionais.

Documentos orientadores com fluxos organizados e material de apoio ajudam os

profissionais e otimizam os atendimentos, uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde já possui um histórico de produção de Guias Rápidos orientadores, poderia ser uma estratégia a ser considerada para o atendimento da PNAISARI.

2 - Elaborar um treinamento para a equipe da Clínica da Família Assis Valente

Ainda discutindo a necessidade de capacitação dos profissionais, uma vez que uma parte considerável dos profissionais manifesta não conhecer a política ou não se sentir habilitado para executá-la, uma outra ação possível seria um treinamento in loco com os profissionais, pensando em metodologias ativas e de formação de adultos.

O espaço de treinamento poderia ser multiprofissional e contar com profissionais da saúde mental e do DEGASE, objetivando uma troca mais próxima da realidade da relação diária do serviço e possibilitaria um espaço de articulação entre os profissionais.

3 - Organizar um fórum de rede entre as equipes de saúde, profissionais do SSE, educação e assistência

A necessidade de sistematização de espaços, intrasetoriais e intersetoriais, de discussão do atendimento ao adolescente também foi uma das questões observadas na pesquisa com os profissionais, se fazendo necessária a existência de um espaço de troca, aberto para todos os profissionais que lidam com os adolescentes.

A Secretaria Municipal de Saúde também tem experiência em ações como essa nos fóruns de Saúde Mental existentes nas Coordenações de Atenção Primária, podendo ser uma metodologia a ser utilizada para benefício dos profissionais que atendem a PNAISARI.

4 - Customizar o prontuário eletrônico para entrega de relatórios específicos sobre o atendimento dos adolescentes do SSE.

A ausência de informações sobre os adolescentes do SSE se configura como um problema crônico na discussão da saúde, sendo hoje impossível a extração das informações relativas ao atendimento específico do SSE. O município do Rio utiliza prontuário eletrônico privado, sendo possível a customização das listagens extraídas, assim como a possibilidade de inserção de informações que sejam essenciais a esse cuidado, portanto, parece viável a customização do prontuário para adequação das informações necessárias ao serviço que

possibilitem um diagnóstico mais fidedigno dessa população e, conseqüentemente com ele, melhorias de propostas de novas ações.

5 - Publicação do GTIM municipal

Previsto no portaria da política, o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal precisa ser lançado uma vez que possibilita o convite a participação para discussão de atores estratégicos para a melhoria da política, como o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), representantes de responsáveis pelos adolescentes ou os próprio adolescentes, profissionais da Clínica da Família, entre outros, enriquecendo a discussão e possibilitando a realização de ações mais próximas à realidade e necessidades cotidianas.

Estaduais

1 - Propor indicadores de qualidade da assistência como garantia de manutenção do cofinanciamento estadual

O cofinanciamento pode servir como um importante fomentador de boas práticas da assistência, desde que tenha indicadores específicos para tal. Atualmente os indicadores utilizados pouco refletem as necessidades dos adolescentes internados no SSE, assim como as atividades cobradas são escassas e pontuais.

2 - Monitorar a utilização do código SIGTAP (03.01.01.029-3) para registro das atividades realizadas com os adolescentes

Embora tenha sido inserido na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde em 2020, o procedimento SIGTAP 03.01.01.029-3 - atendimento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas não é utilizado atualmente para monitoramento dos atendimentos realizados.

Além disso, embora exista uma nota técnica do Ministério da Saúde de 2021 orientando o uso do SIGTAP pelas unidades de Atenção Primária, ele hoje não é monitorado e nem seu uso é incentivado ou regulamentado através de nota técnica ou outra normativa.

3 - Iniciar um espaço de discussão de casos entre municípios, uma vez que muitos adolescentes

são internados em diferentes cidades da sua residência

A dificuldade de garantia de organização da rede interestadual pelos profissionais da CF Assis Valente pode ser intermediada pelo Estado uma vez que este possui referências para saúde do adolescente em todos os seus municípios, facilitando a comunicação e o diálogo e garantindo a longitudinalidade do cuidado.

4 - Articular com a secretaria de segurança e de transporte melhorias para o transporte dos adolescentes para a unidade de saúde

Uma das grandes barreiras de acesso na garantia de oferta de saúde encontradas na pesquisa, foi a garantia de transporte do adolescente da unidade socioeducativa para a unidade de atenção primária, uma vez que a secretaria de segurança é um ente estadual, a secretaria de saúde estadual poderia intermediar essa questão.

Federais

1 - Disponibilizar as informações, através de relatório, BI ou outro meio, das ações de saúde que são enviadas como forma de monitoramento da política para que seja possível ter um histórico da política

Uma vez que relatórios semestrais de acompanhamento da política são enviado ao Ministério da Saúde, seria importante que esses dados fossem publicizados, de alguma forma, publicamente, permitindo com isso um transparência da informação, assim como um histórico público.

2 - Elaborar mais materiais orientadores sobre a política

Embora a política tenha sido revista e publicada em 2014, o primeiro, e único, instrumento orientador do Ministério da Saúde, o PNAISARI: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari, só foi publicado em 2021.

A ausência de materiais orientadores pelo Ministério da Saúde permite que municípios e Estados tenham diferentes interpretações de Leis e Portarias e conseqüentemente executem a

política de forma heterogênea.

3 - Rever as ações de saúde, incluindo atividades que englobem o conceito de saúde ampliada dos adolescentes e não somente questões clínicas

As ações de saúde propostas hoje para execução da política, ainda são muito biomédicas e não permitem pensar o adolescente para além das necessidades básicas de saúde.

4 - Customização dos sistemas de informação para que seja possível evidenciar as questões de saúde encontradas nos adolescentes do SSE.

Da mesma forma que o município poderia customizar o PEP, o Ministério da Saúde poderia customizar o E-SUS para entrega de relatórios que permitam um melhor diagnóstico dos adolescentes do SSE que são atendidos na APS.

Atualmente, ainda que possuam inserção do código SIGTAP, não é possível extrair informações dos adolescentes, de forma consolidada, no Sistema de Informação de Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

O acesso a esse tipo de informação permite a melhor organização da informação e desestimula a utilização de formas de monitoramento paralelas.

A principal finalidade deste trabalho foi compreender a Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa no município do Rio de Janeiro, ao mesmo tempo, contribuir para reflexões acerca do atendimento em saúde ao adolescente inserido no Sistema Socioeducativo, os avanços e dificuldades encontradas pelos profissionais na prestação desse cuidado e contribuir com propostas de intervenção que facilitem e auxiliem a prática profissional e a execução do trabalho, reforçando a importância da compreensão histórica de quem é o adolescente mais vulnerável à presença nas unidades de socioeducação e todo o contexto social que envolve as determinantes sociais da sua existência.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. DE .; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 375–391, jul. 2012.
- ALVAREZ, Marcos César. **A questão dos adolescentes no cenário punitivo da sociedade brasileira contemporânea**. Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade, n. 10, p. 110-126, 2014. Disponível em: https://biblio.fflch.usp.br/Alvarez_MC_2695318_AQuestaoDosAdolescentesNoCenarioPunitivoDaSociedadeBrasileiraContemporanea.pdf. Acesso em: 02 set. 2023.
- GARCIA ALVES, M. T. **Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2496, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2496>. Acesso em: 02 set. 2023.
- ANDRADE, R. DE . et al.. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227–239, jan. 2022.
- ARRUDA, Jalusa Silva de. **Breve panorama sobre a restrição e privação de liberdade de adolescentes e jovens no Brasil**. O Social em Questão. 2021, Ano XXIV - nº 49 - Jan a Abr/2021. pg 355 - 382. Disponível em: <https://doi.org/10.17771/PUCRio.OSQ.51140>. Acesso em: 02 set. 2023.
- BOHUSCH, G. et al.. Weakening of nurses practice delivering same day-access in primary care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.
- BRASIL. **Código Criminal**. Lei de 16 de dezembro de 1830. Manda executar o código criminal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm. Acesso em: 13 jul. 2023.
- BRASIL. **Novo Código de Menores**. Lei n. 6.697, de 10 de outubro de 1979. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697impressao.htm. Acesso em: 13 jul. 2023.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 24 ago. 2022.
- BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.
- BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 1426, de 14 de julho de 2004**. Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente

e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **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/112594.htm. Acesso em: 24 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 28.** Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria Interministerial 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. Brasília, 2014.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 1.083, de 23 de maio de 2014.** Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1.082/GM/MS, de 23 de maio de 2014. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.436, De 21 De Setembro De 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade.** Brasília: 2019. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 02 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Levantamento Anual SINASE 2020.** Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos

Humanos, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Gm/MS Nº 3.626, De 21 De Dezembro De 2020.** Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família.** Gov.br., 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia> . Acesso em: 22 outubro 2023.

Coutinho, L. R. P.; Barbieri, A. R.; Santos, M. L. M. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.** Saúde em Debate. 2015, v. 39, n. 105, pp. 514-524. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Acesso em: 22 out. 2023.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M. **Nem soldados nem inocentes:** juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

DAMINELLI, C.S. **História, legislação e ato infracional: privação de liberdade e medidas socioeducativas voltadas aos infantojuvenis no século XX.** CLIO: Revista de Pesquisa Histórica. n. 35, p. 31-50, Jan-Jun, 2017. Recife, 2017.

FARIA, M. G. A. et al. **Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura.** Escola Anna Nery, v. 24, n. 4, 2020.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 120–131, dez. 2015.

FIÚZA, T. M.; MIRANDA, A. S. de; RIBEIRO, M. T. A. M.; PEQUENO, M. L.; OLIVEIRA, P. R. S. de. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 32–39, 2011. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/119>. Acesso em: 9 nov. 2023.

FLÓRIDO, H. G. et al. Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20180432, 2020.

GIOVANELLA, L., and MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde.** In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 493-545.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde.** In: Giovanella L, ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J.C., CARVALHO, A.I., org. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

GISI, B.; SANTOS, M. C. S.; ALVAREZ, M. C.. **O “punitivismo” no sistema de justiça juvenil brasileiro.** Sociologias, v. 23, n. 58, p. 18–49, set. 2021.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R. DE .; DELGADO, P. G. G.. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17–23, jan. 2017.

GUSMÃO, S. **Relatório do Juizado de Menores do Distrito Federal – 1939**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.

GUSSO G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HANSEN, J., GROENEWEGEN, P.P., BOERMA, W.G., et al. **Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions**. *Health Aff (Millwood)*. 2015.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: Ensaio Crítico**. São Paulo: Cortez, 1995.

JOHANSEN, I.H., BASTE, V, ROSTA, J, AASLAND, O.G., MORKEN, T. **Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey**. *BMJ Open*. 2017 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319080436_Changes_in_prevalence_of_workplace_violence_against_doctors_in_all_medical_specialties_in_Norway_between_1993_and_2014_A_repeated_cross-sectional_survey. Acesso em: 02 nov. 2023.

KRUK M.E., PORIGNON D., ROCKERS P.C., et al. **The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives**. *Soc Sci Med*. 2010.

LEITE, C. C. **Da doutrina da situação irregular à doutrina da proteção integral: aspectos históricos e mudanças paradigmáticas**. *In: Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, nº 23, p.93-107, jan./jun. 2006.

MACHADO, C. B.; DAHER, D. V.; TEIXEIRA, E. R.; ACIOLI, S.. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família [Urban violence and effect on care practices in family health strategy territories]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 24, n. 5, p. e25458, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/25458>. Acesso em: 02 nov. 2023.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019, v. 24, n. 12, pp. 4593-4598. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>. Acesso em: 09 out. 2022

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família Brasília: OPAS**, 2012.

MENTA, G. E. S. **A modernização e o processo de urbanização a partir do século XIX: ecos da dominação européia no Brasil e em África**. *Revista Crioula*, [S. l.], n. 4, 2008.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/crioula/article/view/54051>. Acesso em: 28 jul. 2023.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MONTEIRO, E. M. L. M. et al. **Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde**. Escola Anna Nery. 2011, v. 15, n. 2, pp. 323-330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200015>. Acesso em: 07 out. 2022.

OLIVEIRA, C. B. E. et al. **Socioeducação: origem, significado e implicações para o atendimento socioeducativo**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 20, n. 4, p. 575-585, 2015.

ONOFRE, R.V.B.S. **O direito da criança e do adolescente a partir da doutrina da proteção integral**. Revista Avant, V.6, N.2. 134-156. Florianópolis, SC, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS; 2011.

PAI, D. D. et al.. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. e2420016, 2018.

PEREIRA T. S. **Direito da Criança e do Adolescente: uma proposta interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 1996.

PERMINIO, H. B. et al. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação**. Ciência & Saúde Coletiva. 2018, v. 23, n. 9, pp. 2859-2868. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.13162018>. Acesso em: 07 out. 2022.

PIRES, D. E. P. D. et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e 2682, 2016.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 935-942, out. 2013.

QUIROGA, F. L.; VITALLE, M. S. S. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2013, v. 23, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300011>. Acesso em: 23 ago. 2022.

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**. 2018, v. 34, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046617>. Acesso em: 20 jan. 2022.

RIBEIRO, D. S; RIBEIRO, F. M. L.; DESLANDES, S. F. Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência &**

Saúde Coletiva. 2019, v. 24, n. 10 , pp. 3837-3846. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.23182017>. Acesso em: 20 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO. Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. **Presídios com nome de escola: inspeções e análises sobre o sistema socioeducativo do Rio de Janeiro.** Organização: Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: MEPCT/RJ; 2017.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Operativo - Atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei em regime de internação, internação provisória e semiliberdade.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2289-poe-municipio-do-rio-de-jan/file.html> . Acesso em: 24 abr. 2023.

RIO DE JANEIRO. **Resolução SES/SEEDUC Nº 5839 16 de março de 2020.** Regulamenta o decreto no 46.970, de 13 de março de 2020, que trata sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (covid-19), estabelece alteração do calendário escolar para o ano letivo de 2020, funcionamento das unidades escolares, diretorias regionais e sede seeduc, e promove recomendações para prevenção e controle de infecções a serem adotadas nas unidades socioeducativas do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?session=VGxWVmQwOVZTa1ZOTUZWMFRWVIJNRTU1TURCT1JHaEhURIJyTIU0d1VYUk9WRUpIVWtSamVrOUViRVZPZW1zdw==&p=MjM=&tb=UkVTT0xVw4fDg08gU0VFRFVDIE5vIDU4MzkmIzAxMzs= . Acesso em: 24 abr. 2023.

RIO DE JANEIRO. Nota Técnica SPL/SUPAPPSV/SGAIS/SES-RJ Nº 04/2020 de 29 de julho de 2020. **Justificativa para alteração do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) para o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTIE) da PNAISARI.** Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?session=VVhwbmQwMVVXVEpSTUZGMFRsUkdSVkZUTURCT2FrSkZURIJuZWs1NIJYUIJbXN6VFZS1IEXRIVWWGRPUkVsMw==&p=NDA=&tb=Tk9UQSBuW4IDTklDQSBTUEwwU1VQQVBQU1YvU0dBSVMvU0VTLVJKIE7CuiAwNC8yMDIwJiMwMTM7. Acesso em: 04 mai. 2023.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de ação anual.** Rio de Janeiro, 2021.

RIO DE JANEIRO. **Resolução SES No 2.340 de 05 de julho de 2021.** Institui O Programa Estadual De Cofinanciamento, Fomento E Inovação Da Política Nacional De Atenção Integral À Saúde De Adolescentes Em Conflito Com A Lei, Em Regime De Internação, Internação Provisória E Semiliberdade (COFI-PNAISARI). Rio de Janeiro: 2021.

RIO DE JANEIRO. Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. **Relatório Anual 2021.** Organização: Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: MEPCT/RJ, 2021.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de ação anual.** Rio de Janeiro, 2022.

RIO DE JANEIRO. **Nota Técnica COOASPSV/SUPAPPSV/SUBVAPS/SES No 02/2022 de 16 de março de 2022.** Orientações técnicas para os gestores municipais de saúde dos 14 municípios e 25 equipes de APS de referência no ERJ para as unidades do sistema socioeducativo. Rio de Janeiro: 2022. Disponível em:

https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?session=VVhwbmQwMVVXVEpSTUZGMFRsUkdSVkZUTURCT2FrSkZURIJuZW51NIJYUIJlbXN6VFZST1ExRIVWWGRPUkVsMw==&p=NDA=&tb=Tk9UQSBUw4IDTklDQSBTUEwvU1VQQVBQU1YvU0dBSVMvU0VTLVJKIE7CuiAwNC8yMDIwJiMwMTM7. Acesso em: 04 mai. 2023

RIO DE JANEIRO. **Deliberação CIB-RJ No 6.758 de 17 de março de 2022.** Pactuar a continuidade do programa estadual de cofinanciamento, fomento e inovação da política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade (cofi-pnaisari). Rio de Janeiro: 2022. Disponível em:

https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?session=VFdOR1JGRjZzM2xOVIZWMFVXcE5lVTIUTURCU2FtaEVURIJyTVZKRWEzUIJWVXBIVVZSYVJFOVVWVE5OYW14RA==&p=MzQ=&tb=Y29udGludWlkYWRIIGRvIHBvY2dyYW1hIGVzdGFkdWFsIGRIIGNvZmluYW5jaWFtZW50bywgZm9tZW50byBlIGlub3Zhw6fDo28gZGEgcG9sw610aWNhIG5hY2lvmFsIGRIIGF0ZW7Dp8OjbyBpbmRlZ3JhbCDDoCBzYcO6ZGUgZGUgYWRvbGVzY2VudGVzIGVtIGNvbmZsaXRvIGNvbSBhIGxlaSYjMDEzOw==. Acesso em: 04 mai. 2023

RIO DE JANEIRO. **Deliberação CIB-RJ 6.377 de 15 de abril de 2021.** Institui O Programa Estadual De Cofinanciamento, Fomento E Inovação Da Política Nacional De Atenção Integral À Saúde De Adolescentes Em Conflito Com A Lei, Em Regime De Internação, Internação Provisória E Semiliberdade (Cofi-Pnaisari). Rio de Janeiro: 2022.

RIO DE JANEIRO. **Deliberação CIB-RJ N.º 6.758 De 17 De Março De 2022.** Pactuar A Continuidade Do Programa Estadual De Cofinanciamento, Fomento E Inovação Da Política Nacional De Atenção Integral À Saúde De Adolescentes Em Conflito Com A Lei, Em Regime De Internação, Internação Provisória E Semiliberdade (COFI-PNAISARI). Rio de Janeiro: 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de ação anual.** Rio de Janeiro, 2023.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Educação. Departamento Geral de Ações Socioeducativas. **Portaria Degase N° 1196 De 13 De Janeiro De 2023** - Informa a capacidade máxima das unidades socioeducativas que menciona e das outras providências. 2023. Disponível em:

https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?k=DF2387A8-039D1-44E9-8A19-F8AEA48B552011. Acesso em: 04 abr. 2023.

RIZZINI, I. **O Século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula/Anais Livraria e Editora, 1997.

RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente.** Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo : Loyola, 2004.

RIZZINI, I; PILOTTI, F. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 2ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

SANTOS, R. S. et al. Conflito armado na atenção básica: desafios para a formação e prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180179, 2020.

SBMFC, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. 2015. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 18 out. 2023.

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.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F.. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate** [online]. 2015, v. 39, n. 105, pp. 363-374. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002005>. Acesso em: 22 out. 2023

SILVA, F.G.P. **Políticas sociais para a criança e o adolescente no brasil: entre a doutrina da situação irregular e a doutrina da proteção integral**. In: X Jornada Internacional Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, 2021, Ambiente virtual. Anais do evento.

SILVA, E.B.F.L.; ALBERTO, M.F.P.; COSTA, C.S.S. Socioeducação: concepções teóricas no contexto das medidas socioeducativas. **Caderno CRH**, v. 35, p. e022047, 2022.

SILVA, T.F.; RAMOS, T.C.S.; DAVID, H.M.S.L. **Redes sociais e configurações de equipes em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro**. *Saúde em Debate*. 2021, v. 45, n. 130, pp. 618-632. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113005>. Acesso em: 07 Out. 2022

SILVA, V. X.L.; HOLANDA, M.A.F.; PEREIRA, B. P.M. **Considerações Bioéticas sobre o Acolhimento por Whatsapp na Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19**. *Revista Brasileira de Bioética, [S. l.]*, v. 16, p. 1–19, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/32804>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SILVA, P.R.F.; GAMA, F.L.; COSTA, N.R. Atenção em saúde mental para adolescentes femininas em Unidades Socioeducativas: dilemas de governança e medicalização. **Saúde em Debate**. 2019, v. 43, n. spe7, pp. 62-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S705>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SILVA, V.M., et al. A mortalidade entre adolescentes egressos do sistema penal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, pp. 3703-3711. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.17622018>. Acesso em: 16 set, 2022.

SOUSA, G.S., et al. O adolescente e a institucionalização: compreensão do fenômeno e significados atribuídos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2018, v. 71, suppl 3, pp. 1373-1380. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0242>. Acessado 20 jan. 2022.

SOUZA, F.S.V. **Entre leis, práticas e discursos:** um estudo sobre o julgar em execução de medida socioeducativa de internação no Rio de Janeiro. 2018. 249 f. Dissertação (Mestrado em Direito Civil Constitucional; Direito da Cidade; Direito Internacional e Integração Econômica; Direi) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361-378, 2018.

VAZ, L. F. **Dos Cortiços às Favelas e aos Edifícios de Apartamentos** - A Modernização da Moradia no Rio de Janeiro. *Análise Social*, Lisboa, v. 3, n. 127, p. 581-598, 1994.

VOGEL, A. **Do Estado ao Estatuto.** Propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo. In: RIZZINI, I.; PILOTTI, F. *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata.** International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1978. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2. Acesso em: 20 set. 2023.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Sexo: () F () M

Idade: _____

Raça/Cor: () Amarelo () Branco () Indígena () Pardo () Preto

Formação acadêmica:

() Ensino médio

() Ensino técnico

() Ensino superior

() Especialização

() Residência

() Mestrado

() Doutorado

() Pós doutorado

Área de formação acadêmica: _____

Tempo de trabalho na unidade:

() Menos de 1 anos

() 1 a 3 anos

() 4 a 5 anos

() Mais de 5 anos

I. Sobre o Atendimento ao adolescente:

Questão 1: Descreva como acontece o atendimento ao adolescente cumprindo medida socioeducativa na sua unidade?

Questão 2: Levando em consideração os serviços da unidade como um todo, como acontece a interação desses adolescentes com a rotina da unidade?

Questão 3: Qual a importância, para você, do atendimento realizado, pela APS, a esse adolescente?

Questão 4: Quais as principais dificuldades de atender a essas necessidades?

II. Avanços:

Questão 5: Comparando o atendimento a esses adolescentes do momento em que você iniciou suas atividades na unidade até hoje, você consideraria que houveram avanços nesse processo de atendimento? Se sim, quais? Se não, porquê?

Questão 6: Na sua unidade, existem momentos de discussão sobre os atendimentos aos adolescentes do sistema socioeducativo? Como acontece esse processo?

Questão 7: Existem momentos de discussão intersetorial sobre as demandas de saúde e oferta de serviços a esses adolescentes? Como acontece esse processo?

III. Limites

Questão 8: Para você, quais seriam as principais dificuldades no atendimento e acompanhamento dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas?

Questão 9: Na sua formação profissional foi discutida a saúde do adolescente no sistema socioeducativo?

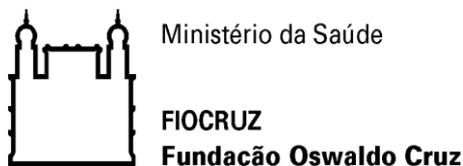
Questão 10: Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI)?

() SIM

() NÃO

Questão 11: Se sim, você se sente capacitado para executar as ações intersetoriais e de saúde propostas pela política?

Questão 12: Se não, que tipos de atividades você consideraria importante para que você se familiarize com a política?

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “**Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro**”, desenvolvida por Aline Rodrigues de Aguiar, discente do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase em Estratégia da Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Dr. Marcelo Rasga Moreira.

O **objetivo central** do estudo é discutir sobre o tema do atendimento em saúde aos jovens em cumprimento de medidas socioeducativas na Clínica da Família Assis Valente, no município do Rio de Janeiro, buscando analisar os avanços e limites do atendimento em saúde a esses adolescentes pelos profissionais da APS no município.

O **motivo do convite** a sua participação se deve a você ser um profissional de saúde que trabalha na Clínica da Família Assis Valente no município do Rio de Janeiro, compondo uma das equipes de Estratégia da Saúde da Família dessa clínica que atende os adolescentes em em cumprimento de medidas socioeducativas e que foi selecionada como cenário da pesquisa em questão. Sua **participação é voluntária e não obrigatória**, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Garantias aos participantes e informações relacionadas à pesquisa

Caso você voluntariamente opte por participar, serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Para preservar seu sigilo e privacidade, qualquer dado ou informação que permita sua identificação direta será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Porém, apesar da adoção de rigorosos cuidados éticos para garantir sigilo e privacidade, existe a possibilidade de informações contidas nesta pesquisa facilitarem a associação entre sua posição como profissional de saúde da CF Assis Valente. Ainda assim, para que dados desta pesquisa contribuam para sua identificação, mesmo que de forma indireta, seria necessário acessar outras fontes de informação que vinculem o seu nome à unidade de saúde.

A sua participação consistirá em responder um questionário online, posterior análise do conteúdo. O tempo de duração da resposta ao questionário durará no total, em média, de trinta minutos.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, seu nome será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá desistir da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador. Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Os riscos potenciais desta pesquisa estão referidos quanto à preocupação com o sigilo das informações, porém a pesquisadora garante cumprir as normas e os preceitos éticos que protegem os participantes nesse sentido. Explicita-se que a pesquisadora não usará esses dados com a finalidade de avaliação e julgamento, nem tampouco compartilhará com outros colegas de profissão suas impressões acerca das informações compartilhadas.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas, bem como está prevista a apresentação dos resultados diretamente para os participantes da pesquisa, conforme disponibilidade e desejo de cada um. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em

nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Poderão ser declarados apenas gênero e formação profissional. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Ao aceitar participar da pesquisa você receberá uma via do TCLE assinado

Benefícios e riscos aos participantes da pesquisa

O benefício resultante de sua colaboração nesta pesquisa é a obtenção de novos conhecimentos sobre o assunto, assim como a possibilidade de participação dos profissionais no levantamento das necessidades cotidianas que afetam o trabalho, e na proposição de soluções para os entraves que dificultam a prestação do cuidado.

Por outro lado, apesar das preocupações éticas com a preservação de sua integridade física, emocional e social como participante da pesquisa, é importante pontuar os potenciais riscos decorrentes de sua participação na pesquisa. Estes estão relacionados aos eventuais constrangimentos que você venha a sofrer em sua atividade no conselho de saúde e/ou nas entidades às quais está vinculado em virtude de informações divulgadas no trabalho final.

Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais conforme previsto no Código Civil Lei 10,406 DE 2002, Artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016 art. 19

Informações importantes do CEP/ENSP

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Aline Rodrigues de Aguiar – Pesquisadora responsável

E-mail: alinerdeaguiar@gmail.com – Celular: (21) 99676-4363

CEP/ENSP – Tel: (21) 2598-2863 - E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br –

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

End: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, R. Leopoldo Bulhões, 1480

–Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

CEP/Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ – Tel: (21) 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

End: R. Evaristo da Veiga, 16 – 4 andar – Centro – Rio de Janeiro -RJ – CEP: 20031-040

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perdas de qualquer benefício.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Nome legível do(a) participante: _____

Assinatura do(a) participante: _____

Convite para participação na pesquisa: Atenção à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa: estudo sobre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei” (PNAISARI) no município do Rio de Janeiro