



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

CAMYLLA SALES DA SILVA SANTANA

**O CUIDADO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE:
representações sociais de profissionais de saúde**

Recife

2019

CAMYLLA SALES DA SILVA SANTANA

**O CUIDADO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE:
representações sociais de profissionais de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima de Souza Santos

Recife

2019

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

S232c Santana, Camylla Sales da Silva.
O cuidado em saúde para adolescentes privados de liberdade : representações sociais de profissionais de saúde / Camylla Sales da Silva Santana. – 2019.
95 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Souza Santos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2019.
Inclui referências e apêndices.

1. Psicologia. 2. Adolescentes – Assistência em instituições. 3. Representações sociais. 4. Cuidados primários de saúde. 5. Prática profissional. I. Santos, Maria de Fátima de Souza (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.) UFPE (BCFCH2020-272)

CAMYLLA SALES DA SILVA SANTANA

**O CUIDADO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE:
representações sociais de profissionais de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Aprovada em: 13/12/2019.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Dr.^a. Maria de Fátima de Souza Santos
(Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Daniel Henrique Pereira Espíndula
(Examinador Externo)
Universidade Federal do Vale do São Francisco

Prof.^a Dr.^a Elaine Magalhães Costa Fernandez
(Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho aos adolescentes que cruzaram meu caminho.
Em tempos tão difíceis, que possamos lutar juntos por justiça social.

AGRADECIMENTOS

Sair de uma cidade do interior com menos de 10 mil habitantes e chegar à universidade pública não seria possível sem as políticas de acesso à educação e distribuição de renda que ocorreram poucos anos atrás nesse país. Devo primeiramente a elas minha trajetória profissional. Muitos foram os percalços ao longo do meu caminhar e algumas pessoas tem destaque nessa minha história. Assim, agradeço:

À tia Marlete, por ser meu grande exemplo de determinação e persistência, que com seu amor ao ensino e ao estudo me inspira diariamente. Ela e sua família me acolheram de braços abertos e me cercaram de cuidados, sempre.

Aos meus pais, Iranice e Biu (de Tim) e aos meus irmãos, Luana e Aldair, que desde cedo aprenderam a sobreviver às ausências, saudade e distância e seguiram oferecendo apoio incondicional em todas as minhas decisões.

À Icleiber, meu companheiro, meu amor, meu porto seguro e abrigo em meio ao caos. Meu exemplo de dedicação e entrega, que vibra junto, sofre junto e me mostra todos os dias que sou capaz. E que, junto com Elias, formam a revolução que me dá razões para seguir. Que sigamos aprendendo juntos.

À Fátima, que é sem dúvidas o grande presente dessa pós-graduação. Que compila sabedoria, humanidade, compreensão e tanto mais. E que me disse que era possível mesmo quando eu desacreditei. A academia seria um espaço mais acolhedor se tivéssemos orientadores assim. Professora querida, minha gratidão será eterna.

Aos amigos de turma que partilharam (e partilham) saberes, conquistas, afetos, angústias, alegrias e muito mais, especialmente Tháiris Arruda, Laís Claudino, Fernanda Vasconcelos, Laís Monteiro, Virgínia Fernandes e Mariana Sobral.

Ao LabInt, que sempre foi espaço de trocas e afetos, além de profundas discussões teóricas acerca das bases que sustentam nossa caminhada.

Aos meus amigos e amigas, tão queridos, que entendem que é preciso lutar pelas injustiças e são maravilhosa rede de apoio em tempos tão difíceis.

Aos meninos da Funase que me ensinaram tanto, tanto e aos participantes da pesquisa por toda a disponibilidade e colaboração.

Aos meus colegas de trabalho, outrora da Funase e agora do Nasf, pelo incentivo, apoio e pelas discussões que foram dando forma a esse trabalho.

*Cada detento uma mãe, uma crença
Cada crime uma sentença
Cada sentença um motivo, uma história de lágrima
Sangue, vidas e glórias, abandono, miséria, ódio
Sofrimento, desprezo, desilusão, ação do tempo
Misture bem essa química
Pronto: Eis um novo detento*

(RACIONAIS MC'S, 1997)

RESUMO

Considerando os adolescentes em conflito com a lei, a garantia do direito à saúde é apontada pela literatura como importante fator de proteção, tanto para impedir o envolvimento em ações ilícitas, quanto para reduzir a reincidência. Não obstante às normativas, as representações sociais construídas e compartilhadas sobre esses adolescentes estão relacionadas com as práticas direcionadas a eles. O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre as representações sociais acerca de adolescentes autores de atos infracionais e as práticas de cuidado em saúde a eles oferecidas na atenção básica, considerando o que é proposto pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI). Por meio da compreensão quanto à execução da política, da identificação do conteúdo das RS sobre esses adolescentes e identificação das práticas de saúde direcionadas a eles, buscou-se conhecer os entraves para sua execução. Trata-se de estudo de natureza qualitativa em que se realizou entrevista semiestruturada com 10 trabalhadores, distribuídos entre profissionais da Estratégia Saúde da Família, gestores municipais da atenção básica e integrantes do sistema socioeducativo. Utilizou-se do aporte teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais que, por meio da técnica de análise de conteúdo, possibilitou que nos debruçássemos não apenas sobre o discurso manifesto pelos participantes, mas que pudéssemos fazer inferências através de suas falas e propor interpretações que deram indícios dos elementos em que estavam ancoradas as representações e de que modo influenciavam as práticas profissionais. Em suma, os resultados indicaram que a PNAISARI contribuiu para a garantia do direito à saúde, porém, sua implementação precisa ser qualificada para que o acesso à rede de saúde se torne uma realidade para a população de adolescentes privados de liberdade. Ademais, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, somada ao desconhecimento sobre a política contribui para a manutenção dessa realidade.

Palavras-chave: Adolescente em conflito com a lei. Atenção primária à saúde. Saúde do adolescente institucionalizado. Representações sociais. Práticas profissionais.

ABSTRACT

Considering adolescents in conflict with the law, the guarantee of the right to health is indicated by the literature as an important protective factor, both to prevent involvement in illegal actions and to reduce recidivism. Despite the norms, the social representations built and shared about these adolescents are related to the practices directed to them. The target of this study was to analyze the relationship between social representations about adolescents who commit crimes and the health care practices offered to them in primary care, considering what is proposed by the National Policy for Comprehensive Care for Adolescent Health in Conflict with the Law (PNAISARI). Through the understanding of the implementation of the policy, the identification of the content of the SR on these adolescents and the identification of health practices aimed at them, we sought to know the obstacles to its implementation. This is a qualitative study in which semi-structured interviews were conducted with 10 workers, distributed among professionals from the Family Health Strategy, municipal managers of primary care and members of the socio-educational system. The theoretical and methodological contribution of the Theory of Social Representations was used, which, by means of the content analysis technique, enabled us to focus not only on the discourse manifested by the participants, but also to make inferences through their speeches and propose interpretations that they gave evidence of the elements on which the representations were anchored and how they influenced professional practices. In summary, the results indicated that PNAISARI contributed to guaranteeing the right to health, however, its implementation needs to be qualified so that access to the health network becomes a reality for the population of adolescents deprived of liberty. Furthermore, the professionals' work overload, added to the lack of knowledge about the policy, contributes to the maintenance of this reality.

Keywords: Adolescent in conflict with the law. Primary health care. Institutionalized adolescent health. Social representations. Professional practices.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos participantes por serviço.....	52
Quadro 2 - Identificação dos participantes a partir da função.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CASE	Centro de Atendimento Socioeducativo
CASEM	Casa de Semiliberdade
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASE	Fundação de Atendimento Socioeducativo
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
MS	Ministério da Saúde
MSE	Medida Socioeducativa
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAISARI	Política Nacional De Atendimento Integral ao Adolescente em Conflito com a Lei em Regime de Privação de Liberdade ou de Internação Provisória
POM	Plano Operativo Municipal
RMR	Região Metropolitana do Recife
RS	Representação Social
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SF	Saúde da Família
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O CAMPO DE PESQUISA	19
2.1	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI.....	23
2.2	A SAÚDE DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	30
2.3	ATENÇÃO BÁSICA	33
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	36
3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS.....	41
4	OBJETIVOS	48
4.1	OBJETIVO GERAL.....	48
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
5	MÉTODO	49
5.1	PARTICIPANTES.....	50
5.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	52
5.3	ANÁLISE DE DADOS	54
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
6.1	A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NA MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE INTERNAÇÃO.....	57
6.2	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ADOLESCENTE AUTOR DE ATO INFRACIONAL.....	64
6.3	A ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE PARA OS ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE	74
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
	APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista	95

1 INTRODUÇÃO

A decisão de voltar à universidade para a retomada dos estudos aconteceu após alguns poucos anos da escolha de enveredar-me pela prática profissional. Sentia desde a graduação, talvez até mesmo antes do ingresso no ensino superior, quando fiz a escolha pela psicologia, que minha área de interesse era a saúde. A passagem pela residência em Saúde da Família me apresentou ao SUS (Sistema Único de Saúde) e a Atenção Básica (AB) e solidificou esse amor de longa data.

Pelas contingências da vida, acabei servidora pública do estado com atuação no sistema socioeducativo, especificamente no acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Trabalhar com esse público despertou em mim muitas indagações acerca das variáveis relacionadas ao envolvimento dos adolescentes em atos infracionais, principalmente em idade tão precoce, visto que o Centro de Atendimento Socioeducativo (Case) em que trabalhei é o que recebe adolescentes com menor idade (12 a 15 anos). Nessa época, o desejo desenfreado de consumo, este observado na exigência deles por determinado tipo de vestimenta, por exemplo, destacava-se entre os muitos "problemas de pesquisa" que para mim se apresentavam quase cotidianamente.

Eu percebia, enquanto profissional do Case, que havia o entendimento de que o desejo por estes itens estava diretamente ligado às infrações cometidas pela maioria dos adolescentes, uma vez que se acreditava ser o anseio de possuir tais objetos que fomentava neles a necessidade de conseguir dinheiro, ainda que de maneira ilícita. Além disso, os gestores do centro socioeducativo defendiam que impedir a entrada de determinados objetos era um modo de diminuir os conflitos e as trocas entre eles, bem como a formação de grupos e a demarcação de lugares de poder a partir da posse dos mesmos. Diante desta imposição, era uma solicitação constante dos socioeducandos a autorização para entrada de tais artefatos, sendo frequente a tentativa deles e da família de se abrirem exceções e mesmo de transgressão destas regras. Cabe dizer que em junho de 2015 aconteceu a primeira rebelião do Case, e um dos objetivos almejados, segundo o relato dos adolescentes após o fato, era a autorização para a entrada de tais itens.

Calligaris (2000) aponta que na sociedade atual, a adolescência, cuja caracterização é recente, tem sido idealizada pelos adultos. Devemos aqui considerar o recorte de classe que

perpassa o trabalho deste autor, pois cabe ponderar que a ideia de adolescência como moratória, assim apresentada por ele, não está presente em todas as classes sociais. Para a maioria das famílias dos adolescentes com quem trabalhei, a partir do momento em que eles conseguem prover seu sustento financeiro, são considerados aptos para sair da casa dos pais ou responsáveis e constituir sua própria família, geralmente sem enfrentar resistência por parte das figuras parentais.

Na atualidade o consumo surge como a principal atividade do sujeito, vivemos em um meio social que se fundamenta em uma cultura consumista (BAUMAN, 1998). E esse consumo desmedido que bombardeia a sociedade constantemente, exige que os adolescentes possuam determinados objetos para que sejam reconhecidos como pertencentes a ela e mesmo para que sejam aceitos em determinados grupos. Entretanto, a condição socioeconômica da família, geralmente de baixa renda no caso daqueles que se encontram em conflito com a lei, não permite a eles o acesso a determinados bens.

Além disso, a pouca idade e escolaridade não facilitam o ingresso no mercado de trabalho, ainda que informal. Cabe destacar que nas famílias economicamente mais vulneráveis os filhos costumam trabalhar desde que contam com pouca idade, muitas vezes até para ajudar no sustento de todos. Nas periferias, onde a atividade do tráfico de drogas é intensa, o envolvimento em atividades ilícitas aparece como possibilidade interessante para os adolescentes, uma vez que não exige idade mínima e que oferece rápido retorno financeiro. Além dos outros ganhos que podem advir disso: poder, reconhecimento, status, entre outros.

De acordo com Zappe e Ramos (2010) é imposta aos adolescentes uma gama de padrões relacionados ao consumo e à busca de prazer associados às imagens de beleza, realização e felicidade, que são ditados pelo capitalismo e a pela mídia. E são estes, por sua vez, que definem padrões e estereótipos de consumo. Segundo as autoras, são muitos os estímulos para que eles sejam consumidores ativos, ao mesmo tempo em que não lhe são fornecidos os recursos financeiros para tanto. Afirmam que, “ser visível no mundo contemporâneo pressupõe a posse de determinados bens. Sendo assim, o ato de consumir passa a ser uma condição de reconhecimento social” (ZAPPE E RAMOS, 2010, p. 367).

Foucault (2014) nos traz em seu livro *Vigiar e Punir* uma análise crítica da sociedade e aponta que as instituições de privação de liberdade são o local ideal para se disciplinar os sujeitos, para implementar a necessidade do Estado de controlar os corpos daqueles que estão submetidos à sua lei. Assim como faz o Case, quando não permite que os adolescentes façam

uso daquilo que os identifica. Quando exerce o controle sobre eles, que ali se encontram para serem aperfeiçoados e transformados para se adequarem a uma expectativa social.

Considerando que o ato de consumir aparece atualmente como uma exigência social em torno da adolescência, na época, a grande questão para mim era investigar se havia alguma relação entre o desejo e a necessidade de consumo tão presentes na atualidade e o envolvimento em práticas de natureza ilícita pelos adolescentes. Além disso, considerava importante ofertar aos jovens um espaço de fala e reflexão que pudesse contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que de algum modo favorecessem tanto sua autonomia quanto a criação de práticas coletivas na instituição que eu integrava.

Entretanto, após o ingresso no curso de mestrado e o mergulho na literatura da área, encontrei número significativo de trabalhos que discorriam sobre adolescentes em conflito com a lei. Dentre os muitos estudos localizados, uma dissertação publicada em 2015 e intitulada “Pratas, Lacoste, Grana e Novinhas: um estudo sobre a construção social da adolescência através do ato infracional” de autoria de Thiago Rodrigo da Silva atraiu particular atenção. No estudo, o autor busca compreender a construção social da adolescência e seu percurso através do ato infracional, considerando a lógica do capital e do mercado de consumo, apresentando como tema central as relações sociais de adolescentes autores de ato infracional associadas à indústria cultural, com destaque pra ostentação de bens. Algo que considerei semelhante ao estudo que eu pretendia desenvolver.

Ao trabalhar com adolescentes autores de ato infracional equivalente ao tráfico de drogas, o autor associa a construção da cidadania pela via do consumo e aponta que as relações sociais vêm se dissolvendo e o consumo ganhando importância na atualidade. Para ele, "a prática do ato infracional tem sido um recurso ou o único possível no contexto vivencial utilizado pelos adolescentes para acompanharem o fenômeno da "compra da cidadania" (SILVA, 2015, p. 224)".

Ele discorre ainda sobre a dupla criminalização da juventude pobre, castigada pela falta de políticas públicas que possibilitem seu adequado desenvolvimento e que é novamente punida, dessa vez pela lei, quando comete uma ação ilícita. Questiona o fato de ser socialmente exigida dos adolescentes a posse de determinadas mercadorias, visto que na sociedade capitalista a regra é a acumulação de riquezas e a exclusão de consumidores não potenciais, ao mesmo tempo em que prevalece a ideia de que a classe economicamente menos favorecida deve limitar o consumo à subsistência.

Ideias semelhantes são apresentadas no artigo “O ‘cidadão hedonista’: diálogos sobre consumo e cidadania na sociedade contemporânea” de Valadares *et al.* (2016). Embora não falem sobre a prática de atos infracionais, neste trabalho os autores abordam a centralidade do consumo na sociedade atual e apontam o aumento das políticas governamentais de acesso ao crédito e os planos de distribuição de renda como fatores que contribuído para o aumento das demandas individuais em detrimento das coletivas, de modo que o estímulo à cidadania pela lógica do consumo favorece um processo de construção social desigual e que aliena a cidadania.

Bombardi (2008) em sua dissertação trabalha com adolescentes em conflito com a lei e apresenta um capítulo intitulado “O processo de exclusão e o fetiche das mercadorias”, onde discute o fato de sermos bombardeados com informações a respeito do que devemos vestir, comer e sentir e como são discriminados os que não se adequam ao padrão socialmente imposto. Se levarmos isso em consideração é mais fácil pensar na importância que pode ter para os jovens a posse de algumas mercadorias e o quanto eles estão dispostos a se arriscarem em razão disso.

Cito essas publicações apenas como exemplo, para informar que ao adquirir maior conhecimento sobre a área, passei a acreditar não haver necessidade de realizar mais um estudo com essa mesma temática, uma vez que minhas hipóteses me levavam a lugares semelhantes ao que esses autores haviam chegado e eu não mais considerava importante para mim a realização dessa pesquisa. Sempre considerei imprescindível que o estudo sobre o qual eu me debruçaria fosse capaz de oferecer uma contribuição social, principalmente para os adolescentes privados de liberdade, com quem tanto aprendi nos anos em que trabalhei diretamente com eles.

Feita esta digressão, volto a falar de minha afinidade com a área da saúde, da qual eu estava um tanto distante tendo em vista as minhas atribuições profissionais no Case, e as minhas muitas questões de pesquisa envolvendo esse público. Mais uma vez as contingências da vida fizeram com que eu tivesse a oportunidade de trabalhar novamente na Atenção Básica, dessa vez como psicóloga do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) na mesma regional de saúde em que o Case está localizado.

O município possui sete regionais de saúde e elas correspondem a uma divisão administrativa que estabelece uma responsabilidade territorial para cada uma delas, seu objetivo é facilitar a coordenação direta de serviços e ações, além de atender os princípios de descentralização e de regionalização estabelecidos pelo SUS. Cada uma das regionais apresenta suas próprias características no que diz respeito à localização, população, distribuição de serviços, etc. Chegaremos em breve à questão de pesquisa desse estudo.

Justamente por minha proximidade com a área da saúde, enquanto psicóloga do Case era comum que eu participasse das ações e discussões que envolviam as questões de saúde dos adolescentes internados. De modo que, compartilhava das angústias da equipe do socioeducativo por não conseguir garantir aos socioeducandos o acesso aos serviços de saúde, nem mesmo a avaliação inicial de sua condição clínica que é proposta pelo SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo) e que embasa o estabelecimento das metas a serem cumpridas durante o período de cumprimento da medida, estas metas devem ser repactuadas a cada decisão por manutenção da medida e deve ocorrer com base no prazo que é determinado pelo juiz responsável pelo acompanhamento da medida socioeducativa (MSE) do adolescente. A autoridade judiciária possui autonomia para determinar qual será o período de avaliação da MSE aplicada, desde que o mesmo não ultrapasse seis meses.

Para o efetivo acompanhamento da MSE faz-se uso de um instrumento denominado PIA (Plano Individual de Atendimento), nele devem ser estabelecidas as metas a serem alcançadas e os responsáveis por cada uma delas durante o período de avaliação. Este é um instrumento utilizado nacionalmente, não apenas no sistema socioeducativo, mas também no de assistência social, e que deve conter tanto um diagnóstico inicial a respeito do adolescente quanto os objetivos a serem obtidos com a aplicação da medida, sendo esses pactuados pelo adolescente, sua família e os profissionais responsáveis pela realização do seu acompanhamento socioeducativo. É necessário que haja contribuição de todas as áreas para a definição das metas possíveis, entre elas pedagogia, serviço social, psicologia, saúde e etc.

Quando cheguei ao Case em 2013 havia servidores da saúde do município onde o centro estava localizado que atuavam nas dependências da unidade socioeducativa, consistiam em médico clínico geral, médico psiquiatra e cirurgião dentista que regularmente realizavam atendimentos para os adolescentes, além de técnico de enfermagem que ocasionalmente realizava coleta de material para exames e atualização de caderneta de vacinas. Não havia integração destes profissionais com os do centro socioeducativo e eles não participavam da construção do PIA do adolescente. Mas eles realizavam atendimentos frequentes e a havia o entendimento de que as principais demandas de saúde dos adolescentes internados estavam sendo atendidas.

Esses profissionais eram oriundos de diferentes unidades de saúde, não necessariamente estavam lotados próximos ao Case e o que se dizia é que se tratava de pessoas mais sensíveis às questões dos adolescentes que se encontravam na condição de privação de liberdade. Também era comum ouvir que aquele momento de "fatura de profissionais" poderia ser

limitado, uma vez que era bastante comum existirem dificuldades para que os profissionais de saúde realizassem consultas dentro do Centro Socioeducativo. E assim aconteceu, pouco a pouco os atendimentos foram deixando de ser realizados, principalmente pelo encerramento do contrato de trabalho daqueles profissionais com o município. Quanto aos atendimentos dos adolescentes e a necessidade de substituição deles por outros trabalhadores, o que sabíamos era que havia a recusa dos profissionais da USF (Unidade de Saúde da Família) que ficava localizada em território próximo ao Case para realizarem atendimentos naquele local e para aquela população que se encontrava privada de liberdade, o que provocou a existência de muitos períodos em que os adolescentes da unidade socioeducativa ficaram desprovidos desse cuidado em saúde, sendo urgência e emergência a via de acesso do socioeducandos ao SUS.

Deixei de fazer parte do grupo de trabalhadores que integravam o sistema de atendimento socioeducativo e passei a fazer parte do grupo dos que atuam na área da saúde, e como meu objeto inicial de pesquisa não mais me interessava tanto, considerei ser oportuno mudar de objeto de estudo. Passei então a interessar-me sobre a saúde dos adolescentes em conflito com a lei. Na qualidade de profissional do Case eu havia participado de oficinas realizadas pelo Ministério da Saúde (MS), responsável por auxiliar tecnicamente estados e municípios na implantação de uma política específica para essa população, uma vez que se reconhecia a dificuldade encontrada para garantir uma continuidade do cuidado em saúde para esse grupo específico.

Cabe destacar que por integrar uma equipe NASF localizada em uma regional de saúde cujo território comportaria ao menos duas equipes, a USF que ficava mais próxima ao Case não era apoiada pela minha equipe NASF, ficando esse serviço fora da nossa área de cobertura. Nosso trabalho consistia em apoiar nove das 20 equipes de SF do território, o que está de acordo com as normativas do MS. O município em questão possui sete regionais de saúde e elas correspondem a uma divisão administrativa que estabelece a responsabilidade territorial para cada uma delas, seu objetivo é facilitar a coordenação direta de serviços e ações, além de atender os princípios organizativos de descentralização e a regionalização estabelecidos pelo SUS (BRASIL, 1990a). Cada uma das regionais apresenta suas próprias características no que diz respeito à localização, população, distribuição de serviços, etc. (BRASIL, 2002).

Considero válido pontuar que o meu lugar de fala é atravessado por essas experiências profissionais. São elas que por muitas vezes dão forma as minhas ideias e possibilitam a sustentação da escrita, busco, para tanto, amparo no embasamento teórico exigido para o desenvolvimento de um trabalho científico e para isso recorro a Teoria das Representações

Sociais (TRS), com objetivo de dar sentido às minhas observações e amparar as proposições que apresento. Para a TRS, a realidade social e os saberes se constroem a partir das relações que são estabelecidas entre os sujeitos, as representações sociais, por sua vez, consistem em um tipo de conhecimento que é socialmente elaborado e compartilhado e tem como objetivo a comunicação entre as pessoas e a orientação de seus comportamentos.

Diante da problemática apresentada: a ausência de cuidado em saúde para os adolescentes em cumprimento de MSE, o que pretendemos nesta pesquisa foi analisar a relação entre as representações sociais acerca de adolescentes autores de atos infracionais e as práticas dos profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos com a assistência à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação em um centro de atendimento socioeducativo de um município da Região Metropolitana do Recife (RMR). Para tanto, parte-se da hipótese de que as representações sociais construídas e compartilhadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e por aqueles responsáveis pela gestão e organização desses serviços sobre esses adolescentes estão relacionadas com o cuidado em saúde que é ofertado a eles.

Os capítulos que se seguem apresentam o campo de investigação e o delineamento do problema de pesquisa, seguidos da fundamentação teórica que sustenta nossas hipóteses iniciais e do modo de fazer utilizado para a operacionalização da pesquisa de campo, que ocorreu por meio de entrevistas realizadas tanto com profissionais da rede municipal de saúde quanto com integrantes do sistema socioeducativo. Como informado, os resultados são discutidos à luz de embasamento teórico sustentado pela teoria das representações sociais. Ao final, fazemos algumas considerações sobre os percalços encontrados e propomos estratégias que podem contribuir para modificações na realidade observada.

2 O CAMPO DE PESQUISA

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal promulgada em 1990, estabelece que pessoas com idades entre 12 e 18 anos, consideradas como adolescentes, estão em situação peculiar de desenvolvimento e vulnerabilidade e por isso precisam de proteção integral, devendo esta ser oferecida pela família, pela sociedade e pelo Estado (BRASIL, 1990b).

Ainda que na atualidade pareça natural pensarmos infância e adolescência como períodos de desenvolvimento do ser humano em que são necessários cuidados especiais, a implementação do ECA, no início da década de 90, trata de uma mudança de paradigma no país. Se anteriormente estávamos sob a égide do Código de Menores e a doutrina da situação irregular, passa a vigorar o que a nova legislação traz em seu bojo, a saber, a doutrina da proteção integral, sobre a qual nos debruçaremos mais detalhadamente.

De acordo com Espíndula e Santos (2004) com essa mudança na doutrina, houve uma passagem do que se entendia como menor delinquente para o que hoje conhecemos como adolescente infrator. Até o Código de Menores, derivado da legislação portuguesa, fruto da exploração do Brasil por aquele país, o Estado atuava nos casos de ausência dos responsáveis e passava então a ser o detentor da tutela dos menores nos casos de orfandade, abandono e ausência dos pais.

A criança e o adolescente eram considerados em situação irregular quando viviam em circunstâncias de abandono, pobreza e outras condições, inclusive quando praticavam atos contrários à lei. De modo que eram tratados de forma semelhante aqueles que estavam em situação de vulnerabilidade social e familiar e os que haviam cometido infrações.

O Código de Menores de 1927 foi reeditado em 1979, sob o regime militar, período marcado pela institucionalização dos menores de 18 anos carentes e abandonados, além do encarceramento maciço de adolescentes autores de atos infracionais. Após o golpe militar de 64 e a Constituição Cidadã, a pauta dos direitos humanos ganha força no país e há então o surgimento do ECA, que trata mais detalhadamente de situações específicas relacionadas a essa faixa de idade (ESPÍNDULA e SANTOS, 2004).

Com o advento do Estatuto em 1990 e a implementação da doutrina da proteção integral, tal público passa a ser considerado prioritário na garantia de direitos. Com relação a essas mudanças, Espíndula e Santos (2004) assinalam que

crianças de até 12 anos e adolescentes de até 18 passaram a ser definidos como cidadãos, possuidores de direitos, na condição peculiar de pessoas em fase de desenvolvimento, eliminando assim a rotulação de *menor, infrator, carente, abandonado* etc., e classificando todos como crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social. Dessa forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente passou a garantir-lhes os direitos pessoais e sociais, através da criação de oportunidades e facilidades que possibilitassem o desenvolvimento físico, mental, psíquico, moral, espiritual, afetivo e social, em condições de liberdade e dignidade (p. 359 e 360).

O ECA é o marco legal brasileiro que regula os direitos humanos de crianças e adolescentes e trata de uma vasta gama de situações que envolvem aqueles que estão incluídos nas faixas etárias correspondentes a estas categorias. Para este trabalho, nos deteremos às questões relacionadas ao envolvimento de adolescentes em atos infracionais. Limitamo-nos aos adolescentes, uma vez que as crianças que de algum modo pratiquem ações ilícitas estarão sujeitas às medidas protetivas apresentadas no Estatuto.

Como citado, há uma diferenciação entre estas categorias: além de adolescência ser um termo culturalmente circunscrito, consistindo em uma fase do ciclo da vida que não é observada e caracterizada do mesmo modo em sociedades distintas, diferentes instituições como, por exemplo, a Organização Mundial de Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente consideram que essas etapas do desenvolvimento tem diferentes marcos definidores para seu início e término. Para exemplificar, OMS considera como adolescente quem tem entre 10 e 19 anos, enquanto para o ECA adolescente é quem situa-se na faixa etária que vai de 12 à 18 anos. Assim, no Brasil, de modo geral e no aspecto jurídico, crianças são pessoas cuja idade vai até os 12 anos completos e adolescentes são os que se encontram na faixa etária subsequente, até os 18 anos completos. Ou seja, o período correspondente a infância vai do nascimento até o início da adolescência, e esta, por sua vez, marca a transição da infância para a idade adulta.

Os dados estatísticos e a mídia (REIS, 2016; COISSI, 2015), principalmente em tempos de retomada da discussão acerca da redução da maioridade penal, afirmam que tem sido crescente o envolvimento de adolescentes em atos de natureza ilícita, estando tal público sujeito à legislação especial que é definida pelo ECA em virtude do contexto de desenvolvimento em que se encontra. O Estatuto compreende que as crianças, pessoas cuja faixa etária vai até 12 anos incompletos, mesmo no caso de praticarem algum delito devem receber medidas protetivas da justiça, não podendo ser alvo de MSE. Mas entende que os adolescentes, aqueles que têm idade situada entre 12 e 18 anos, de acordo com o ECA, são considerados penalmente inimputáveis, porém passíveis de responsabilização em caso de apresentarem conduta contrária à lei.

Caso isto ocorra, são seis as medidas socioeducativas que podem ser aplicadas pela autoridade judiciária a partir de processo de apuração de ato infracional em que se confirme participação de adolescente, são elas: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviço à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional. Além das medidas de proteção, aquelas mesmas que são aplicadas aos menores de 12 anos, que na ocasião estejam ameaçadas ou violadas, a saber: encaminhamento aos pais ou responsável mediante termo de responsabilidade; orientação, apoio e acompanhamento temporários; matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família e ao adolescente; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial. Destaca-se que a aplicação das medidas socioeducativas deve ocorrer de acordo com a capacidade do adolescente de cumpri-las, das circunstâncias do fato e da gravidade da infração (BRASIL, 1990b).

Em 2012, depois de mais de duas décadas da criação do ECA, tendo em vista que o aparato legal existente até o momento deixava algumas lacunas quanto à especificidade das medidas socioeducativas, foi instituído o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Esta normativa trata especificamente da execução das medidas e tem como objetivo instrumentalizar e orientar estados e municípios quanto ao cumprimento e avaliação das sanções aplicadas (BRASIL, 2012a).

Em caso do adolescente receber uma medida socioeducativa mais grave, seja ela restritiva ou privativa de liberdade, o único dos seus direitos que deverá sofrer alterações, limitação ou suspensão é aquele que diz respeito à liberdade. Os demais direitos que são garantidos constitucionalmente precisam ser efetivados, principalmente porque o adolescente, na ocasião em que recebe a aplicação de uma medida socioeducativa, passa a estar sob a tutela e responsabilidade do Estado. Além disso, recordemos que se entende que a não garantia desses direitos fundamentais pode ter contribuído para que ele tenha acabado à margem da lei.

Como dito anteriormente, uma aproximação maior de minha parte para com a temática do adolescente em conflito com a lei se deu no início de 2014 quando comecei a trabalhar como psicóloga em um Centro de Atendimento Socioeducativo. A instituição atende adolescentes do sexo masculino, cuja faixa etária situa-se entre 12 e 15 anos e que estão em cumprimento de medida socioeducativa privativa de liberdade. Considerada unidade modelo de ressocialização do estado, possivelmente a que mais se aproxima aos padrões determinados pelo SINASE e com reconhecimento em âmbito nacional pelo trabalho desenvolvido, inclusive vencedor de

uma importante premiação da justiça brasileira que contempla ações que modernizam e tornam esse dispositivo mais eficiente. Além disso, o anexo da escola estadual que funciona nas dependências da unidade é certificado pelo Programa das Escolas Associadas, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (PEA/Unesco).

O Case, unidade da Fundação de Atendimento Socioeducativo (Funase) instituição de direito público com autonomia administrativa e financeira e que é responsável pela execução das medidas socioeducativas de semiliberdade e de internação no estado de Pernambuco, encontra-se em uma realidade privilegiada se o compararmos com outras unidades que oferecem o mesmo serviço, estejam elas localizadas dentro do próprio estado ou mesmo em algum outro ente federado. Para isso, basta acessar o Exame Periódico Universal (EPU, 2016), relatório elaborado por entidades interessadas na defesa do direito de adolescentes em conflito com a lei ou mesmo fazer uma rápida busca *online* por notícias sobre adolescentes privados de liberdade e a realidade do sistema socioeducativo brasileiro (NEVES, 2016).

Em estudo de revisão de literatura, Gontijo (2019) refere que com relação à sua estrutura física, os trabalhos apontam que a maioria dos centros socioeducativos apresentam características prisionais, indo de encontro ao que é proposto pelo ECA. Além disso, as instalações costumam ser insalubres, assemelhando-se a celas onde impera a presença de superlotação, além de iluminação e ventilação precárias e ausência de áreas comuns e espaços de socialização.

Diante disso, podemos dizer que este Centro de Atendimento Socioeducativo vivencia um contexto de privilégios (falamos em privilégios com ressalvas e em comparação com o cenário nacional sobre o sistema socioeducativo, que se apresenta bem desanimador, e não com o proposto pelo ECA, que, recordemos, tem força de lei) é possível perceber a dificuldade de garantir aos adolescentes submetidos à privação de liberdade neste espaço uma série de direitos, dentre eles, o acesso aos serviços de saúde, que devem ser ofertados pelo município em que a unidade socioeducativa está localizada.

As equipes que atuam nos Cases são responsáveis pelo acompanhamento do cumprimento da MSE do adolescente, respondem diretamente ao sistema de justiça e são responsáveis por auxiliam o poder judiciário na avaliação da medida socioeducativa, fornecendo subsídios para as decisões judiciais, que se utilizam dos relatórios elaborados pelas equipes para decidir sobre a manutenção ou substituição da MSE aplicada, considerando principalmente se foram alcançados os objetivos pretendidos com a aplicação da medida.

2.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

O termo adolescência é utilizado para caracterizar um período do desenvolvimento humano comumente permeado por crises e inquietações. Não há consenso absoluto sobre a qual época da vida corresponde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, considera que a adolescência vai dos 10 aos 19 anos, já o ECA entende que são adolescentes aqueles que têm entre 12 e 18 anos de idade.

Embora se fale em adolescência como se fosse algo natural e inerente a todos os seres humanos, essa conceituação é recente e aparece de diferentes maneiras ao longo da história. Ainda que contemporâneos, autores vinculados a diferentes perspectivas teóricas entendem adolescência de modos distintos (CALLIGARIS, 2000; VIGOSTKI, 2003, ABERASTURY e KNOBEL, 1981), em geral essa época da vida é "usualmente, associada a um período ou uma fase de turbulências, de mudanças, de novas responsabilidades, de conflitos familiares, e assim por diante" (BERNI e ROSO, 2014, p. 126).

Algo comum aos teóricos que conceituam adolescência é o fato de ela ocorrer concomitantemente à puberdade, sendo esta última caracterizada por uma série de mudanças biológicas que culmina com o fim do ciclo de desenvolvimento físico e o processo de maturação relacionada à transição entre a infância e a vida adulta (UNICEF, 2018). Essas muitas modificações corporais e hormonais, bem como o processo de individuação característico dessa fase, podem ser os responsáveis pelas crises e rebeldia que comumente são atribuídas a essa época da vida. São muitos eventos e as mudanças para o adolescente administrar em um curto espaço de tempo.

É assim que a adolescência surge como categoria construída socialmente e por isso mesmo atravessada pela cultura e pelas relações sociais, ao mesmo tempo em que, justamente por isso, provoca interferências e modificações no ambiente. O adolescente se desenvolve em meio a valores, normas sociais e representações do que é ser adolescente na sociedade em que está inserido. Por isso, "os significados sociais acerca da adolescência são singulares e suas características são próprias, em face do período histórico, da sociedade e da cultura da qual fazem parte" (PADOVANI e RISTUM, 2016, p. 610).

Ou seja, não podemos falar de adolescência sem considerar que essa fase do desenvolvimento é marcada por questões sociais que terão influência direta em como se manifesta, não havendo uma homogeneidade quanto ao que seria essa categoria. Assim, a experiência de ser adolescente não será igual para alguém que vive em situação de vulnerabilidade socioeconômica e precisa trabalhar para garantir sua subsistência, por exemplo,

para alguém que se encontra em situação de rua ou ainda para quem não encontra dificuldades no acesso a bens e serviços. De modo que serão "adolescências" distintas para aqueles que estão em diferentes classes sociais, considerando este como um marcador importante, mas levando em conta que existem vários outros, como gênero, cor da pele e etc. De acordo com Santos e Aléssio (2006),

o conceito de adolescência surge intrinsecamente ligado à ideia de problema, crises, momento de fragilidade e energia, que pode se associar ao crime. Essa ideia parece permanecer até os dias de hoje, embora um novo elemento tenha sido acrescentado quando se fala em adolescência e violência: a condição socioeconômica do adolescente. É comum, tanto nos estudos científicos quanto nas teorias de senso comum, a associação entre pobreza e violência (p. 6).

Como neste trabalho falamos especificamente dos autores de atos infracionais, é importante deixar isso em destaque para contextualizar de que adolescentes estamos falando. Uma vez que, no caso dos adolescentes em conflito com a lei, temos ainda as marcas impressas pelo preconceito, pela ausência da garantia de direitos e pela desigualdade social. Corroborando o pensamento de Santos e Aléssio (2006), Almeida *et al.* (2008) afirmam que

É comum encontrar na literatura teorizações que procuram explicar o comportamento dos jovens levando em conta características desenvolvimentais de rebeldia e turbulência, consideradas próprias desta etapa da vida. Porém, quando se trata de explicar a violência entre os jovens, percebe-se uma recorrência às análises sociológicas, com clara referência à classe social de origem, derivando daí uma imediata ligação entre pobreza e violência, as quais parecem se engendrar mutuamente. Pivete, trombadinha, menino de rua, marginal ou delinqüente são termos com os quais a sociedade identifica a criança e o adolescente pobres no Brasil, ainda que dos 40 milhões de crianças e adolescentes pobres, apenas 10% deles possam ser considerados como autores de atos infracionais (p. 3).

Não bastasse essa associação quase que direta entre adolescência, pobreza e violência, comumente são difundidas informações sobre esses adolescentes (em conflito com a lei) que reforçam o apelo da população pela redução da idade penal, lembremos que no Brasil a idade mínima para essa responsabilização é de 18 anos. Mário Volpi (2001), estudioso que ofereceu importante contribuição para a formulação do ECA, chama atenção para a existência do mito socialmente difundido de que os adolescentes estão mais propensos do que os adultos a cometer atos infracionais, uma vez que há o entendimento de que a legislação para eles é considerada muito amena. Ele acredita que isso se deve a uma confusão entre os termos inimizabilidade e impunidade penal, visto que ser penalmente inimputável não quer dizer que eles não serão responsabilizados em caso de conduta ilícita, pois sofrem sim as sanções previstas no Estatuto

em caso de transgressão da lei. Por vezes são até "punidos" mais severamente do que os adultos ao cometerem um ato infracional equiparado ao crime de mesma natureza. Cabe destacar que em decorrência da inexistência de tipificação específica para os atos infracionais, o sistema de justiça se utiliza de uma equiparação com os artigos presentes no Código Penal para justificar as sentenças proferidas.

Njaine e Minayo (2002) destacam a contribuição da mídia na construção de uma visão negativa e incriminadora dos adolescentes privados de liberdade e apontam como isso pode estar relacionado ao tratamento dispensado a esse público, o que também pode ser influenciado pelo fato de não se levar em consideração as questões sociais que colaboram para o envolvimento desses sujeitos em atos ilícitos e a importância do Estado na prevenção desses delitos. No artigo em questão as autoras trabalham com

a pressuposição de que a ação da mídia, frente à questão do adolescente infrator, tende a forjar uma imagem negativa e preconceituosa, contribuindo para ações violentas que atentam contra a saúde física e psicológica desses jovens. E que, apenas excepcionalmente, (des)constrói os estereótipos e alerta para a violação dos direitos desse grupo, chamando para uma reflexão mais crítica sobre a complexidade do contexto em que os atos de transgressão ocorrem (NJAINÉ e MINAYO, 2002, p. 288).

Se estamos destacando a complexidade dos determinantes envolvidos na prática de atos infracionais por adolescentes, é oportuno falar sobre o lugar ocupado pela família nesta situação. Ao problematizar esse conceito, Santos e Oliveira (2006) chamam atenção para o fato de que a ideia de família sofre alterações a depender do contexto social em que emerge, apresentando diferentes sentidos e significados em culturas distintas, consistindo, portanto, assim como a adolescência, em uma construção social.

No Brasil, a família nuclear burguesa é o modelo considerado natural e utilizado como referência para as demais configurações familiares, apesar das muitas influências culturais que nossa sociedade recebeu de outros povos, entre eles os que chegaram aqui escravizados e que por uma série de questões - muitas vezes alheias a sua vontade - não conseguiam manter esse modelo familiar. Visto que ocorria, por exemplo, a separação de seus membros à contragosto em virtude de transações comerciais (SANTOS e OLIVEIRA, 2006).

As autoras recorrem a Neder (2004) ao afirmar que "não existe, histórica e antropológicamente falando, um modelo padrão de organização familiar (2004, p. 28 apud SANTOS e OLIVEIRA, 2006, p. 54) e observam que mesmo diante da existência de diferentes "modelos" de família e sua diversidade, persiste a representação ideal de família nuclear

burguesa, onde predominam a responsabilidade e os bons sentimentos, como amor e compreensão.

Souza e Costa (2013) destacam a importância da família na estruturação socioafetiva dos indivíduos, de modo que as relações estabelecidas nesse meio podem funcionar como fator de proteção ou de risco. Também apontam a família como um sistema aberto que permanece em constante transformação, destacando que estas ocorrem dentro contextos sociais específicos. Considerando a família como sistema, referem que "a existência de um adolescente em conflito com a lei significa um aviso de que existem problemas no sistema, pois o adolescente é intensamente afetado pelo contexto familiar e também afeta o contexto do qual faz parte" (p. 278).

Assis e Constantino (2005) afirmam que

As famílias de jovens envolvidos em infrações tendem a ser mostradas como potenciais fatores de risco, revelando extremo grau de fragilidade, por várias situações: precária situação socioeconômica; deficiente supervisão por separação dos pais; ausência da mãe do lar devido ao trabalho ou distanciamento da figura paterna; mortes e doenças rotineiras na família; relacionamentos marcados por agressões físicas e emocionais, precário diálogo intrafamiliar e dificuldades em impor disciplina (p. 83).

Desse modo, a família dos adolescentes envolvidos em atos ilícitos é muitas vezes responsabilizada pelo cometimento do ato infracional, sendo a causa da infração atribuída a problemas familiares e a sua "desestruturação". Esta, por sua vez, relacionada a não adequação ao modelo de família nuclear e a falta de limites dos pais. A mesma justificativa é utilizada para fundamentar a descrença na possibilidade de ressocialização do adolescente, tendo em vista que após o término do cumprimento da MSE ele retornará ao ambiente que provocou (ou pelo menos facilitou) a ocorrência da conduta ilícita. Desta feita, os profissionais que trabalham com o adolescente durante o cumprimento da medida acreditam que as famílias não conseguem oferecer um ambiente que permita a reinserção social desse jovem¹, foi o que concluiu investigação realizada com os assistentes de desenvolvimento socioeducativo da Funase. (ESPÍNDULA e SANTOS, 2004).

De acordo com Mansur e Machado (2014) ao mesmo tempo em que a família é responsabilizada pela conduta infracional do adolescente é ela quem arca com as principais consequências decorrentes da aplicação da medida, muitas vezes sofrendo um julgamento moral por não ter "cuidado adequadamente" daquele filho cuja conduta é desviante da norma,

¹ Embora saibamos que existem diferenças conceituais entre os termos "jovem" e "adolescente", neste trabalho os utilizaremos como sinônimos, assim como difundido no senso comum.

o que faz com que muitas mães apresentem sentimentos de solidão e impotência e que busquem na coletividade (juntos com outras mães) representação e legitimidade para suas dores.

Na direção desse movimento, Lima (2004) afirma que embora os adolescentes descrevam as relações familiares como conflituosas e por vezes marcadas por violências, apontam a instituição familiar como grupo em que seus membros partilham de comprometimento mútuo e onde a mãe ocupa lugar central. De modo que o sofrimento imposto à mãe em virtude do cumprimento da MSE é algo, às vezes até o único elemento, capaz de provocar arrependimento pela prática delituosa e por isso mesmo funciona como fator de proteção para reincidência.

Lourenço (2012) recorre a estudo de Calheiros e Soares (2007) para citar as mudanças ocorridas na sociedade, as novas funções desempenhadas pelas figuras parentais e o quanto isso pode influenciar na questão do envolvimento em atos infracionais. Embora as mães sejam apontadas como as grandes responsáveis pelas práticas delituosas dos filhos, são elas que desempenham muitos papéis com relação a eles, sendo por vezes as únicas responsáveis por tudo o cuidado com os filhos e pelas tarefas domésticas, além de precisar trabalhar fora para garantir o sustento familiar, o que faz com que praticamente não haja tempo para que se dediquem à orientação e educação dos mesmos. Além disso, nem sempre contam com a presença ou a autoridade do pai no seio familiar, o que as sobrecarrega ainda mais.

A desestrutura apontada é a que a afasta do modelo de família nuclear. Embora no Brasil tenhamos muitas famílias chefiadas por mulheres e essa configuração seja reconhecida pelo Estado, sem o homem não há a “estrutura” que garanta o bom desenvolvimento dessa família. Está na normativa, mas não ainda na representação social que permeia o senso comum.

Não há dúvidas de que o adolescente autor de ato infracional consiste em objeto de representação em nosso meio. Espíndula *et al.* (2006) ao investigar as representações de adolescentes em conflito com a lei na imprensa escrita do Espírito Santo observaram que é bastante frequente em jornais de grande circulação a apresentação de eventos que associam adolescentes à condutas violentas, tais ocorrências, entretanto, não estão de acordo com a proporção de adolescentes que praticam atos infracionais no estado.

Nesse estudo eles apontam ainda outros elementos importantes na representação social desse adolescente: "são perigosos porque roubam e matam; são vulneráveis à influência de criminosos adultos e por eles manipulados; são carentes de maior controle familiar e social; são maduros para decidir sobre atos delinquentes" (ESPÍNDULA *et al.* 2006, p. 19). Além disso, afirmam que para esses jovens à adolescência só é mencionada em seus aspectos negativos, e

que apesar da aplicação da medida socioeducativa, que deveria ter como objetivo a socioeducação e a reintegração social do adolescente, não há para eles perspectivas de futuro, restando apenas à segregação que é decorrente da aplicação das medidas socioeducativas.

Em dissertação de mestrado que investiga as representações sociais de professores acerca dos adolescentes em conflito com a lei, Lourenço (2012) encontra quatro ideias como núcleo central dessas representações, são elas: abandono familiar, ausência de limites, omissão do Estado e rebeldia. Muitos professores atribuem à questão do envolvimento em atos ilícitos ao abandono familiar, sendo este apontado como um dos principais fatores. Além disso, citam a desestruturação da família moderna, que segundo eles, não oferece o apoio necessário ao desenvolvimento dos seus filhos. Fatores sociais como ausência de serviços e exclusão social também são considerados relevantes para a ocorrência da conduta infracional. Os professores consideram ainda relevantes fatores individuais, como comportamento e características de personalidade, entre eles rebeldia e falta de limites. Apareceram também, em menor frequência, a impunidade e alguns fatores variados, como falta de religião, de educação e necessidade de ajuda por parte do adolescente.

Costa (2016) em um dos capítulos de sua dissertação realizou revisão de literatura acerca das representações sociais de adolescentes em conflito com a lei. Após as buscas e exclusões restaram 10 artigos que trabalhavam com a temática do adolescente em conflito com a lei a partir da perspectiva teórica da TRS. Os artigos encontrados se dividem em dois eixos: como os adolescentes em conflito com a lei se representam e como eles são representados. A nós, interessa saber mais detalhadamente como eles são representados.

A partir da análise dos artigos localizados, Costa (2016) aponta que a imagem do adolescente autor de ato infracional costuma ser negativa e se ancora em elementos que destacam sua periculosidade, incapacidade de recuperação e falta de limites. Além disso, as representações sociais desses adolescentes, apesar de tantos anos terem se passado desde a promulgação do ECA, recorrem a elementos presentes na doutrina da situação irregular, o que pode dar indícios das dificuldades encontradas para a operacionalização da doutrina da proteção integral (CIARALLO e ALMEIDA, 2009 apud COSTA, 2016).

Para os estudantes de direito participantes do estudo de Costa (2016), a educação aparece como elemento central da representação social de adolescente em conflito com a lei, seguida de rebeldia/revolta e depois de impunidade. Assim como observado nos demais estudos, a família também aparece nas evocações dos participantes, principalmente em virtude de sua "desestrutura". A autora chama atenção para o fato de que essa culpabilização da família

está ancorada em elementos do Código de Menores, pois quando era essa a legislação em vigor, caso se identificasse que havia algum problema com a criança ou adolescente, ela era segregada da família e passava a ficar sob a tutela do Estado, sendo tratada como objeto e não como sujeito de direitos, o que passa a ocorrer após o advento do Estatuto. Outros elementos também identificados na literatura como importantes para a RS de adolescente em conflito com a lei fazem parte dos achados do referido trabalho, como por exemplo, abandono familiar, drogas e desigualdade social. Além desses, observam que os participantes atribuem a prática de ato infracional a características internas do sujeito, como sua personalidade ou caráter.

Se as representações sociais, sobre as quais posteriormente falaremos mais detalhadamente, oferecem os elementos necessários para a interpretação da realidade e por isso interferem nas relações estabelecidas entre as pessoas e seu meio, sendo ambas influenciadas mutuamente e servindo de sustentação para as práticas sociais, podemos pensar no quanto as RS desses adolescentes interferem tanto na modificação quanto na manutenção dessas próprias representações, que possuem como elementos centrais características negativas a respeito dos sujeitos em questão.

Os estudos sobre os adolescentes privados de liberdade indicam que, embora tantos anos tenham se passado desde a criação do ECA, ainda é bastante atual o modelo vigente na época da doutrina da situação irregular, quando vigorava o Código de Menores e as instituições que atendiam adolescentes eram marcadas por violações de direitos e outras violências. Nessa época, os adolescentes não eram reconhecidos como sujeitos de direito, e não havia a indicação de que, em virtude da fase do desenvolvimento em que se encontram, necessitam de cuidado e proteção. Sendo assim, não é difícil pensar que sejam encontradas nos locais destinados ao cumprimento de MSE práticas que se assemelham às observadas no sistema carcerário, que no final das contas, em nada contribuem com o processo de ressocialização (GONTIJO, 2019). Na realidade do sistema socioeducativo atual o que se observa é que

os jovens saem das unidades com poucas perspectivas, sem qualificação profissional, estigmatizados. Percebe-se, nesse sentido, uma distância entre o que é preconizado na lei e o que ocorre na realidade nas unidades de internação, em relação a vários aspectos: estruturais, funcionamento e práticas. (GONTIJO, 2019, p. 85)

Se a RS do adolescente autor de ato infracional e também de sua família, uma vez que a família é apontada como responsável direta pela conduta ilícita, são tão permeadas de elementos negativos, podemos pensar em como isso interfere no atendimento socioeducativo como um todo, incluindo aqui o atendimento em saúde.

Pires (2018), quando fala da adolescência na visão dos entrevistados (gestores, juízes e promotores da infância) e dos relatórios de gestão, ao se debruçar sobre a atuação do sistema socioeducativo no Rio Grande de Sul, pontua que, embora as mudanças propostas pela legislação sejam de fundamental importância, muitas das intervenções realizadas pelos profissionais que assistem os adolescentes são desqualificadas, uma vez que não levam em consideração os interesses do adolescente. Ainda que esteja preconizado o quanto é necessário ouvi-lo nas questões que lhe dizem respeito e que a ele seja oferecida a possibilidade de fazer escolhas a elas relacionadas, de modo que possa se implicar em seu processo socioeducativo. A autora defende que essa pouca participação ativa do adolescente interfere no acesso dele aos seus direitos básicos, entre eles o direito à saúde, sobre o qual tratamos mais detalhadamente nesse estudo.

Ao falar do lugar de alguém que esteve na presidência do órgão responsável pela execução das MSE, Pires (2018) refere que a garantia de direitos para os adolescentes privados de liberdade consiste em uma dificuldade para o sistema socioeducativo, e que tende a aumentar, uma vez que tem sido crescente o número de adolescentes submetidos à privação de liberdade e que a sociedade não tem mudado o que pensa sobre eles, a imagem pública, tanto deles quanto da instituição é ruim, o que contribui para a manutenção da dificuldade existente para a garantia da efetivação dos seus direitos. Por isso destaca a importância de que a sociedade como um todo se comprometa tanto com o fortalecimento dos vínculos familiares de crianças e adolescentes quanto com o investimento em promoção e prevenção da saúde.

2.2 A SAÚDE DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Quando tratamos de adolescentes em cumprimento de MSE, a saúde aparece como um dos direitos fundamentais que deve ser garantido e que é apresentado pela literatura como importante fator de proteção, tanto para impedir o envolvimento deles em ações ilícitas, quanto para reduzir a possibilidade de reincidência em atos infracionais. Vale destacar que os cuidados com a saúde dos adolescentes internados não é de responsabilidade apenas da Funase, mas deve ser fruto de pactuação entre os três níveis de gestão: união, estados e municípios, uma vez que deve ser levada em conta a incompletude institucional e a necessidade do socioeducativo funcionar de fato como um sistema que depende da contrapartida de outros setores para que sua finalidade (a socioeducação dos adolescentes) seja obtida com êxito.

Os estudos da área apontam a dificuldade de se pensar em políticas de saúde para adolescência e juventude, bem como a ausência de uma formulação ou estratégia que de fato consiga dar conta das especificidades desta população. É frequente que se pontue a importância do protagonismo juvenil como eixo fundante das ações pensadas para adolescência e juventude, mas que, na realidade, seja observada a ausência de tal artifício na execução das normativas (PERMINIO *et al.* 2018; LOPEZ e MOREIRA, 2013; RAPOSO, 2009).

No trabalho em que discute a elaboração de uma política específica para a saúde na adolescência e juventude, Lopez e Moreira (2013) entrevistaram atores que participaram ativamente do processo de mobilização social necessário para a formulação desta política. Nas entrevistas os participantes discorreram sobre a frustração de não ter havido a criação e implantação da mesma, ainda que tenha ocorrido o processo de mobilização, discussão e planejamento que a antecedeu.

Apesar de o ECA apontar a prioridade da garantia de direitos para crianças e adolescentes, lançando luz sobre a importância desse ciclo da vida para o processo saúde e doença, alguns autores destacam que é comum ocorrer uma invisibilidade da adolescência como categoria social, não só na formulação de políticas de saúde, uma vez que poucas são pensadas especificamente para esse público, mas na sociedade de um modo geral. (LOPEZ e MOREIRA, 2013; ASQUIDAMINI, BARBIANI e SUGIZAKI, 2015; FERNANDES, RIBEIRO e MOREIRA, 2015).

Isso se torna ainda mais presente quando falamos de adolescentes pobres e de periferia. Mais ainda se forem eles autores de práticas ilícitas. No entanto, é essa mesma adolescência que passa a ser visível a partir do momento em que um de seus integrantes comete um ato infracional, assim denominada ação praticada por adolescente que é análoga a conduta descrita como crime ou contravenção penal. É o que temos observado atualmente, principalmente com o que vem sendo divulgado pela mídia, uma adolescência que como categoria é frequentemente associada à fatos negativos, mas que não recebe o investimento social necessário para que possa se desenvolver adequadamente.

Não por acaso, em estudo de Almeida (2005a) ela observa o quanto é comum à associação entre adolescência e violência, por vezes apresentadas como fortemente relacionadas. Além da consideração desta fase da vida como sendo permeada por crises, perturbações e pela negação do adolescente em relação ao adulto. A autora encontra como estruturantes para a representação de adolescência os mesmos elementos que são utilizados para justificar a violência que é cometida pelos adolescentes. Essa associação aparece nos estudos

que investigam a RS de adolescentes em conflito com a lei para diferentes grupos, com destaque para a relação entre pobreza e violência, que se mantém bastante atual (COSTA, 2016).

Em publicação de revisão de literatura que apresenta uma análise dos artigos científicos publicados no Brasil entre 2002 e 2012 e que tratam de modo mais específico da atenção à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade, Asquidamini, Barbiani e Sugizaki (2015) afirmam que, no país “a população adolescente é de 20 milhões, enquanto 58.764 estão cumprindo medidas socioeducativas. Trata-se, portanto, de uma parcela importante da população” (p. 117). Além disso, a partir desta revisão, os autores apontam que no sistema socioeducativo brasileiro costuma ser frequente a violação de direitos, que em nada contribui para o processo socioeducativo almejado com a aplicação da medida.

Nesse trabalho eles identificam que “a rede de atenção à saúde foi apontada como alternativa à violência, já que possibilita intercâmbios, estabelecimento de vínculos e, sobretudo, o direito do adolescente de cuidar de si próprio” (ASQUIDAMINI, BARBIANI e SUGIZAKI, 2015, p. 119). Embora os autores apontem que os estudos considerados para a revisão, de modo geral, indicam a necessidade de ações intersetoriais com relação à atenção integral à saúde dos adolescentes, uma vez que a saúde é colocada como importante fator de proteção para os jovens.

Estudo que a nosso ver funciona como complementar a esse e que também realiza uma de revisão de literatura de autoria de Arêas Neto *et al.* (2017) destaca o fato de que a produção acadêmica sobre a saúde dos adolescentes em conflito com a lei tem significativo aumento entre os anos de 2012 e 2015, ao que os autores atribuem à instituição do Sinase ocorrida em 2012.

Nesses estudos, os autores observaram uma tendência de se limitar a saúde dos adolescentes às questões de saúde mental, bem como uma patologização dessa fase da vida como recurso explicativo ao fenômeno da violência, recorrendo para tanto a explicações psiquiátricas, o que conduz a formas de tratamento que se utilizam primordialmente do aparato medicamentoso e que tem como objetivo muito mais o controle social do que as questões de saúde dos adolescentes acometidos (ARÊAS NETO *et al.* 2017; ASQUIDAMINI, BARBIANI e SUGIZAKI, 2015). Diante desses achados, se fazem alguns questionamentos:

até que ponto a atenção à saúde e o conceito ampliado de saúde orientam, efetivamente, as práticas do sistema de aplicação de medidas de socioeducação? Ou esses conceitos apresentam-se como modelos de atenção normatizadores de condutas e do controle dos corpos? (ASQUIDAMINI, BARBIANI e SUGIZAKI, 2015, p. 119).

Embora seu estudo reforce a afirmação de que há predominância da ênfase na saúde mental desses adolescentes, de acordo com Andrade *et al.* (2011), faltam publicações brasileiras que confirmem essa tendência mundial, ao mesmo tempo em que apontam a importância do tratamento adequado das questões de saúde mental como parte importante do processo de socialização desses jovens (ANDRADE *et al.* 2011). Com relação a isso, Vilarins (2014) aponta em estudo que investiga o cuidado de saúde para jovens privados de liberdade diagnosticados com algum problema de saúde mental, que o tratamento para eles limita-se ao uso de fármacos, não havendo um olhar para o sujeito, apenas para a patologia.

Fernandes, Ribeiro e Moreira (2015) em trabalho que versa sobre a saúde do adolescente privado de liberdade, afirmam existir assimetria entre as legislações e normatizações e a realidade observada nas unidades socioeducativas, o que eles referem tornar urgente a superação das barreiras de preconceito e estigmatização por meio do investimento em recursos humanos e parcerias governamentais interinstitucionais para efetivação dessas políticas. O fato de encontrar-se em atendimento socioeducativo faz com que, muitas vezes, os próprios profissionais de saúde adotem para com os adolescentes uma postura punitiva, o que acaba por dificultar o acesso desse público ao serviço.

Como se já não fosse suficiente haver dificuldades com relação a proposições que contemplem as especificidades da etapa da vida em que se encontram. O que corrobora com o estudo de Raposo (2009) que observou que em alguns serviços de saúde a realização e efetivação das orientações e ações para o público adolescente podem ser inviabilizadas devido ao despreparo dos profissionais e dos próprios serviços para trabalhar com essa faixa etária.

2.3 ATENÇÃO BÁSICA

Estamos considerando aqui o conceito ampliado de saúde, que orienta o desenvolvimento das ações em nível nacional e pensando saúde como um direito garantido constitucionalmente a partir de lutas e de mobilização social. A saúde, entendida como algo que inexistente de modo dissociado do processo histórico-cultural de construção da sociedade, deve ser pensada como estreitamente ligada ao meio em que vive o sujeito. Assim, não é difícil compreender que fatores ambientais, sociais, econômicos e mesmo as condições de trabalho, tem influência direta no processo saúde-doença e que não podemos reduzir a saúde a nenhuma de suas dimensões, entre elas podemos destacar: a biológica, a psicológica, a cultural, a individual, a coletiva, a econômica, a social, entre outras (BATISTELA, 2007).

Desse modo, pensando no Sistema Único de Saúde, que regula as ações de saúde pública em nível nacional, temos que a Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil também chamada de Atenção Básica (AB), deve ser o contato inicial do usuário com o sistema de saúde, consistindo na porta de entrada para os serviços, devendo ser procurada quando o usuário se encontra adoecido ou para acompanhamento de rotina da sua saúde, bem como para participação de atividades de promoção e prevenção (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012b), a AB é caracterizada por

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 19).

A AB é apresentada como a porta de entrada preferencial do SUS, desse modo, deve conseguir dar resolutividade a maioria das demandas apresentadas pela população assistida. Foi pensada para ser a instância organizadora da rede de saúde, o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, uma vez que é nesse nível de atenção que deve ser acompanhada a maior parte da população, o que possibilitaria diagnósticos de área mais precisos sobre determinantes e condicionantes das questões de saúde. Tem a Estratégia Saúde da Família como ferramenta prioritária para expansão e consolidação desse nível de atenção, uma vez que ter um território delimitado para atuação possibilita o desenvolvimento de vínculos entre os envolvidos e a corresponsabilização entre equipe de saúde e população por meio de um acompanhamento longitudinal (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A ideia da ESF é que enquanto serviço prioritário para a organização da AB no Brasil, deve fazer parte do território e considerá-lo como fundamental para o processo saúde-doença do indivíduo e do meio social em que está inserida. Tem a família como objeto central do cuidado que oferece e deve propor ações que contribuam com a promoção da saúde e a prevenção de agravos, não se limitando apenas a práticas curativas (ANDRADE, BARRETO e COELHO, 2013).

Quanto aos serviços básicos de saúde, Giovanella e Mendonça (2008) apontam que eles dependem da integração com a rede de saúde mais ampla, para que haja resolutividade na

inclusão da população que se encontra à margem do sistema de produção econômica, o que é bastante característico dos adolescentes privados de liberdade. Ainda segundo as autoras,

No SUS, a garantia de atenção básica em saúde é de responsabilidade da administração municipal. Os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis em seu território pela organização e execução das ações de saúde em unidades de saúde próprias (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 609).

Embora o Case se encontre em território localizado próximo a uma Unidade de Saúde da Família (USF), a maioria dos atendimentos de saúde realizados com os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação ocorrem na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Quando os serviços de pronto-socorro e emergência são sempre o primeiro contato do usuário com a rede de saúde não é possível que haja acompanhamento longitudinal, não sendo indicado, portanto, que essa seja a porta de entrada regular para o sistema.

O esperado é que a atenção básica resolva cerca de 80% das demandas de saúde da população. Para isso, é necessário que haja boa cobertura assistencial do território e que seus serviços estejam organizados de modo a garantir acesso adequado para a população, além de ações que estejam organizadas a partir do diagnóstico situacional da área assistida. Da forma como acontece, sem acesso ao modo de funcionar proposto por esse nível de atenção, o adolescente não terá acompanhamento longitudinal, sendo este tipo de cuidado que provoca impactos positivos nos índices de saúde da população assistida.

Mesmo que no município em questão esteja pactuado o acompanhamento dos adolescentes em cumprimento de medida de internação pela ESF, o que se dizia era que existia uma resistência, até mesmo recusa expressa, de alguns profissionais da ESF para prestarem atendimentos a este público. Essa era a realidade quando eles eram levados para a USF de referência em busca de cuidados com sua saúde e a alegação dos gestores dos serviços de saúde do município é de que a recusa era ainda mais veemente quando se tratava de realizar os atendimentos dentro do espaço físico da unidade socioeducativa.

Não obstante a essas dificuldades, é impossível pensar na execução adequada de uma política de saúde sem levar em consideração a integração entre os diferentes setores. Essa prerrogativa torna-se ainda mais necessária se estamos nos debruçando sobre uma instituição de privação de liberdade, outrora (ou mesmo agora) identificada como instituição total. De acordo com Goffman (2001), as instituições classificadas por ele como totais são aquelas em que o indivíduo se encontra em regime de internato e por isso é o local onde realiza todas as suas atividades, ou a grande maioria delas. Nesses locais, os sujeitos são tratados de modo

padronizado, e há uma tendência de que suas características individuais sejam desconsideradas e mesmo apagadas.

Para Cavalcanti, Dantas e Carvalho (2011) a intersectorialidade aparece "como uma estratégia que surge para superar a fragmentação e fragilidade das políticas sociais, com vistas a combater as iniquidades sociais. [...] possibilita uma visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante" (p. 402). Quando falamos do direito à saúde para adolescentes privados de liberdade, a intersectorialidade

vem sendo posta como um desafio, pois com base na doutrina da proteção integral, o atendimento em todos os níveis requer complementariedade, pactuação e convergência entre as políticas sociais. No entanto, os problemas de gestão atrelados às discrepantes definições das agendas políticas dos Estados e dos Municípios não coadunam para a garantia de direitos sociais, em decorrência do distanciamento entre as esferas federal, estadual e municipal (CAVALCANTI, DANTAS e CARVALHO, 2011, p. 408).

Nessa mesma linha de raciocínio, Vilas Boas, Cunha e Carvalho (2010) referem que há algumas razões para que a atenção à saúde de adolescentes privados de liberdade consista em um desafio para as políticas públicas. Entre elas, a fragmentação de ações, tanto no atendimento socioeducativo quanto na própria articulação dentro da rede de saúde e desta com o sistema socioeducativo e a pouca continuidade nas ações que essa rede desenvolve. Além das políticas serem insuficientes, elas não dialogam entre si. Sendo isso indicativo de uma dificuldade de operacionalização da necessária intersectorialidade. As autoras pontam ainda que negar ao adolescente o direito a uma assistência em saúde que esteja de acordo com as suas necessidades é cometer uma forma de violência contra eles.

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Sabendo que essas dificuldades não se limitam ao município em questão (PERMINIO *et al.* 2018) e com a finalidade de regular o cuidado em saúde para adolescentes em conflito com a lei, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), Portaria Interministerial nº 1426/2004 (BRASIL, 2004), cujo objetivo geral é garantir e ampliar o acesso aos cuidados de saúde dos adolescentes em conflito com a lei. Tal legislação foi complementada pela Portaria nº 647/2008 e em 2014 o MS publicou uma releitura dessa normativa "estabelecendo novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da

atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade" por meio da Portaria 1.082/2014 (BRASIL, 2014).

De acordo com a PNAISARI, ao adolescente em conflito com a lei será garantida a atenção integral no SUS, quanto à promoção, prevenção, assistência e recuperação de sua saúde. Para alcançar esse objetivo a referida Portaria (BRASIL, 2014) propõe que as ações sejam pactuadas entre todas as esferas de governo, com ênfase para as instâncias estadual, municipal e a gestão do sistema socioeducativo por meio de definições que aparecem no Art. 2º, a saber:

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

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

Considerando as muitas dificuldades enfrentadas em território nacional para a garantia do direito à saúde, o Art. 5º da mencionada normativa nos informa que a organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei deve seguir os seguintes princípios:

- I – respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes;
- II – enfrentamento ao estigma e preconceito;
- III – respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento;
- IV – garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional;
- V – reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos Municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território;
- VI – atenção humanizada e de qualidade a esta população;
- VII – organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei; e
- VIII – permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social.

De modo que essas diretrizes têm como objetivo oferecer uma abordagem que seja educativa, integral, humanizada, de qualidade, e que dessa maneira consiga promover a saúde dos adolescentes que estão em cumprimento de medida socioeducativa. Assim sendo, as estratégias de promoção da saúde devem ser priorizadas, uma vez que são capazes de estimular

autonomia e melhorar as relações interpessoais, bem como apoiar os adolescentes e suas famílias e fortalecer sua rede de apoio, tão necessária à vida em sociedade (BRASIL, 2014). Portanto, pensar em atenção integral é automaticamente pensar em uma rede de atenção básica que esteja fortalecida e que funcione de fato como coordenadora do cuidado, sendo capaz de oferecer resolutividade para a maior parte dos problemas de saúde que se apresentem nessa população.

É proposto pela PNAISARI que todas as unidades socioeducativas tenham uma equipe de referência na Atenção Básica e que mesmo nos casos em que haja equipe de saúde dentro do próprio centro socioeducativo é a equipe da AB que deve se encarregar de realizar as articulações com a rede de atenção à saúde. Além disso, existe como atualização na releitura da política que ocorre em 2014 a prerrogativa de que essas equipes tenham entre seus integrantes ao menos um profissional de saúde mental, podendo este ser vinculado ao NASF (BRASIL, 2014). Essa necessidade surge em virtude de serem bastante numerosas as questões relacionadas à saúde mental na população adolescente privada de liberdade, sendo inclusive maior do que os índices observados entre aqueles que não se encontram em situação de cumprimento de medida socioeducativa.

Perminio *et al.* (2018) analisou a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) e os resultados do trabalho indicam que a criação da política contribuiu com a garantia do direito a saúde para esses adolescentes, mas que é necessário que haja incentivo aos entes federados envolvidos, bem como sua qualificação, para que se possa expandir o acesso aos cuidados em saúde desse público para um maior número de estados e municípios. Destaca ainda o quanto é complexo deparar-se com as injustiças para o acesso aos direitos sociais básicos da população e intervir frente aos determinantes sociais da saúde.

Mas nem tudo são dificuldades, ao comparar as formulações que tratam da saúde para esse público, os autores apontam também os avanços obtidos. Destaque pode ser dado ao fato da PNAISARI superar positivamente o SINASE com relação a não considerar as instituições de privação de liberdade como instituições totais, uma vez que, enquanto o SINASE propõe que deva existir uma equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, independente do número de jovens que ali se encontre, a PNAISARI reforça a necessidade de que esses jovens acessem os serviços de saúde fora dos muros e defende que isso contribui para seu processo socioeducativo, delegando ao SUS essa responsabilidade (PERMINIO *et al.* 2018).

Para facilitar a implementação da PNAISARI, a Portaria (BRASIL, 2014) orienta sobre a necessidade de criação de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) que pode ter entre seus integrantes representantes das secretarias estadual e municipal de saúde, do ente gestor do sistema socioeducativo local, das unidades socioeducativas e de outras entidades que sejam consideradas estratégicas para o seu funcionamento.

Ainda que o município esteja em dia junto ao Ministério da Saúde quanto à PNAISARI, informação essa disponível no Relatório Anual 2018 da Funase (GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2018), uma vez que cumpriu as etapas estabelecidas pela referida portaria para que se efetivasse sua habilitação, é grande a dificuldade em garantir cuidados de saúde em nível de atenção primária para os adolescentes que se encontram internados, sendo ainda mais complexa a garantia da continuidade do cuidado para eles, o que é uma das prerrogativas da AB. Sobre isso, temos no Cap. III da: “Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde.” (BRASIL, 2014).

Enquanto integrante da rede de atenção à saúde, a AB, por sua vez, é responsável por ações de promoção da saúde, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; garantia de direitos no que diz respeito à saúde sexual e saúde reprodutiva, cuidados de saúde bucal; articulação da rede de atenção psicossocial para cuidado de saúde mental e redução de danos quanto ao uso de álcool e outras drogas, além de considerar os determinantes sociais de saúde e relacioná-los às vulnerabilidades pessoais e sociais desse grupo populacional para, de fato, promover a saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei (BRASIL, 2014).

Ainda que o fluxo do cuidado em saúde para esses adolescentes esteja pactuado, ao menos em nível de gestão, os profissionais que os assistem, embora ocupando seus postos de trabalho e estando informados acerca da necessidade de oferecer atendimento adequado a todos aqueles a quem atendem pautados na ética que regula suas profissões, são sujeitos que interagem socialmente com o mundo e cuja ação é influenciada pelas crenças que possuem acerca daqueles a quem oferecem seus serviços. Desse modo, muitos deles compartilham teorias de senso comum sobre os jovens autores de infrações que, junto com o conhecimento científico por eles adquirido relacionado às suas áreas de formação, pode servir de referência e orientação para suas práticas profissionais.

Os relatos que chegavam até mim enquanto profissional do sistema socioeducativo, e mesmo hoje, em conversas do cotidiano, me mostram que há uma parcela significativa da população defensora de que pessoas que cometem ações ilícitas, principalmente aquelas que envolvem violência e atentam contra a vida, não devem ser consideradas como sujeitos de direito. Muitas acreditam que o sistema prisional do Brasil e em analogia a este o sistema socioeducativo também, oferece uma série de regalias e privilégios aos “bandidos”, que, em vez disso, deveriam ser submetidos a todos os tipos de maus tratos e humilhações. É como se eles perdessem sua cidadania e até mesmo sua humanidade, uma vez que as leis do Brasil são consideradas muito brandas e que há o entendimento de que só protege os que cometem crimes, deixando a mercê da ausência do Estado aqueles que são considerados "cidadãos de bem".

Assim sendo, por qual motivo os adolescentes que praticaram atos infracionais deveriam ser atendidos do mesmo modo que os demais usuários que frequentam as USF? Destaca-se que a maior parte da população assistida pela ESF é de baixa renda e que a cobertura de área não consegue atingir a totalidade do território, deixando muitos usuários sem a garantia do atendimento longitudinal proposto pela atenção básica. Ademais, os adolescentes em internação chegam custodiados ao serviço e sua presença, por vezes, causa tumulto nos espaços, de modo que eles não costumam ser bem vindos e há quem diga que não deveriam interagir com outras pessoas ou mesmo ultrapassarem os muros que os afastam e distinguem dos demais “cidadãos”.

Diante do exposto, o nosso interesse está em compreender as práticas dos profissionais relativas ao atendimento de saúde do adolescente em conflito com a lei, considerando o que é proposto nas normativas com relação à assistência oferecida para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Para isso, a pretensão é investigar a relação entre as representações sociais dos profissionais de saúde acerca dos adolescentes autores de ato infracional e as práticas de cuidado em saúde que são ofertadas a eles.

São escassos os estudos que tratam especificamente da saúde de adolescentes privados de liberdade e considera-se que esta pesquisa pode ajudar a problematizar os entraves para a garantia do cuidado em saúde para esses adolescentes, principalmente em nível de atenção primária. Essa população costuma ter dificuldade no acesso a uma série de serviços, o que contribui com a manutenção da situação de vulnerabilidade em que se encontra. Durante o cumprimento da medida de internação, em vez de finalmente obterem acesso aos direitos que lhe foram anteriormente negados, são mais uma vez deixados à margem, reforçando o ciclo de exclusão e violência que geralmente perpassa o envolvimento em atos contrários a lei.

3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) se debruça sobre o fenômeno das Representações Sociais (RS), as quais são consideradas uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade que é comum a um determinado conjunto social.

Esta proposição teórica elaborada por Serge Moscovici a partir da investigação de como a psicanálise estava sendo difundida na França, surge em um momento histórico em que o foco do conhecimento havia se voltado para o indivíduo e seus processos mentais, e, em contraponto lança luz sobre a importância do meio em que este sujeito está inserido e como isso interfere na construção da realidade, problematizando a ideia do saber popular (senso comum) ser de menor valor que o conhecimento científico (SANTOS, 2005).

Embora esta teoria esteja atualmente bastante difundida no meio científico, principalmente por permitir uma compreensão e explicação profunda dos fenômenos sociais (ALMEIDA, 2005b), identificar se um objeto de pesquisa é de fato objeto de representação social exige a observância de alguns critérios objetivos. Celso Sá, no livro em que discute a Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais (1998) refere que não tão incomum é o erro em que incorrem algumas pesquisas que buscam investigar as representações sociais de determinados objetos, mas que não atendem de fato aos requisitos para a existência da representação social.

Para que haja uma representação social capaz de tornar-se objeto de estudo, é necessário que haja também uma teoria de senso comum, um conhecimento compartilhado sobre o objeto investigado. Para tanto, o objeto precisa ter relevância cultural e espessura social, além de ser polêmico e polissêmico (SÁ, 1998). Além disso, o autor deixa claro que

uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto). Não podemos falar em representação de alguma coisa sem especificar o sujeito – a população ou conjunto social – que mantém tal representação. Da mesma maneira, não faz sentido falar nas representações de um dado sujeito social sem especificar os objetos representados (p. 24).

Para este autor, a fim de tornar o objeto compreensível por meio da TRS, com a finalidade de pesquisa, exige-se uma simplificação do fenômeno socialmente observado, uma vez que ele é sempre complexo e multifacetado. Há alguns estudos (ESPÍNDULA *et al.* 2006; LOURENÇO, 2011; COSTA, 2016) que investigam representações sociais de adolescentes em conflito com a lei, o que comprova e reforça nossa ideia de que o adolescente autor de ato

infracional consiste em objeto de representação social em nossa sociedade. Sobre esse adolescente, comumente uma série de elementos são compartilhados - ou não - por diferentes grupos sociais.

Entendemos as Representações Sociais como saberes que são elaborados e compartilhados por um grupo com o objetivo de construir e interpretar a realidade. Segundo Moscovici (2012), as RS são caracterizadas como “entidades quase tangíveis; que circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano” (p. 39). Sua função, de acordo com Jodelet (2001), está em auxiliar o homem a identificar os fenômenos à sua volta e partilhar esse mundo com os demais. Além disso, estas representações são formadas por processos sociocognitivos, o que tem implicações na vida cotidiana, na comunicação e nos comportamentos, uma vez que orienta, nomeia e define os diferentes aspectos da realidade.

O conhecimento do senso comum, investigado pela TRS, diferentemente do conhecimento científico, que deve ser produzido com rigor metodológico e objetiva conhecer a natureza e dominá-la, é construído de forma natural e sua finalidade é compreender e explicar a realidade social com a função de orientar comportamentos e permitir a comunicação entre os sujeitos, considerando ainda as particularidades de cada grupo (SANTOS, 2005). Para ilustrar um pouco melhor, recorreremos a Santos (2005) onde a autora afirma que “sendo a representação social uma construção do sujeito sobre o objeto e não sua reprodução, essa reconstrução se dá a partir de informações que ele recebe de e sobre o objeto” (p. 25), além disso “compartilhar teorias de senso comum a respeito de determinados objetos assegura a comunicação entre as pessoas e fornece um guia para suas condutas” (p. 29).

A TRS se propõe a compreender e explicar em profundidade fenômenos sociais e para isso utiliza-se de elementos formativos que serão melhor apresentados agora. Por meio de conceitos importantes como objetivação e ancoragem, é possível conhecer o processo de construção e gênese de uma representação social (ALMEIDA, 2005b). A ancoragem é entendida como o processo em que os objetos não familiares são identificados com base em categorias previamente estabelecidas, enquanto a objetivação é o processo em que conceitos abstratos são materializados em realidades concretas (MOSCOVICI, 2012). Desse modo, como dito anteriormente, as representações sociais são uma modalidade de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado que tem como objetivo a comunicação entre os indivíduos e a orientação de seus comportamentos.

O processo de objetivação ocorre por meio de três movimentos: a seleção e descontextualização da informação possibilita que apenas alguns dos elementos relacionados aquele objeto sejam fixados pelos sujeitos em virtude de seus conhecimentos e experiências anteriores; a formação de um núcleo figurativo, imaginante, que ocorre a partir da transformação do conceito; e a naturalização dos elementos que, embora construídos socialmente passam a ser identificados como pertencentes à realidade do objeto (SANTOS, 2005).

A ancoragem, por sua vez, por meio da atribuição de sentido, faz com que conhecimentos e valores anteriormente existentes para o sujeito sejam utilizados quando é necessário classificar um objeto novo e desconhecido. A instrumentalização do saber permite que a representação tenha um valor funcional por possibilitar ao sujeito à compreensão e do meio social em que está inserido. Essas novas representações se enraízam no sistema de pensamento e ao passo em que transformam aquilo que era desconhecido em familiar, concomitantemente operam mudanças no conhecimento anterior. Ou seja, “o sistema de pensamento preexistente ainda predomina e serve como referência para os mecanismos de classificação, comparação e de categorização do novo objeto (SANTOS, 2005, p. 33).

A concepção de sujeito que dá suporte a TRS é a de um ser ativo no processo de construção do conhecimento, ao mesmo tempo em que é um sujeito social, uma vez que não é possível que ele se constitua como tal afastado do meio em que vive. Assim, a TRS busca superar a dicotomia “indivíduo versus sociedade”, pois as RS são individuais porque se ancoram em sujeitos, e sociais, visto que não podem ser de uma única pessoa (GUARESCHI, 2000).

De acordo com Santos (2005), com relação ao quadro social em que está inserido o sujeito e que embasarão a formação do conteúdo da representação social Moscovici propõe três dimensões, são elas: a atitude, que está ligada à história da pessoa ou do grupo em que está inserido; a informação, relacionada à qualidade e quantidade de conhecimento que o sujeito possui a respeito do objeto e o campo representacional, onde as duas dimensões anteriores se estruturam de modo organizado.

Uma vez que definimos a representação social e a teoria que a estuda, apresentaremos algumas das suas funções. Segundo Santos (2005) a função de saber permite que “possamos explicar, compreender e dar sentido à realidade social (p. 34). Além de funcionarem como guias de conduta que orientam as práticas sociais, essas influenciadas mais pela forma como o sujeito representa a realidade do que por suas condições objetivas. Assume ainda uma função

identitária, uma vez que um grupo social pode se definir e diferenciar de outro através das representações que compartilha, o que fortalece sua identidade grupal. Não podemos esquecer da função justificadora, por serem guias de conduta socialmente compartilhados, as representações sociais sobre um objeto permitem ao sujeito a partir delas justificar seu comportamento para com este objeto.

A partir da Teoria das Representações Sociais entende-se que a realidade social e os saberes se constroem a partir das relações que são estabelecidas entre os sujeitos. Desse modo, pode-se pensar no quão potente pode ser discutir a articulação entre práticas e representações sociais, uma vez que, a partir desse aporte teórico, não é possível vislumbrar um sujeito separado do meio social que o circunda e que orienta suas ações, considerando que não há separação entre sujeito, objeto e sociedade e, do mesmo modo, o psicológico e o social estão intimamente articulados.

Ainda que se observe certa confusão no uso do conceito de práticas sociais nos estudos que se utilizam da TRS (ALMEIDA, SANTOS e TRINDADE, 2000), é possível vislumbrar o quanto a relação entre práticas e representações é importante para esta teoria, consistindo esse em um dos seus pilares e apresentando as práticas como elemento fundamental dessa construção teórica (TRINDADE, 1998).

Para o desenvolvimento desse trabalho, parte-se do pressuposto de que as representações sociais construídas e compartilhadas por determinados grupos acerca dos objetos, de maneira geral, se relacionam e tecem significados, influenciando as ações, as escolhas e a postura adotada por eles em suas práticas sociais, sejam elas práticas profissionais, pedagógicas, de cuidado, de ensino e etc.

As práticas sociais, entre elas as práticas profissionais, sobre as quais nos debruçaremos mais detalhadamente, são orientadas pelas lógicas psicossociais. Para Santos (2016) há uma

necessidade de se levar em consideração a negociação de saberes e a experiência vivida na atuação prática. Saber técnico-científico, saber de senso comum, cultura profissional e a experiência vivida em uma atividade concreta parecem fornecer um guia de orientação para as práticas profissionais (p. 18).

Na ocasião, a autora problematiza a pouca investigação acerca da associação entre representações sociais e práticas, sejam elas práticas profissionais ou não, e nos alerta sobre a indissociabilidade das mesmas, uma vez que elas se influenciam e se constroem mutuamente. De acordo Moscovici e Jodelet (1990 apud SANTOS, 2016) podemos dizer que é frequente que as representações sociais sejam associadas a comportamentos mecânicos e sem laços sociais,

como se fossem independentes, quando na verdade, são socialmente estruturadas e estão instituídas em relação direta com as regras socialmente existentes.

Santos (2016) chama atenção para o fato de que, em nosso país, o interesse em estudar práticas sociais, sobretudo as práticas profissionais, está relacionado às muitas mudanças ocorridas no Brasil após a promulgação da Constituição Cidadã, que opera uma alteração de paradigma na realidade do país e favorece a criação de dispositivos diferentes dos que estavam em vigor até então, como exemplos a autora cita o Sistema Único de Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente, ambos importantes para este estudo.

A TRS chega ao Brasil em um momento de mudanças políticas: época da redemocratização do país. A nova Constituição mudava a concepção de sujeito e cidadão para a saúde, educação e assistência e os psicólogos foram instigados a pensar sobre as dificuldades de institucionalização das novas práticas propostas por esses dispositivos. Houve então uma proliferação de trabalhos que pretendiam entender as RS e as práticas com objetivo de intervir na realidade social. As mudanças ocorridas no âmbito da lei, por si só, não eram capazes de operar modificações em seu agir e exigiam dos profissionais uma reelaboração tanto de suas práticas quanto das concepções que as embasavam sendo observadas discrepâncias importantes nesse fazer (SANTOS, 2016).

Embora o estudo das práticas sociais seja bastante relevante para a TRS e esta, por sua vez, se configure como importante referencial teórico para a realização de pesquisas no país, a partir de buscas na biblioteca digital SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando-se os descritores "representações sociais" e "práticas sociais" combinados de diferentes maneiras e aplicando-se o filtro de tempo (2014-2019) não localizamos trabalhos de revisão de literatura que investiguem essa associação.

Uma análise superficial dos trabalhos nos possibilitou fazer alguns apontamentos sobre os estudos encontrados, como o fato de que tinham como interesse discutir problemas sociais a partir da articulação entre as representações e práticas e assim possibilitar uma compreensão de aspectos da realidade social brasileira. No levantamento das produções brasileiras que investigam a associação entre práticas e representações foram localizados estudos que não faziam uso da TRS como referencial teórico. Esse é um termo cujo uso é bastante disseminado em nosso meio social, a ele sendo atribuídos sentidos e significados diferentes para diversas áreas de estudo e nem sempre se reportando à investigação do fenômeno das representações sociais a partir da teoria que o embasa e que foi proposta por Moscovici.

Observamos que essa abordagem teórica possibilita uma profícua discussão sobre a relação entre práticas e representações, sendo esse inclusive um dos eixos fundantes do seu desenvolvimento enquanto perspectiva teórica. Todavia, ainda que os autores utilizem os conceitos de representações sociais e práticas sociais, eles não discutem teoricamente essa relação, de modo que não há aprofundamento sobre isso ou, quando há, o fazem de modo incipiente. Até mesmo a definição do conceito de práticas sociais, sobre o qual existe certa confusão (TRINDADE, 1998), não aparece na maioria das publicações.

Do ponto de vista metodológico, as variações encontradas entre os trabalhos são amplas, diferentes técnicas de coleta e análise são utilizadas, ainda assim, há uma tendência hegemônica de emprego dos métodos qualitativos. Sendo raros os estudos que fazem uso de métodos quantitativos e/ou experimentais.

Quando os sujeitos de pesquisa são profissionais, as representações sociais são apresentadas como guias de condutas para sua atuação, reforçando o caráter interdependente entre representações e práticas. Observa-se que essa interdependência é analisada principalmente quanto ao impacto das representações nas práticas, mas o inverso, a influência das práticas sociais nas representações, é pouco trabalhada nos estudos e o destaque fica geralmente voltado para o quanto às representações são capazes de orientar e construir práticas sociais, negligenciando-se o seu contrário. Ratificando, os trabalhos que investigaram representações e práticas de profissionais destacaram o quanto elas se influenciam mutuamente e por isso modificações ocorridas em nível de representações podem sim resultar em mudanças nas práticas. E sabemos que o inverso é válido.

Os artigos tinham como objetivo identificar, compreender, analisar, conhecer, observar e caracterizar representações sociais e/ou práticas sociais, dentre estas, as práticas de cuidado relacionadas à saúde foram as mais investigadas (FERREIRA *et al.*, 2016; CORTEZ, TRINDADE e MENANDRO, 2017; MALDONADO BRITO *et al.*, 2017; RAMOS e COELHO, 2017; MENDES e SANTOS, 2016; SILVA, TEIXEIRA e FERREIRA, 2014; SOUSA, SILVA e FERREIRA, 2014) seguidas de práticas de educação ou pedagógicas (OLIVEIRA JUNIOR *et al.*, 2016; MACAGNAN & BETTI, 2014) e práticas profissionais (SANTOS *et al.*, 2017; MACHADO e SANTOS, 2015). Além dessas, foram investigadas as práticas sexuais (FURTADO *et al.*, 2016), de interdisciplinaridade (RIBEIRO *et al.*, 2015), relacionadas ao uso de crack (ACIOLI NETO e SANTOS, 2016) e relacionadas à organização do sistema prisional (MACHADO e SLONIAK, 2015).

A partir desses trabalhos pudemos observar que o estudo das práticas e representações sociais consiste em objeto de interesse de diferentes áreas de conhecimento, entre elas se destacam a enfermagem, a psicologia e a educação. As publicações se debruçam sobre práticas de natureza distinta (de cuidado, profissionais, educacionais) o que ratifica o quanto a abordagem oferecida por meio da TRS está difundida em diferentes campos de saber na realidade brasileira (JODELET, 2001) e em como, pelas características das representações sociais, o conhecimento do senso comum que une sociedade, indivíduo, linguagem, cultura e dinâmica social, uma perspectiva interdisciplinar se faz necessária para que essas representações possam ser apreendidas (SANTOS, 2005).

Ao considerarmos a mútua influência entre representações e práticas sociais, estas resultantes da interação entre o sujeito, o objeto e seu grupo social, destacamos o fato de que as representações sociais acerca dos adolescentes em conflito com a lei podem interferir diretamente nos atendimentos de saúde que são oferecidos a eles. Ao mesmo tempo, investigar essas representações entre o grupo de profissionais que oferecem assistência à saúde para esses adolescentes pode fazê-los (os trabalhadores) refletir sobre suas práticas profissionais e a partir daí operar mudanças neste campo.

Sendo a população de adolescentes privados de liberdade reconhecidamente alvo de preconceitos e estigmas, cabe a nós seguir o que vem sendo orientado pelas normativas e proposições acerca do atendimento para esse público e trabalhar em prol de reduzir essas iniquidades. A partir da identificação das práticas dos profissionais de saúde que atendem esses adolescentes e da investigação das representações sociais construídas e compartilhadas por eles e por aqueles que são responsáveis pela gestão e organização dos serviços, buscamos compreender como e se isso provoca interferência na execução da política de atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre as representações sociais dos profissionais de saúde acerca dos adolescentes autores de atos infracionais que estão em cumprimento de medida socioeducativa de internação e as práticas de cuidado em saúde a eles ofertadas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar como os profissionais percebem a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) na medida socioeducativa de internação.

- Identificar o conteúdo das RS de adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade entre os profissionais de saúde.

- Identificar as práticas de saúde ofertadas aos adolescentes privados de liberdade pelos profissionais de saúde.

5 MÉTODO

Diante do exposto até aqui e em virtude da finalidade almejada com este trabalho, acreditamos que a realização de uma investigação qualitativa era a maneira mais adequada para conseguir nos levar aos objetivos pretendidos. Estudos dessa natureza envolvem um conjunto de práticas interpretativas em que se investigam os objetos em seus cenários naturais, na tentativa de compreender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas os conferem. Neste tipo de pesquisa, se trabalha com significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos sujeitos, o que corresponde a um espaço profundo que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis e exige que os procedimentos utilizados levem em consideração às características do objeto escolhido, inclusive sua complexidade (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002; MINAYO, 2009). Assim sendo, trabalhos desta natureza representam sempre uma atividade situada que localiza o observador no mundo (DENZIN e LINCOLN, 2006).

Optamos por utilizar como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS) e tendo em vista que o interesse é investigar o que está no nível das relações humanas, consideramos a entrevista, como instrumento capaz de alcançar os objetivos pretendidos (MINAYO, 2009).

A entrevista aparece como importante técnica de levantamento do conteúdo das representações sociais e possibilita acesso a um material que pode ser bastante rico e complexo. Foi por longo tempo apontada como técnica mais interessante e elaborada para o estudo das RS, principalmente se realizada em profundidade e no formato não diretivo. No entanto, precisamos relatar que esse formato impõe algumas dificuldades, uma vez que a relação entre os envolvidos (entrevistador e entrevistado) e até mesmo o ambiente de realização da mesma e a situação da entrevista podem interferir nos resultados, lembrando que eles serão inevitavelmente e por mais que se busque uma neutralidade, muito influenciados pela interpretação do pesquisador (ALMEIDA, 2005).

Sendo assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes, uma vez que este formato considera a implicação do pesquisador e do pesquisado na coleta de dados e permite ao entrevistador direcionar as perguntas para o seu interesse, sendo necessário para isso que ele se mantenha atento e atuante. Possibilita também que haja flexibilidade para inserção de outras perguntas e pontuações que se façam necessárias no decorrer da realização da entrevista. Permite ainda que o entrevistado fale livremente a partir das questões que lhe são

feitas, o que favorece além da descrição dos fenômenos sociais, a compreensão e explicação dos mesmos, que devem ser pensados com base nas teorias e hipóteses que embasam o estudo (TRIVIÑOS, 1987).

Assim, antes do encontro com os participantes elaboramos um roteiro com 15 perguntas básicas (Anexo A) que entendemos que seriam suficientes para atingir os objetivos pretendidos e auxiliar o processo de interação esperado para o momento da realização da entrevista. O roteiro foi adaptado em virtude da função desempenhada pelo sujeito.

5.1 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa dez profissionais pertencentes a três distintos grupos, distribuídos do seguinte modo: seis que estão lotados na USF, dois que ocupam cargos de gerência ligados aos serviços no município e dois que trabalham no Case. Além dessa divisão, eles podem ser novamente categorizados em: sete profissionais que desempenham funções técnicas e prestam serviços que oferecem assistência direta aos adolescentes em cumprimento de medida de internação (médico, enfermeira, dentista, auxiliar de saúde bucal e técnica de enfermagem) e três profissionais que ocupam cargos de gestão (coordenação da regional de saúde, coordenação de políticas estratégicas do município e coordenação técnica do Case).

Cabe destacar que a USF que tem localização mais próxima do Case comporta duas equipes de Saúde da Família, cuja composição, de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, conta com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, esses últimos variam em número a depender da extensão do território adscrito. A USF também pode acomodar uma equipe de Saúde Bucal, esta é formada por cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Apenas uma destas equipes de SF é responsável pela realização de atendimentos aos adolescentes do Case, aquela cujo território está localizado mais próximo da área de cobertura da USF.

Antes da entrada no campo, ainda na época da construção do projeto de pesquisa, a informação era de que o Case estava localizado em área que era de cobertura da ESF. Entretanto, com o início das entrevistas tivemos conhecimento de que o Case fica localizado fora do território adscrito e que os atendimentos aos adolescentes são realizados em virtude de um acordo com a gestão. Desse modo, não havia ACS responsável pela unidade socioeducativa e por essa razão não houve representante dessa categoria entre os entrevistados.

De todo modo, o município não sabe especificar ao certo qual é o território da USF em questão e na ocasião da coleta de dados estava passando por um processo de recadastramento

digital, por meio do *tablet* que os ACS haviam recebido pouco tempo antes. Com esse dispositivo o município acredita que será possível fazer uso de geoprocessamento para conhecer precisamente a extensão do território.

O ACS na condição de morador do território e ao mesmo tempo integrante da ESF, é o profissional que favorece a realização de uma interlocução entre o usuário do serviço de saúde, que é membro da comunidade e os profissionais, possibilitando, a partir desse lugar que ocupa, um maior conhecimento territorial e agregando informações à compreensão do processo saúde e doença, que, como vimos, por vezes é atravessada por uma série de questões (determinantes e condicionantes) que nem sempre são facilmente conhecidas ou acessadas pela equipe de SF. De modo que esse profissional é fundamental para a resolutividade esperada com a Atenção Primária e favorece, por meio do vínculo existente, a adesão do aos tratamentos por parte do usuário e a execução de ações de prevenção e promoção de saúde.

Sendo assim, a ideia inicial era entrevistar apenas a equipe de Saúde da Família designada para atender os adolescentes do Case, entretanto, com a entrada no campo de pesquisa nos deparamos com uma equipe de SF desfalcada (enfermeira e médico estavam afastados de suas funções) e por esse motivo os atendimentos dos adolescentes do Case estavam sendo realizados pela outra equipe de SF com quem compartilhavam suas acomodações. Então reavaliamos e decidimos realizar as entrevistas com os profissionais que estavam presentes na unidade na época e que atendiam os jovens em questão.

Dos profissionais ligados ao município, além dos que estavam diretamente na assistência, a pretensão era entrevistar a Gerente de Atenção Básica e a pessoa que chefiava o Núcleo de Saúde da Criança e do Adolescente, o que não foi possível. A primeira não conseguiu ter horário disponível no período de realização das entrevistas (de julho a outubro de 2019) e o segundo cargo estava desocupado. Conseguimos, no entanto, entrevistar a Coordenadora de Políticas Estratégicas do município, cargo ao qual está vinculado o Núcleo de Saúde da Criança e do Adolescente e que esteve por dois anos e meio desempenhando a função de chefe desse Núcleo. Além disso, cabe informar que a gerente de AB estava ocupando esse cargo há poucos meses e durante os contatos na tentativa de realizar a entrevista, repetiu reiteradas vezes que havia chegado recentemente ao município e, portanto, ainda não conhecia em detalhes a realidade local.

Do Case foram entrevistados os profissionais que trabalham diretamente com as questões de saúde dos adolescentes, a saber, a responsável pelo setor de saúde da unidade socioeducativa e a coordenadora técnica, que tem mais proximidade com o setor de saúde. Uma

informação é relevante aqui, a pessoa que cuida das demandas de saúde dos adolescentes no Case é um agente socioeducativo que possui formação técnica na área da saúde, uma vez que Funase não prevê contratação de profissionais de saúde para seu corpo funcional.

Todos eles têm carga horária de trabalho de 40 horas semanais, oito estão vinculados ao município, os outros dois são funcionários do estado e atuam dentro do Case. Do total, três desempenham função gerencial, dois no município e um na unidade socioeducativa e sete ocupam função técnica. Elaboramos o quadro abaixo (Quadro 1) com objetivo de melhor ilustrar essa distribuição.

Quadro 1 - Distribuição dos participantes por serviço

	Gestores		Técnicos	
Município	Coordenação Políticas Estratégicas e Programas	Coordenação Regional de Saúde	ESF	Médico
				Médico
				Enfermeiro
			ESB	Técnico de Enfermagem
				Dentista
				Auxiliar de Saúde Bucal
Estado		Coordenação Técnica	CASE	Técnico de Enfermagem*

* Agente socioeducativo que possui formação na área de saúde.

5.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Alguns dos participantes faziam parte da minha rede de contatos, os que não eram parte dessa rede foram localizados por meio da regional de saúde onde estão situados os serviços. Os participantes foram informados do que tratava a pesquisa, seus objetivos, procedimentos e a finalidade dos resultados e após concordarem em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Foi utilizada uma entrevista semiestruturada com aproximadamente 15 perguntas iniciais para a coleta de dados (Apêndice B). As questões da entrevista tinham como objetivo investigar o que os participantes pensavam dos adolescentes em cumprimento de medida de internação, sobre o encontro com esses jovens e as práticas em saúde que lhes são ofertadas, além de indagar sobre o conhecimento acerca da política de saúde específica para essa população. Foi solicitada ainda a ilustração por meio da narrativa de uma experiência

relacionada ao cuidado em saúde vivenciada pelo sujeito ou por alguém conhecido, de modo que o profissional pudesse relatar a sua prática a partir de um caso concreto.

As perguntas da entrevista foram adaptadas em virtude da diferença entre as funções dos profissionais entrevistados, uma vez que haviam profissionais que desempenhavam funções gerenciais e que realizavam atendimento direto ao adolescente, e há ainda os que tinham como local de trabalho a própria unidade socioeducativa. O fato de ter sido uma entrevista semiestruturada permitiu construir um diálogo ao longo da coleta de dados, de modo a possibilitar acesso a outras informações que foram consideradas importantes no momento de realização da entrevista.

As entrevistas foram realizadas em hora e local previamente acordado com os participantes. Aconteceram individualmente e durante o horário de trabalho dos mesmos, a maioria em seu próprio local de atuação. Das 10 entrevistas realizadas, sete foram gravadas em arquivo de áudio com autorização dos participantes e transcritas integralmente. Todas tiveram tempo livre. Três dos entrevistados não autorizaram a gravação, nesses casos, a entrevista foi registrada por escrito durante sua realização, ao menos a maior parte das informações e o registro foi finalizado após o término de realização das mesmas.

Para a efetivação desse estudo foram observados os preceitos éticos para a realização de pesquisa com seres humanos que são guiados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco - CEP/CCS/UFPE - CAAE 87232518.5.0000.5208. Os participantes foram informados de que poderiam interromper sua colaboração com a pesquisa a qualquer momento. Com objetivo de preservar as suas identidades, foram ocultados os nomes, os locais de trabalho e o município onde a pesquisa foi realizada.

5.3 ANÁLISE DE DADOS

Visando alcançar os objetivos pretendidos nesta pesquisa, fizemos uso da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), esta consiste em um "conjunto de técnicas de análise das comunicações" (p. 37) que tem como uma de suas funções verificar hipóteses a partir de questões ou mesmo de afirmações provisórias, que serão refutadas ou confirmadas por meio do uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das falas emitidas pelos participantes, uma vez que o interesse está em compreender aquilo que se encontra por trás do significado das palavras.

Os dados verbais obtidos por meio das entrevistas constituem o *corpus* sobre o qual nos debruçamos e que nos possibilitaram ter acesso aos sentidos produzidos pelos participantes acerca do objeto de estudo. Por meio deles foi possível conhecer as RS de adolescente autor de ato infracional e de que modo essas RS estão relacionadas às práticas sociais, neste caso, apresentadas como práticas profissionais que a eles são destinadas no serviço de saúde. Foram os objetivos dessa pesquisa que serviram de base para a elaboração das perguntas da entrevista (Apêndice B) e para a análise dos resultados obtidos.

A análise de conteúdo possibilita ter acesso aos significados por eles compartilhados, sejam eles explícitos ou não. Como dito anteriormente, é bastante frequente que essa técnica seja utilizada como meio para investigar representações sociais. A análise dos dados em pesquisas de natureza qualitativa consiste muitas vezes num processo indutivo, no qual o pesquisador mergulha nos dados obtidos para então codificá-los e interpretá-los e, a partir desse procedimento, realiza inferências de sentido das falas apresentadas pelos entrevistados de modo a compreender as causas da emissão da mensagem ou as consequências que ela pode provocar. O próprio Moscovici (1968 apud BARDIN, 2016) afirma que tudo o que é dito ou escrito é passível de submissão a uma análise de conteúdo.

Após a transcrição integral de todas as entrevistas e de uma leitura atenta e exaustiva das mesmas - uma leitura flutuante ocorreu ainda no momento da transcrição - o primeiro trabalho de classificação dos dados consistiu em separar cada uma delas em blocos que aglomeravam assuntos em comum que foram tratados ao longo da entrevista. Com a ajuda do programa Microsoft Excel foram criadas planilhas que possibilitaram a organização dos dados a partir de cada uma das perguntas utilizadas no roteiro e de trechos das falas localizados ao longo da entrevista.

Para a organização das planilhas, as entrevistas foram identificadas considerando que os participantes integram duas classes, sendo uma delas formada por gestores e outra por técnicos, conforme disposto no Quadro 1 apresentado acima. As entrevistas foram identificadas pela letra inicial da função que exercem seguida de números que foram de 1 a 3 para o caso dos gestores e de 1 a 7 para os técnicos, por exemplo, G1 (gestor 1) e T1 (técnico 1). O quadro abaixo ilustra essa distribuição, além de identificar a profissão de cada um deles, a função desempenhada e o tempo em que está neste posto de trabalho. Lembremos que dois dos profissionais entrevistados atuam no próprio centro socioeducativo e acreditamos que a proximidade com o adolescente pode ser uma variável que interfere nos resultados. Logo, esses elementos serão trabalhados ao longo da discussão e na referida tabela esses profissionais

tiveram sua identificação sublinhada, apenas como forma de diferenciá-los dos demais para possibilitar uma melhor visualização.

Quadro 2 - Identificação dos participantes a partir da função

Identificação	Formação	Função	Tempo (meses)
Gestor 1	Enfermagem	Coordenação da Regional de Saúde	16
Gestor 2	Enfermagem	Coordenação de Políticas Estratégicas e Programas	48
<u>Gestor 3</u>	Serviço social	Coordenação Técnica	28
Técnico 1	Medicina	Médico ESF	36
Técnico 2	Medicina	Médico ESF	12
Técnico 3	Enfermagem	Enfermeiro ESF	12
Técnico 4	Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem ESF	36
Técnico 5	Cirurgião dentista	Dentista ESF	36
Técnico 6	Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar de Saúde Bucal ESF	36
<u>Técnico 7</u>	Técnico de enfermagem	Agente Socioeducativo (responsável pela enfermaria)	12

Conforme proposto por Bardin (2016) foram seguidos alguns passos para a realização da análise, a saber: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Ainda na fase inicial da análise (pré-análise) surgiram quatro blocos que tinham os seguintes temas: perfil do profissional entrevistado; representação social do adolescente autor de ato infracional; conhecimento da política (PNAISARI) e do centro socioeducativo e por fim serviços e práticas de saúde.

Foram recortados e distribuídos nas planilhas anteriormente citadas os trechos das entrevistas que estavam relacionados com os temas-eixo, uma vez que esses são os núcleos de sentido procurados nas falas dos entrevistados e é em torno deles que seus discursos se organizam. Por exemplo, embora tenhamos perguntado diretamente sobre o que pensam dos adolescentes que cometem atos infracionais, com objetivo de identificar as representações sociais sobre eles, muitas vezes em respostas a outras perguntas o entrevistado deixava transparecer mais detalhadamente os elementos que sustentavam essas representações ou mesmo apresentavam informações diferentes, por isso mesmo eles foram inseridos nas planilhas e considerados para análise.

O estudo das representações sociais por meio da técnica de análise de conteúdo possibilita que nos debruçemos não apenas sobre o discurso manifesto, mas que possamos fazer inferências por meio das falas identificadas e a partir delas propor interpretações que deem indícios dos elementos em que estão ancoradas e de que modo elas influenciam as práticas sociais. Passaremos agora a discussão dos resultados obtidos.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo da exposição dos resultados apresentaremos algumas similaridades e diferenças observadas entre os participantes e sua trajetória profissional, numa tentativa de buscar aproximações ou afastamentos entre eles e levando em conta que as representações sociais são construídas e compartilhadas dentro de um mesmo grupo. Consideramos que de algum modo isso pode nos orientar com relação à interpretação dos dados obtidos por meio das entrevistas, uma vez que as representações sociais consistem em formas de conhecimento prático sobre os objetos compartilhados entre os sujeitos pertencentes a um mesmo grupo e, ainda que elas sejam acessadas a partir de seu conteúdo cognitivo, precisamos entendê-las a partir da identificação do contexto de sua produção para que então possamos compreender melhor os grupos por quem são compartilhadas e suas implicações na vida cotidiana, sabendo que elas possibilitam a comunicação entre os sujeitos e interferem nos comportamentos, orientando, nomeando e definindo os diferentes aspectos da realidade (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012).

6.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NA MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE INTERNAÇÃO

Os profissionais entrevistados não estavam nessas funções na época de implantação da PNAISARI, todos eles começaram a trabalhar nesses locais, seja em nível municipal ou estadual, após 2015, ano em que houve a realização das oficinas do MS que tiveram como objetivo orientar e assessorar os estados e municípios envolvidos na execução da política, ou seja, aqueles que possuem Centros de Atendimento Socioeducativo em seu território.

Lembre-mos de que a responsabilidade pela saúde dos adolescentes em conflito com a lei deve ser compartilhada entre as três esferas de governo, de modo que as oficinas foram propostas pelo MS da saúde, órgão responsável pelo repasse fundo a fundo² do incentivo financeiro e pelo monitoramento e fiscalização dos serviços, é também quem deve oferecer a assistência técnica necessária para a operacionalização desses dispositivos.

Essas oficinas contaram com representação da Funase, instituição executora das MSE em meio aberto e semiaberto, e das secretarias de saúde estadual e municipal, que são as

² Transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

responsáveis pela execução direta das atividades e ações de saúde para toda a população, incluídos aí os adolescentes em cumprimento de medida. Na ocasião, os participantes foram lembrados da responsabilidade de cada um dos entes federados e como podem contribuir para a sua efetivação, além de serem apresentadas as principais dificuldades encontradas na garantia desse direito aos adolescentes. Recordo-me com precisão por ter feito parte desses momentos como psicóloga do sistema socioeducativo, representando o Case.

Diante desse cenário de rotatividade dos profissionais é fácil compreender o fato dos participantes não terem conhecimento dos pormenores relacionados à criação da política e sua implementação, bem como a não compreensão da necessidade de fazer funcionar o que estava proposto na normativa, sob pena de sanção para o município (perda do incentivo financeiro para custeio) em caso de não cumprimento das ações que foram pactuadas. Desconhecimento esse que fica evidente através desse extrato de fala:

Eu ouvi falar, mas eu não sei nada muito a fundo dela não, assim... o que foi e tal... eu sei que não é tão antiga mas também não é tão nova, eu acho que foi 2012 que começou a discussão... Mas eu não sei quando foi publicada, se... desde quando funciona, não sei muita coisa sobre ela, sabia só da existência mesmo da política. (Gestor 1)

Inclusive, os profissionais de saúde que oferecem assistência direta aos adolescentes sequer tinham ouvido falar sobre a PNAISARI, cujo objetivo é estabelecer novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, demonstrando desconhecimento acerca de sua responsabilidade sanitária com a população do Case. O que nos faz questionar se há de fato equipe de saúde que seja de referência para esses adolescentes, conforme aparece em algumas das falas dos gestores.

A PNAISARI propõe que o Plano Operativo Municipal (POM) deve descrever as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e a gestão do sistema socioeducativo quanto aos cuidados em saúde desses adolescentes. Para isso, o Plano Anual deve ser elaborado a partir da pactuação entre gestores da saúde, do socioeducativo e a equipe de referência para atenção à saúde dos adolescentes. Entretanto, se a maior parte dos profissionais desconhece até mesmo a existência dessa normativa, como pode ter ocorrido essa habilitação do município junto ao MS? Quem terão sido os responsáveis por esse planejamento e por quais motivos os profissionais da assistência não foram convidados a participar ou mesmo informados sobre isso?

Ainda que os participantes entrevistados não estivessem em 2015, ano em que o estado e os municípios foram mobilizados pelo MS para essa articulação, em todos os anos

subsequentes até 2018 (ano em que consultamos relatórios da Funase), foi necessário ao menos uma atualização desse fluxo de atendimentos e das atribuições de cada um dos responsáveis. Todavia, essa discussão não envolveu os profissionais da ponta³ ou mesmo os seus gestores diretos, visto que os ocupantes de cargos técnicos da saúde desconhecem essas pactuações. Como apontado anteriormente, eles não tem conhecimento nem mesmo da existência dessa política. Entre os entrevistados, apenas os gestores e o técnico que atua no próprio sistema socioeducativo tem conhecimento da PNAISARI, ainda que se observe tratar-se de um conhecimento incipiente.

Isso pode ser indicativo de que, na prática, não estão ocorrendo os encontros dos Grupos de Trabalho Intersetoriais previstos na portaria, além de outras irregularidades que possivelmente implicaram na suspensão do repasse financeiro de custeio para o município. Dizemos possivelmente, pois pela fala dos entrevistados não se pode afirmar se o recurso tem sido repassado para o município ou como o MS tem realizado essa fiscalização, sabemos apenas que são enviados relatórios ao MS acerca das atividades desenvolvidas. Entretanto, de acordo com os relatórios anuais produzidos pela Funase nos últimos anos (2016, 2017, 2018), não há pendências do município quanto a sua habilitação junto ao ministério.

A gente... a gente sabe que o município recebe a verba... é, por ter o Case e o Casem (Casa de Semiliberdade). Recebe um percentual, só que ultimamente essa verba não está sendo utilizada, porque tem as medidas que precisam ser cumpridas pra essa verba vir pra gente. (Gestor 2)

Sobre esse... esse incentivo, na última reunião que a gente teve o pessoal coloca... primeiro parece que o entendimento é que eles não recebem. Agora eu não sei dizer, por ser uma habilitação que precisa ser renovada a cada dois anos. Eu sei que o município era habilitado e que o recurso entrava. (Gestor 3)

Dos dez participantes, apenas dois tinham contato anterior⁴ com pessoas privadas de liberdade: uma das gestoras havia atendido jovens egressas de unidades de internação quando era enfermeira de Saúde da Família em outro município e um dos profissionais da assistência à saúde dos adolescentes havia anteriormente trabalhado em uma unidade prisional e também em uma unidade de pronto atendimento para onde eram encaminhados usuários privados de liberdade, advindos do sistema prisional ou do sistema socioeducativo.

De modo geral, essas duas pessoas conseguiam pensar nos adolescentes privados de liberdade como sujeitos de direito e falavam sobre eles de maneira menos estigmatizada. Ambas

³ Assim são chamados os profissionais que atuam diretamente na assistência aos usuários.

⁴ Nas experiências anteriores à ocupação da função atual.

mencionaram a necessidade de que os profissionais que lidam diretamente com este público possam se despir dos preconceitos que costumam carregar para que possam desempenhar um bom trabalho. De acordo com Santos (2005) a formação do conteúdo da RS nos remete ao quadro social em que o sujeito está inserido a atitude é uma das dimensões da representação social e expressa uma tomada de posição, uma resposta organizada do sujeito frente a um objeto e essa resposta tem relação com a sua história ou a do grupo ao qual pertence, bem como a quantidade de informação que possui e, sendo essas dimensões indicativas do campo representacional que diz da diferença existente entre os grupos e de como elas interferem na formação da RS.

Eles acreditam que o fato de terem tido em suas trajetórias alguma proximidade com esses adolescentes interfere em como os representam, a primeira delas cita uma pessoa conhecida que precisou cumprir uma MSE de internação e a segunda teve aproximação com muitas histórias de vida enquanto trabalhava no presídio. As entrevistadas referem o quanto pode ser importante uma maior aproximação com os adolescentes por parte dos profissionais que os assistem.

Ó, é como eu te disse, às vezes os profissionais, eles têm, é... como a própria palavra já fala, preconceito, né? Tem um conceito prévio do que é aquela realidade. Então talvez se esses profissionais conhecessem mais o Case, fosse até visitar, fosse até entender como funciona, talvez isso minimizava. (Gestor 2)

E escolher quem busque a melhoria e queira socioeducar. Muitos que trabalham lá não querem isso, fazem de todo jeito. [...] os agentes chamam eles de ladrão, sei que são, mas isso não importa. Quando pergunto desse modo de tratamento os agentes socioeducativos dizem que é porque ninguém que eu gosto foi vítima deles, mas não é isso. Mesmo que fosse ia tratar do mesmo jeito. (Técnico 4)

Através desses extratos de fala podemos perceber como se mantém atual a importância dos princípios de respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes, bem como o enfrentamento ao estigma e preconceito, ambos dispostos pela PNAISARI, em virtude das dificuldades enfrentadas em todo o país para a garantia do direito à saúde dos adolescentes em cumprimento de MSE. Os dois participantes, cujo recorte de fala aparece acima, referem à importância de que haja menos preconceito por parte daqueles que estão em contato direto com os adolescentes, aquele que está na função de gestor acredita que se os profissionais de saúde se dispusessem a conhecer o Case e os adolescentes teriam menos incômodos para atendê-los. O que está no desempenho de uma função técnica, por sua vez, critica o modo de tratamento que os agentes socioeducativos dispensam aos adolescentes. Se

os agentes socioeducativos são os profissionais que mais de perto convivem com os adolescentes, será que o fato de conhecer o Case e os adolescentes seriam suficientes para operar mudanças em como esses atendimentos tem ocorrido? Discorreremos melhor sobre isso quando discutirmos as RS acerca dos adolescentes em cumprimento de MSE.

Com relação ao Plano Operativo Municipal, documento fruto da pactuação entre os entes federados, percebe-se a dificuldade em conseguir cumpri-lo, ao mesmo tempo em que existe a percepção do quanto isso se faz necessário, uma vez que o município responde diretamente ao MS sobre as ações realizadas.

O nosso POM (assim é chamado o Plano Operativo Municipal) [...] tem as ações que precisam ser cumpridas, a gente tem que cumprir minimamente. Então tem a parte da educação em saúde que você deve envolver o pessoal lá do Case, como também os nossos profissionais. Ai eu disse (para a nova chefe de Núcleo da Saúde da Criança e do Adolescente no município): olhe, já dê uma olhadinha no POM e já coloque no seu planejamento do próximo ano pra gente tentar cumprir as ações, porque toda vez que a gente responde aquele informe SUS do ministério [...] várias vezes a gente bota que não foi realizado, e a gente precisa realizar as ações. (Gestor 2)

Se o objetivo da PNAISARI é melhorar a saúde dos adolescentes em conflito com a lei e para isso pretende fazer uso do POM e do Plano de Ação Anual para definição das ações a serem realizadas e se o que tem sido proposto nesses instrumentos não é seguido, podemos dizer que houveram tanto avanços quanto retrocessos na implementação da política e no impacto da mesma para a saúde dos adolescentes, pois após a PNAISARI os documentos básicos chegaram a ser elaborados, mas não mais têm sido utilizados como guias para a realização das ações.

Ao serem indagados sobre como deveria estar organizado o cuidado em saúde para os adolescentes em atendimento socioeducativo, todos os entrevistados defendem que haja uma equipe própria no Case, muitos até afirmam que se a Funase é vinculada ao estado, deveria ser esse o ente responsável pela contratação dos profissionais e desconsiderando a responsabilidade sanitária que possuem com todos os usuários do território em que estão inseridos. Sobre isso, vale fazer um adendo, não é consenso entre os profissionais entrevistados se o lugar onde está localizado o centro socioeducativo consiste em território de cobertura da ESF. Como a ESF atua com base em um território delimitado, essa é uma informação que pode provocar impacto no desenvolvimento das ações junto aos adolescentes do Case, se fica fora do território de cobertura de fato não é responsabilidade da ESF assistir esses adolescentes.

Devia ter uma equipe lá, né? Fazendo a parte de educação em saúde lá com eles, fazendo parte de prevenção e etc. (Técnico 1)

Existe a Funase que tá aqui no território, que é de responsabilidade do estado, mas ao mesmo tempo é determinado que (o município) por tá no território assuma também essa parte de saúde deles, né? Lá dentro do... da Funase tem... é ... por exemplo, um consultório odontológico. Tem locais pra que isso tudo aconteça lá. E eu acho que talvez fosse o ideal né, assim, pra eles esse seria o ideal [...] eles acabam tendo que se deslocar até o serviço de saúde pra poder ser atendido, né? (Gestor 1)

Eu acho que deveria ser uma equipe para a Funase, sem ser assim a atenção básica envolvida, é claro a gente daria o suporte de medicamento... de qualquer questão que precisasse além dos profissionais que estivessem lá, mas eu acredito que o certo seria ter uma equipe lá, até como tem nos presídios, né? Tem técnico em enfermagem, tem médico responsável por aquele presídio, né? Eu acredito que deveria ser assim. (Técnico 3)

Quanto a essa questão, o disposto na PNAISARI é que a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deve ser preferencialmente realizada na Atenção Básica, instância responsável pela coordenação do cuidado na rede de saúde como um todo. Entretanto, o fato de nas instalações da unidade socioeducativa existirem espaços destinados à realização dos atendimentos de saúde, como por exemplo, enfermaria e consultório odontológico, reforça nos participantes a ideia de que a própria instituição deveria ser responsável por esses serviços e nos remete as instituições totais estudadas por Goffman (2001), locais onde o indivíduo realiza todas suas atividades e onde os sujeitos são tratados de modo padronizado, como se fossem todos iguais, sendo suas especificidades e características individuais desconsideradas, apagadas. E era como ocorria anteriormente à promulgação do ECA e a doutrina da proteção integral, onde crianças os adolescentes, fossem autores de ato infracional ou não, eram recolhidos para instituições de responsabilidade do Estado. É o que podemos ver a seguir:

[...] lá tem... tem a estrutura, tem a enfermaria, tem a enfermeira lá que fica de plantão, eles tem lá... lá na unidade (no Case), tem a sala da dentista, tem o material. Agora eu não sei porque ou se é falta de interesse de alguns profissionais de trabalhar, mas lá eles não tem um médico, nem que seja um médico fixo. E aí, tipo assim, eles tão pegando emprestado daqui, daqui da área, mas se a gente for ver num seria pra alguém daqui atender, né? Porque aqui a gente vê mais essa parte do... pra mim eu acho que eles deveriam ter um médico próprio, médico próprio, enfermeiro próprio, dentista própria, entendeu? Do que ter que tirar um profissional daqui pra levar pra lá, se eles tivessem um profissional próprio, aí não teria essa necessidade de tirar daqui pra levar pra lá [...] aqui realmente se fosse um caso de urgência que o profissional lá tivesse de férias e aí a gente desse um apoio, agora se fosse um caso assim, extra. Extra mesmo. (Técnico 2)

Mesmo o entrevistado que está na gestão do programa socioeducativo e por isso mais próximo dos adolescentes e com maior conhecimento das problemáticas por eles enfrentadas,

não parece compreender a importância para o processo socioeducativo de que o adolescente transite em espaços que ultrapassem os muros do Case. O que está de acordo com o apontado pela literatura quanto à existência de uma visão equivocada das instituições socioeducativas com relação ao fato de se considerar fundamental a existência de equipe de saúde dentro do centro socioeducativo e de se avaliar como ruim o encaminhamento do adolescente para a rede de saúde externa à unidade socioeducativa. E mais um vez, retornamos ao que Goffman (2001) propõe.

E eu acho que o ideal seria um médico na unidade, uma equipe de saúde na unidade, não só um médico, mas uma enfermeira... porque, eu acho que... uma das maiores dificuldades dentro de unidade socioeducativa é a questão de saúde, pela... pelo quantitativo, pelas condições, pela cultura... de... que se tem, que muitos meninos não tem nem o entendimento do que é saúde. E aí talvez com um profissional de saúde, no dia a dia, ajudaria mais pra minimizar algumas questões de... de... de prevenção mesmo. Com prevenção a gente conseguia evitar muitas coisas, muitas coisas. E aí com... com a presença de um profissional de saúde lá eu acho que a gente conseguiria articular melhor, pelo menos essa prevenção. Até pelo entendimento, pela formação. Porque às vezes a gente tem até uma pessoa com boa intenção tudinho, mas tá sozinha, aí esbarra na questão do... na condição de pessoal que não tem, enfim, que o profissional da saúde também esbarraria. (Gestor 3)

É proposto pela PNAISARI que todas as unidades socioeducativas tenham uma equipe de referência na Atenção Básica e que mesmo nos casos em que haja equipe de saúde dentro do próprio centro socioeducativo é a equipe da AB que deve se encarregar de realizar as articulações com a rede de atenção à saúde. O que vai de encontro ao referido pelos participantes.

Conforme identificado nos estudos de revisão de literatura que apontam uma limitação das questões de saúde dos socioeducandos aos problemas de saúde mental, principalmente com foco na medicalização dos comportamentos, os adolescentes do Case conseguem acesso mais fácil aos atendimentos de psiquiatria, ainda que para a população em geral essa seja uma especialidade de difícil acesso no município em questão.

Mas... também existe a questão do atendimento ao psiquiatra, né? Que aí eu não acho que seja necessário um psiquiatra diarista lá, mas... apesar que a gente não tá tendo dificuldade, tanta dificuldade pra ter acesso a um psiquiatra. A gente consegue... apesar de não ser uma demanda... nem sempre ser demanda desse psiquiatra. Com relação ao uso de drogas, por exemplo, mas a gente consegue ter um acesso... garantir esse acesso, a gente consegue, garantir esse acesso a um psiquiatra. (Gestor 3)

Os índices de adoecimento psíquico nas pessoas em situação de privação de liberdade são maiores que os da população em geral, por isso mesmo a PNAISARI têm como prerrogativa

que as equipes que assistem aos centros socioeducativos tenham entre seus integrantes ao menos um profissional de saúde mental. Porém, embora tenhamos observado que o acesso ao profissional de saúde mental é facilitado, aqui falamos de um cuidado que não parece estar integrado à rede de atenção básica. Como não há equipe do NASF que atenda ao território em que o Case está localizado, também não há profissional de saúde mental que realize assistência a essas demandas ou articulação com outros serviços da rede de saúde que pudessem realizar esse cuidado com a saúde mental.

Não foi possível através das entrevistas realizadas estabelecer um comparativo entre o cuidado em saúde que era realizado antes da existência da PNAISARI e como tem funcionado no presente, após sua promulgação, devido ao pouco tempo em que os profissionais estão nos serviços e por isso mesmo o desconhecimento deles de como ocorria anteriormente.

6.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ADOLESCENTE AUTOR DE ATO INFRAACIONAL

Já sabemos que todos os profissionais participantes tiveram algum tipo de contato com adolescentes que estavam ou estiveram em cumprimento de MSE, a maioria ocorreu nos atendimentos realizados diretamente a eles, mas também na execução de outras ações de saúde ou em outras situações. Dos dez participantes, três afirmaram que tinham medo ou preconceito antes de ter contato com esses jovens, mas que realizam esses atendimentos sem distinção dos demais usuários do serviço.

[...] como eu tô dizendo que eu tinha preconceito, né? Mas hoje em dia eu vejo com outros olhos, eu vejo como fosse um paciente normal que tá ali precisando da minha ajuda, [...] apesar de tudo, que pode ser que ele tenha cometido algum crime, que eles cometeram algum crime, eles são ser humano, né? E a gente tem que prestar assistência, de qualquer forma. (Técnico 3)

Então eu sempre falava que... na... na graduação eu sempre falava que não, que eu não trabalharia. Primeiro pelo medo, eu acho que pelo medo... não tinha outras opções não. Quando eu fui convidada pra trabalhar no Case, primeiro que eu vi que era uma... uma realidade diferente, a faixa etária diferente e... e quando você começa a atender o adolescente, você percebe que... que ele foi muito mais violentado do que a violência... que ele sofreu, quando você conhece os casos né? (Gestor 3)

A formação da RS se dá por meio do processo de ancoragem, que agrupa o objeto desconhecido em categorias preexistentes e assim atribui sentidos para ele, uma ação que não é neutra e exige, necessariamente, uma classificação do objeto e uma atribuição de sentido a ele

com base em conhecimentos já compartilhados na cultura ao qual o sujeito pertence (SANTOS, 2005). E após enraizar-se no sistema de pensamento anteriormente existente, o novo torna-se familiar ao mesmo tempo em que transforma o conhecimento anterior, como descrito pelos participantes acima.

Quanto ao que pensam sobre atender esses adolescentes, duas das falas diferem da maioria que afirma não fazer distinção ou ter dificuldades para atendê-los. Deixam evidente a necessidade de que eles estejam acompanhados por agentes socioeducativos durante os atendimentos, de preferência algemados, contrariando o que dizem as legislações quanto à condução de pessoas presas, que dispõe ser excepcional o uso de algemas, sendo sua utilização permitida apenas em caso de resistência da pessoa e de eminente risco de fuga ou de perigo à integridade física dela mesmo ou de terceiros, evidenciando o fato de que, diferente do que dizem, eles não são pacientes como os outros.

Sem problemas, desde que eles venham algemados. Qualquer movimento assusta, precisam tá com os agentes (socioeducativos). (Técnico 6)

Já atendi sim, mas não eles sozinhos. Estavam acompanhados com policial e agente socioeducativo. [...] Passam como adolescentes normais, tem uns bem bonitinhos. (Técnico 5)

Estes posicionamentos sobre os adolescentes privados de liberdade estão ancorados na representação do jovem como delinquente e perigoso, que nada teme por saber que não será punido. Recordemos que Almeida (2005a) nos sinaliza quanto a frequente associação entre adolescência e violência, que se utiliza dos mesmos elementos para identificar a adolescência, considerada uma fase da vida permeada por crises e turbulências, e para justificar a violência por eles cometida.

Apenas uma das pessoas entrevistadas falou abertamente sobre o medo que sente desses adolescentes, uma vez que acredita que as leis para eles não são capazes de funcionar como um fator que os impeça de cometer atos ilícitos, justamente por serem consideradas muito amenas.

Tenho medo. Tenho mais medo dos adolescentes do que dos adultos, eles não tem o que perder. Até porque, para os menores mal tem lei. (Técnico 6)

Esta consiste em uma ideia socialmente difundida, que confunde inimizabilidade com impunidade e conduz ao erro de pensar que os adolescentes não são "punidos" pelas ações ilícitas que cometem. Ser penalmente inimputável não quer dizer que eles não serão responsabilizados em caso de conduta ilícita, uma vez que sofrem sim as sanções previstas no Estatuto, sanções essas que possuem uma finalidade pedagógica e que consideram a fase de desenvolvimento em que se encontram (VOLPI, 2001).

Por vezes, eles são até "punidos" mais severamente do que os adultos ao cometerem um ato infracional equiparado ao crime de mesma natureza. Como psicóloga do sistema socioeducativo acompanhei adolescentes que cumpriram MSE de internação em virtude do cometimento de um único furto, por exemplo, o que não é comum ocorrer quando se trata de adultos, em sua primeira passagem pelo sistema prisional. Além disso, as condições do sistema socioeducativo e o próprio modo como as MSE são sentenciadas acabam, muitas vezes, por transformar a socioeducação almejada com a aplicação da medida socioeducativa apenas em punição. Não restando, ao término da mesma, uma contribuição pedagógica para o desenvolvimento do adolescente, uma vez que muitos deles passam o período de cumprimento da medida, principalmente no caso da privação de liberdade, amontoados em espaços insalubres, sem acesso a atividades de lazer e escolares, submetidos a uma série de violências.

Metade dos entrevistados já foi vítima de ato infracional e dois deles, embora não tenham sido, tem parentes e/ou amigos que foram. Os três restantes nunca foram ou souberam de pessoas próximas que tenham vivenciado situações que envolvem atos ilícitos onde tenha havido participação de adolescente. Vale pontuar que todos eles enfatizaram que a infração ocorrida foi assalto e que não houve violência na situação. Quando falam de violência podemos perceber que eles restringem o sentido da mesma, uma vez que a prática de assalto consiste também em uma forma de violência. É como se eles reconhecessem como violentas apenas as situações marcadas por agressão física à vítima e não as categorizassem assim quando o dano é apenas material. Nessas situações, diz-se que a conduta ilícita é considerada como tendo menor potencial ofensivo, mas não deixa de ser um ato de violência por esse motivo.

Considerando que as RS são também influenciadas pelas experiências do sujeito, inicialmente acreditávamos que o fato de ter vivenciado ou acompanhado de perto alguma situação que envolvesse ato infracional cometido por adolescente iria influenciar os olhares que são direcionados para eles e por consequência o modo como são cuidados em suas questões de saúde. Entretanto, as respostas dos entrevistados não apresentaram diferenças significativas entre elas. Inclusive, uma das pessoas que não teve contato com alguém que tenha sido vítima de adolescente é a que mais expressa estigmas relacionados ao adolescente autor de ato infracional. Cabe considerarmos aqui a influência da mídia na construção dessas representações, visto que, comumente são noticiadas matérias que apresentam uma visão negativa e incriminadora desses adolescentes, tratando de forma simplista e individual o envolvimento em atos ilícitos e desconsiderando os determinantes sociais envolvidos nesse processo (NJAINÉ e MINAYO, 2002).

É o processo de objetivação, por meio da seleção e descontextualização dos elementos que possibilita que apenas alguns deles sejam fixados pelos sujeitos, e essa eleição é realizada em virtude de seus conhecimentos e experiências anteriores (SANTOS, 2005). O que se difunde amplamente na mídia acerca de adolescentes autores de atos infracionais faz com que, através da formação de um núcleo imaginante, esses elementos construídos socialmente sejam naturalizados e considerados como pertencentes a realidade do objeto, mesmo que não tenha havido contato com ele.

Ao analisar as respostas dos profissionais sobre os adolescentes em conflito com a lei, percebemos que há uma predominância da associação entre o adolescente e à motivação para a prática delituosa. É como se não houvesse distinção entre o jovem e aquilo que acreditam tê-lo motivado para a prática ilícita, como a "desestruturação" familiar e o uso de drogas, por exemplo. O adolescente, o ato infracional e o que o motivou apresentam-se um tanto indiferenciados.

[...] muitas vezes esses adolescentes... eles são vítimas da sociedade, porque, às vezes, eles não têm um aporte familiar como a gente acha que seria o ideal, [...] eu penso que muitas vezes esses adolescentes, eles começam a cometer algum ato infracional por falta de oportunidade. Falta de oportunidade de emprego, falta de oportunidade de uma família que dê suporte a ele, pra ele só estudar. Então eu acho que é um conjunto das coisas que ocorrem na sociedade que faz com que deixe esse adolescente mais vulnerável pra cometer algum ato infracional. (Gestor 2)

O ambiente "desestruturado" aparece como elemento importante quando eles pensam em adolescentes envolvidos em atos ilícitos. Há ainda aqueles que apontam especificamente a importância da família nesse contexto, atribuindo à instituição familiar uma parte, ou mesmo toda, a responsabilidade pela trajetória ilícita do adolescente.

[...] muitas vezes o que aconteceu naquele momento advém de um problema familiar, uma família que não é estruturada... porque hoje aqui no município eu consigo ver essa dificuldade que a gente tem de... por exemplo, uma adolescente gestante de 13 anos, às vezes você diz: meu deus, que loucura. Essa pessoa ela não é normal, mas quando você vai avaliar os familiares, tudo que envolve aquela história você vê que é bem complexo, né? Já vem da família essa questão de problema de... de a mãe passar pro filho e a questão de menor infrator também envolve toodo contexto, né? De onde ele saiu, é... questão de educação. [...] às vezes, tá ali porque não teve um apoio familiar, porque não teve uma questão de educação. (Técnico 3)

Esse achado encontra-se em consonância com a literatura, que aponta a família nuclear burguesa, composta por pai, mãe e filhos, como sendo o modelo ideal e natural de família. É a partir dela que são consideradas e analisadas as demais formas de organização da instituição

familiar, apesar de não existir uma configuração padrão de organização, pelo contrário, o que se observa é que existe, desde sempre, uma grande diversidade de formatos de família. Apesar de sua multiplicidade, essa RS de família composta por pai, mãe e filhos permanece soberana, para o que Santos e Oliveira (2006) chamam atenção pois "Se as representações sociais têm, por um lado, uma função inovadora de modificação da realidade social, ela tem também o seu papel na conservação dessa realidade" (p 55).

Todavia, eles não parecem se questionar sobre o que estava dentro dos limites e possibilidades dessa família e considerando a conjuntura social o que ela (a família) conseguiu oferecer que contribuiu com o desenvolvimento socialmente esperado desse adolescente, não levando em conta o contexto de vulnerabilidades, com destaque para a ausência de acesso à direitos básicos, a que muitas dessas famílias são cotidianamente submetida. A função social desse conhecimento parece ser o de manter as desigualdades, atribuindo-se às famílias a culpa pela infração, sem questionar o papel do Estado na produção dessas violências e consequentemente na fabricação de jovens autores de atos infracionais.

De certo modo, a maior parte dos participantes se refere à complexidade do envolvimento dos adolescentes em práticas contrárias a lei e de como isso parece ser multifatorial. Talvez seja possível dizer que a aproximação com os adolescentes em cumprimento da MSE permite uma maior elaboração dessa questão, não havendo por parte deles uso de explicações simplistas para essa problemática. Se as RS sociais são elaboradas e atualizadas dentro de um contexto social específico e tem como objetivo construir e interpretar a realidade (MOSCOVICI, 2012), percebemos que, quanto maior o contato com o adolescente, maior a compreensão da multicausalidade da situação. Como podemos observar no trecho a seguir da fala de um profissional que atua diretamente com os adolescentes no cumprimento da medida:

Eu penso, primeiramente, na falta de... de assistência, né? E aí eu joga pra falta de políticas públicas, que não dá pra gente fugir muito disso, na falta de estrutura da família, na falta de serviço... e quando tem o serviço, a questão da...da orientação de acesso, da qualidade desse serviço e até do acompanhamento mesmo. Que às vezes os meninos... Me vem à mente isso, da falta de estrutura familiar, da falta do Estado mesmo, que eu acredito... e talvez nem isso só, eu acho que... é, eu não sei se a questão de... da educação pode também influenciar nisso, que às vezes a gente tem meninos que tem uma boa estrutura, né? E ainda assim cometem... talvez a falta de limites também, de valores que são trabalhados, que são também reproduzidos dentro dessa educação com o adolescente. Acesso também, porque assim... na maioria que... que... eu percebo, dos meninos que que a gente atende lá, que eu atendo lá, é... muitos não tiveram acesso a... a serviços básicos e aí... é... eu acho que isso influencia porque... até pela... como é que eu posso dizer... pela

influência da própria sociedade do ter, do querer, do fazer e o menino não ter, não se encaixar e ir buscar aquilo de outra maneira porque ele não teve essa orientação, nem através da família, nem através da educação, nem através da saúde, por isso que eu estava falando nesse sentido. (Gestor 3)

Entretanto, no estudo de Espíndula e Santos (2004), realizado com profissionais que na época eram equivalentes ao que hoje são os agentes socioeducativos, cuja função tem entre seus objetivos contribuir para o processo de ressocialização dos adolescentes, ao mesmo tempo em que é o profissional diretamente responsável pela segurança dos adolescentes e das unidades socioeducativas, os autores observaram que embora trabalhassem com os adolescentes cotidianamente, o conhecimento que fundamentava suas práticas era baseado no senso comum e não em um saber técnico científico. Vale salientar que não é exigido nível superior para a ocupação desse cargo e que isso pode influenciar no domínio e conhecimento que esses profissionais tem das normativas existentes para orientação acerca do desempenho para a sua função. Como o nosso estudo foi realizado com profissionais que em sua maioria possui nível superior, podem por isso ter maior familiaridade com essas orientações. Além disso, sabemos como é fundamental compreender as bases sobre as quais ocorre o processo de construção de uma representação social, pois os sentidos acerca dos diferentes objetos estão diretamente ligados à isso e tem como função justificar as condutas frente ao objetos (SANTOS, 2005).

Com relação especificamente à motivação para a prática de ato infracional, a família, as privações sociais, a influência dos amigos e o uso de drogas aparecem como os principais responsáveis. A família é mencionada, ou por sua “falta de estrutura” ou pelo mau exemplo que oferece ao adolescente. Além do ambiente desestruturado, que é considerado fundamental para que ele acabe por se envolver em ações dessa natureza. Temos então uma influência mútua em que a culpa recai inevitavelmente sobre a família. Pois quando o ambiente é “desestruturado”, ainda que indiretamente o que é colocado é a desestrutura que essa família provoca no ambiente.

Muitos vêm de família. A família toda é do mesmo jeito. Os adolescentes hoje em dia são muito soltos. É difícil de criar hoje. Já começa dentro de casa. Quando vejo as famílias pegando o ônibus já dá pra saber de onde vem. Uma mãe que entra por trás pra não pagar passagem, que manda ou deixa os filhos fazerem isso. (Técnico 4)

Justamente a... a falta de... estrutura familiar. A... a... em alguns adolescentes que eu tenho contato, que são mais próximos, quando eu pergunto a eles, eles... tem uns que não tem a família, não tem pai, não tem mãe, é criado com o irmão, criado com a tia. (Técnico 7)

[...] a gente vê que, é uma coisa assim do seu ambiente, às vezes eles vivem num ambiente, a maioria a gente vai vê que vive num ambiente

desestruturado... e aí não é só uma causa certa que... que vai levar eles cometer crime, né? (Técnico 2)

É no seio familiar que o sujeito estabelece vínculos importantes para sua estruturação socioafetiva, de modo que as relações entre os membros de uma família podem funcionar como fator de proteção ou de risco, a depender do contexto. No caso das famílias dos jovens envolvidos em infrações, a família é geralmente apresentada como fator de risco, apontada como frágil em virtude de situações como vulnerabilidade socioeconômica, existência de relacionamentos abusivos, ausência de adultos que se responsabilizem pelo cuidado, entre outros (ASSIS e CONSTANTINO, 2005).

Entretanto, não parecem haver tantos questionamentos por parte dos participantes com relação à ausência do Estado na garantia dos direitos mínimos para que esse adolescente possa se desenvolver adequadamente e para que sua família consiga oferecer isso para ele. Segundo a Constituição Federal "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente" (BRASIL, 1988) o necessário para o seu desenvolvimento. Mas, enquanto integrantes da sociedade e até representantes do Estado, há uma transferência de responsabilidades apenas para a família. Como vemos abaixo:

Encontro às famílias no ônibus em dia de visita, precisa vê as famílias como saõ... as mães bagunçam o ônibus, precisa vê as palavras que usam e o desrespeito com todos. É coisa que já vem de casa [...] (Técnico 6)

Embora quando falem em família é a mãe que tem destaque, seja por sua influência negativa, seja por não conseguir cuidar corretamente do filho, recordemos a sobrecarga vivenciada pelas mães em decorrência dos novos papéis que precisam assumir para a manutenção da família, em virtude das funções desempenhadas pelas figuras parentais: são elas que trabalham, cuidam, educam, etc. (CALHEIROS E SOARES, 2007 apud LOURENÇO, 2012).

Nessa mesma direção Lima (2004) aponta que ainda que as relações familiares sejam consideradas pelos adolescentes como conflituosas, o sofrimento e a vergonha vivenciadas pela mãe em decorrência do cumprimento da medida socioeducativa pelo filho consiste, muitas vezes, no único fator capaz de fazer com que o adolescente se arrependa de sua conduta ilícita e por esse motivo funciona como fator de proteção para reincidência. De modo que nos parece contraditório o fato de a família ser responsabilizada pelo ato infracional, ao mesmo tempo em que a mãe aparece nos estudos realizados como fator de proteção, sendo a figura com quem eles se preocupam e que os faz ter vergonha e arrependimento pela situação em que se encontram. Recordemos que a família no contexto da privação de liberdade é duplamente

punida, pois ao mesmo tempo em que é acusada de ser a responsável pela conduta infracional do adolescente é quem é mais afetada pelo cumprimento da medida (MANSUR e MACHADO, 2014).

Essa responsabilização da família pela conduta infracional do adolescente está ancorada na doutrina da situação irregular, que, em tese, deveria ter sido superada com o advento do ECA e a mudança para a doutrina da proteção integral, que passou a vislumbrar as crianças e adolescentes como sujeitos de direito. Na época do Código de Menores, quando se identificava algum problema, o adolescente - e mesmo a criança - era segregado da família e levado para uma instituição onde passava a ser responsabilidade do Estado. O Estatuto, por sua vez, leva em consideração a prioridade do bem estar do adolescente e destaca a época do desenvolvimento em que se encontra, sendo ela propícia para que se aumentem os investimentos que assegurem o seu bom desenvolvimento.

Os entrevistados apontam ainda a influência de questões sociais, principalmente ligadas às privações a que esses adolescentes são submetidos e à ausência de políticas públicas que garantam a oferta regular de serviços que possam promover cidadania, como saúde, emprego e educação.

[...] as privações mesmo, de educação, de estrutura, de base... de exemplo mesmo, né? Eu acredito que a educação em si... a primeira coisa que vem na minha mente quando fala: motivos, eu falo: a educação... no caso a falta dela, né? Eu penso em educação e nas privações em relação às violências que eles sofrem, né? (Gestor 1)

[...] eu acredito que é isso mesmo, é falta de oportunidade de emprego, é muitas vezes não conseguir entrar em um jovem aprendiz, é não ter a escolaridade que muitos empregos solicitam, né? Então eu acho que é tudo consequência de algo que eles foram privados, foram privados de educação, foram privados da família, às vezes até privados de uma religião, de alguém que oriente eles nos seus princípios. Eu acho que eles acabam sendo uma vítima de tudo isso. (Gestor 2)

Se pensarmos no adolescente antes da conduta delituosa, acredito que todos nós conhecemos crianças e adolescentes cujos direitos constitucionais estão sendo violados. Quando o ECA destaca a fase de desenvolvimento em que eles se encontram e chama atenção para a responsabilidade da sociedade e de sua função de garantir a esse público condições que propiciem o seu desenvolvimento adequado. Uma vez que esses fatores tem maior influência do que motivações individuais, visto que a população de jovens em cumprimento de MSE pertence, em sua maioria, a mesma classe social, o que oferece condições semelhantes para o seu desenvolvimento.

Há também aqueles que atribuem à influência de amigos e a necessidade de pertencimento a um grupo, fatores que os demais estudos que investigam RS de adolescentes em conflito com a lei apontam como sendo também importantes para o envolvimento de adolescentes em atos infracionais.

É a forma mais rápida de ter dinheiro, e até pra eles, eu acho que também pode ser até uma forma deles terem um papel naquela sociedade que eles estão, entendeu? De ser reconhecido de algum jeito ou de ser a forma mais fácil de arranjar o dinheiro que eles precisam, entendeu? (Gestor 2)

Nesse extrato de fala, além da influência dos amigos e da necessidade de pertencer a um grupo, características dessa fase do desenvolvimento, podemos observar que é retomada à questão de haver o entendimento de que o adolescente pode sofrer uma pressão social para que se envolva em atos ilícitos, mas também de que por causa do ciclo da vida em que se encontra acredita-se que ele não tem condições de avaliar bem os riscos envolvidos. É justamente esse um dos motivos para que os adolescentes autores de atos infracionais estejam sujeitos à legislação diferente daquela proposta para os adultos.

[...] eu acho que perpassa muito pela questão do valor, da inclusão, do menino se sentir inserido em algum grupo e às vezes isso também pode ser... ser colocado pra que ele faça parte de um grupo, pra ser aceito num grupo ele fazer, praticar essas coisas [...] Então eu acho que pode ser por uma questão de estímulo, do que tá sendo posto hoje pra sociedade, do querer, do ter sempre, sempre e também da questão da necessidade de você não conseguir fazer parte de alguns grupos e você se submeter a isso pra fazer parte daquele grupo. [...] Acho que eles nem avaliam muito a questão do risco por ser adolescente, acha que vai dar certo, que vai conseguir, acho que é mais ou menos isso. (Gestor 3)

Ao mesmo tempo em que essas são características comuns a fase da adolescência, considerada como uma época marcada por crises e inquietações, a adolescência aqui mencionada se ancora na ideia do adolescente perigoso e transgressor, que por estar em conflito com a lei, ainda é marcado pelo preconceito (SANTOS e ALÉSSIO, 2006). Além disso, a associação entre adolescência e violência aparece relacionada à condição socioeconômica, uma vez que os adolescentes de classes mais favorecidas tendem a ter as características da adolescência usadas a seu favor como forma de justificativa para as violências que por ventura venham a cometer, enquanto que o adolescente pobre é aquele que não pensa nos riscos para si e para as outras pessoas e que não tem possibilidade de "correção" (ALMEIDA, 2005a).

Quando associam o envolvimento com as drogas à prática de atos infracionais, é possível identificar que os participantes fazem uma menção ao uso dessas substâncias entorpecentes, mas que não citam o tráfico, embora o mercado de entorpecentes alicie meninos

(e meninas) desde muito cedo e costume ocupar com facilidade os espaços onde o Estado não consegue chegar com suas políticas públicas, que deveriam garantir o acesso aos direitos básicos, principalmente nas periferias, onde está a maior parcela da população em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Hoje em dia acho que a maioria é ligada à droga. Tem também esses meninos de rua que farão qualquer coisa pra conseguir droga. (Técnico 5)

[...] os adolescentes eles entram na criminalidade justamente por causa das drogas, as drogas elas tão sendo um alvo muito é... maior pra que haja criminalidade. (Técnico 7)

Como vimos, a família, principalmente aquela considerada "desestruturada" ocupa lugar central na situação do envolvimento do jovem em ações ilegais. Observamos que mesmo quando mencionam o uso de substâncias ilícitas, uma possível dependência e a prática infracional com finalidade de conseguir tais substâncias, é a família quem é novamente responsabilizada pela situação.

[...] e também a questão familiar, né? Que conta bastante. Você nasce e cresce num ambiente que todo mundo é usuário de crack, todo mundo é usuário de droga, dificilmente você não vai seguir a mesma linha. (Técnico 3)

Acho que a educação, a família, a influência... às vezes até a índole da pessoa. E a educação de casa. [...] já vê o povo de casa bebendo e se drogando. (Técnico 8)

Como já apontado, essa responsabilização da família tem muitas influências do modo de funcionar que remonta ao Código de Menores. Naquele período a família era responsabilizada, ou melhor, considerada culpada pelo que viesse a ocorrer com seus filhos, inclusive nas questões relacionadas ao seu desenvolvimento, caso ele estivesse fora da norma.

Se a mudança para a doutrina da proteção integral exigiu uma modificação no modo de conceber tanto a infância e a adolescência quanto a responsabilidade de toda a sociedade para com seus membros, exigindo inclusive que o fenômeno da participação do adolescente em práticas ilícitas seja observado dentro do contexto, não devendo ser considerado de modo isolado do meio social, não foi capaz de levar para o senso comum essa ideia da responsabilização social e seguimos atribuindo à família essa carga, quando ele deveria ser distribuída entre todos os que integram o seu tecido social.

Entretanto, mudanças nas normativas não levam automaticamente a alterações nas ações. É preciso investimento de tempo e trabalho para que as representações sofram modificações e passem a estar de acordo com as novas propostas, podendo haver longo período

em que coexistam diferentes representações de um mesmo objeto. Conforme nos aponta Santos (2016) ao falar da dificuldade de implementação das mudanças ocorridas no nível das normativas para as práticas sociais, entre elas as práticas profissionais.

6.3 A ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE PARA OS ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE

Uma vez que conhecemos as RS acerca dos adolescentes autores de atos infracionais para os participantes desse estudo, tentaremos entender de que modo elas se relacionam com as práticas de cuidado em saúde que são oferecidas a eles na atenção básica. Embora o Case esteja localizado em território próximo de uma USF, não está bem definido entre os sujeitos participantes se esta corresponde ou não à área de cobertura da ESF. Houve quem disse que se tratava de área coberta e de responsabilidade de uma das equipes SF que dividiam o mesmo espaço físico e teve quem relatou não ser território de responsabilidade de nenhuma das duas equipes, mas que uma delas atendia por assim ter sido solicitada pela Regional de Saúde.

Ao final, entendemos que apesar da proximidade física com a USF, o Case não se encontra em área coberta pela ESF e que o município está aguardando o recadastramento de área dos ACS para então redistribuir o território. Após isso, caso verifique necessidade, poderá haver uma nova reorganização das micro áreas existentes, uma vez que a delimitação da área de cobertura não parece considerar a geografia espacial, que embora limite o conceito de território conforme utilizado pela APS, que é vivo e onde se constituem as subjetividades, essa delimitação possibilita que haja uma organização prática dessa porção de terra (e de gente) que é assistida pelo serviço, de modo que a não observância à isso resulta em um território geograficamente desmembrado e por vezes distante das USFs e sem conexão entre si.

Apesar da pactuação entre gestão e serviço de saúde para a assistência aos adolescentes privados de liberdade pela equipe cujo território localiza-se mais próximo da mesma, a realização dos atendimentos ocorre em mais de uma USF, resultando em ações pontuais e fragmentadas, que não seguem a diretriz de acompanhamento longitudinal proposta pela AB e evidencia que não há exatamente uma equipe de referência responsável pela atenção à saúde dessa população.

[...] no começo ficou sendo meio que pontual. Ah, eles tão precisando disso então a gente vai e fornece isso, tão precisando daquilo, fornece aquilo e isso não é interessante para ninguém. [...] aí a gente acabou inserindo eles dentro de uma unidade de Saúde da Família e o que eles precisam eles tem que buscar

nessa unidade, né? E em relação à odontologia a gente dividiu eles pelo território todo, foi um acordo, na verdade, interno. (Gestor 1)

Na época de realização das entrevistas, a enfermeira estava de licença e o médico havia acabado de retornar após alguns meses de afastamento, por isso a outra equipe da USF havia assumido os atendimentos aos adolescentes. Mas, os participantes evidenciaram que a ausência dos profissionais da equipe de referência não interferiu de modo significativo nas ações que eram desenvolvidas, visto que os adolescentes continuaram a receber atendimento médico esporádico. Eram disponibilizadas cerca de duas vagas por semana para consulta com o médico, na ocasião, os adolescentes que eram consultados geralmente o faziam em virtude de um processo de adoecimento já instalado no adolescente. Recordemos que é estabelecido pelo SINASE que, ao iniciar o cumprimento de uma MSE, o adolescente tenha suas questões de saúde avaliadas em até 45 dias, época em que deve ser formalizada a construção do PIA, documento onde devem constar as metas de saúde para o acompanhamento da medida do adolescente em questão.

Eles permaneceram sem ter contato com a enfermeira e acessando os serviços oferecidos pela técnica de enfermagem sem muitas dificuldades. Os atendimentos odontológicos, todavia, mesmo que a equipe de saúde bucal daquela USF estivesse completa, ocorriam também em outras unidades da regional de saúde.

Realizo apenas atendimento de urgência. Acho que nunca encaminhei nenhum pra especialidade odontológica. [...] há um acordo com a coordenação e todas as dentistas da regional atendem. (Técnico 5)

As ações de saúde organizadas dessa maneira, não atendem as prerrogativas da atenção básica de, além de práticas curativas, realizar ações de promoção de saúde e prevenção aos agravos. Sequer conseguem efetivar adequadamente o acompanhamento dos jovens de modo longitudinal, garantindo que suas necessidades sejam atendidas e menos ainda que haja atenção quanto ao processo socioeducativo em andamento. Sobre isso, temos que

não é preconceito de atender, eles são sociáveis. O problema é que os profissionais se revoltam por não ser obrigação, é acréscimo de trabalho sem incentivo de salário. Além disso, o Estado é muito rico, o município já tem é déficit salarial [...] pra ainda querer aumentar o trabalho. (Técnico 5)

O que é reforçado pelo trecho de fala a seguir:

Agora a gente não tá enfrentando isso, mas antigamente a gente enfrentava muito profissional que tinha resistência, que não queria atender, que tinha medo, que tinha medo de sofrer algum... alguma ameaça do adolescente. E agora não, a gente tá notando que os profissionais estão entendendo mais a

necessidade daquele adolescente e eles estão indo com mais facilidade as unidades de saúde. (Gestor 1)

Embora saibamos o quanto as RS influenciam as práticas, funcionando como guias de conduta para sua atuação e reforçando o caráter de interdependência entre elas (SANTOS, 2005) parece que a grande questão envolvida na dificuldade de acesso dos adolescentes à rede de saúde tem mais a ver com a sobrecarga dos profissionais do que com uma resistência deles em atender esse público.

Em outubro de 2018, época em que foi finalizada a realização das entrevistas, a cobertura de ESF no município era de pouco mais de 50% do território (exatamente 51,55%)⁵, o que faz com haja grande parte da população sem acesso à esses serviços e com que muitas das equipes tenham mais famílias cadastradas para acompanharem do que o previsto nas normativas, o que implica em sobrecarga de trabalho. Além disso, como falamos de equipes de SF que estiveram com desfalque de integrantes, em se tratando de profissionais que dividem o mesmo espaço físico, acabam eles por auxiliar no desempenho das ações da outra equipe, uma vez que não há substituição dos trabalhadores em caso de afastamentos temporários e que existem demandas de saúde da população que necessitam serem supridas, não sendo muito bem compreendido pelos usuários essa delimitação de território e divisão de área entre os profissionais.

Para que alcance a resolutividade esperada e consiga desempenhar a função de organizadora da rede e do cuidado em saúde, é necessário que a ESF tenha condições estruturais (recursos humanos, insumos, estrutura física e etc.) para desempenhar seu trabalho. A existência de grande extensão territorial desassistida de ESF, além de sobrecarregar outros níveis de atenção em virtude de um maior agravamento dos quadros de saúde, que tendem a ser diagnosticados mais tardiamente, dificulta que a equipe atenda adequadamente as necessidades de saúde de seus usuários. Ademais, espera-se que haja uma cobertura quase total do território para que a mesma funcione satisfatoriamente e ter quase metade da extensão territorial descoberta de ESF mantém-se bem distante do almejado.

Talvez por isso, todos os profissionais da ponta citem a sobrecarga de trabalho vivenciada e a precariedade da retaguarda que recebem do município para o desempenho de suas atividades. Somam-se a isso as dificuldades relacionadas ao contato com esse público especificamente, em virtude dos preconceitos e estigmas a que estão submetidos e que podemos observar ao analisar as RS dos profissionais sobre esses adolescentes.

⁵ Dados obtidos através de consulta ao e-GESTOR – Sistema de informação e gestão da Atenção Básica. Fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

Um dos profissionais possuía experiência com pessoas privadas de liberdade antes de desempenhar essa função na AB. É o mesmo que costuma ir ao Case para a realização de ações e com frequência cita o preconceito e o medo das pessoas, inclusive de seus colegas de trabalho, para irem ao centro socioeducativo. Foi comum ainda os sujeitos mencionarem que na época em que assumiram seus postos de trabalho e mesmo hoje, em caso de necessidade de realocação de profissionais, eles não quererem ir para essa unidade de saúde pelo fato da Funase ser parte do público assistido.

Além disso, há um incômodo por parecer haverem "privilégios" para os adolescentes em conflito com a lei, uma vez que eles são atendidos mais rápido que a população em geral, apesar da superlotação dos serviços. Como vão acompanhados de agentes socioeducativos e demanda a existência de uma logística do Case para que o atendimento possa ocorrer e como eles tem prioridade de atendimento nos serviços, parece incomodar o fato deles serem atendidos mais rapidamente que os demais usuários que estavam aguardando.

Ao mesmo tempo em que isso gera desconforto, alguns afirmam que a presença dos adolescentes nos espaços de saúde provoca descontentamento, tanto dos usuários quanto dos profissionais, e por isso é melhor que sejam atendidos rapidamente para que possam retornar ao Case.

É... eu penso, as vezes, que eles tem uma prioridade que não deveria ter em alguns casos, certo? Por exemplo: eu fui levar minha mãe pra um raio-x um dia desses (...) E ela tava anos luz esperando lá na fila e chegou um menor infrator depois de quatro, cinco horas que ela tava lá, passou na frente de todo mundo. (Técnico 3)

Nunca soube de nada de ruim com eles vindo aqui (na USF), mas a população não gosta. Olha atravessado. E os profissionais também não. Eles tem medo, dizem que eles (os adolescentes) podem fazer alguma coisa sem algemas. (Técnico 4)

De certo modo, essas dificuldades confluem para que o cuidado de saúde oferecido aos socioeducandos seja realizado de maneira insuficiente, não conseguindo atender as demandas por eles apresentadas e contribuir para o processo de socioeducação, pelo contrário, uma vez que persiste a ausência do acesso à direitos básicos, o que favorece a reincidência desse jovem em atos infracionais, conforme identificado por Asquidamini, Barbiani e Sugizaki (2015).

Embora as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos sejam elementos fundantes da Atenção Básica (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), todos os profissionais apontam dificuldades para a realização das mesmas, inclusive para a população em geral, o que atribuem à grande demanda de atendimentos que precisam realizar. Como informam que a

população assistida é maior do que a que eles conseguem acompanhar adequadamente, afirmam que não lhes resta tempo para o desenvolvimento de outras atividades. Assim, desempenham principalmente práticas curativas em detrimento das demais ações de saúde.

A maioria atende os adolescentes no próprio serviço, mas não vai até o Case. Muitos sequer conhecem o espaço físico do centro socioeducativo. Como para eles há o entendimento de que é responsabilidade do estado a atenção à saúde desses adolescentes, acreditam que ir até o centro socioeducativo é aceitar e reforçar que essa é uma responsabilidade deles. Afirmam que desempenham poucas atividades coletivas até mesmo na USF e justamente por não se sentirem responsáveis pelo cuidado em saúde para os adolescentes, não realizam atividades no Case.

Assim, as poucas atividades coletivas ou de educação em saúde que ocorreram no Case foram realizadas por profissionais de outras USF da regional, que, segundo os gestores, são mais sensíveis à causa e demonstram interesse por atividades desse tipo. Por esse motivo eles são contatados quando é necessária a realização de alguma ação no centro socioeducativo. Sobre a realização de ações de promoção e prevenção pela ESF de referência:

Nunca fizeram, até onde eu sei, na verdade eu acho também que isso vai de perfil profissional. O pessoal que tá lá, eles não... como é que diz assim... eles não são... não se adequam a esse trabalho. Eles não gostam na verdade de lá... por medo e toda essa questão. Então essa equipe que tá, aos meus olhos, né? É o tempo que eu tô... Não, nunca fez nenhum... nenhuma ação de promoção e de nada não. Agora assim, às vezes, sim, se (o Case) pedir pra ter uma palestra, por mais que não sejam as pessoas de lá (da ESF de referência), a gente consegue enviar, pega alguém com perfil dentro da regional e envia. Agora partindo daqui e da unidade nunca houve. E como também eles já falam bastante sobre isso (sobre não querer atender as demandas do Case), então eu nem cheguei a pedir pra ir eles, eu já chamei outra pessoa, né, que eu sei que gosta. (Gestor 1)

Quanto ao entendimento dos profissionais de que deveria ser a esfera estadual a responsável pelos atendimentos para os adolescentes privados de liberdade, para o MS, os municípios é que devem executar a APS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Entretanto, se eles não conseguem fazer uso adequado das ferramentas e diretrizes referentes a esse nível de atenção, uma vez que não conseguem realizar ações de promoção e prevenção e funcionar como organizador da rede de atenção à saúde, por exemplo, podem não conseguir vislumbrar de que modo isso poderia afetar os adolescentes positivamente. Em síntese, não está previsto que o órgão estadual seja o responsável pela as ações da APS, lembrando que esse nível de atenção deve ser a porta de entrada principal para o sistema de saúde.

Se não há um fluxo de atendimentos que garanta acesso adequado dos adolescentes a AB e mesmo um funcionamento dentro do que está previsto na portaria que a regula (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) não podemos falar em cuidado longitudinal ou mesmo nesse nível de atenção enquanto organizador da rede de saúde. Talvez por isso, muitas vezes o Case envia as demandas dos adolescentes que são correspondentes ao nível secundário de atenção (policlínicas, centros de reabilitação) sem antes passarem pela ESF. Um fluxo organizado desse modo é questionado pelos gestores, que tem buscado formas para reduzir os danos, entretanto, é assim que funciona para uma parcela significativa da população, até pela baixa cobertura de ESF no município.

Se estamos apontando as dificuldades para que diferentes serviços se articulem, pensar em intersetorialidade se torna importante para esse estudo, uma vez que o diálogo entre as instituições e serviços mostra-se escasso. Além disso, faz-se necessário olhar o sujeito integralmente, considerando que existe relação direta entre aspectos de sua vida e as questões de saúde que apresenta e que essa é lógica da clínica ampliada. Em se tratando de uma população cujos condicionantes e determinantes de saúde são complexos e considerando que não se pode olhar de maneira simplista o processo socioeducativo, é imprescindível a articulação de diferentes saberes e serviços para que se alcancem os resultados esperados por cada uma das políticas. Seja ela de atendimento socioeducativo, de saúde ou qualquer outra. Não se pode pensar em uma execução satisfatória se não houver diálogo entre elas, visto que muitas funcionam de modo complementar.

Vivenciando situação bem parecida com relação ao cuidado em saúde para os jovens em conflito com a lei, o relato de experiência de Leite, Guimarães e Guedes (2015) aponta caminhos para a superação das dificuldades e indica algumas possibilidades existentes. Logo de início, os autores identificam a realização do Curso de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Privação de Liberdade como disparador para as ações que afirmavam a importância da intersetorialidade serem iniciadas, o curso foi oferecido pelo estado em parceria com o MS e uma universidade. Após a formação de uma comissão com representantes de todas as esferas envolvidas, passaram a ocorrer encontros mensais em que foram se pactuando ações e definindo fluxos que facilitaram o acesso do adolescente ao direito a saúde, ratificando a importância de uma articulação intersetorial para isso, o que envolveu atores da assistência social, do sistema socioeducativo e da saúde, com ênfase nas redes de atenção (LEITE, GUIMARÃES e GUEDES, 2015).

Estes acontecimentos parecem ter sido semelhantes aos vivenciados aqui no estado com a realização das oficinas do MS para implementação da PNAISARI, a diferença talvez esteja na rotatividade dos profissionais envolvidos. Hoje, nenhum dos trabalhadores que atua no município participou desse momento de formação, talvez por isso tenha ocorrido um esvaziamento nos encontros posteriores do GTI, que tiveram como objetivo discutir e alinhar as ações referentes à execução da política e sejam observadas tantas dificuldades para possibilitar aos adolescentes um cuidado de saúde integral e adequado.

A partir dos dados obtidos, observamos que o direito constitucional à saúde continua a ser negado para esses adolescentes e que os profissionais seguem realizando apenas práticas curativas, ainda que, mesmo essas sejam incipientes diante da demanda existente. As ações oferecidas aos adolescentes acontecem de modo tão pontual que os profissionais têm dificuldade para exemplificar e descrever encontros com esses jovens que tenham sido exitosos ou mesmo o seu contrário.

Em virtude de um contexto maior de precarização do trabalho, o que conseguimos identificar foi à existência de ações de saúde para esse público que acontecem de modo pontual e seguem a lógica curativa, que parece desconsiderar o conceito ampliado de saúde e a influência dos seus determinantes e condicionantes sociais no processo de produção de adoecimento, além de se observar a dificuldade para a realização de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), ou seja, nada que seja muito diferente da oferta de serviços que se existe para a população em geral. Diante dessa realidade, não dispomos de elementos para afirmar que são as RS sociais acerca desses adolescentes que fazem com que o cuidado em saúde oferecido a eles seja insuficiente.

De acordo com Cavalcanti, Dantas e Carvalho (2011) apenas por meio da intersetorialidade é possível alcançar uma atenção integral à saúde, que se oriente pelos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Reforçando essa necessidade, a existência de problemas estruturais na ESF torna ainda mais necessário que haja articulação entre os serviços envolvidos (Case e USF) para que o desenvolvimento das ações de saúde esteja dentro das necessidades dos jovens assistidos.

O que pudemos observar é que as práticas de saúde que buscamos identificar, quando existiam, eram muito incipientes de modo que não atendiam as necessidades de saúde dos jovens em questão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora saibamos que não é possível esgotar o discurso por meio de sua análise, consideramos que os procedimentos utilizados conseguiram nos levar aos objetivos pretendidos neste trabalho.

Uma vez iniciado o processo de análise de dados, surgiram questionamentos sobre o fato de não ter entrevistado os responsáveis pelo eixo saúde da criança e do adolescente, tanto da Funase quanto do estado, tendo em vista que a PNAISARI prevê pactuação que envolve três diferentes instâncias: estado, município e órgão executor da MSE e que o acesso aos níveis centrais de gestão poderiam nos possibilitar melhor compreensão acerca da realidade observada. Refletimos, por fim, que se o interesse estava em investigar a relação entre as práticas e representações para os profissionais, provavelmente os atores acima citados, se encontram distantes das práticas que buscamos conhecer por meio deste estudo.

Com relação às normativas, o Brasil é internacionalmente reconhecido por sua capacidade de formular legislações que estão em consonância com a defesa dos direitos humanos, não apenas da criança e do adolescente, público aqui estudado, mas da população de modo geral, englobando todos os ciclos da vida e protegendo os mais vulneráveis, que são os que mais necessitam.

Desde a Constituição Cidadã possuímos dispositivos considerados bastante avançados no que tange a formulações que tem como objetivo à garantia de direitos, porém, não observamos o mesmo empenho existente para a formulação das proposições no momento em que tratamos da execução das mesmas. E embora tenhamos apresentado os documentos relacionados ao tema para subsidiar a discussão, entendemos que poderia ter sido realizada uma análise documental detalhada das normativas citadas, o que poderia facilitar a compreensão e aprofundamento do leitor.

A intersetorialidade aparece como elemento importante na garantia do direito à saúde para os adolescentes, entretanto, o que identificamos é que SINASE e PNAISARI não conversam entre si, consistindo essa em mais uma dificuldade para a execução da política de saúde, com vistas a melhorar o atendimento integral dessa população e de fato conseguir atender as suas necessidades. Uma vez que, ao nos debruçarmos sobre o cuidado em saúde na AB para adolescentes privados de liberdade, pudemos perceber o quanto essas ações são desarticuladas e não levam em consideração o diagnóstico de área para seu planejamento. Ocorrem de modo quase emergencial e sem relacionar-se de maneira mais ampla com a prerrogativa de

longitudinalidade do cuidado, limitando-se a ações pontuais e não planejadas para cada indivíduo ou realidade.

Assim como é maior a população de socioeducandos do sexo masculino, observa-se predominância dos estudos realizados com o público masculino em cumprimento de MSE, havendo poucas publicações que trate do público feminino. Uma de nossas limitações no desenvolvimento deste trabalho está em não apresentar as diferenças que poderiam ser decorrentes de um recorte de gênero. Mas podemos refletir, por exemplo, sobre como funcionaria a assistência para as adolescentes grávidas, uma vez que as ações relacionadas à saúde materno-infantil tem um bom desenvolvimento na AB e seu fluxo está bem estabelecido. Será que a partir de um estudo desse tipo poderíamos então identificar a relação entre as representações de adolescente autor (a) de ato infracional e as práticas de cuidado em saúde?

Ademais, os homens estão muito menos do que as mulheres nos serviços de saúde, o cuidado – seja consigo ou com o outro – é uma prática culturalmente associada ao universo feminino. E, em virtude de questões culturais que atravessam e constroem a masculinidade, pessoas do sexo masculino estão mais expostas a situações violentas e que implicam em maior risco para si. Soma-se a isso a baixa cobertura dos serviços e a dificuldade de acesso aos mesmos, além do homem estar mais no mercado formal de trabalho e ter dificuldade de se ausentar nos horários em que os serviços de saúde costumam funcionar. Outro fato relevante é que a maior parte dos trabalhadores de saúde é do gênero feminino, o que por vezes gera barreiras nos usuários que procuram os serviços. Para exemplificar, os adolescentes do Case não aceitavam ser atendidos por mulheres quando necessitavam de cuidados relacionados à saúde sexual. Por todas essas dificuldades e visando promover a saúde da população masculina, o MS criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com vistas a minimizar essas dificuldades.

Além disso, nos propomos a estudar as práticas a partir da fala dos profissionais, o que implica em uma investigação indireta desse construto. Observamos que este é um cenário desfavorável para a observação da articulação entre práticas e representações, restando a nós buscar estratégias que pudessem levar os entrevistados a falar sobre suas práticas. Acreditamos que realizar observação direta do cotidiano, acompanhando na prática o atendimento realizado pode possibilitar uma percepção mais ampla e sólida da influência das representações sociais nas práticas desenvolvidas.

Um problema comum que observamos no funcionalismo público é a falta de capacitação e de transmissão dos conhecimentos adquiridos em serviço. De modo que os sujeitos da

pesquisa não conheciam a portaria que institui a PNAISARI e não se sentem preparados para atender algumas demandas específicas, como as que envolvem saúde do adolescente ou saúde mental, não apenas para os adolescentes privados de liberdade, mas para a população em geral. Entretanto, é dever do servidor estar atualizado acerca das normativas e orientações que regem o desenvolvimento do seu trabalho, do mesmo modo que cabe a cada profissional se atentar para as atualizações que estão relacionadas ao seu fazer, não consistindo esse desconhecimento em justificativa para uma atuação deficitária.

O desconhecimento da PNAISARI pode contribuir com o fato de predominar uma falta de articulação das ações de saúde destinadas aos adolescentes. Nos parece que o progresso trazido pelas muitas normativas e leis no Brasil ainda necessita de incentivo e implementação adequada, pois, apesar da existência das leis, a assistência a esses jovens continua a ser precária. Eles deveriam estar privados apenas de liberdade, não de seus outros direitos constitucionais. Porém, a carga excessiva de trabalho dos profissionais associada ao falta de conhecimento sobre a política contribui para a manutenção dessa realidade. Além disso, os profissionais lidam com poucos recursos, de todas as ordens, inclusive humanos, e predomina uma organização ineficiente dos serviços que impacta na forma como a assistência é oferecida.

Apesar da promulgação do ECA ter ocorrido a longa data, não podemos deixar de mencionar o quanto parecem haver semelhanças entre o sistema socioeducativo e o prisional. As RS dos profissionais acerca dos adolescentes autores de ato infracional ancoram-se no Código de Menores e nas ideias difundidas no senso comum acerca daqueles que transgridem as leis, independentemente de sua faixa etária.

Por fim, a construção e desenvolvimento desse projeto de pesquisa ocorreu concomitantemente a minha mudança de local de trabalho: deixei de ser psicóloga de um Centro de Atendimento Socioeducativo e passei a atuar como apoio da Estratégia Saúde da Família no mesmo município. Essa alteração me possibilitou conhecer a realidade de precarização vivenciada pelos profissionais de saúde e o quanto isso impacta no desenvolvimento de suas ações. Se minhas impressões antes de estar na APS foram definidoras das hipóteses iniciais que subsidiaram esse trabalho, a partir das novas experiências que pude vivenciar, elas foram sendo transformadas ao mesmo tempo em que a dissertação foi sendo construída. Ainda que saibamos o quanto as representações impactam as práticas e vice versa, diante desse contexto de dificuldades, precarização e desmonte dos serviços, não podemos afirmar o quanto e se são elas que interferem nas ações dos participantes e/ou de que modo o fazem.

Ademais, estar ao mesmo tempo na academia, mergulhada nas teorias, e no desenvolvimento de ações decorrentes da prática profissional, ainda mais circulando entre os diferentes serviços envolvidos no desenvolvimento deste trabalho, me possibilitou um olhar diferenciado acerca das construções que dão forma a realidade, elementos tão caros à teoria das representações sociais. Para a academia, que por vezes produz uma ciência que não consegue alcançar seus interlocutores e chegar a população, contidos aí os profissionais que possam estar distantes do espaço de produção do conhecimento, ter um pesquisador que está no serviço é contar com alguém que pode discutir na prática essa produção do conhecimento e contribuir para uma aproximação entre esses espaços.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **A adolescência normal**. Porto Alegre, Artes Médicas; 1981.
- ACIOLI NETO, M. L.; SANTOS, M. F. S. Os Usos de Crack em um Contexto de Vulnerabilidade: Representações e Práticas Sociais entre Usuários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 32 n. 3, e32326. 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32326>.
- ALMEIDA, A. M. O. **Adolescentes em manchete (policial)**. In: Aldo Paviani; Ignez Costa Barbosa Ferreira; Frederico Flósculo Pinheiro Barreto. (Org.). **Violência Urbana em Brasília**, v. 8, p. 219-249. Brasília: UnB, 2005a.
- ALMEIDA, A. M. O. A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. In: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Orgs.) **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife: Ed.UFPE/EdUFAL, 2005b.
- ALMEIDA, A. M. O.; ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; PORTO, M. S. G. Juventude na mídia: violência e distinção Social. **Educação e Cidadania**, v. 10, p. 1-16, 2008.
- ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 257-267, dez. 2000. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2000000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 fev. 2018.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 2002.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; COELHO, L. C. A. A estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
- ANDRADE, R.C.D. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro: estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2179-2188, abr. 2011.
- ARÊAS NETO, N. T; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 511-540, Jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300511&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Out. 2019.
- ASQUIDAMINI, F., BARBIANI, R., SUGIZAKI, E. Adolescentes em Medida Socioeducativa: violência ou violação de direitos? Revisão de Literatura. **Revista Subjetividades**, v. 15, n. 1, p. 113-123, 2015.

ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 81-90, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a08v10n1.pdf>. Acesso em 20 out. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Editora Edições 70, 2016.

BASTITELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: FONSECA, A.F. (org). O território e o processo saúde-doença. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde) Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

BERNI, V. L.; ROSO, A. A adolescência na perspectiva da psicologia social crítica. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 126-136, Abr. 2014, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 Out. 2019.

BOMBARDI, V. M. **A rebelião do dia a dia: uma leitura sobre adolescentes autores de atos infracionais**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21012009.../bombardi_me.pdf

BRASIL. **Lei 8080 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. 1990. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 jul. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 02 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. (2012a) Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 19 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/112594.htm. Acesso em: 09 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 24 maio 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em 03 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 647 de 11 de novembro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647_11_11_2008.html. Acesso em 02 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2012) Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1426, de 14 de julho de 2004**. Diário Oficial da União 2004; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004_rep.html Acesso em 25 jul. 2019.

CALLIGARIS, C. **A Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

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

COISSI, J. Apreensão de menores cresce 38% em 5 anos; número chega a 23 mil. **Folha de São Paulo**, publicado em 14 abri. 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/04/1616282-apreensao-de-menores-cresce-38-em-5-anos-numero-chega-a-23-mil.shtml>. Acesso em 23 nov. 2017.

CORTEZ, M. B.; TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S. (2017). Racionalidade e sofrimento: homens e práticas de autocuidado em saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 2, p. 556-566. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180222>.

COSTA, L. L. A. **O adolescente em conflito com a lei: representações sociais e julgamentos de estudantes de direito**. 2016. 152 f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia Social) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2016.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ESPÍNDULA, D. H. P. *et al.* "Perigoso e violento": representações sociais de adolescentes em conflito com a lei em material jornalístico. **Psic**, São Paulo, v. 7, n. 2, p.11-20, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 nov. 2017.

ESPÍNDULA, D. H. P.; SANTOS, M. F. de S. Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 357-367, dez. 2004.

EXAME PERIÓDICO UNIVERSAL (EPU) - Outubro de 2016. **Sistema brasileiro de responsabilización de adolescentes: graves escenarios de violación de derechos y fuertes riesgos de retrocesos institucionales.** Disponível em: <http://www.global.org.br/wp-content/uploads/2016/10/RPU-Justi%C3%A7a-Juvenil.pdf> Acesso em 03 dez. 2017.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J.; MOREIRA, M. R. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 120-131, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500120&lng=en&nrm=iso Acesso em 28 out. 2017.

FERREIRA, M. C. G. *et al.* Representações sociais de idosos sobre qualidade de vida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 806-813, Ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400806&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Nov. 2019.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Tradução Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FURTADO, F. M. S. F., SANTOS, J. A. G., LOREDANNA, S., ARAÚJO, E, SALDANHA, A. A. WERBA; SILVA, J. 2016. 30 anos depois: Representações Sociais sobre AIDS e práticas sexuais de moradores de cidades rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. spe, p. 74-80.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde.** In: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GONTIJO, D. R. **Medidas socioeducativas de privação de liberdade no Brasil: uma revisão sistemática de literatura.** 2019. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.201.77>.

GOVERNO ESTADUAL DE PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Social Criança e Juventude. Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco. **Relatório Anual 2018.** Disponível em: http://www.funase.pe.gov.br/doc/VF_09_07_19_Relatorio_anual_2018_Funase_diagramado.pdf. Acesso em 02 set. 2019.

GUARESCHI, P. A. Representações Sociais: avanços teóricos e epistemológicos. **Temas em Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 249-256, 2000.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão.** Em JODELET, D. (Org.). As representações sociais, p. 17-44. Rio de Janeiro: EdUERj, 2001.

LEITE, M. L.; ESCUDEIRO; GUIMARÃES; M. H.; Guedes, M. F. O desafio da intersetorialidade no cuidado integral à saúde de adolescentes em privação de liberdade no estado do Acre; **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 70-75, mar 2015.

LIMA, S. C. **O Bem e o Mal da Lei**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, UFPE. 2004.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1179-1186, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000031&lng=pt&nrm=iso Acesso em 28 out. 2017.

LOURENÇO, J. K. S. **As representações sociais dos professores em relação aos adolescentes em conflito com a lei**. 2012. xv, 146 f., il. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MACAGNAN, L. D. G.; BETTI, M. Futebol: representações e práticas de escolares do ensino fundamental. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 28, n. 2, p. 315-327, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-55092014000200315>

MACHADO, B. A.; SLONIAK, M. A. Disciplina ou ressocialização? Racionalidades punitivas, trabalho prisional e política penitenciária. **Revista Direito GV**, v. 11, n. 1, p. 189-222, 2015. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/1808-2432201509>

MACHADO, L. B.; SANTOS, J. A. L. C. **ESCOLA organizada em ciclos: as representações sociais de professores considerados bem-sucedidos**. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, v. 23, n. 89, p. 843-868, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-40362015000400003>

MALDONADO BRITO, A. M.; VIZEU CAMARGO, B.; GIACOMOZZI, A. I.; BERRI, B. (2017). Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social Social. **Liberabit**, v.23, n.1, p.9-22. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.01>

MANSUR, T. S.; MACHADO, L. A. D. Problematizando a noção de vítima de violência. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. spe. p. 183-192, 2014.

MENDES, C. F. M.; SANTOS, A. L. S. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 121-132, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015142591>

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Petrópolis: Vozes, 2012.

NEVES, M. **Relatório apresentado à ONU mostra situação do sistema socioeducativo no Brasil**. Portal FolhaPE. Publicado em 06 out. 2016. Disponível em: <http://www.folhape.com.br/noticias/noticias/cotidiano/2016/10/06/NWS.1451,70,449,NOTICIAS.2190-RELATORIO-APRESENTADO-ONU-MOSTRA-SITUACAO-SISTEMA-SOCIOEDUCATIVO-BRASIL.aspx> Acesso em 03 dez. 2017.

NJAINÉ, K.; MINAYO, M.C.S. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 285-297, 2002.

OLIVEIRA JÚNIOR, G. E.; DIEHL, M. B.; MATTOS, G.; SILVEIRA, J. L. G. C. Individualização dos cuidados em saúde e apassivação do usuário no âmbito da educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 453-467. Mar, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00059>

PADOVANI, A. S; RISTUM, M. Significados Construídos acerca das Instituições Socioeducativas: Entre o Imaginado e o Vivido. **Psico-USF**, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 609-622, Dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712016000300609&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Out. 2019.

PERMINIO, H. B. *et al.* Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2859-2868, Set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902859&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 Out. 2019.

PIRES, J. M. A. **O adolescente privado de liberdade: O trabalho da Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul no período de 2000 a 2014**. 243 f. Tese de Doutorado, Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

RACIONAIS MC'S. Diário de um detento. **Sobrevivendo no inferno**. São Paulo, Cosa Nostra, 1997.

RAMOS, D. C.; COELHO, T. C. B. Representação social de mães sobre alimentação e uso de estimulantes do apetite em crianças: satisfação, normalidade e poder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 233-254, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200004>

RAPOSO, C. A. Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 117-138, 2009.

REIS, T. Em 1 ano, dobra nº de menores cumprindo medidas no país, diz CNJ. **Portal de Notícias Globo**: Publicado em 25 nov. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/11/em-1-ano-dobra-n-de-menores-cumprindo-medidas-no-pais-diz-cnj.html> Acesso em 01 dez. 2017.

RIBEIRO, H. M. C. B., LAMY, Z. C., COIMBRA, L. C., ROCHA, L. J. L. F., AQUINO, D. M. C., COUTINHO, N. P. S.; COSTA, L. F. A. Representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre Interdisciplinaridade. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 97-115, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00082>

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. RJ: EdUERJ; 1998.

SANTOS, C. S., GOMES, A. M. T., SOUZA, F. S., MARQUES, S. C., LOBO, M. P.; OLIVEIRA, D. C. (2017). Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1. Fev. 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170016>

SANTOS, M. F. S. A teoria das representações sociais no Brasil: história e evolução. **13ª Conferência Internacional sobre Representações Sociais**, Marselha, França. Set. 2016.

SANTOS, M. F. S., ALESSIO, R. L. S. De quem é a culpa? Representações sociais de pais das zonas urbana e rural sobre adolescentes e violência In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; DINIZ, G. S.; TRINDADE, Z. A. (Org.) **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais**. Brasília: Ed. UnB, 2006.

SANTOS, M. F. S.; OLIVEIRA, L. A família ideal só em fotografia: representações sociais de família e violência. **Simpósio Nacional de Psicologia Social e do Desenvolvimento X Encontro Nacional PROCAD-Psicologia/CAPES Violência e Desenvolvimento Humano: Textos Completos**. Vitória, Espírito Santo, 2006.

SANTOS, M. F. S. A Teoria das Representações Sociais. In: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Org.). **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. Pernambuco: Ed Universitária da UFPE, p. 15-38, 2005.

SILVA, J. G.; TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Alimentação na adolescência e as relações com a saúde do adolescente. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1095-1103, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000570013>

SILVA, T. R. **“Pratas, ‘Lacoste’, Grana e Novinhas”**: um estudo sobre a construção social da adolescência através do ato infracional. Franca, 2015. 257 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2015. Disponível em: www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/cathedra/09-05-2016/000865178.pdf

SOUSA, Z. A. A.; SILVA, J. G.; FERREIRA, M. A. Saberes e práticas de adolescentes sobre saúde: implicações para o estilo de vida e cuidado de si. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 400-406, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140057>

SOUZA, L. A.; COSTA, L. F. A significação das medidas socioeducativas para as famílias de adolescentes privados de liberdade. **Psico-USF**, Bragança Paulista. v. 18, n. 2, p. 277-288, maio/ago. 2013.

TRINDADE, Z. A. Reflexão sobre o estatuto das práticas na TRS. Textos para discussão. Anais. **Simpósio Internacional sobre Representações Sociais: Questões Epistemológicas J**, p. 18-28, Natal: UFRN; 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNICEF, **Competências para a vida - trilhando caminhos de cidadania**. Edição revisada, Brasília, 2018.

VALADARES, J. L. *et al.* O "cidadão hedonista": diálogos sobre consumo e cidadania na sociedade contemporânea. **Cad. EBAPE.BR** [online]. v. 14, n. 4, p. 966-983, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512016000400966&lng=en&nrm=iso.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente: O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. SP: Martins Fontes, 2003.

VILARINS, N. P. G. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 891-898, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232014193.13042013>

VILAS BOAS, C. C.; CARVALHO, R.; CUNHA, C. F. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Rev. méd.** Minas Gerais; v. 20, n. 2, abr. - maio 2010.

VOLPI, M. **Sem liberdade, sem direitos: a experiência de privação de liberdade na percepção dos adolescentes em conflito com a lei**. São Paulo: Cortez, 2001.

ZAPPE, J. G.; DIAS, A.C.G. Violência e fragilidades nas relações familiares: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. **Estudos de Psicologia**, n. 17, v. 3, p. 389-395, set./dez. 2012.

ZAPPE, J. G.; RAMOS, N. V. Perfil de adolescentes privados de liberdade em Santa Maria/RS. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 365-373, 2010.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o Sr (a). para participar como voluntário(a) da pesquisa **O cuidado em saúde para adolescentes privados de liberdade: Representações Sociais de profissionais de saúde**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Camylla Sales da Silva Santana, residente à rua General Manoel Rabelo, 1600, Engenho Velho – Jaboatão dos Guararapes/PE. CEP: 54160-000, telefone: (81) 986989257, e-mail: camyllasales@hotmail.com. Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria de Fátima de Souza Santos, e-mail: fatimasan@uol.com.br.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A presente pesquisa tem como objetivo investigar a relação entre as representações sociais dos profissionais de saúde acerca dos adolescentes autores de atos infracionais que estão em cumprimento de medida socioeducativa de internação e as práticas de cuidado em saúde a eles ofertadas.
- Para a coleta de dados será utilizada uma entrevista semiestruturada que buscará informações sobre as práticas de cuidado em saúde que são oferecidas aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, bem como sobre o que se pensa sobre esses jovens.
- Será realizada uma entrevista que deverá ser agendada em dia e lugar escolhido pelo (a) participante, de acordo com sua conveniência e realizada individualmente, com tempo livre, registrada em áudio para posterior transcrição.
- A presente pesquisa não propõe a utilização de nenhum procedimento invasivo e, desse modo, apresenta risco mínimo aos participantes. No entanto, existe a possibilidade do surgimento de algum desconforto emocional, que será minimizado a partir da descrição clara dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como da garantia do anonimato sobre as informações por fornecidas. O (a) participante tem ainda a possibilidade de desistência a qualquer momento.
- Considera-se que este estudo pode ajudar a problematizar os entraves para a garantia do cuidado em saúde para adolescentes privados de liberdade, principalmente em nível de atenção primária. Os resultados e reflexões realizadas a partir desta pesquisa trarão benefícios para a população estudada, oferecendo maior compreensão sobre as práticas de saúde oferecidas aos adolescentes em conflito com a lei e sua relação com as representações sociais acerca deste público.
- Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os

responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas, gravações), ficarão armazenados em pastas de arquivo e/ou computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Camylla Sales da Silva Santana, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo O cuidado em saúde para adolescentes privados de liberdade: Representações Sociais de profissionais de saúde, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recife, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do (a) participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista

Qual a sua profissão?

Há quanto tempo você trabalha nessa função?

O que você pensa sobre adolescentes que praticam atos infracionais?

O que você acha que leva os adolescentes a cometerem atos infracionais?

O que você pensa do sistema socioeducativo do Brasil?

Quais direitos você acha que perde o adolescente que comete um ato infracional e recebe uma medida socioeducativa de internação?

Você ou alguém próximo já foi vítima de um adolescente?

Você já atendeu adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação?

O que você acha de atender esses adolescentes?

De que modo você pensa que deveria estar organizado o cuidado em saúde para esses adolescentes?

Como funciona o cuidado em saúde que deve ser oferecido pela Atenção Básica?

Como é o cuidado em saúde oferecido aos adolescentes do Case Jaboatão?

Você pode exemplificar com alguma situação vivenciada por você ou da qual tomou conhecimento?

Você conhece o Centro de Atendimento Socioeducativo que está no seu território?

Você já ouviu falar da PNAISARI?