

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Thaís de Campos Meneses

**TRAJETÓRIAS DE VIOLÊNCIAS E CUIDADOS COM ADOLESCENTES
VULNERABILIZADOS: uma proposta de análise a partir do trabalho da PNAISARI
em Belo Horizonte, MG**

Belo Horizonte

2021

Thaís de Campos Meneses

**TRAJETÓRIAS DE VIOLÊNCIAS E CUIDADOS COM ADOLESCENTES
VULNERABILIZADOS: uma proposta de análise a partir do trabalho da PNAISARI
em Belo Horizonte, MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção de título de mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Área de Concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Freitas Dias

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Belo Horizonte

2021

M543t Meneses, Thais de Campos.
Trajetórias de violências e cuidados com adolescentes vulnerabilizados [recursos eletrônicos]: uma proposta de análise a partir do trabalho da PNAISARI em Belo Horizonte, MG. / Thais de Campos Meneses. -- Belo Horizonte: 2021.
105 f.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): André Luiz Freitas Dias.
Coorientador (a): Cristiane de Freitas Cunha Grillo.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Adolescente. 2. Racismo. 3. Vulnerabilidade Social. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Política Pública. 6. Serviços de Saúde do Adolescente. 7. COVID-19. 8. Dissertação Acadêmica. I. Dias, André Luiz Freitas. II. Grillo, Cristiane de Freitas Cunha. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 330



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP
ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA/ THAIS DE CAMPOS MENESES

Realizou-se, no dia 29 de novembro de 2021, às 15:30 horas, Plataforma online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *TRAJETÓRIAS DE VIOLÊNCIAS E CUIDADOS COM ADOLESCENTES VULNERABILIZADOS: uma proposta de análise a partir do trabalho da PNAISARI em Belo Horizonte, MG*, apresentada por THAIS DE CAMPOS MENESES, número de registro 2019714870, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Andre Luiz Freitas Dias (UFMG), Prof(a). Cristiane de Freitas Cunha Grillo (UFMG), Prof(a). Alessandro Pereira dos Santos (PUC-MG), Prof(a). Fernanda Otoni de Barros Brisset (TJMG).

A Comissão considerou a dissertação:

() Aprovada

() Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 29 de novembro de 2021.

Prof(a). Andre Luiz Freitas Dias (Doutor)

Prof(a). Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Doutora)

Prof(a). Alessandro Pereira dos Santos (Doutor)

Prof(a). Fernanda Otoni de Barros Brisset (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Otoni de Barros Brisset, Usuário Externo**, em 08/09/2022, às 16:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alessandro Pereira dos Santos, Usuário Externo**, em 11/09/2022, às 23:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane de Freitas Cunha Grillo, Professora do Magistério Superior**, em 11/07/2023, às 10:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andre Luiz Freitas Dias, Professor do Magistério Superior**, em 25/07/2023, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](#), informando o código verificador **1085871** e o código CRC **7EAA8B7B**.

RESUMO

O presente trabalho pretende discutir, a partir do trabalho realizado no Programa PNAISARI em Belo Horizonte, quais violências e cuidados são vivenciados pelos adolescentes neste município. A pesquisa utilizada foi a Triangulação de Métodos, a qual permite o uso de três ou mais técnicas, objetivando ampliar o “universo informacional” em torno do objeto de pesquisa, o diálogo entre diversas áreas de conhecimento e o entrelaçamento entre teoria e prática o qual articule diversos pontos de vista. Os métodos combinados utilizados, na presente pesquisa, foram a metodologia clínico-qualitativa, análise dos dados de políticas públicas e programas, além de pesquisa teórica de caráter multidisciplinar, por meio de materiais de alcance público. Foram realizadas, como métodos procedimentais, entrevistas semidirigidas e um breve fragmento de caso clínico. Para tanto, inicialmente, buscou-se compreender sobre esses adolescentes e jovens a partir da visão de sociólogos e psicanalistas, trazendo também uma discussão sobre esses sujeitos na contemporaneidade. Em seguida, como tentativa de aprofundar sobre as violências e vulnerabilidades as quais esses sujeitos vivenciam, aborda-se sobre o cenário de Belo Horizonte acerca dos jovens em situação de vulnerabilidade social. E realizou-se um percurso teórico sobre o racismo, utilizando como referências historiadores e pensadores sobre o tema. Logo após, foi feito um breve contexto histórico sobre as políticas públicas na Saúde para adolescentes, com o aprofundamento nas discussões sobre a PNAISARI, mas também sobre a importância e potência de um trabalho intersetorial. Além do breve relato sobre o cenário atual da pandemia da COVID-19 e as formas as quais atingem esses jovens em situação de vulnerabilidade social.

Palavras-Chave: Adolescências. Racismo. Vulnerabilidade. PNAISARI. Cuidados.

ABSTRACT

This paper aims to discuss, based on the work done in the PNAISARI Program in Belo Horizonte, what violence and care are experienced by adolescents in this municipality. The research used was the Triangulation of Methods, which allows the use of three or more techniques, aiming to expand the "informational universe" around the object of research, the dialogue between several areas of knowledge and the interweaving between theory and practice that articulates several points of view. The combined methods used in the present research were the clinical-qualitative methodology, data analysis of public policies and programs, and multidisciplinary theoretical research through public materials. As procedural methods, semi-structured interviews and a brief fragment of a clinical case were carried out. Initially, we tried to understand about these adolescents and young people from the point of view of sociologists and psychoanalysts, also bringing a discussion about these subjects in contemporaneity. Then, in an attempt to deepen on the violence and vulnerabilities that these subjects experience, we approached the scenario of Belo Horizonte regarding young people in situations of social vulnerability. And a theoretical approach was made about racism, using as references historians and thinkers on the subject. Soon after, a brief historical context was made about public policies in Health for adolescents, with a deepening in the discussions about PNAISARI, but also about the importance and power of intersectoral work. Besides the brief report on the current scenario of the COVID-19 pandemic and the ways in which it affects these young people in situations of social vulnerability.

Keywords: Adolescences. Racism. Vulnerability. PNAISARI. Care.

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Valores médios do Índice de Vulnerabilidade Juvenil (IVJ-BH) por regional e para o município de Belo Horizonte, 2015	31
Gráfico 2 – Óbitos causados por homicídios, por faixa etária (2018)	47
Gráfico 3 – Número de homicídios de crianças e adolescentes (0 a 19 anos) – Brasil (1980-2018).....	47
Gráfico 4 – Chance de uma pessoa negra sofrer homicídios vis-à-vis uma pessoa não negra – Brasil (2008-2018)	48
Gráfico 5 – Taxa de homicídios de negros e de não negros a cada 100 mil habitantes, nestes grupos populacionais – Brasil (2008-2018)	49
Gráfico 6 – Idade aparente das vítimas de homicídio por sexo	49
Gráfico 7 – Idade aparente das vítimas de homicídio por cor da pele.....	50
Gráfico 8 – Distribuição de vítimas de homicídio consumados de jovens de 10 a 19 anos no município de Belo Horizonte – janeiro a novembro de 2019	50
Gráfico 9 – Sentenças, Belo Horizonte, 2020.....	59
Gráfico 10 – Raça/Cor, Belo Horizonte, 2020.....	60
Gráfico 11 – Proporção de casos de SRAG confirmados para COVID-19, segundo raça/cor, residentes em Belo Horizonte, 2020-2021	83
Gráfico 12 – Proporção de óbitos de SRAG confirmados para COVID-19, segundo raça/cor, residentes em Belo Horizonte, 2020-2021	83

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Percentual da População com idade de 15 a 29 anos de idade por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2010	27
Mapa 2 – Percentual da População com idade de 10 a 14 anos de idade ocupadas por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2010	27
Mapa 3 – Renda domiciliar média por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2010	28
Mapa 4 – Taxa de abandono escolar no Ensino Médio por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2013-2015	28
Mapa 5 – Distorção idade-Série no Ensino Médio por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2013-2015	29
Mapa 6 – Taxa de homicídio população masculina com idade de 15 a 29 anos de idade por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2013-2015	29
Mapa 7 – Taxa de fecundidade na faixa etária de 15 a 19 anos de idade por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2013-2015	30
Mapa 8 – Resultado do índice de vulnerabilidade juvenil (IVJ-BH) por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2015.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sentenças, Belo Horizonte, 2020	58
Tabela 2 – Raça/Cor, Belo Horizonte, 2020	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASAJ	Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde
CERSAMI	Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil
CEPAI	Centro Psíquico da Infância e Adolescência
CIA	Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional
CIT	Comissão Intergestores Tripartites
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CTI	Centro de Terapia Intensiva
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Equipe de Saúde da Família
FEBEM	Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GERASA	Gerência Distrital de Assistência à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IVJ-BH	Índice de Vulnerabilidade Juvenil de Belo Horizonte
MS	Ministério da Saúde
NAMSEP	Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral ao Adolescente em Regime de Internação e Internação Provisória
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TGCs	Territórios de Gestão Compartilhadas
UCA	Unidade Clínica de Adolescentes

UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
<i>1.1 Metodologia</i>	<i>13</i>
<i>1.2 Introdução</i>	<i>14</i>
2 ADOLESCÊNCIAS E JUVENTUDES	19
<i>2.1 O que são adolescências e Juventudes</i>	<i>19</i>
<i>2.2 O jovem e o Outro contemporâneo</i>	<i>23</i>
3 RACISMO	32
<i>3.1 Escravidão</i>	<i>33</i>
<i>3.2 Os diferentes modos de existir e a Necropolítica:</i>	<i>40</i>
4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA JOVENS	53
<i>4.1 Saúde do Adolescente</i>	<i>55</i>
<i>4.2 Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei.</i> 69	
<i>4.3 O trabalho intersetorial</i>	<i>76</i>
<i>4.4 A pandemia da COVID-19</i>	<i>81</i>
5 DISCUSSÃO	86
6 CONCLUSÕES	93
REFERÊNCIAS	94
ANEXO	100

1 APRESENTAÇÃO

O desejo de trabalho com adolescentes se instaura, ou pelo menos me é evidenciado, no final do curso de graduação em Psicologia, a partir de uma observação da banca do trabalho de conclusão de curso: o significante “infrator” foi utilizado por mim para dizer de sujeitos adultos os quais cometeram algum crime e, na realidade, se refere a adolescentes ou pessoas com sofrimento mental que cometeram algum ato em conflito com a lei. O interesse em ler sobre e compreender melhor o tema aparece a partir desse momento: algo nesse “adolescente infrator” toca e, a partir daí, também surge o desejo de trabalhar e estudar sobre a adolescência.

Com o aprofundamento no tema, meu interesse foi se direcionando para questionamentos sobre o alto número de adolescentes vítimas de genocídio no Brasil: quem são esses jovens assassinados e quais possíveis motivações para tal atrocidade?

Ainda seguindo meu desejo, se fez necessário ingressar no mestrado profissional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, momento em que também inicio o trabalho no Programa Política Nacional de Atenção Integral ao Adolescente em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, onde permaneci durante dois anos.

O tema de pesquisa, inicialmente, seria o genocídio do jovem negro no Brasil, mas, diante do trabalho realizado na PNAISARI, me pareceu ser de suma importância registrar esse trabalho na rede de Belo Horizonte. Esse trabalho estava ainda se compondo para mim e que, ao ofertar a esses adolescentes um espaço de cuidado e um trabalho cotidiano contra a vulnerabilidade desses jovens, possibilita que eles vivam!

1.1 Metodologia

A pesquisa utiliza a Triangulação de Métodos, o qual permite o uso de três ou mais técnicas, objetivando ampliar o “universo informacional” em torno do objeto de pesquisa, o diálogo entre diversas áreas de conhecimento e o entrelaçamento entre teoria e prática que articule diversos pontos de vista. Os métodos combinados utilizados, na presente pesquisa, serão a metodologia clínico-qualitativa, análise dos dados da PNAISARI e de outras políticas e programas, além de pesquisa teórica de caráter multidisciplinar, por meio de materiais de

alcance público, com a consulta a revistas e artigos científicos e banco de dados dos casos acompanhados pela rede de saúde, especialmente pela equipe PNAISARI de Belo Horizonte.

Foram realizadas, como métodos procedimentais, entrevistas semidirigidas e utilizamos um breve fragmento de caso clínico.

Os profissionais entrevistados foram: um profissional da coordenação da PNAISARI em Belo Horizonte, dois profissionais atuantes na coordenação da saúde do adolescente na Secretaria Municipal de Belo Horizonte e um técnico que atua no programa PNAISARI. Os profissionais convidados para as entrevistas foram selecionados considerando o trabalho junto a adolescentes e acompanhamento do PNAISARI no município de Belo Horizonte.

Optamos por trazer as entrevistas durante todo o trabalho teórico, utilizando-as como bússola para o percurso traçado, entendendo que a escuta do singular de profissionais envolvidos com o trabalho podem nos guiar nessa tentativa de compreender as potencialidades de cuidado da rede de Belo Horizonte e as trajetórias de violências as quais esses adolescentes vivenciam. Ao final, como abertura para a discussão sobre o trabalho realizado, utilizamos o fragmento de caso.

O fragmento de caso acompanhado pela PNAISARI em Belo Horizonte é uma tentativa de evidenciar o quanto esses jovens têm a nos transmitir. Recorremos à ideia de Viganò (2010, p. 2) do que seria uma construção de caso clínico, o qual consiste “em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente.” Para o autor, os ensinamentos do paciente acontecem mediante uma escuta cuidadosa, das particularidades daquele sujeito, de seus atos falhos, recaídas, ausências. O método de construção de caso clínico é, “além de potente instrumento de formação, também um modo de avaliar e, portanto, de melhorar a qualidade clínica do trabalho” (VIGANÒ, 2010, p. 1).

1.2 Introdução

Ontem na reunião semanal do PNAISARI [...] eu falei para a turma: isso que nós estamos fazendo aqui é política, porque isso é uma resistência, porque dar o tempo para que a gente possa transitar a palavra e refletir sobre o nosso trabalho, isso é um ato político. E dentro da saúde, dentro de como nós estamos, dentro da demanda imensa de trabalho que você vai sendo corroído e corrido esse trabalho, poder dar essa parada, então isso é um ato político. Então assim, a gente possa levar aonde estiver, os casos que eles tiverem, que a função deles é trazer esses casos, essa palavra para esse adolescente para a Equipe da Saúde da Família. Então se eles conseguem fazer isso, então isso é um ato político também. [...] acho que toda hora que você para e faz um

tempo, dá essa pausa e que você provoca o outro falar alguma coisa isso é um ato político. Então a gente tem que falar sabe, a gente tem que mostrar o ouro, a gente tem que sustentar esse ato porque isso é política, então a educação hoje passa a ser política, porque tem os nossos gestores maiores que não interessa a eles que nós saibamos, não interessa a eles que nós temos conhecimento, então quando a gente propõe conhecimento a gente está fazendo um ato político, e eu acho que é isso assim. Trabalhar com a adolescência acaba sendo um ato político, fazer com que eles existam, fazer com que eles apareçam, dar visibilidade a eles, e é isso, então quando o adolescente entra [no atendimento na saúde], entra todo mundo: entra a família, entra o social, entra a escola, entra a rua, entra o tráfico, entra a questão racial, a questão da violência, a questão da morte, a morte injusta e precoce, sabe? Então assim isso tudo é um ato político, e tudo isso é um ato de provocação, que compete a nós esse compromisso de dar visibilidade a isso, da gente fazer a diferença para isso. Então eu acho que a gente pode, a saúde pode, a saúde faz parte dessas pastas todas, ainda que consegue ter acesso a cada um desses níveis (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Então é essa coisa do escutar mesmo, né, é da escuta que as pessoas às vezes não dão conta de fazer, né. [...] as condições de trabalho hoje do profissional de saúde elas, sem dúvida, elas interferem muito, porque assim está sendo uma sobrecarga enorme, os profissionais não têm tempo de construir o caso, não têm parceria de construir o caso, não têm agenda protegida para construir o caso, tem falta de profissionais nas áreas. Então está uma situação muito difícil, e isso dificulta mais, e aí eu acho que a subjetividade tem a ver com a escuta, então quando ele não é escutado na sua subjetividade ele está, de certa forma, violentado, né, e essa violência assim, nesse ponto, dele não ser escutado. Ou uma negligência, né, que também é violência. Então tem a violência policial, né, [...] e a violência institucional que eu acho que tem a ver com essa falta de escuta, sabe, assim, eu acho que hoje as instituições são muito poderosas assim sabe, diante do seu usuário, sabe? Eu acho que tem uma relação de poder assim muito pouco trabalhada, sabe, muito pouco pensada assim, sabe? Eu acho que esse é um ponto importante assim, na relação de poder, quem está na instituição tem um poder e o usuário é uma pessoa que precisa da instituição, sabe. Então isso que eu acho que é o ponto que... que fere, né. [...] vários meninos que chegam para a gente agora, a gente vai ver o histórico deles, e eles têm o histórico longo de atendimento na saúde, que em algum momento o menino abandonou e ficou por isso mesmo, né, e em algum momento teve um corte aí que a gente não consegue saber direito. Porque assim, a instituição se coloca nesse lugar, acho que tem a ver com a questão de sobrecarga, de muitos casos que aí não conseguem ser monitorados, né, uma equipe muito enxuta, aí tem algum momento que desenlça, que interrompe isso e que vai aparecer lá na frente, né, aí é um outro, eu acho que é um outro ponto, que a gente podia chamar como? Eu coloquei aqui mesmo de cuidados precários, rede fragilizada e despreparada, e aí as violências sofridas são: essa primeira que é essa não-escuta, essa questão do poder instituição, a violência policial e essa violência familiar. Acho que tem uma violência familiar que acontece aí e eu não... e as instituições só têm como resposta a punição, sabe? Eu acho tudo muito precário diante da realidade que a gente está vivendo assim. Em algum momento assim das políticas, que as políticas estavam se fortalecendo, ela começou a se fragilizar, mas é com relação a esses investimentos, óbvio, óbvio

que tem a ver, mas na minha visão tem a ver também com uma gestão da política assim. Começou a cochilar com essa coisa do investimento, informação, de garantir os espaços, sabe, do profissional, é. Aí, entendeu? Não tem diretamente a ver com um corte de recursos, mas tem a ver com a gestão da política, de como você maneja os recursos que você tem, sabe? (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

A presente pesquisa pretende discutir, a partir do trabalho realizado no Programa PNAISARI, em Belo Horizonte, quais violências e cuidados são vivenciados pelos adolescentes neste município.

Consideramos que os sujeitos-adolescentes, muitas vezes, não possuem vínculo com a atenção primária de saúde. Isso pode ocorrer, pois os adolescentes trazem consigo, durante uma consulta na saúde, suas angústias, sofrimentos, questões, os quais são comuns durante essa fase tão particular de sua vida, causando certo desconforto ou incômodo ao profissional que está diante daquele jovem. Mas, muitos profissionais e equipes podem não saber como lidar com aquele sujeito perante a eles, historicamente invisibilizados e silenciados por violências estruturais em nossa sociedade, originando embaraços e mal-estar para ambas as partes.

Isso se agrava quando consideramos os jovens mais vulneráveis de nossa sociedade, os quais, para além das questões relacionadas à adolescência, ainda sofrem preconceitos raciais, dificuldade no acesso a direitos básicos, ficando mais expostos a sérios tipos de violência. Compreendemos que com a entrada da equipe PNAISARI nos casos desses jovens se faz possível que a equipe de saúde - e/ou da rede do município de Belo Horizonte – e o adolescente encontrem novas formas de se relacionar e dialogar. O trabalho em equipe possibilita aos profissionais envolvidos no caso se posicionem de outra forma, quando necessário, a fim de que os adolescentes se sintam acolhidos dignamente e respeitados naquele espaço, possibilitando assim que encontrem um espaço de cuidado, sempre considerando sua trajetória de vida e suas potencialidades.

Com isso, o objetivo com a presente pesquisa é analisar as trajetórias de violências e cuidados vivenciados por adolescentes a partir do trabalho da PNAISARI. Para tanto, é imperativo descrever e analisar: o contexto e as condições de vulnerabilidade às quais estão submetidos os adolescentes em Belo Horizonte, os cuidados e atenção em saúde oferecidos aos adolescentes vulneráveis, o contexto e as ações de implantação da PNAISARI dentro do município citado.

No segundo capítulo “Adolescências e Juventudes”, logo após a Introdução, para ajudar a compreender melhor o que é adolescência, recorreremos a alguns pensadores, filósofos e psicanalistas que trabalham o tema adolescência: Stevens (2004), Freud (1905 e 1923), Lacan (1954 e 1958), Lacadée (2011), Ferreira (2016), Guerra (2012) e Le Breton (2017). Para trazer a discussão da temática para o contemporâneo, acrescentaremos os autores Miller (2015), Couto (2016), Soares (2004) e Arendt (1985).

Posteriormente, apresentamos dados do índice de Vulnerabilidade Juvenil de Belo Horizonte-IVJ-BH (2016), com a finalidade de elucidar o cenário de Belo Horizonte ao tratarmos da vulnerabilidade social dos jovens residentes neste município.

No capítulo “Racismo”, realizei uma breve perspectiva histórica para recordar a relação entre escravidão e racismo. Para tanto, recorreremos a autores que trabalham o tema da descolonização, como Nascimento (2016), Fanon (2008) e Mbembe (2017 e 2018). Ainda na temática, mas, a partir de uma perspectiva das marcas desse período escravocrata deixado na sociedade, utilizaremos dos trabalhos de psicanalistas Miller (2016), Laurent (2014), Freud (1931), Lacan (1988) e filósofos como Butler (2018), Peter Pál Pelbart (2017), Žižek (2014), Almeida (2018 e 2020) e Soares (2004).

Dados de alcance públicos foram utilizados para ilustrar a gravidade das violências que os jovens negros periféricos vivenciam já há muitos séculos. Neste momento, os dados utilizados serão o Atlas da Violência (2019 e 2020) e dados colhidos no Programa de Controle de Homicídios – Fica Vivo! (2019).

No capítulo seguinte, “Políticas Públicas Para Jovens”, utilizei de autores que trabalham a partir de uma escuta psicanalítica – Rosa (2004 e 2017), Koltai (2012), Reis (2017), Moreira (2015), Miller (2015), Cunha (2018) e Ferreira (2016) – para discutir as possibilidades de um trabalho nas políticas públicas as quais considerem a subjetividade de seus usuários.

Para maior compreensão sobre a Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória e a trajetória dos adolescentes no Programa PNAISARI de Belo Horizonte, utilizei do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), “Protocolo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente” (2015), Lei nº 12.594 (2012) - que estabelece o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) -, “Plano Operativo Municipal de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei” (2019) e Portaria nº 1.082 (2014).

Além disso, dados coletados em planilha da equipe técnica da PNAISARI, durante os anos de 2019 a 2021, foram utilizados, objetivando que seja possível ter uma visão inicial do trabalho desenvolvido no Programa até o momento.

Iniciamos com uma reflexão sobre quem são esses adolescentes e jovens retratados nesta pesquisa.

2 ADOLESCÊNCIAS E JUVENTUDES

São adolescentes que já tinham um histórico de uma infância com muita violação de direito, convivência de muitas violências, com uma precariedade de atenção na saúde, na educação, por exemplo. [...] mortos pelo genocídio do jovem negro... e os adolescentes, essas mulheres [as mães], e essa famílias têm esse histórico de muita violação, desde a infância muita violação extrema, de condições absolutamente indignas de vida, de exclusão em vários espaços e são tratados como objetos das políticas (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] esses adolescentes, eles não circulam muito, eles não têm muito conhecimento, dependendo da Regional que você vai, eles estão muito circunscritos àquela área por falta de grana, por falta de sentido, por falta de educação, de escola, né, por questões mesmo da pobreza familiar também, né. Então esses adolescentes ficam muito localizados, né, então a ideia [...] é dar visibilidade a essa adolescência, sabe, provocar o gestor para que esse ciclo de vida tenha lugar. Eles já estão aí, talvez, é dar mais visibilidade e dar conhecimento para que essa Equipe de Saúde da Família acolha melhor essa adolescência, sabe (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Diversas questões, como os processos sociais e culturais, presentes na vulnerabilidade de alguns jovens são fatores a se considerar para compreender o que faz com que esses adolescentes negros sejam vítimas preferenciais de homicídios. Mas também se faz necessário compreender sobre as adolescências e juventudes e as questões as quais os sujeitos estão vivenciando nessa fase da vida.

2.1 O que são adolescências e Juventudes

Os pares e os grupos são fundamentais nesse momento de adolescência, você se apazigua no seu par, nos seus iguais, né [...], então eu acho que são momentos de encontro mesmo, são momentos de apaziguamento e ele vai se experimentando novos mundos, novos sabores assim, ele vai se apresentando de várias formas né, até se constituir como uma pessoa adulta, né. [...] e certas coisas que eles vivem impactam a vida toda, né, tanto para o bem quanto para o mal, né, tanto quanto para umas saídas possíveis, saídas que são viáveis, quanto saídas que são mortíferas (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Na presente pesquisa, seguimos o estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), como também pela organização Mundial da Saúde (OMS), ao delimitar que o sujeito adolescente é aquele com idade entre 10 e 19 anos, e como jovem aquele sujeito situado entre 15 e 24 anos. Sendo assim, um período da adolescência coincide com uma parte da juventude, esses dois

momentos da vida dos sujeitos estão entrelaçados, e o termo “pessoas jovens” pode, dentro desse intervalo, ser utilizados ao se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, àquelas pessoas as quais estão inseridas na faixa etária entre 10 e 24 anos.

Dayrell (2003) entende a juventude como, ao mesmo tempo, condição social e algum tipo de representação. Para este autor, se na faixa etária entendida como juventude, todos os sujeitos passam por desenvolvimentos corporais, mudanças psicológicas, é muito variado o modo como cada sociedade, cada tempo histórico, cada grupo social e, acrescentamos aqui cada sujeito, lida com a juventude e representa-a. “Essa diversidade se concretiza com base nas condições sociais (classes sociais), culturais (etnias, identidades religiosas, valores) e de gênero, e das regiões geográficas, dentre outros aspectos” (DAYRELL, 2003, p. 41).

A juventude é um momento da vida com idade estabelecida, como dito anteriormente, porém não se trata de apenas de uma faixa etária,

Todo esse processo é influenciado pelo meio social concreto no qual se desenvolve e pela qualidade das trocas que este proporciona. Assim, os jovens [...] constroem determinados modos de ser jovem que apresentam especificidades, o que não significa, porém, que haja um único modo de ser jovem nas camadas populares (DAYRELL, 2003, p. 42).

Considerando isso, utilizamos a noção de juventudes, no plural, para destacar a grande quantidade de modos de existir e de ser jovem possíveis. Desse mesmo modo, tratamos a questão das adolescências.

Para tratarmos do conceito de adolescência, se faz imperioso diferenciá-la da puberdade, porque esta é um conceito biológico o qual corresponde a certo momento em que o organismo da criança passa a se desenvolver, quando o corpo infantil passa a se transformar de forma intensa. E a puberdade é o conjunto de transformações físicas e hormonais as quais assinalam a saída da infância.

Já a adolescência é o momento em que o sujeito passa a buscar formas de se separar de seus pais, buscar novas referências, novos ideais. Para Alexandre Stevens (2004), a adolescência é sintoma da puberdade, é “uma resposta à irrupção pubertária”. O sujeito, nesse momento de sua vida, cria modos de sobrevivência para conseguir passar por essa difícil travessia, a adolescência.

Freud (1905) ainda não trabalhava o conceito de adolescência. Para ele, é na puberdade que a vida sexual da criança se configura decididamente. Antes dessa fase, a pulsão sexual era

basicamente autoerótica, e as zonas erógenas independiam umas das outras. Com a entrada na puberdade, surge nova fonte sexual: a zona genital.

Segundo o referido autor (1905), em ambos os sexos, a inclinação infantil pelos pais é, sem dúvida, o mais importante, embora não o único traço que, revivido na puberdade, aponta o caminho para a escolha do objeto sexual.

Lacan (1954) nos indica que os meninos adolescentes não pensariam em fazer amor com as mocinhas sem o despertar de seus sonhos. Isso não é satisfatório, pelo contrário, é malsucedido para todos uma vez que a sexualidade faz furo no real. Os adolescentes necessitam da fantasia para encontrar formas de lidar com a sexualidade.

Na adolescência, o sujeito se depara com o desejo sexual, nessa etapa da vida, ocorre o remanejamento da vida sexual infantil e da escolha do objeto de amor. Lacadée (2011) se refere à adolescência como a “mais delicada das transições”. O sujeito adolescente passa a ter uma dificuldade em continuar se posicionando no mesmo discurso de antes, uma vez que não se percebe da mesma forma que anteriormente, quando criança.

A adolescência é a resposta sintomática possível que aquele sujeito consegue dar quando está vivenciando. “É o arranjo particular com o qual ele organizará sua existência, sua relação com o mundo e sua relação com o gozo” (STEVENS, 2004, p. 4).

Sobre a delicada transição, o adolescente, diante das modificações corporais que vivencia

[...] é tomado pela nostalgia do gozo que ficou ligado ao lugar do Outro, assim como pelo novo que vê surgir em si mesmo, remetendo-o, diversas vezes, a certa estranheza, a um real insuportável do qual o desprezo ou o ódio de si são as modalidades de resposta (LACADÉE, 2011, p. 35).

O adolescente busca, ao mesmo tempo, tutela e autonomia, desafiar as proibições sociais, encontrar seu lugar no mundo. Ele já não reconhece seu próprio corpo, sendo tomado por um sentimento de estranheza diante das mudanças as quais vivencia, “[...] ele se depara com algo de intraduzível na língua do Outro e se confronta com um impasse, com sentimento de um vazio matizado de vergonha” (LACADÉE, 2011, p. 28).

O adolescente, como tentativa de contornar esse vazio, pode ir em busca de novas parcerias, cenas, lugares. Le Breton (2017, p. 64) caracteriza a adolescência como “uma terra desconhecida carregada de inquietude”. Para o autor, a adolescência é o período entre a infância e a “maturação social”, um período de formação escolar e profissional.

A adolescência é de fato um tempo de suspensão no qual as significações da infância se distanciam enquanto as da idade do homem e da mulher apenas se deixam pressentir. O jovem está em busca da diferenciação em relação aos seus pais, entra em um corpo sexuado, e tem acesso a uma autonomia crescente (LE BRETON, 2018, p. 22).

O desejo de adquirir a independência e se libertar da tutela dos pais pode ir contra a falta de meios simbólicos e materiais para alcançar essa independência. Segundo Le Breton (2017), mudanças de humor, paroxismo dos sentimentos, tendência à rebelião, são comportamentos observáveis nos adolescentes e se transformam em motivos de vigilância constante dos adultos presentes na educação dos jovens.

Mesmo com seus corpos amadurecidos, ainda não são sujeitos independentes, há ainda longo período de espera e incertezas até que esses adolescentes adquiram a maturidade social.

Certamente, o abalo das tradições, a transformação da família, a flexibilização do trabalho, a precariedade das relações amorosas, a necessidade de inventar por si mesmo o modo de se relacionar com o mundo etc. não são necessariamente os elementos geradores de turbulências sociais ou de sofrimentos individuais. São, ao contrário, oportunidades para quebrar a rotina, um apelo à invenção, à renovação de si (LE BRETON, 2017, p. 121).

A ideia de adolescência surge em nossas sociedades a partir de mudanças que ocorreram nas famílias burguesas, durante o século XVIII. A família se transforma, os cônjuges passam a se organizar em torno da criança.

A adolescência surge como privilégio dos filhos da burguesia, os quais continuam seus estudos no ensino médio e encontram mais tempo para decidir sobre o futuro profissional. Porém, Le Breton (2017) ressalta que essa juventude pode não estar sempre feliz, por ser tratada com certa dureza e monitorada com atenção.

As classes pobres, amplamente majoritárias, foram pouco afetadas por essas transformações na família antes do final do século XIX.

Para uma parte importante da juventude, [...] será preciso tempo para que a escola se encarregue do conjunto da juventude popular. Quando as crianças estão no trabalho, às vezes a partir dos seis anos, para jornada de quatorze horas, é difícil ver onde poderiam aprender. Elas são, na maioria das vezes, analfabetas, e não conhecem nem infância nem adolescência (LE BRETON, 2017, p. 46).

Ferreira (2016) nos lembra que a adolescência é um “momento de despertar”. O que acarreta nesse despertar é o encontro com o real, o qual pode levar o sujeito a mudar, a construir um sintoma, atuar, desencadear uma psicose. Lembrando que o real é algo que não conseguimos nomear e não pode ser simbolizado. Para o autor “[...] o simbólico que se constrói na infância, muitas vezes não é capaz de dar conta das situações enfrentadas, constituindo-se respostas sintomáticas” (FERREIRA, 2016, p. 5).

Ao falar sobre essas respostas possíveis na adolescência, Guerra (2012) nos diz que

incessante e inadiável, tomado como imperativo na contemporaneidade, o gozo, infinito e mortífero do qual o sujeito se vê refém, pode incitar o sujeito a atos agressivos contra si mesmo e ou contra o outro. Esses atos podem ser pensados como tentativas de se esvaziar desse excesso [...]. Daí a possibilidade de se considerarem tais atos como soluções sintomáticas na adolescência [...] (GUERRA *et al.*, 2012, p. 257).

Uma vez exposto sobre os conceitos de adolescências e juventudes, esclarecemos que foi considerado as diferenças e semelhanças entre ambos e aqui propomos o uso de “juventudes”, uma vez que, mesmo a PNAISARI sendo especificamente para adolescente (10 a 19 anos), o que se observa na prática, em Belo Horizonte, é um não enrijecimento diante desse ponto. Considerando a importância de certa flexibilidade, o que vemos é a inserção de alguns sujeitos menores de 10 anos e maiores de 19 anos, sempre observando o caso a caso. Posteriormente, falaremos mais sobre a Política em questão.

2.2 O jovem e o Outro contemporâneo

Tem uma fala, que era recorrente na rede: “Ah adolescente não adocece, então ele não vem no centro de saúde”. Hoje a rede fala: “Nossa o adolescente ele adocece e tem adoecido muito”, eles têm relatado o tanto que o adolescente está se cortando, está deprimido. Então, já tem um olhar mais voltado para o adolescente, mas é muita dificuldade assim, mas com esse olhar da questão psíquica, mas muitas portas fechadas assim (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Ao ser perguntado sobre como entende essa mudança a qual ocorre no olhar voltado para o adolescente, que passa a ser visto pela rede, o entrevistado acima responde:

Eu não sei assim se é porque aumentou o número de casos de meninos que se cortam e isso está chamando a atenção dos técnicos. São os adolescentes já pedindo socorro mesmo, de alguma forma, e eles estão entendendo isso, a

rede, mas eles têm muita dificuldade para lidar com isso, o tema, a abordagem fica em cima do corte “por que você está fazendo isso”, sabe? E essa dificuldade mesmo de ir além e tentar ver o que há por detrás ali (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Segundo Miller (2015), o discurso da ciência, com sua gama de opções e produtos ofertados aos sujeitos contemporâneos, faz com que o Outro não seja, supostamente, tão necessário, sendo substituído pelos *gadgets*¹ de comunicação e o saber e maneiras de fazer prontas.

Em outras palavras, os sujeitos passam a buscar o saber não mais nos educadores, nos pais, e sim, nas máquinas e objetos os quais já estão ao seu alcance. Isso pode fazer com que os sujeitos fiquem sem referências, sem algo capaz de barrar um gozo desmedido, exacerbado. Esses sujeitos podem tentar satisfazer o gozo via atos, toxicomanias, cortes, delinquências ou violências, por exemplo.

Na contemporaneidade, há certa recusa à autoridade. Assim, segundo Couto (2016), o grupo armado², sabendo dessa nova ordem, a qual não passa mais pela autoridade do Outro, do pai, aproveita da violência para instituir novas normas, em que “a substituição da ordem paterna se dá com “patrões” [do tráfico] múltiplos e severos o bastante, nomeados para decidir quem merece viver e quem merece morrer” (COUTO, 2016, p. 31).

Esses padrões múltiplos são facilmente substituídos e se tornam descartáveis, fazendo com que o território ao qual ocupam se torne um “lugar de Ninguém”. Segundo Arendt (1987), sem Estado por se responsabilizar por essa terra, ela se torna tirânica, “uma vez que não existe alguém a quem se possa solicitar que preste contas por aquilo que está sendo feito” (ARENDRT, 1987, p. 24).

A autora diferencia poder de violência, dizendo que o poder necessita de apoio popular, enquanto a violência necessita apenas de instrumentos. Para a autora, a violência é, nada mais, do que uma evidência de poder.

Sobre os instrumentos de violência,

¹ Palavra inglesa com tradução para “aparelhos” no português.

² A expressão “grupo armado” é utilizada pelo autor ao questionar se as manifestações de poder feitas por determinados grupos os quais estão à margem da sociedade, a partir de violências, fazendo com que o Estado permaneça como está: com o poder dentro do território, enquanto esse grupo armado possui o poder na marginalidade.

[...] há os que identificamos com maior clareza, que são as armas e instrumentos de guerra. Podemos questionar se entre esses instrumentos não podem ser relacionados também os adolescentes aliciados pelo tráfico, cujo corpo teria valor de instrumento, uma extensão armada do grande traficante e que está ali para matar ou degradar-se. Estariam, assim, incluídos entre os corpos excedentes, supérfluo (COUTO, 2016, p. 32).

Esses corpos-instrumentos podem ser compreendidos como parte dos produtos descartáveis produzidos em um mundo onde exige que se consuma sempre mais. Há um acréscimo na produção dos excessos e, logo, na produção das sobras e dos lixos.

Mas não somente os “patrões do tráfico” colocam esses jovens nesse lugar de lixo. Para Soares (2004), muitas instituições jurídico-políticas, a partir da lógica punitiva e humilhações, reforçam a ideia de que esses adolescentes são “lixo social”. Com isso, essas instituições os condenam a uma morte simbólica e moral, matando seus futuros, acabando com as chances de acolhimento, revalorização e recomeço desses jovens. Para o autor,

As instituições públicas são cúmplices da criminalização ao encetarem esta dinâmica mórbida, lançando ao fogo do inferno carcerário-punitivo os grupos e indivíduos mais vulneráveis – mais vulneráveis dos pontos de vista social, econômico, cultural e psicológico (SOARES, 2004, p. 146).

Soares (2004) nos lembra que os jovens pobres e negros estão invisíveis pelas grandes cidades brasileiras, carregando consigo estigmas associados à pobreza e ao racismo.

Lacadée (2011) relata que os jovens do subúrbio são portadores da “dor de seu ser mais particular a esse tempo de adolescência”. Isso ocorre devido ao real o qual pode duplicar certa dor de existir. Para o autor, “esses jovens vivem no universo dos subúrbios sem conseguir inscrever seu ser – crianças que não sabem por que nem como, ou mesmo para quem nasceram nesses lugares, produzidas como simples objetos [...]” (LACADÉE, 2011, p. 8).

Esses adolescentes correm o risco de serem aprisionados em uma nomeação arbitrária do Outro, causando um confinamento territorial e exclusão segregadora, que pode levar ao pior.

Fanon (2008) aponta uma possível solução encontrada pelo sujeito como tentativa de sair dessa segregação: “Uma vez que o outro hesita em me reconhecer, só havia uma solução: fazer-me conhecer” (FANON, 2008, p. 108). O sujeito, na busca de ser visto, pode impor-se à sociedade a partir de atos, por exemplo.

Soares (2004) utiliza o exemplo do uso de armas como passaporte para a visibilidade social, como tentativa de se reafirmar e reconstruir, ser tratado como sujeito. Antes da arma [...] era como se o corpo do garoto não existisse ou existisse como corpo, não como pessoa, ou se

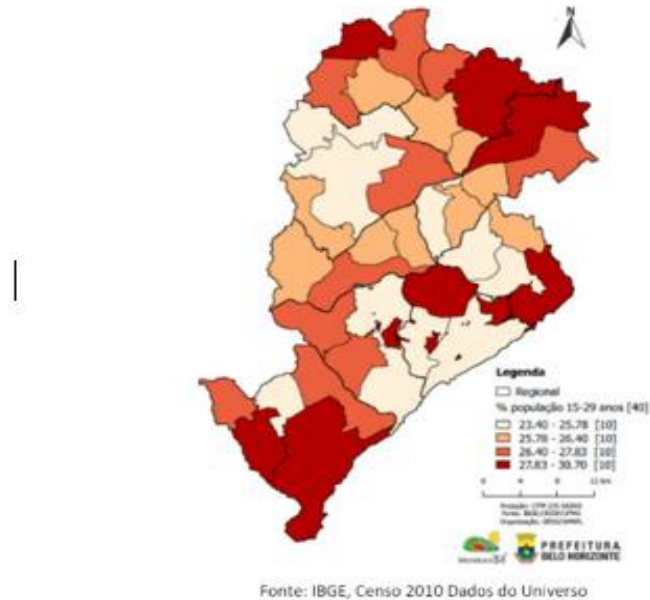
confundisse com as coisas da cidade, mais uma peça do cenário urbano. [...] o jovem troca seu futuro, sua alma, seu destino, por um momento de glória” (SOARES, 2004, p. 143). Mas, como vimos com Couto (2016), possivelmente se tornará um corpo-instrumento pelas mãos do tráfico, permanecendo ainda como dejetos social.

Segundo Rosa (2004), algumas parcelas da população, como os jovens retratados nesta pesquisa, são impedidas de ter acesso efetivo aos recursos institucionais organizadores da vida social, como a saúde, a educação, moradia, trabalho, segurança e outros. Essas populações vivenciam certo desamparo social, são submetidas a um discurso social dominante e lhes é atribuído um lugar marginal à sociedade o qual não permite que o sujeito adolescente apareça, um discurso o qual não consegue perceber que há algo por detrás daquele corte, como escutamos em entrevista.

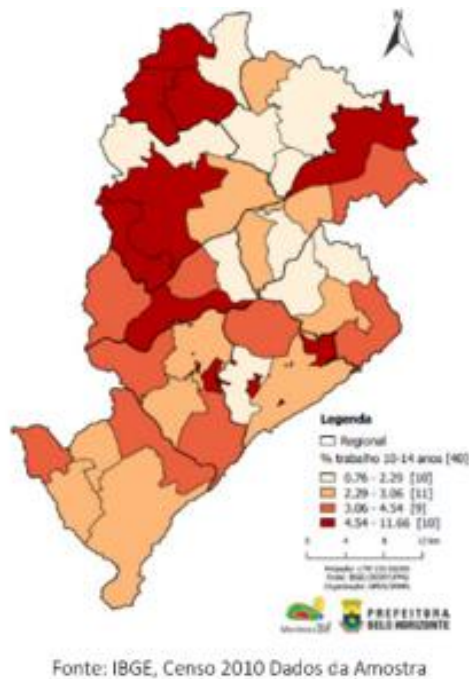
Diante do exposto, apresentamos a seguir dados do último índice de Vulnerabilidade Juvenil de Belo Horizonte (IVJ-BH), publicado em 2016, com o intuito de ilustrar o cenário de Belo Horizonte ao tratarmos da vulnerabilidade social dos jovens residentes no município.

Com o IVJ-BH, é possível compreender a situação dos jovens de Belo Horizonte no que diz respeito à exclusão social e às situações de risco em que estão sujeitos a viverem em suas vidas. Para tanto, foram considerados alguns indicadores de vulnerabilidade: Percentual de população jovem de 15 a 29 anos (2010), Percentual de crianças de 10 a 14 anos trabalhadoras (2010), Renda domiciliar média (2010), Taxa de abandono escolar no Ensino Médio (2013-2015), Taxa de distorção idade/série (2013-2015), Taxa média de homicídio da população masculina com idade entre 15 e 29 anos (2013-2015) e Taxa de Fecundidade na faixa etária de 15 a 19 anos (2013-2015). Seguem dados colhidos:

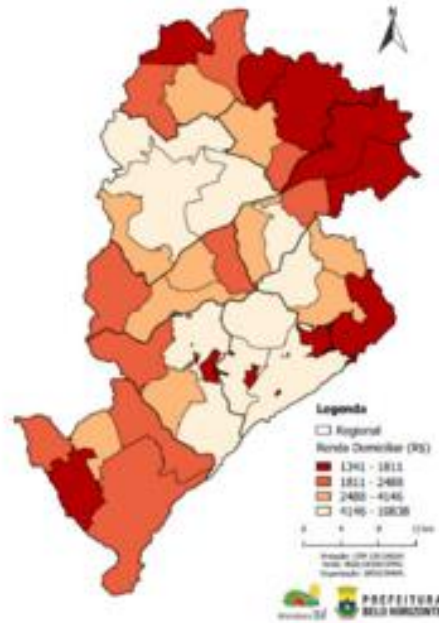
Mapa 1 – Percentual da População com idade de 15 a 29 anos de idade por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2010



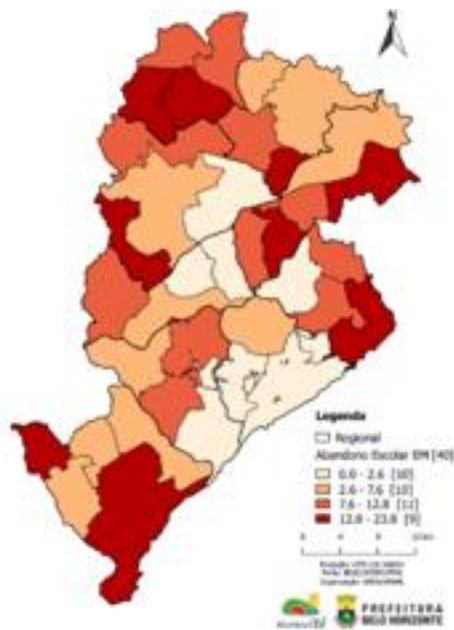
Mapa 2 – Percentual da População com idade de 10 a 14 anos de idade ocupadas por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2010



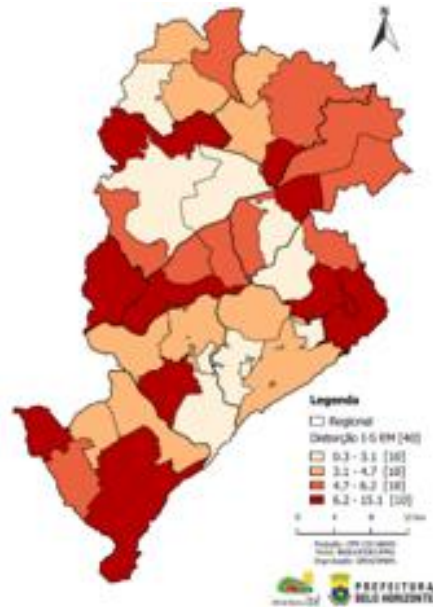
Mapa 3 – Renda domiciliar média por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2010



Mapa 4 – Taxa de abandono escolar no Ensino Médio por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2013-2015

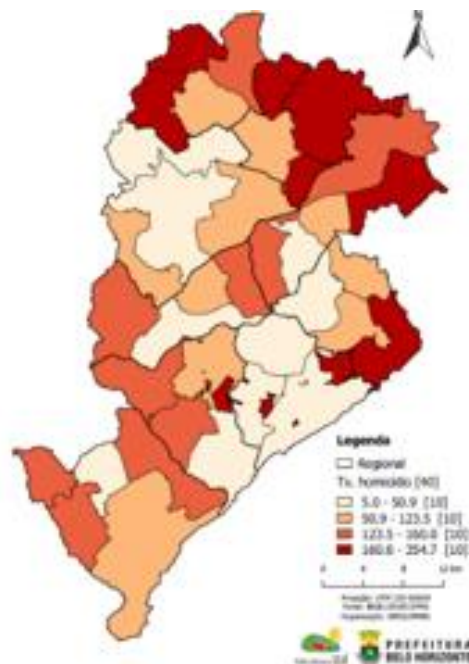


Mapa 5 – Distorção idade-Série no Ensino Médio por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2013-2015



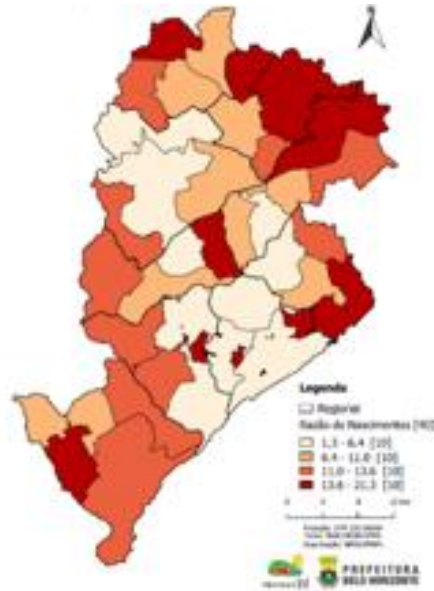
Fonte: INEP-Censo Escolar - SMED

Mapa 6 – Taxa de homicídio população masculina com idade de 15 a 29 anos de idade por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2013-2015

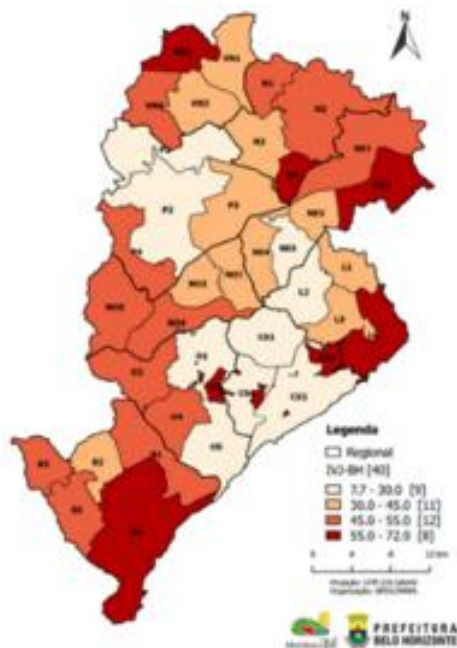


Fonte: SIM/SMSA

Mapa 7 – Taxa de fecundidade na faixa etária de 15 a 19 anos de idade por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2013-2015

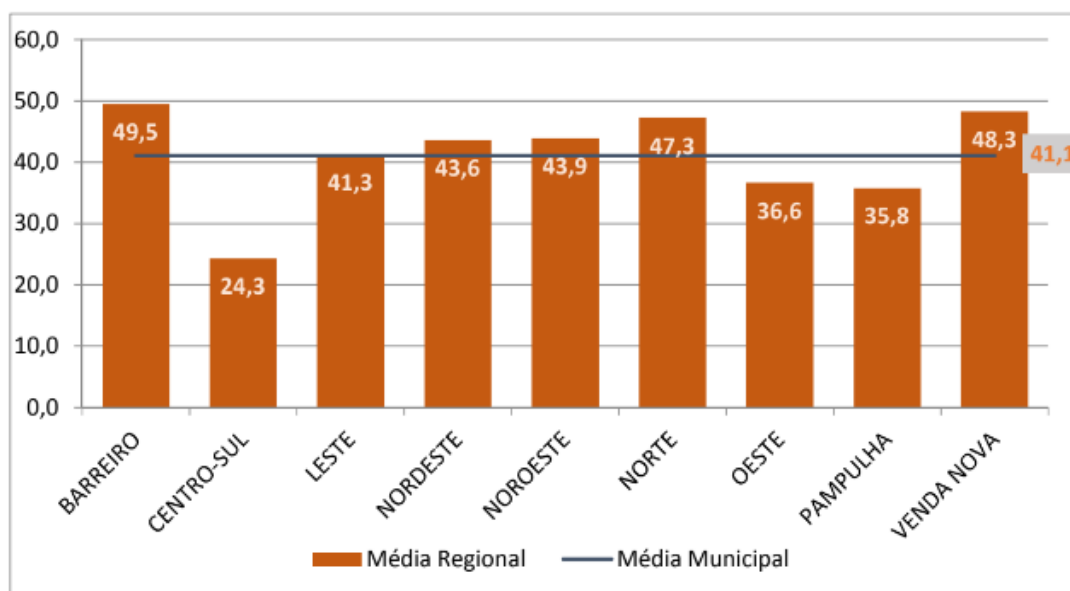


Mapa 8 – Resultado do índice de vulnerabilidade juvenil (IVJ-BH) por Território de Gestão Compartilhada, Belo Horizonte, 2015



O IVJ-BH reuniu todas essas informações contidas nos mapas e criou um índice final, que varia em uma escala de 0 até 100, sendo 0 não vulnerável e 100 muito vulnerável. Segue:

Gráfico 1 – Valores médios do Índice de Vulnerabilidade Juvenil (IVJ-BH) por regional e para o município de Belo Horizonte, 2015



Fonte: Índice de Vulnerabilidade Juvenil – 2015 (PBH)

Foram calculados valores médios do IVJ, conforme o Gráf. 1 acima, para as regionais e para o município de Belo Horizonte. Os valores médios mostrados foram calculados a partir da média das notas dos Territórios de Gestão Compartilhadas (TGCs) da população jovem (15 a 29 anos) residente em cada TGC. “Observa-se que o menor valor médio foi registrado na regional Centro-Sul (nota 24,3) e a maior nota média na regional Barreiro (nota 49,5), enquanto a nota média municipal foi de 41,1” (IVJ-BH, p. 26, 2016).

Rosa (2004), buscando possíveis saídas para o lugar que os jovens são colocados na sociedade, aposta em dar um lugar ao sintoma desses sujeitos, escutando as formas que esses sujeitos se apresentam. Para ela, na lógica do mercado, deste discurso contemporâneo, prevalece “[...] um discurso que inscreve o sujeito em uma determinada posição, e a escuta clínica pode, promovendo a articulação da cadeia significativa, fazer circular esta posição” (ROSA, 2004, p. 157).

3 RACISMO

O que mais me deixou assim impressionada é como que essa violência do racismo estrutural, tudo é permitido contra o povo negro, sabe? É um povo que ainda não teve a sua cidadania de fato reconhecida, não teve... que sofre violações todos os dias, das formas mais perversas possíveis. O que acontece com os adolescentes é uma perversidade. [...] não existe pactuação para garantia de direitos, existe uma pactuação para violação de direitos (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Eu não lembro, nesses anos de contato com o Socioeducativo, com os adolescentes, ou mesmo aqueles que passaram pelo CEPAI, que hoje é o CERSAMI Centro-Sul e que eu fui diretor durante 4 anos, e mesmo em 3 anos que eu trabalhei no CERSAMI Noroeste no atendimento desses adolescentes e mesmo, por exemplo, no Júlio Kubitschek, [...] nós acolhíamos muito os adolescentes em conflito com a lei, mas na primeira medida, né, que é a LA - Liberdade Assistida -, na Prestação de Serviços à Comunidade, esses meninos não eram brancos e nem classe média alta, sempre periféricos, sempre negros, sempre pobres. Então eu acho assim que tem uma relação direta com a questão racial, a questão da exclusão social de uma população brasileira que é negra (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] o racismo nesse caso dos meninos e das meninas, ele se escancara muito assim que a maior parte dos adolescentes atendidos pela equipe, referenciados pela equipe de articulação da PNAISARI, são negros. Se a gente pensar todo esse processo de seletividade penal, pensando aí também no Socioeducativo, eles têm um recorte também de raça, então tem uma seletividade do adolescente que é apreendido que é levado para o CIA. E aí [...] lá no CIA você tinha questões de tortura, você tinha questões mesmo de violações de direitos cotidianas, e por que isso se mantém? Porque o CEIP é um lugar que tem rato, que é péssimo, por que esses espaços se mantêm? Por que um juiz define que um adolescente pode ir para um lugar tão absurdo desse? Porque eles são negros, porque senão eles não iriam. Porque um menino branco que chega na audiência do CIA, ou ele sai com uma protetiva de saúde, ou eles chamam a família e nem definem por uma medida socioeducativa, então assim a existência de calabouços no CIA, a manutenção da privação de liberdade em condições completamente indignas são exemplos de racismo, porque a vida desses meninos tem menor valor (Entrevistado da coordenação da PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] a maioria desses meninos que estão na favela, que estão na periferia, eles são negros, né. E com a falta de perspectiva eles se encontram e se reúnem ali e para fazer coisas que qualquer jovem da classe média faz, né, bater papo na rua, às vezes usar a maconha, né, mas esse comportamento até não só pela segurança, mas eu acho que tem um olhar assim sabe, das instituições mesmo às vezes, para esses meninos como se fosse: ah, aquele menino já está ali, sabe? Então há uma suspensão, né, constante em cima desses meninos, e a criminalização se dá mesmo pelas políticas de segurança, a polícia a gente escuta casos todos os dias que a polícia planta coisas para os meninos, da

polícia que espera o menino, que conhece aquele menino há mais tempo e na hora que ele faz 18 anos pega ele numa situação de maioridade. Então assim, várias situações que vêm a criminalizar esses adolescentes, né, então eu vejo como uma coisa muito estrutural assim, que tem uma raiz profunda e que precisa de ser trabalhado em vários âmbitos, né, dentro da própria segurança, dentro da formação de profissionais para poder compreender isso um pouco, para não ter esse olhar (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

No Brasil, os jovens de sexo masculino e negros são exemplos de populações vítimas de homicídio há muitos anos. Apesar dos inúmeros avanços na legislação, os adolescentes ainda vivenciam altas taxas de assassinato. Podemos explicar esse fato através do racismo existente em nossa sociedade. Na busca de discussões sobre o assunto, Reis (2017) nos diz que

A aceitação de violência contra o adolescente negro, tanto no nível social quanto no nível pessoal, explicita o fenômeno da exclusão e o papel do estigma. Os estereótipos dos negros na sociedade brasileira e suas violências naturalizadas vêm desde a escravidão e chega aos dias atuais (REIS, 2017, p. 24).

Para falar sobre racismo no Brasil, é necessário resgatar a perspectiva histórica e dizer da relação entre escravidão e racismo.

3.1 Escravidão

Quando eu conheci a unidade de Internação Provisória, eu acho que eu fiquei até sem dormir dias assim, foi uma experiência tão ruim, porque quando eu cheguei a gente estava de avental branco - foi até um pedido que a gente colocasse um avental que marcasse que éramos da saúde - e [...] a gente já entra e assusta porque são muros muito altos, né, já tem uma grade na entrada, umas paredes escuras, sujas, [...] no alojamento onde eles dormem, eram um corredor comprido, piso do chão de cimento, com celas de um lado e do outro, aquele corredor com grade ao longo desse corredor onde ficavam as celas. E essas celas, sabe aquela cena clássica de ver os meninos com as mãos nas grades? E a gente vê só as mãos de meninos negros (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Então você pode visitar, por exemplo, o Dom Bosco, que é o provisório aqui, né, ou mesmo o São Gerônimo, que é um lugar que eu chamo de cadeia e que é um socioeducativo, como o menor de idade no Brasil não pode ser preso, pelo menos eles não reconhecem que esses dois espaços funcionam como uma cadeia porque geograficamente, ou mesmo esteticamente, é como uma cadeia de maior, de pessoas maiores de idade, são negros, né. É muito raro você ver uma branca, um branco, rico, ou de classe superior, ou de classe média-alta, né, dentro desses lugares. Então está claro isso dentro desses anos todos eu

não vejo mudança nesse recorte, né, [...] quando a gente descortina o índice de mortalidade mesmo em Belo Horizonte e no Brasil a gente vê que recai bem sobre a população negra, né. (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] o racismo é uma questão tão complexa, tão estrutural assim, né. A gente, que já tem uma consciência, a gente já precisa ficar tão atento, o tempo todo, e eu acho que isso é um ponto central, um ponto central mesmo em todo esse processo, né, de Socioeducativo, da desassistência, isso aí não tem assim a menor dúvida disso. E a violência, né, [...] a violência cotidiana, que não é só a violência física, né, mas uma violência cotidiana, né... [...] esses meninos que recebem também essa carga, como é que eles atuam, né, em cima disso: de uma outra forma, da forma que eles dão conta, né, da forma que eles, né, aí acaba tendo outras, acaba tendo algumas atuações, violentas, aí acaba virando aquela bola de neve. Então eu acho que é estrutural, sabe, tanto o racismo quanto a violência, eu acho que a violência ela é decorrente do racismo, né, e [...] uma das violências é a violência quanto à subjetividade, né, da pessoa não ter espaço para a sua subjetividade, isso que é muito legal né, o projeto Janela ele fala disso, né, desse adolescente especialista de si mesmo, eu acho isso tão legal. Porque é cada um com sua subjetividade, com seu ponto que está pegando, né, com cada um com o seu, cada um tem o seu ponto. (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Segundo Nascimento (2016),

A imediata exploração da nova terra se iniciou com o simultâneo aparecimento da raça negra, fertilizando o solo brasileiro com suas lágrimas, seu sangue, seu suor e seu martírio na escravidão. Por volta de 1530, os africanos, trazidos sob correntes, já aparecem exercendo seu papel de “força de trabalho”; em 1535 o comércio escravo para o Brasil estava regularmente constituído e organizado, e rapidamente aumentaria em proporções enormes (NASCIMENTO, 2016, p. 57).

O negro escravizado teve papel fundamental para a economia do país, uma vez que ele quem plantou, alimentou e colheu toda riqueza material para que o branco aristocrata desfrutasse de seu trabalho. Enquanto isso, as classes dirigentes - como sacerdotes, comerciantes, latifundiários - se ocupavam de cultivar preconceitos e ignorância contra os negros.

Durante muitos anos, esse sistema escravocrata foi visto no estrangeiro como uma instituição benigna, humana. “Isso graças ao colonialismo português que permanentemente adotou formas de comportamento muito específicas para disfarçar sua fundamental violência e crueldade”. (NASCIMENTO, 2016, p. 59). Os portugueses encobriam seu racismo com certas mentiras e estratégias, como as leis do chamado *Indigenato*, as quais levavam para as populações africanas a cultura portuguesa.

Essa rabulice colonizadora pretendia imprimir o selo de legalidade, benevolência e generosidade civilizadora à sua atuação no território africano. Porém, [...] não conseguiram encobrir a realidade, que consistia no saque de terras e povos, e na repressão e negação de suas culturas. [...] Semelhantes distorções da realidade são comuns no ‘mundo que o português criou’ (NASCIMENTO, 2016, p. 60).

Mas essas distorções da realidade não são fatos apenas do passado, atualmente, ainda estamos diante de falsificações dos fatos históricos e grandes preconceitos contra os negros. Nascimento (2016) traz o conceito de democracia racial, como um desses inúmeros exemplos de manipulações da realidade.

Democracia racial é uma suposta democracia em uma sociedade a qual acredita que pretos e brancos convivem harmoniosamente, desfrutando das mesmas oportunidades de existência. “Uma ‘democracia’ cuja artificialidade se expõe para quem quiser ver; só um dos elementos que constituiriam detém todo o poder em todos os níveis político-econômico-sociais: o branco” (NASCIMENTO, 2016, p. 54).

Santos (2018) nos lembra que o Brasil é um país estruturado pelo racismo. O mito da democracia racial convinha para disfarçar diversas escolhas políticas e desigualdades raciais as quais ainda estruturam o Brasil, “[...] país em que os lugares sociais e raciais são muito bem-marcados num processo de naturalização perverso e violento” (SANTOS, 2018, p. 37).

Muitos foram os negros e pardos que sacrificaram suas vidas combatendo a tirania portuguesa. E nada mudou com a independência do Brasil, em 1822. As revoluções dos negros se espalhavam por todo país, desde o começo da colonização, e continuaram até às vésperas da Abolição da Escravatura, em 1888.

A abolição significou, segundo Nascimento (2016), um assassinato em massa dos negros. “Atirando os africanos e seus descendentes para fora da sociedade, a abolição exonerou de responsabilidades os senhores, o Estado e a igreja. [...] O africano e seus descendentes que sobrevivessem como puderem” (NASCIMENTO, 2016, p. 79). Após a abolição, o país ainda manteve sua economia, mentalidade e cultura, dependentes e colonizadas.

Até 1950, a discriminação em empregos, por exemplo, era recorrente. Em 1951, foi criada a Lei Afonso Arinos, que proibiu a discriminação racial, mas ainda assim tudo permaneceu como antes, sendo essa lei não executada. Até hoje a discriminação contra o negro permanece: “difusa, mas ativa” (NASCIMENTO, 2016, p. 97).

O preconceito racial se apresenta, muitas vezes de forma invisível, por meio da linguagem, da tradição e cultura.

[...] o “ser” dos negros (ou dos brancos, ou de quem for) é um ser social e simbólico. Quando são tratados como inferiores, isso os torna inferiores no âmbito de sua identidade social simbólica. Para colocar em outras palavras, a ideologia racista branca detém uma eficácia performativa. Não se trata simplesmente de uma interpretação daquilo que os negros são, mas de uma interpretação que determina o próprio ser e a existência social dos sujeitos interpretados (ZIZEK, 2014, p. 67).

Para Fanon (2008), os próprios negros se sentem inferiores, graças a um complexo iniciado no seio da situação colonial. A colonização comporta não apenas o problema das condições históricas, mas também a atitude do homem diante disso. “o negro não deve mais ser colocado diante deste dilema: branquear ou desaparecer, ele deve poder tomar consciência de uma nova possibilidade de existir” (FANON, 2008, p. 95).

Para Almeida (2018), o racismo é uma forma de discriminação que tem a raça como base para colocar determinados indivíduos em posição de desvantagens ou privilégios, de acordo com seu grupo racial. Para o autor, o racismo busca sentido às diversas relações sociais, em especial às de poder.

Nessa vereda, o racismo pode ser um elemento normalizador, que confere “naturalidade” às mais diversas formas de violência e exploração, seja no campo político propriamente dito (segregação, extermínios, genocídios, guerras etc.), seja no campo econômico (trabalho compulsório, superexploração do trabalho, desigualdade salarial etc.). Esse “sentido” que o racismo confere às relações em sociedades marcadas pela desigualdade política e econômica pode ser visto pelos mais diversos ângulos (ALMEIDA, 2018, p. 82).

Ao vivenciar uma experiência contínua do racismo, o sujeito pode construir traumas, ansiedade e angústias, por exemplo. Dias (2018) nos lembra que o racismo se faz tanto pela via política como psíquica e, portanto, seu enfrentamento implica garantia de acesso, permanência e mobilidade dos sujeitos, em serviços de apoio psicopedagógicos, capacitação, discussões sobre racismo institucional, acolhimento e espaços de elaboração das feridas produzidas pelo racismo.

Almeida (2020) explica o racismo como uma forma de discriminação a qual tem a raça como alicerce e que, dependendo do grupo racial ao qual certo indivíduo faça parte, terá acesso a desvantagens ou privilégios.

O racismo tende a se materializar como discriminação racial, ou seja, grupos racialmente identificados receberão tratamento diferenciado. “Portanto, a discriminação tem como requisito fundamental o poder, [...] a possibilidade efetiva do uso da força, sem o qual não é possível atribuir vantagens por conta da raça” (ALMEIDA, 2020, p. 32).

Para o autor, podemos classificar o racismo como institucional e estrutural. No primeiro, o poder é tratado como elemento central da relação racial. Isso porque o racismo não se baseia somente em comportamentos individuais, mas é a consequência do funcionamento das instituições, que acarreta vantagens ou desvantagens a certos indivíduos em decorrência a sua raça. “O racismo é um dos modos pelo qual o Estado e as demais instituições estendem o seu poder sobre toda a sociedade” (ALMEIDA, 2020, p. 45).

Ressaltamos que as instituições refletem a estrutura social e os modos de socialização racistas. O racismo se tornou parte da ordem social, não é algo que surge nas instituições, mas é por ela reproduzido, ou seja, as instituições são racistas porque a sociedade é racista. “Em uma sociedade em que o racismo está presente na vida cotidiana, as instituições que não tratem de maneira ativa e como um problema a desigualdade racial irão facilmente reproduzir as práticas racistas já tidas como “normais” em toda a sociedade” (ALMEIDA, 2020, p. 48).

O racismo é um efeito de nossa estrutura social, o vivido no Brasil é estrutural. Sendo assim, para que esse cenário se altere, é de suma importância e urgente refletirmos sobre mudanças em nossas relações sociais, políticas e econômicas.

Miller (2016) nos relata ser possível compreender algo do racismo a partir de causas econômicas, sociais e geográficas, mas ele lembra que não se dá somente neste nível. Há um resto, o qual o autor chama de causas obscuras do racismo. Para o referido autor, a ciência está implicada no avanço do racismo, pois é fortemente desagregadora. E o discurso da ciência anula as subjetividades ao universalizar os sujeitos, provocando assim, processos de segregação. Miller (2016) explica que

Segregação é justamente o que está em questão sob o nome um pouco batido de racismo. O discurso da ciência. [...] É um discurso que tem efeitos sobre cada um, que tem efeitos significantes sobre todos os grupos sociais, porque introduz a universalização (MILLER, 2016, p. 3).

Ao tentar universalizar os sujeitos, a ciência se depara com limites muito particulares, uma vez que há sempre aquilo que não é universalizável: os modos de gozo.

É próprio a toda utopia social, da qual o século XIX foi pródigo, sonhar com uma universalização do modo de gozo. É preciso diferenciar o gozo particular de cada um do gozo que, enquanto modo, se elabora, se constrói e se sustenta em um grupo. Em geral, não é um grupo muito extenso (MILLER, 2016, p. 3).

Laurent (2014) ressalta que, devido a essa tentativa de universalização, há um remanejamento dos grupos sociais pela ciência, acarretando ampliações cada vez mais severas nos processos de segregação.

Freud (1930) traz o conceito de “narcisismos das pequenas diferenças” para explicar que, para o homem viver em sociedade, em segurança, ele precisa renunciar a uma parcela de sua agressividade. Os homens se juntam em pequenos grupos “sob a forma de hostilidade contra intrusos”. Sempre é possível juntar grande número de pessoas pelo amor, desde que a agressividade seja direcionada para outras pessoas ou grupos.

Miller (2016) ressalta que, ao sentirmos ódio ao Outro, há algo mais do que agressividade. “Há uma constante dessa agressividade, que merece o nome de ódio [...]. O que faz com que esse Outro seja Outro para que se possa odiá-lo, [...] é o ódio do gozo do Outro” (MILLER, 2016, p. 4). Para o autor, esse ódio direcionado ao gozo do outro é o que chama de racismo moderno: ódio da maneira particular segundo a qual o Outro goza, que é diferente da sua, que é o que você não tolera.

No racismo moderno, o Estado se torna protetor da suposta integridade, superioridade e pureza de determinado grupo. Esse racismo moderno é compreendido por Foucault (1999) como racismo biológico, como primeira manifestação do biopoder, como veremos posteriormente.

Ribeiro (2018) relata que no racismo moderno há uma relação de guerra em que

[...] para viver, é preciso que você massacre seus inimigos”, “se você quer viver, é preciso que o outro morra”. Assim, a novidade do racismo está na relação do tipo biológico, cujo mote é de que a eliminação física do “Outro” degenerado sustenta a sobrevivência e o fortalecimento da espécie humana superior. “A morte da raça ruim, da raça inferior, é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura (RIBEIRO, 2018, p. 252).

Para discutirmos o racismo, no contexto brasileiro especificamente, recorreremos a Kilomba (2019) ao tratar o racismo como negação utilizada para manter e legitimar estruturas violentas de exclusão racial. Na negação que nos fala a autora “[...] o sujeito negro torna-se [...] aquilo a que o sujeito branco não quer ser relacionado. Enquanto o sujeito negro se transforma

em inimigo intrusivo, o branco torna-se a vítima compassiva, ou seja, o opressor torna-se oprimido e o oprimido, o tirano” (KILOMBA, 2019, p. 34).

O sujeito branco está então dividido: uma parte de seu ego – “a parte boa, acolhedora e benevolente” é percebida por ele como o “eu”, fazendo com que os sentimentos positivos do sujeito branco consigo mesmo permaneçam ilesos, enquanto a parte “má” de seu ego é projetada para o outro, como objetos externos e ruins.

No mundo conceitual branco, o sujeito negro é identificado como o objeto “ruim”, incorporando os aspectos que a sociedade branca tem reprimido e transformado em tabu, isto é, agressividade e sexualidade. Por conseguinte, acabamos por coincidir com a ameaça, o perigo, o violento, o excitante e também o sujo, mas desejável – permitindo à branquitude olhar para si como moralmente ideal, decente, civilizada e majestosamente generosa, em controle total e livre da inquietude que sua história causa (KILOMBA, 2019, p. 37).

Para Zizek (2014), as pessoas as quais realizam atos de violência contra seus inimigos podem ser as mesmas que demonstram “uma calorosa humanidade e delicada preocupação em relação aos membros de seu próprio grupo” (ZIZEK, 2014, p. 50). Na visão do autor, uma vez que a definição de um ato violento se relaciona com critérios que pressupõem o que seria e o que não seria violência, a linguagem pode ser considerada violenta.

Para o referido autor: “[...] a violência verbal não é uma distorção secundária, mas o último recurso de toda a violência especificamente humana” (ZIZEK, 2014, p. 63). Aqui podemos citar o racismo como uma violência.

[...] o Próximo é originalmente [...] uma coisa um intruso traumático, alguém cujo modo de vida diferente [...] nos perturba, abala o equilíbrio dos trilhos sobre os quais nossa vida corre, quando chega perto demais, esse fato pode também dar origem a uma reação agressiva visando afastar o intruso incômodo (ZIZEK, 2014, p. 58).

Para Vieira (2019), não se trata somente de uma recusa ao diferente, é sim uma decisão de eliminação, exterminação. O problema não é a diferença da cor entre os sujeitos, mas utilizar disso para segregar e oprimir. Os jovens negros e periféricos são exemplos do que Butler (2018) relata como vidas cuja perda não é perda, e que por isso não é passível de luto, ficando assim expostas a tantas violências, como o homicídio.

O fator racial é fundamental para compreendermos alguns fenômenos sociais, como é o caso da vulnerabilidade e da violência praticada contra os jovens negros, já que o racismo opera como regulador da morte.

3.2 Os diferentes modos de existir e a Necropolítica:

A juíza [...] me fala “e vai continuar acontecendo porque esses meninos são muito perigosos”, sabe? Então era uma coisa que a gente viu que era intencional, que era uma violência instituída, intencional, contra o menino negro. [...] A Promotoria tem um pouco esse discurso, muito no sentido de que as políticas que fracassam na infância, mas muito com esse olhar de que os meninos precisam de uma punição, sabe? Eu já ouvi do Promotor [...]: “a gente precisava dar um sustinho neles”. O sustinho é levá-los para essa situação, no meio dos ratos, naquela situação de grande... degradante, é uma situação horrível [levá-los para um espaço de internação provisória] (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Eles [os adolescentes em situação de vulnerabilidade social] vivenciam violências na cidade, e, às vezes, ainda mais nos seus territórios de moradia. [...] eu acho que uma coisa é você pensar o local de moradia, a região, o bairro onde ele mora, e a cidade, e os territórios enquanto espaços de convivência, né, que ele vai constituir, e eu acho que o esforço é esse assim constituir diferentes espaços territoriais que esses meninos possam circular. [...] esses locais de moradia são locais já marcados por essas desigualdades social e territorial, e por isso já demarca uma situação de vulnerabilidade. E como que isso aparece assim: Belo Horizonte talvez menos, mas a gente ainda, infelizmente, encontra isso na capital de Minas, que é acesso à rede de esgoto, então você vai chegar em alguns lugares e você ainda vai ter falta de saneamento, casas onde que você tem que deslocar escadarias, ruas, para você conseguir ter um acesso ao transporte público, e, às vezes, esse transporte público é lotado, ele passa de quando em vez, ele tem horários muitos específicos. Então assim, se você vai circular pela cidade fora do horário de trabalho, você tem dificuldade porque o ônibus não passa de madrugada, o ônibus, ele não está tão acessível e ele faz rotas muito específicas. Você vai ter, às vezes, a escola próxima da sua casa, você vai ter o Centro de Saúde, às vezes, próximo e, às vezes, não, e aí no acesso a esses serviços toda uma situação de racismo, de preconceitos e tudo vai se desvelar, então assim, pensando, sobretudo, em Belo Horizonte, a gente não pode falar em ausência de Estado, o Estado e as políticas públicas estão presentes, mas elas por si só, muitas vezes, são violadoras nesse trabalho que elas executam. E aí a gente tem que pensar mais do que a ausência, mas como que essa presença do Estado se dá, e como que ela favorece, e, de uma certa forma, fortalece todo esse estigma, toda essa lógica racial, enfim. Porque é como isso assim, são vários profissionais brancos, inclusive, com toda uma técnica, com todo o seu preconceito, muitas vezes, fazendo o atendimento de uma população que essa moral e esse preconceito interfere nesse atendimento. Então, nesse sentido, é o Estado representado por aquela pessoa que está constantemente violando direitos e agravando essas situações de vulnerabilidade. Você tem também o envolvimento desses adolescentes com o trabalho infantil, sobretudo, às vezes, em relação à venda de drogas, então se a gente pensar no comércio e no trabalho informal, e um comércio que não é regulamentado, que é considerado ilegal, então ele vai ter suas regras próprias. E aí no estabelecimento dessas regras próprias e tudo ele acaba

estabelecendo regras muito violentas, e então esses meninos, ao se estabelecerem nessas redes de tráfico, nesse trabalho infantil, ficam cada vez mais expostos a novos riscos, a novas violências assim, seja na insalubridade do trabalho que eles fazem em turno de manhã, têm turno noturno, a madrugada, acesso fácil ao uso da droga ali, e, às vezes, o uso da droga para dar conta do plantão, né. E aí o médico usa droga para dar conta do plantão no hospital, esse menino usa droga para dar conta dele no tráfico, e o olhar sobre essas duas situações de uso de drogas é completamente distinta, é completamente desigual, e completamente diferente na perspectiva da violência e da letalidade. E como que então esse olhar sobre o tráfico nos territórios de moradia também favorece uma ampliação da vulnerabilidade e uma ampliação da violação de direitos, porque para além desses meninos não serem vistos como trabalhadores expostos a uma situação de risco, de insalubridade e tudo, mais uma vez eles são vistos como criminosos, como bandidos, né, e aí todo um processo de criminalização que favorece o incremento dessa vulnerabilidade e um fechamento também de portas. Porque aí esse menino começa a gerar o sentimento de medo, então quando ele chega no Centro de Saúde o olhar dele é, dos profissionais sobre ele, é diferente: lá vem aquele menino, o que ele vem fazer aqui? Então todos esses olhares e esses afetos que essas relações geram assim, constituem ali um contexto de vulnerabilidade grave, e, no caso desses adolescentes, todo esse contexto, pensando que a principal causa de morte na adolescência são os homicídios, né, a violência por causas externas, aí é o ápice, né, de tudo isso assim. Então esses meninos não encontram um lugar de proteção, e a vida deles acaba sendo descartável assim, e, nesse sentido, a letalidade surge aí como algo que escancara essas violências, né, que são sobretudo estatais. Acho que a violência é sobretudo estatal, porque se fala muito nos conflitos entre os meninos, das guerras de tráfico e tal, mas eu acho que mais do que a guerra entre eles ali, que, muitas vezes, se estabelece, essa guerra é, muitas vezes, impulsionada pela guerra do Estado contra eles (Entrevistado da coordenação da PNAISARI, na Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Butler (2018) defende que todos estamos passíveis à precarização de nossas vidas, por dependermos de “condições sociais e políticas” amplas de sobrevivência e sociabilidade. Nas palavras da autora:

Se tomamos a precariedade da vida como ponto de partida, então não há vida sem necessidade de abrigo e alimento, não há sem dependência de redes mais amplas de sociabilidade e trabalho, não há vida que transcenda a possibilidade de sofrer maus-tratos e a mortalidade (BUTLER, 2018, p. 45).

Mas há vidas cuja perda não é perda, e que por isso não são passíveis de luto. Para a autora, algumas vidas são percebidas como vidas, já algumas outras, embora visivelmente estejam vivas, não são percebidas como tal.

Uma vida que terá sido vivida é a pressuposição de uma vida cuja perda é passível de luto, o que significa que esta será uma vida que poderá ser considerada vida, e será preservada em virtude dessa consideração. Sem a condição de ser enlutada, não há vida, ou, melhor dizendo, há algo que está vivo, mas que é diferente de uma vida, [...] que não será enlutada quando perdida (BUTLER, 2018, p. 32).

A condição precária faz com que haja certa exposição de “populações-alvo”, cujas vidas não são passíveis de luto, pois são consideradas “destrutíveis”. Elas são consideradas ameaças à vida humana, ao invés de seres os quais necessitam de proteção contra a fome, pandemias e violências.

Logo, essas vidas não são objeto de lamentação quando perdidas, a perda dessas populações é compreendida como necessárias para preservar a vida dos “vivos”, daqueles que possuem uma vida passível de luto.

Essas populações são vidas consideradas não humanas, por isso não sentimos a mesma indignação e horror diante de suas mortes como sentimos a perda da vida das populações que se assemelham conosco, seja nacional ou religiosamente, por exemplo.

A ideia de que todos somos seres precários é rejeitada por nós ao não lamentarmos as perdas das vidas de determinadas populações. “[...] o sujeito declara justa sua própria capacidade de destruição ao mesmo tempo em que procura imunizar-se contra a consciência de sua própria precariedade” (BUTLER, 2018, p. 78).

Como vimos, há certas populações as quais estão em grave situação de ameaça: as que estão mais expostas a doenças, pobreza, fome, desemprego, privação de direitos e à morte, como é o caso dos jovens vítimas de genocídio em nosso país. O fato de todos sermos seres precários, cuja existência não está garantida de nenhuma forma, não quer dizer que nossos modos de existência sejam os mesmos.

Segundo o autor Pelbart (2017), o pensamento contemporâneo admite diversas experiências e formas de ser, sentir, diante de uma pluralidade de mundos. Diante da falência do antropocentrismo, “[...] nas últimas décadas [...] seres que antes pareciam reclusos à espera subjetiva ganham um outro estatuto, uma nova vida” (PELBART, 2017, p. 250). Esses sujeitos cruzam o limite entre sujeito e objeto e surgem em “outra chave ontológica”.

O autor, ao trazer como exemplo os sujeitos autistas e seus modos de existência, questiona

[...] que tipo de existência se lhes pode atribuir, a esses seres que povoam nosso cosmos, agentes, actantes, [...] com suas maneiras próprias de se transformar? [...] Que categoria pertencem? E em que medida existem por si mesmo? [...] qual é exatamente o seu estatuto, se é que se deva de imediato reuni-los todos num único grupo, na contramão da pluralidade existencial que anunciam? (PELBART, 2017, p. 250).

Para que um ser passe a existir, é necessário instaurar a existência deste, é preciso “garantir-lhe uma realidade em seu gênero próprio”. Essa instauração de existência surge de diversas formas e atualmente há diversos “dispositivos” para que isso ocorra. Cada espaço (filosofia, religião, arte etc.) inaugura seus seres em seu mundo singular.

Há várias formas de existir e, a partir disso, de se ver o mundo, diversos pontos de vistas distintos, uma pluralidade de perspectivas. O grande desafio da existência é eleger o que aceitamos, assimilamos e rejeitamos. Além de pontuar que, ao invés de sacrificar “populações inteiras de seres” que existem de formas diferentes, seria importante acolher essa grande variedade de formas de existência (PELBART, 2017, p. 252).

Para o autor, todos nós somos como fantasmas, pois não sabemos se podemos responder sozinhos por nossa existência, por sermos seres incompletos e inacabados. É necessário formular a nossa própria existência, uma existência em curso, sempre em criação. Há seres os quais existem a partir de uma própria força e aqueles que dependem da força dos outros para existirem.

[...] há alma desde que se perceba num modo de existência algo de inacabado, ou inconcluso [...]. Ainda uma vez, o clamor de suas reivindicações, como se elas reclamassem ser amplificadas, aumentadas, em suma, tornadas mais reais. Ouvir tais reivindicações ver nessas existências tudo o que elas têm de inacabado, é tomar partido por elas. É entrar no ponto de vista de uma existência não para ver por onde ela vê, mas para fazê-la passar a uma existência maior ou para fazê-la existir ‘verdadeiramente’ (PELBART, 2017, p. 253).

Se há modos de existir precários, em estado de esboço, “que escapam à consciência”, se faz necessário devolver direitos a essas existências precárias, frágeis, “[...] as quais negligenciamos [...], mesmo que seja preciso emprestar-lhes uma alma” (PELBART, 2017, p. 253).

Vale lembrar que, como os autistas possuem seu próprio modo de ser, os esquizofrênicos, índios, negros etc. também o têm. “É no entrecruzamento com tais modos de existência diversos, nos entre mundos, que algo pode ser gestado ou cuidado” (PELBART,

2017, p. 254). Somente existimos se fizermos com que o outro exista, ou ampliando suas existências, fazendo com ele “causa comum”.

O julgamento sobre os modos de existências viventes “[...] impede a chegada de qualquer novo modo de existência [...]. Talvez esteja aí o segredo: fazer existir, não julgar. Se julgar é tão repugnante, não é porque tudo se equivale, mas, ao contrário, porque tudo que vale só pode fazer-se e distinguir-se desafiando o julgamento” (PELBART, 2017, p. 254).

Para o autor, o que se espera é um mundo “gravido” de possibilidades. É isso que não temos, uma vez que estamos diante de um mundo onde há predominância de um modo único, de uma existência universal, a qual busca acabar com todos os modos de existência diferentes do que é colocado (PELBART, 2017, p. 256).

Ainda segundo Pelbart (2017), estamos vivendo em uma época dos modos de existência-para-o-mercado. Para tanto, há um esforço cotidiano de acabar com modos de vida considerados menos importantes, “mais frágeis, precários, vulneráveis”, como os pobres, os loucos, ou os negros. Para o autor, a resistência tem como objetivo a criação de formas de existir, diferentes daquelas criadas pela tecnociência e pelo capital.

A partir dos anos 90, diante da precarização do trabalho e da vida, decorrentes de determinações perversas do neoliberalismo, vulnerabilidades foram evidenciadas, mas também surgiram novas “formas de sociabilidade, cuidado coletivo, ativismo e de amizade que redesenham os modos de vida em comum propostos por jovens precarizados em várias partes do globo” (PELBART, 2017, p. 259).

O autor traz como possível solução para essas determinações, possibilitar que, como os vaga-lumes, esses seres possam aparecer devido a sua própria luz, ao invés de “projetar sobre eles holofotes da razão ou do espetáculo, que os ofuscam”.

Não há novo modo de existência que não seja fruto de uma mutação subjetiva, de uma ruptura com as significações dominantes. [...] “O acontecimento cria uma nova existência, produz uma nova subjetividade [...] Tais momentos, sejam individuais ou coletivos [...], correspondem a uma mutação subjetiva e coletiva em que aquilo que antes era vivido como inevitável aparece subitamente como intolerável, e o que antes sequer era imaginável torna-se pensável, desejável. Podemos pensar modos de vida desta forma (PELBART, 2017, p. 260).

Porém, segundo Reis (2017, p. 24) o que vemos são jovens que “permanecem invisíveis sob o manto da desinformação, da indiferença e do desinteresse” da população e instituições, que deveriam estar protegendo-os.

Para tentar compreender uma possível relação dessa população invisibilizada, com o Estado, recorreremos a Mbembe (2017) ao relatar que vivemos uma sociedade com distintas formas de poder e modos de soberania, produtoras da morte em grande escala. Para ele, os Estados dominantes, historicamente, sempre tiveram como estratégia a busca por expansão e o terror.

Para o autor, há, em nossas sociedades atuais, uma nova divisão: a separação entre aqueles os quais estão protegidos - porque se encontram armados - e aqueles que não o estão. Cada vez mais as lutas políticas têm sido reguladas pelo uso da força, e a arma tem se tornado um dos principais divisores das dinâmicas de insegurança e proteção.

[...] as formas de apropriação violenta dos recursos complexificaram-se e foram surgindo ligações entre as forças armadas, a polícia, a justiça e os meios criminais. Com a fusão entre repressão e tráficos de todo o gênero, surgiu uma configuração político-cultural que dá grande destaque à possibilidade de qualquer pessoa ser morta por outra, não importa quando nem sob que pretexto (MBEMBE, 2017, p. 61).

Ao ser estabelecido uma relação de igualdade entre a capacidade de matar, ou a possibilidade de ser morto – quando estão ambos os lados armados –, estamos diante da possibilidade de destruição de todo vínculo social possível, exceto o da inimizade.

Para Mbembe (2017), o uso do terror para governar não está tão relacionado com reprimir e disciplinar, e sim, com o matar. A guerra já não é apenas entre exércitos adversos, seus atores podem ser o Estado propriamente constituído, formações militares agindo ou não sob o comando do Estado, exércitos sem Estado os quais controlam territórios distintos, empresa que se atribui o direito de guerra.

Essa soberania produtora de mortes, para o autor,

[...] consiste no poder de fabricar toda uma massa de gente habituada a viver no fio da navalha ou, ainda, à margem da vida – gente para quem viver é estar sempre a prestar contas à morte [...]. Vida supérflua, portanto, cujo preço é tão baixo que não equivale a nada, nem sequer como mercadoria e, ainda menos, humana (MBEMBE, 2017, p. 65).

Essa morte não causa sentimento de responsabilidade ou de justiça, ninguém responde por ela. O poder necropolítico atua entre a vida e a morte, para ele, a morte dos seus inimigos não tem nenhum significado, não é algo trágico. Para Mbembe (2017, p. 65), “Em larga medida, o racismo é o motor do princípio necropolítico, enquanto este é o epíteto da destruição

organizada, [...] cujo funcionamento requer que, por um lado, se reduza o valor da vida e, por outro, se crie o hábito da perda”.

Ainda segundo Mbembe (2018, p. 5), “Aquele domínio da vida sobre o qual o poder estabeleceu o controle”. Ou seja, o biopoder, já não explica o poder existente sobre a morte, que vemos na contemporaneidade. Ter o controle, o poder sobre a morte e a vida é ser soberano. A partir da soberania, com o uso de guerras e terror, se objetiva matar o inimigo.

Mbembe (2018) lembra ainda que o racismo faz permitir o necropoder acontecer, tendo como função regular a distribuição da morte e possibilitar ao Estado o poder de matar. Já a soberania “é a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é ‘descartável’ e quem não é” (MBEMBE, 2018, p. 41).

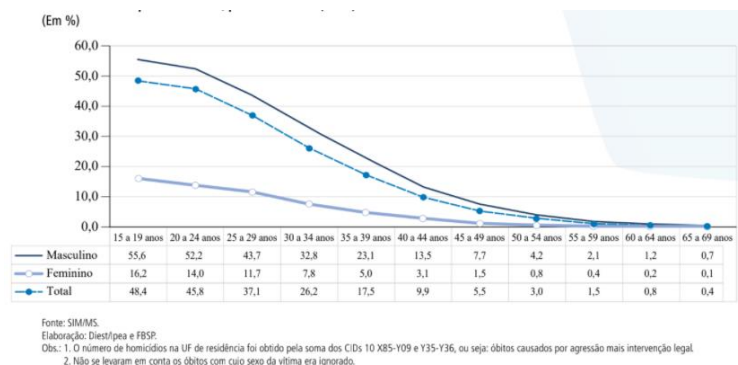
Para discutir sobre o terror moderno, vivenciado por esse poder diante da escolha de quem deve morrer, é necessário antes retornarmos à escravidão, a qual, segundo o autor, pode ser considerada como primeira manifestação de biopoder. “[...] a condição de escravo resulta de uma tripla perda: perda de um “lar”, perda de direitos sobre seu corpo e perda de estatuto político. Essa tripla perda equivale a uma dominação absoluta, uma alienação de nascença e uma morte social.” (MBEMBE, 2018, p. 27). Na escravidão, morte e liberdade estão entrelaçados, e o terror caracteriza esses Estados escravistas.

O autor cita como exemplo de necropoder quando populações inteiras são o alvo do soberano. “As vilas e cidades sitiadas são cercadas e isoladas do mundo. O cotidiano é militarizado. É outorgada liberdade aos comandantes militares locais para usar seus próprios critérios sobre quando e em quem atirar” (MBEMBE, 2018, p. 48). Essa é a realidade que vivenciam os adolescentes negros e moradores das periferias de Belo Horizonte e outras cidades do nosso Estado. Essa parcela da população é submetida a condições de vida as quais lhe conferem o estatuto de “mortos-vivos”, como percebemos nas falas dos entrevistados.

Segundo o Atlas da Violência (2020), os homicídios são a principal causa de morte de jovens entre 15 e 29 anos, no Brasil. Em 2018, foram 30.873 jovens vítimas de homicídios, ou seja, 53,3% do total de homicídios do país. Apesar desse alto número, em 2018, houve uma redução de 13,7% nos números absolutos de homicídios desses jovens.

A juventude masculina vítima de homicídios representa 55,6% das mortes de jovens entre 15 e 19 anos. A proporção de óbitos ocorridos por homicídios é consideravelmente menor entre as mulheres nessa mesma faixa etária: 16,2%.

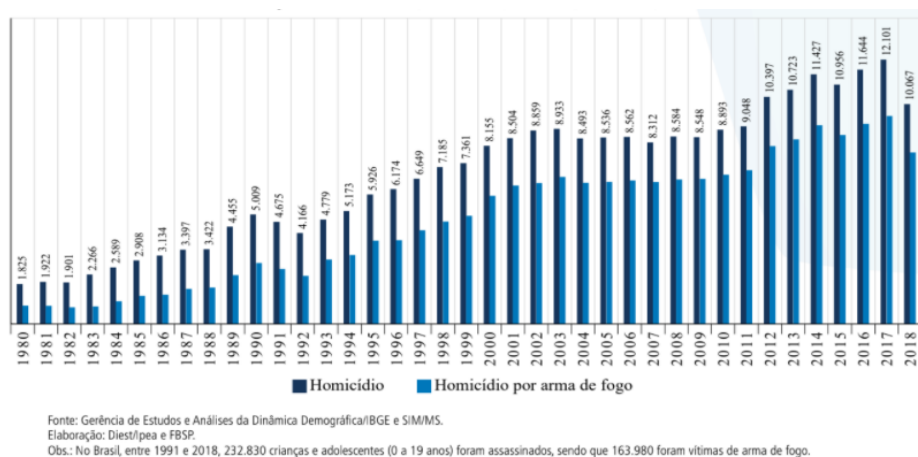
Gráfico 2 – Óbitos causados por homicídios, por faixa etária (2018)



Como vimos, no Gráf. 2, em 2018, houve uma melhora nos índices de mortalidade violenta juvenil, no entanto, ao observarmos os dados da última década, constatamos um aumento na taxa de homicídios de jovens: no período de 2008 a 2018, a taxa no país aumentou 13,3%, passando de 53,3% homicídios a cada 100 mil jovens para 60,4%.

No Gráf. 3 a seguir, podemos ver o número de crianças e adolescente – de 0 a 19 anos – que foram vítimas de homicídio e o número de vítimas especificamente de homicídio por arma de fogo.

Gráfico 3 – Número de homicídios de crianças e adolescentes (0 a 19 anos) – Brasil (1980-2018)



Segundo o Atlas de Violência (2020), desde 1980, mais de 265 mil crianças e adolescentes foram vítimas de homicídio, “sendo que, a partir de 1991, o número de vítimas foi

de pouco mais de 232 mil. Nos respectivos períodos, 179 mil e 164 mil crianças e adolescentes foram alvejados por munição de armas de fogo” (BRASIL, 2020, p. 47).

Desde 1980, o homicídio da juventude tem se tornado uma das principais barreiras para um mínimo de avanço de patamares de segurança pública no Brasil. A redução no número de homicídios de jovens em 2018 nos aponta uma mudança nesse quadro histórico, porém, a manutenção de características dessas vítimas, como o sexo e a idade e raça nos mostram que ainda temos um longo caminho a percorrer em investimentos de políticas públicas de segurança.

Ao observarmos a característica de raça, constatamos que a chance de um negro ser assassinado é muito maior ao comparar com a chance de um não negro. Ressalto que seguimos a classificação do IBGE, o qual considera pessoas negras a soma dos autodeclarados pretos e pardos.

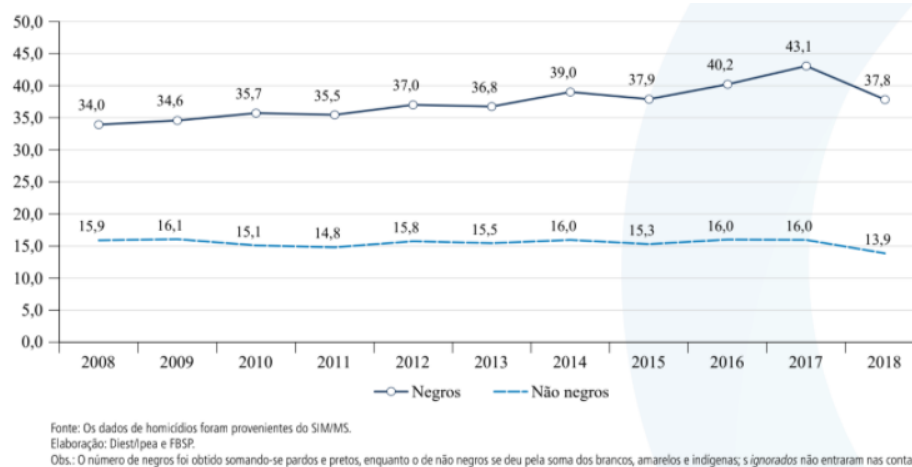
Segundo o Atlas da Violência (2020), a taxa de homicídios de negros e não negros por 100 mil habitantes no ano de 2018 foi de 37,8% em negros e 13,9% em não negros, isto é, a razão de risco relativo de morte por homicídio entre eles é de 2,7, ou seja, para cada não negro morto durante o ano de 2018, 2,7 negros foram assassinados.

Gráfico 4 – Chance de uma pessoa negra sofrer homicídios vis-à-vis uma pessoa não negra – Brasil (2008-2018)



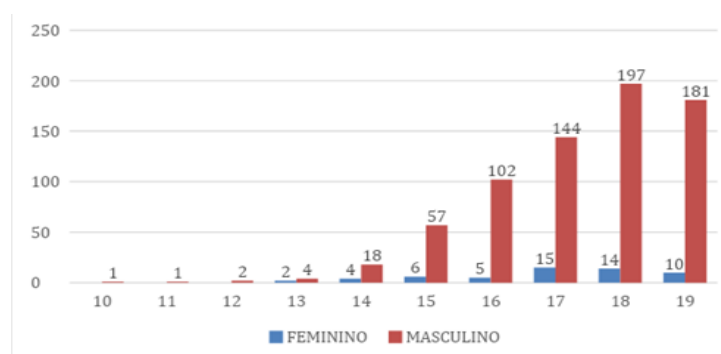
Ao analisarmos os dados da última década, no Gráf. 5, entre os anos de 2008 e 2018, vemos que as desigualdades raciais se evidenciam ainda mais: as taxas de homicídio para os negros aumentam 11,5%, enquanto para os não negros houve uma redução de 12,9% (BRASIL, 2020, p. 47).

Gráfico 5 – Taxa de homicídios de negros e de não negros a cada 100 mil habitantes, nestes grupos populacionais – Brasil (2008-2018)



Se considerarmos apenas os dados do município de Belo Horizonte, segundo o Programa de Controle de Homicídios – Fica Vivo!, conforme o Gráf. 6, durante os anos de 2012 e 2019, o número de homicídios em Belo Horizonte de jovens entre 10 e 19 anos somam um total de 763 mortes. Destes, 7,34% eram do sexo feminino e 92,66% do sexo masculino (MINAS GERAIS, 2019).

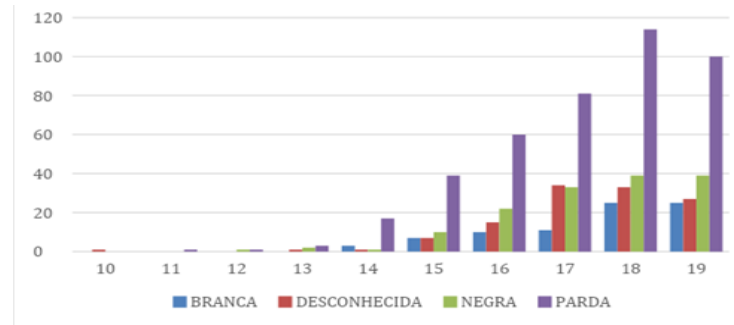
Gráfico 6 – Idade aparente das vítimas de homicídio por sexo



Fonte: **Programa de Controle de Homicídios – Fica Vivo!** Observatório de Segurança Pública Cidade, 2019.

Quando observamos a cor destes jovens, vemos, no Gráf.7, que a maioria se declarou negra (73,8%). O número de mortes de brancos corresponde a 10,61% e desconhecidos a 15,59%.

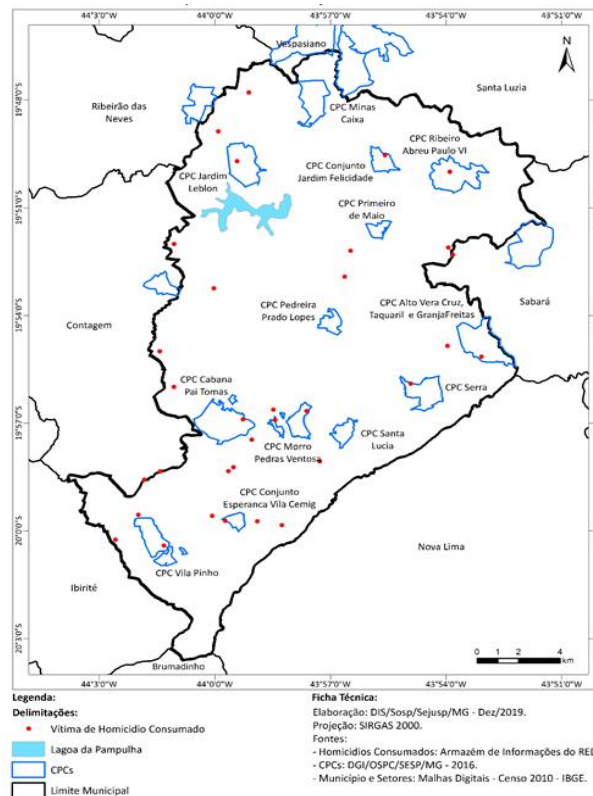
Gráfico 7 – Idade aparente das vítimas de homicídio por cor da pele



Fonte: Programa de Controle de Homicídios – Fica Vivo! Observatório de Segurança Pública Cidade, 2019.

O mapa a seguir, Gráf. 8, mostra os pontos de Belo Horizonte onde ocorreram os homicídios dos jovens nesta faixa etária durante o período de janeiro e novembro de 2019, ainda segundo dados do Programa de Controle de Homicídios – Fica Vivo!”

Gráfico 8 – Distribuição de vítimas de homicídio consumados de jovens de 10 a 19 anos no município de Belo Horizonte – janeiro a novembro de 2019



Miller (2008) nos lembra que, mesmo diante da inegável simpatia, compaixão e piedade existente nos humanos, há também algo próprio da natureza humana que é desmascarada pelo crime. Para ele, “nada mais humano do que o crime”.

O autor explica que em uma civilização é suposto um direito de matar alguns seres humanos. Ele diz não um “matar selvagem”, um assassinato, contudo um matar como ato legalizado, em que há um aval institucional. A sociedade solicita a eliminação de certa quantidade de humanos.

Nas palavras de Miller (2008, p. 4): “Seja através de uma teorização ou de outra, o conjunto social não se pode construir sem a eliminação de seres humanos, o a-mais da população, seja através das guerras ou na ordem interna”. Aqui podemos pensar sobre a destruição de classes sociais inteiras ou de genocídios, como os vivenciados pelos jovens negros periféricos do nosso país.

Para Soares (2016), crimes como o racismo e a homofobia são menos vistos publicamente. Não porque acontecem em menor número, todavia por registrarem oficialmente menos casos e por serem, muitas vezes, mantidos em situações públicas e institucionais “à sombra da lei, sob o manto da negligência (quase cúmplice)” (SOARES, 2016, p. 131).

Para criar ações sociais e políticas preventivas ao genocídio da juventude, é necessário, segundo o autor, eliminar estigmas e preconceitos, além de “debruçar-se sobre o drama da juventude brasileira”, a partir de algum esforço para compreendê-la.

Soares (2016) ressalta que o jovem pobre e negro, no Brasil, é um ser socialmente invisível. Para o autor, para ser possível tornar alguém invisível é necessário projetar sobre o sujeito um estigma, preconceito, o qual irá anular a pessoa ao passarmos a enxergar somente o reflexo de nossa própria intolerância.

Tudo aquilo que distingue a pessoa, tornando-a um indivíduo; tudo o que nela é singular desaparece. O estigma dissolve a identidade do outro e a substitui pelo retrato estereotipado e a classificação que lhe impomos. [...] Lançar sobre uma pessoa um estigma corresponde a acusá-la simplesmente pelo fato de ela existir (SOARES, 2016, p. 132).

Soares (2016) nos lembra que a adolescência é uma época especialmente difícil da vida para todos. Porém, tudo se complica quando as adversidades desta fase da vida se somam com outras graves questões, como rejeições fora e dentro de casa, desempregos, alcoolismo, diversas violências. Nas palavras do autor: “A invisibilidade é uma carreira que começa cedo, em casa, pela experiência da rejeição, e se adensa, aos poucos, sob o acúmulo de manifestações

sucedidas de abandono, desprezo e indiferença, culminando na estigmatização” (SOARES, 2016, p. 139).

As políticas públicas possuem um lugar especial no enfrentamento e prevenção de violências, devendo ir além dos cuidados necessários em decorrência das consequências dos atos violentos. E ainda, nas entrevistas, fui lembrada de que

[...] a gente tem que estar muito atento porque existe uma violação muito grande da saúde também na hora que você não garante o atendimento para esses meninos, quando eles... muitos dos nossos centros de saúde, por exemplo, existia algema, então a gente tinha que ir lá e “oh gente espera aí, esses meninos não vão ser algemados não”, era incessante o trabalho (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] como que a gente favorece, por exemplo, que essa equipe possa ser mais colorida, você possa ter mais profissionais negros nesses espaços assim, e por que que isso não garante, mas de uma certa forma favorece, porque a gente fala muito pouco de branquitude. A gente, muitas vezes, não se racializa, aí eu falo a gente enquanto mulher branca que sou, a gente não se racializa, a gente não percebe isso de forma clara no nosso dia a dia. Então me parece que para conseguir reconhecer esse racismo nosso de cada dia como que ele acontece no atendimento desses meninos e meninas e tudo, a gente precisa voltar para si, pensar a nossa cor, pensar os nossos privilégios, e eu acho que isso faz parte de um processo de formação inclusive, dos profissionais e das profissionais (Entrevistado da coordenação da PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

Então eu acho que o racismo está aí, nesse cotidiano assim, e na saúde isso aparece no não atendimento, isso aparece na anestesia que não é dada, isso aparece no atraso, na não insistência de tentar articular uma rede, enfim. E aí entrando nisso da articulação de rede, tem vezes assim que quando a rede está muito as voltas com o adolescente, eu procuro saber qual é a cor desse adolescente, porque, às vezes, a rede se debruça mais sobre casos de meninos que ela considera branco, ou que são negros com a pele mais clara, isso é assustador (Entrevistado da coordenação da PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA JOVENS

[...] o que a gente vê na história [dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa] é essa relação com a vulnerabilidade desde a infância, essa vivência de viver excluídos. A questão do racismo que a gente comentou, né. [...] Então a rede hoje fala muito da redução das vulnerabilidades, não é nem redução de danos, eu vejo muito o pessoal do CERSAMI falando isso, [...] é essa questão da redução das vulnerabilidades. Então eu acho que existe um discurso [...] de dizer que a questão é a droga, o tráfico, e alça muito essas medidas por conta de tráfico, que eu acho um absurdo, né, mesmo que eles falem “Ah é reincidente”, mas a vida desse adolescente não houve um acolhimento e um suporte para que essa família tenha mudanças na sua estrutura, na sua vida, nessa vida precária precarizada pela ausência das políticas, né” (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

A gente vê potência nessa rede, mas é uma rede que precisa de ser cuidada porque ela fica muito angustiada com esses casos, sabe, e a gente viu claramente que existe resposta quando essa formação ela é cuidada, quando a gente chega perto oferecendo ajuda. E não é fácil, você imagina com o COVID, com a sobrecarga que já era muito para essa rede, antes da Pandemia. Então eu acho que as saídas são essas, né, para além desse... a gente qualificar esse cuidado. Mas é preciso a gente ter esse movimento de buscar essa discussão sobre o racismo, como que a desigualdade social está atrelada a essa questão (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Sobre as dificuldades que localizam nos atendimentos aos adolescentes, escutei:

[...] a complexidade maior na adolescência acaba sendo a atenção à saúde sexual e reprodutiva, e isso é uma situação que traz extremamente desconforto aos profissionais de saúde, né, a fazer essa atenção, e isso se mostrou, e assim é impressionante que quando você fala, a gente faz o recorte do adolescente em conflito com a lei, a gente vê isso em dobro (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] a gente queria era muito qualificar a Atenção porque violávamos também com o nosso atendimento precário a gente estava violando e muito, esses adolescentes. [...] nós vimos que éramos poucos e as GERASAs 3, os Gestores Regionais de Saúde também tinham dificuldade de estar acompanhando esses casos, de estar dando apoio no sentido de garantia de direitos, apoio às equipes para que eles pudessem de fato garantir uma atenção integral a esses adolescentes, que considerasse esses adolescentes com o seu saber, né. Que identificasse a real demanda de saúde desses meninos, né, e não só da saúde, mas com relação a todas as suas demandas de vida, para que eles pudessem seguir seu curso, seu caminho com menos violações, com menos exposição a situações de tanta vulnerabilidade, de vulnerabilidade extrema que a gente pudesse garantir condições dignas de vida para esses adolescentes

³ Gerência Distrital de Assistência à Saúde.

(Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] a gente percebe que esses adolescentes são de alta vulnerabilidade social, de famílias de alta vulnerabilidade, né, de conteúdo familiar muito complexo e que muitos, a maioria desses adolescentes, quando a gente entra no nosso sistema de informação, a família já está lá. São famílias conhecidas, o próprio adolescente, muitas vezes, já é conhecido no centro de saúde, então esses técnicos do PNAISARI faz uma articulação mesmo com a Equipe de Saúde da Família para a Equipe da Saúde da Família acolher esse adolescente e sua família, seu entorno. Muitos desses meninos além de estarem envolvidos com o conflito com a lei são muitos usuários também, que começam a ser usuários do campo da saúde mental, que muitos desses meninos fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, e aí é um viés que a gente olha e a gente percebe que tem para além a questão do tráfico, que é uma contraversão, mas olhando a saúde, ou quando a gente olha esses meninos, a gente vê muito uma exploração do trabalho infantil, e aí a gente notifica, a gente está notificando e a gente está dizendo para o judiciário que esse tráfico não é uma contravenção, é um uso de pessoas que estão muito mais estruturadas, lançando mão de uma mão de obra infantil para fazer um corre, para fazer o ganho diante de uma vulnerabilidade social que se instala, né. Então assim, que esse adolescente, ou essa criança está numa vulnerabilidade tal que o tráfico pode ser uma saída econômica e uma saída de sobrevivência no território. Então, assim, a PNAISARI está dizendo um pouco sobre isso, né. Então, nesse período pandêmico, as violações, ou pelo menos o conflito cai, cai muito, né, o acesso ao próprio CIA, porque eles fecharam também, fecharam assim trabalhando on-line nesse período pandêmico, mas a gente vê nesse grande quantitativo de adolescentes em conflito com a lei estão muito envolvidos com o conflito do tráfico, né. Então é isso assim, em termos de PNAISARI hoje, né, estamos fazendo um pouco essa roda, né, então eu vejo que hoje, de uma certa forma, a gente vai dando uma visibilidade para a adolescência na saúde, ou pelo menos essas políticas, ou mesmo essas entradas provocam muito ruído, né, e através desses ruídos, ou através dessas construções clínicas, né, ou construções de caso clínico, ou do Projeto Terapêutico Singular desses adolescentes, a gente, através dessa visibilidade, pode provocar o gestor para que a gente possa criar uma política do nacional e municipal integrada do adolescente sabe (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] toda rede tem furos, né, então a rede SUS tem seus furos, mas esses furos a gente tem que fazer essas chamadas entre nós mesmos, né, reflexões como essas que ajudam a gente a fazer novas amarras, novos nós, né, novas redes, né (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] ele precisa estar vinculado ao território, tá, sim, mas não só, porque sair, circular pela cidade, ir no cinema, ou andar na Praça Sete, ver loja de música, enfim, circular por esses outros espaços, ou começar a trabalhar fora ali do seu local de moradia isso faz que quando ele retorna para o seu local de moradia, ele retorne com outro olhar, com outras possibilidades, com outras perspectivas, então também uma certa lógica de compreensão dessas populações pelo território ela precisa ser, às vezes, percebida. Porque não é só isso de facilitar o acesso aos serviços públicos, né, que eu acho que isso é

super válido, mas também tem uma certa contenção ali que no caso da juventude e da adolescência é legal você circular, é legal você conhecer outros espaços para você ampliar suas perspectivas inclusive de futuro, né (Entrevistado da coordenação da PNAISARI, na Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Uma coisa super batida, mas que eu acho importante da gente falar, que é essa política de combate às drogas, né, que é um negócio assim que está completamente, assim, que é completamente fora de contexto, não tem uma intenção realmente de combater nada, né, a não ser, né, manter esse status ali nas favelas e nessa comercialização local de drogas. Não tem, ela é completamente... É uma coisa assim, é caótica, não é caótica não, é demodê, sabe, é tipo assim, que já devia estar fora há muito tempo, que já devia estar se pensando assim. Mas do jeito que nosso país está em um momento que isso ainda está longe de ser resolvido, né (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Sobre as mortes dos jovens no Brasil, não podemos nos esquecer de que não se pode pensar em homicídios como decisão individual de algum sujeito, trata-se de fenômenos de natureza social e coletiva os quais evidenciam grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. “[...] por sua magnitude e abrangência, determinam impactos na área social, econômica e de saúde. Afetam indivíduos, famílias e a coletividade” (REIS, 2017, p. 21).

4.1 Saúde do Adolescente

A política de atenção à saúde do adolescente é muito recente. Antes do SUS, a gente já tinha muitas políticas direcionadas para criança, para a mulher, muito com o foco da redução da mortalidade infantil, que são os menores de um ano. [...] O adolescente só foi pensado no final da década de 80, já junto com a Constituição Federal, ao Estatuto da Criança e do Adolescente, veio junto à primeira política com o adolescente que é o PROSAD, que é a Política de Saúde do Adolescente, que foi pensada pelo Ministério da Saúde mesmo, e já foi implantada no início da década de 90 já com o SUS se fortalecendo com a expansão da Atenção Primária, da multiplicação dos Centros de Saúde. Depois teve a definição da Estratégia de Saúde da Família, que, na época, chamava Programa de Saúde da Família, como estruturante na Atenção Primária, mas todos os programas eram muito voltados para o ciclo criança-mulher-adulto-idoso, o adolescente [...] era um hífen, né, ele é assim: a criança, a mulher, o adulto e o idoso, então ele ficava no hífen ali sem uma proposta mesmo de atenção para esse adolescente (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Os adolescentes eram atendidos no SUS, mas com muitas dificuldades assim, sobretudo no Privado de Liberdade com relação, por exemplo, à marcação de consulta especializada, realização de exames, à garantia de um acompanhamento longitudinal desses adolescentes, acompanhamento de

dados de saúde que expressassem como que está a saúde desses adolescentes com relação, por exemplo, às infecções sexualmente transmissíveis, vacinação, se está em dia, ou não. Então não se tinha dados se o acompanhamento estava adequado, ou não, não tinha notificação de violência, sobre o que acontecia, esses adolescentes eram invisíveis, né, para o sistema assim, para as políticas, né. Então começaram a sair as primeiras Portarias, e eram Portarias Interministeriais, que é a Secretaria da Mulher, a Secretaria de Direitos Humanos, o Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, e o Ministério da Saúde participaram da construção junto dos conselhos dos Secretários de Saúde. E aí foi publicado essa primeira orientação que era apreciado também pelo SINASE, no Sistema Nacional das Medidas de Atenção aos Adolescentes em Medidas Socioeducativas (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Ao contrário do que muitas pessoas pensam que essa rede não atende adolescente, ela atende sim. Então nós fizemos um levantamento em Belo Horizonte: 95% dos adolescentes cadastrados no SUS passaram, em 2019, pelo menos uma vez no atendimento médico, na Equipe de Saúde da Família dentro da rede SUS no seu território. Então o adolescente passa no SUS, mas o que acontece diferentemente no SUS e na rede: a Equipe de Saúde da Família está no centro de saúde de referência, é que, muitas vezes, esse adolescente passa invisível dentro dessa rede, ou, às vezes, ele passa, e as pessoas não percebem, as pessoas não acolhem, ou as pessoas não fazem referência a esse atendimento como um atendimento exclusivo do adolescente (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[..] o adolescente hoje entra na saúde muito pelo viés negativo, pelo dano, então quando uma menina ela fica grávida, que ela tem mais facilidade de entrar no sistema como grávida do que como uma consulta de orientação sexual, de prevenção contra a gravidez, por exemplo, de 14,15, 16 anos. O adolescente entra na saúde quando ele está em crise, por exemplo, psíquica, ou com uma urgência psíquica ele entra porque tem um viés com a saúde mental. O adolescente entra na saúde através do conflito com a lei, que aí tem uma política nacional de atenção integral com o adolescente que é o PNAISARI. Então o PNAISARI é isso, a entrada desses adolescentes em conflito com a lei que uma dessas prerrogativas da política é que esses adolescentes têm que ter acesso à saúde, então Belo Horizonte traz isso para si, então a gente pactuou com essa política de Brasília. [...] Qual a função dos técnicos do PNAISARI? É articular a entrada desse adolescente no Centro de Saúde do seu território, os adolescentes em conflito com a lei, em Belo Horizonte, entra pelo CIA, o Centro Integrado da Adolescência, e dentro do CIA tem o NAMSEP, que é o Núcleo de Atenção as Medidas Socioeducativas, o NAMSEP tem três grupos: saúde, educação e assistência social. O núcleo da saúde está também ligado à nossa coordenação, faz uma conexão no centro de entrada do conflito com a lei, aí o juiz delega uma medida protetiva de saúde, então o NAMSEP entra em contato com técnicos do PNAISARI, então ele articula, através do NAMSEP a entrada desse adolescente nos centros de saúde. Então esses técnicos do PNAISARI, eles funcionam muito como articuladores da saúde, tentar trazer, tentar dar visibilidade, tentar fazer com que esses adolescentes sejam acolhidos na saúde, e aí cumprir com a medida protetiva de saúde dada pelo juiz lá no CIA

(Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] como que o SUS e as políticas de saúde elas, historicamente, né, foram pondo e criando programas na área assim da saúde da mulher, da gestante, da puérpera, do cuidado com os bebês, das crianças, aí chega em uma determinada idade e acabou lá o protocolo das vacinas e tal aí desaparece, não tem uma política de continuidade com relação desses programas de atendimento. Me parece, assim, é a questão da saúde da mulher ela consegue, conseguiu até um determinado momento assim, um cuidado mesmo com as adolescentes meninas, né, nessa questão da prevenção da gravidez, né, da sexualidade até um determinado momento que houve realmente assim... [...] Então, e assim, a política de vacinação também eu acho que é uma política que consegue oferecer, né, o serviço, e aí atinge uma parte da adolescência, né, eu acho que a vacinação consegue atingir pelo menos até... é uma política muito bem avaliada vamos dizer assim. Mas realmente uma política voltada para o adolescente, eu acho que ela começa a tomar corpo de uns anos para cá, devido a essa história mesmo das violências, né. Então tem a violência, né, assim, esse quadro da juventude que não tem muita perspectiva e que acaba se envolvendo na criminalidade, acaba rompendo laços familiares. Tem essa tradição de uma violência policial, uma herança aí da ditadura, que é uma política de segurança que acaba criminalizando os adolescentes, então a partir dessas estatísticas todas aí de violência quanto aos adolescentes, quanto aos jovens pobres e negros, né, esse gap⁴ aí dos meninos que ficam sem atendimento e aí isso começa a aparecer com o tempo, uma coisa vai juntando com a outra e aí eu acho que até o PNAISARI nasce nesse bojo, né, de alternativas de políticas que possam atender, né... atender com cuidado, né, essa faixa etária aí, né. Outros programas também surgem nesse bojo, aí vem o Fica Vivo!, vêm várias outras políticas também além da política de saúde, né. E assim, eu acho que esse gap da política, ele deixa um pouco as equipes, né, as equipes um pouco despreparadas para essa população. Porque tem uma idealização assim de o que que é uma adolescência saudável, né, e do que é uma adolescência assim, né, com a diversidade toda que ela traz. Então a adolescência tem um protótipo assim de adolescência, então se o adolescente não se encaixa naquele parâmetro, né, ele já é olhado com uma certa dificuldade de aproximação e tudo e mais (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Ao ser perguntado sobre como entendia ser esse parâmetro, idealização de adolescência, escutei:

[...] de uma adolescência que é assim: os meninos que estão na fase escolar, né, que estão estudando, que estão fazendo uma atividade, que têm uma boa articulação familiar, eu acho que esse é um protótipo assim, eu estou chamando de protótipo, mas não sei se é um protótipo que fala não. E aí o adolescente que aparece com mais rebeldia, ou com uma questão assim mais de... até do embotamento, do entristecimento, aí já começa a ser olhado como

⁴ Palavra inglesa com a tradução para português para a palavra lacuna.

problema (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Sobre os desafios encontrados na prática na saúde dos adolescentes, Moreira *et al* (2015) traz questões político-ideológicas, valores morais e preconceitos comportamentais direcionados para essa população.

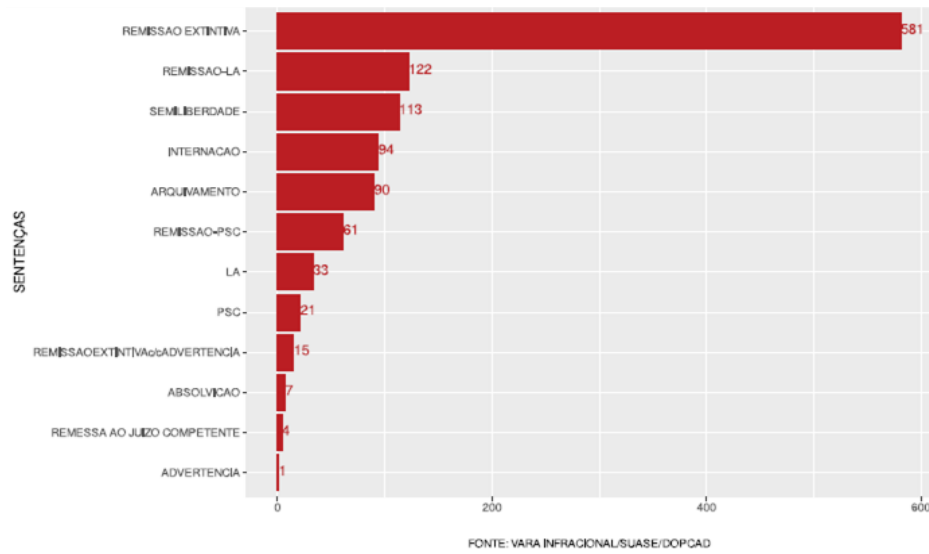
Os autores, ao falarem sobre os adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação, pontuam o aumento do número de adolescentes internados no Brasil devido a reincidências e aplicações de medidas mais severas como a intenção punitiva.

Se observarmos, na Tab. 1 a seguir, extraída do Relatório Estatístico da Vara Infracional da Infância e da Juventude de Belo Horizonte do ano de 2020, vemos que, dos 4672 adolescentes os quais passaram pela vara em questão neste período, 94 receberam medida de internação, ou seja, 8,23% do total dos adolescentes os quais receberam sentença nesse ano. Lembrando que estão incluídas no cálculo e, no Gráf. 9 a seguir, todas as audiências que ocorreram durante 2020.

Tabela 1 – Sentenças, Belo Horizonte, 2020

SENTENÇA	QUANTIDADE	%
ABSOLVICAÇÃO	7	0,61
ADVERTENCIA	1	0,09
ARQUIVAMENTO	90	7,88
INTERNACAO	94	8,23
LA	33	2,89
PSC	21	1,84
REMESSA AO JUÍZO COMPETENTE	4	0,35
REMISSAO EXTINTIVA	581	50,88
REMISSAO-LA	122	10,68
REMISSAO-PSC	61	5,34
REMISSAOEXTINTIVAeADVERTENCIA	15	1,31
SEMILIBERDADE	113	9,90
TOTAL	1142	100,00

FORNE: VARA INFRACIONAL/SUASE/DOPCAD

Gráfico 9 – Sentenças, Belo Horizonte, 2020

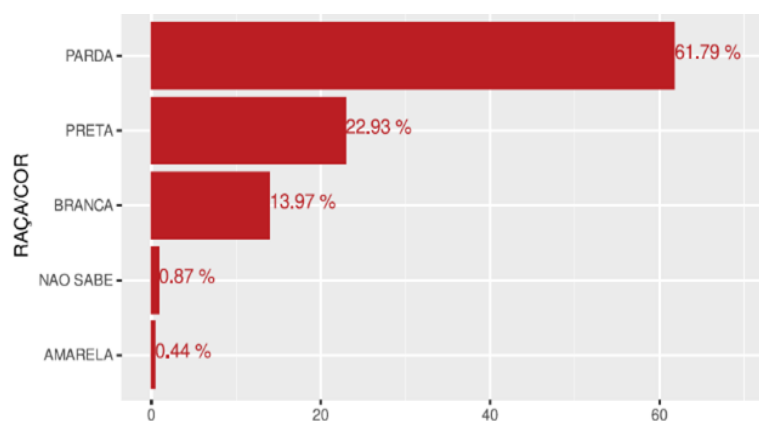
Aproveitamos para pontuar o fato de a grande maioria dos adolescentes que passaram pela Vara da Infância é da raça negra (pretos e pardo) conforme a Tab. 2 e o Gráf. 10):

Tabela 2 – Raça/Cor, Belo Horizonte, 2020

RAÇA/COR	%
AMARELA	0,44
BRANCA	13,97
PARDA	61,79
PRETA	22,93
NAO SABE	0,87
TOTAL	100,00

Fonte: VARA INFRACIONAL/SUASE/DOPCAD

Gráfico 10 – Raça/Cor, Belo Horizonte, 2020



FORTE: VARA INFRAACIONAL/SUASE/DOPCAD

Tais fatos apontam para a importância e urgência de políticas públicas

[...] eficazes e efetivas, assim como para a relevância de se imaginar e construir estratégias de inovação e estabelecimento de iniciativas que atuem de forma preventiva na realidade dos adolescentes. Esse alerta deve considerar, ainda, que a relação entre a população de adolescentes em geral e a população de adolescentes infratores tem acompanhado o crescimento da população brasileira como um todo (MOREIRA *et al*, 2015, p. 126).

Para os autores, há dois pontos os quais podem explicar essa relação da população com os adolescentes: a estigmatização que esses jovens sofrem por parte de profissionais da rede de saúde pública e por, muitas vezes, estarem em situação de conflito com a lei e privados de liberdade, “[...] quanto por conta das dificuldades e iniquidades a que estão passíveis de serem submetidos por estarem inseridos no sistema socioeducativo” (MOREIRA *et al*, 2015, p. 123).

Mesmo com toda legislação existente defendendo os direitos das crianças e adolescente, o que vemos são adolescentes expostos a violências, abandonos, trajetórias de vidas nas ruas, trabalho infantil, abuso de álcool e drogas e outras formas de maus-tratos.

Segundo o MS (2010), adolescentes e jovens de classes marginalizadas, além de estarem mais expostos a violências que ocorrem em todos os segmentos sociais, são ainda grandes vítimas da “violência estrutural - discriminação social, racismo, dificuldade de acesso aos serviços públicos, falta de oportunidades, dentre outras” (BRASIL, 2010, p. 48).

Investir na saúde da população de adolescentes e de jovens é custo-efetivo porque garantir a qualidade de vida é garantir também a energia, o espírito

criativo, inovador e construtivo da população jovem, que devem ser considerados como um rico potencial capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país (BRASIL, 2010, p. 48).

Coutinho (2013) realiza um resgate histórico sobre a saúde do adolescente no Brasil. O primeiro marco que o autor localiza é a criação, no ano de 1974, do primeiro ambulatório especializado e uma enfermaria para adolescentes, no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), denominado de Unidade Clínica de Adolescentes (UCA).

Posteriormente, em 1975, foi inaugurado o Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) e a Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo.

Em entrevista, escutei sobre a criação desses ambulatórios específicos para adolescentes:

Isso foi interessante no sentido da formação, e são até hoje no sentido da formação, mas criou essa expectativa, esse pensamento que o adolescente precisa de um lugar superespecial para ele ser atendido, que ele precisa de um superespecialista. [...] O adolescente precisa de ter esse lugar preservado para que o saber do adolescente sobre si mesmo seja considerado, e não o saber do profissional, né, que é muito importante, mas é insuficiente nessa questão. [...] o adolescente não precisa de um superespecialista, ele pode ser atendido na Atenção Primária, mas as pessoas tinham que ter, assim, uma formação, uma ajuda, não precisa ser um especialista, mas ela precisava de ter essa formação (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] surgiu uma oportunidade de eu trabalhar no serviço de pesquisa de um laboratório francês, o Instituto Nacional de Pesquisas Médicas Francesas, então eu fui em 92 para Paris, e trabalhando no serviço de pesquisa eu dividi o meu outro tempo no serviço de Pediatria. E nesse serviço de Pediatria, dentro da Pediatria, tinha um andar todo um laboratório da medicina do adolescente. Então na hora que eu vi esse serviço de adolescência, uma baita enfermaria, né, enorme, e os adolescentes estavam namorando, os adolescentes estavam fumando cigarro, os adolescentes internados, eu falei: Oh, existe a medicina do adolescente, né. E aí eu volto em 93, e Belo Horizonte tem uma enfermaria de adolescência na Santa Casa, eu faço residência médica em Pediatria, [...], já focado muito na Pediatria, mas já pensando na Medicina do Adolescente. [...] Então em Belo Horizonte, no Brasil, nessa época, tinha pouco movimento de saúde do adolescente, [...] não tinha no Brasil uma coisa instituída para a formação dos Pediatras para a Medicina do Adolescente, estava muito incipiente. [...] Nessa época, dentro do Ministério da Saúde eles criam o PROSAD com o programa saúde do adolescente do Ministério da Saúde pensando que esses centros de referências no Brasil poderiam fazer essa atenção integral à saúde do adolescente. Só que no fortalecimento do SUS, no crescimento do SUS pós 88

essa Medicina do Adolescente foi, percebeu-se que o adolescente tinha que ser atendido dentro da equipe da saúde da família nos seus territórios, e que esses serviços eram muito pouco para 50 milhões de adolescentes e jovens no Brasil. Esses centros, essa intenção de aumentar e criar centros de atenção à saúde do adolescente, vão se desfazendo no intuito de deixar só esses centros ligados às universidades (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] há um ruído no sentido de um paradigma que é o seguinte: quem atende melhor o adolescente, esses Centros de Referência ou a Rede, as Equipes de Saúde da Família? Eu não tenho dúvida que esses pequenos centros de atendimentos à saúde do adolescente têm um acolhimento até melhor, um acolhimento mais adequado para os adolescentes, porque são pessoas que estão com o desejo de atender o adolescente, são pessoas que estão se especializando no atendimento da saúde do adolescente, que a ideia é essa mesma, que essas pessoas saem do centro e vão para a rede, se misturar com a equipe de saúde da família para que as Equipes de Saúde da Família atenda melhor esses adolescentes na rede (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

O autor nos lembra ainda que a Sociedade Brasileira de Pediatria criou o Comitê de Adolescência, em 1978. Já, em 21 de dezembro de 1989, pelo meio da Portaria no 980/1989, o MS estabeleceu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), o qual objetivava ofertar assistência e proteção aos menores, em especial àqueles que estivessem em situação de vulnerabilidade social.

Segundo Coutinho (2013), no mesmo período de surgimento do PROSAD, as atividades dos Comitês do Departamento de Pediatria incentivaram a medicina do adolescente em nível nacional, resultando no I Congresso Brasileiro de Adolescência, em 1985, que aconteceu em São Paulo e no II Congresso, em 1987, realizado no Rio de Janeiro.

Sobre o PROSAD, um dos entrevistados relata:

O PROSAD teve uma importância muito grande sobretudo porque: por ser o primeiro programa que chama a atenção para esse ciclo de vida, para as especificidades desse ciclo de vida, para delicadeza que é o atendimento do adolescente a despeito dos pais, por exemplo. Traz essas orientações com relação a importância de privacidade na atenção, no acolhimento desse adolescente a despeito dos pais, do direito ao sigilo, a marcar a consulta sozinho, sabe, o que são os eixos dessa atenção na integralidade do cuidado. Várias entidades médicas, de enfermagem também começam a se preocupar com esse ciclo de vida. Só para você ter uma ideia, na década de 90 as residências de Pediatria não incluíam a saúde do adolescente [...] (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Para Coutinho (2013), nesse momento, muitos serviços voltados para adolescentes se fortaleceram e outros foram criados, como a Casa da Criança e do Adolescente do Hospital Julia Kubitschek – Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), de 1992.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e sua regulamentação e sistematização pelas Leis Orgânicas da Saúde N° 8.080 e N° 8142, de 1990,

[...] tornou-se possível a reorganização do modelo de assistência à saúde no Brasil, designando responsabilidades específicas para a gestão federal, estadual e municipal, contribuindo para a elaboração e estruturação de estratégias visando atender às necessidades de saúde do adolescente. A atribuição de poderes aos municípios promoveu uma maior interlocução entre os diversos setores, levando-os a planejar e articular ações de promoção à saúde do adolescente a partir de suas realidades locais (COUTINHO, 2013, p. 26).

Em 13 de julho de 1990, é estabelecido o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído como Lei n. 8.069, legislação que rege os direitos e os deveres das crianças e dos adolescentes.

O Atlas da violência de 2020 nos lembra que o ECA inscreve um novo marco na cidadania do país e estabelece um padrão inédito de políticas públicas voltadas para a infância e a adolescência. Antes de seu surgimento, havia o Código de Menores, o qual considerava os adolescentes pobres, usuários de sofrimento mental, vítimas de maus-tratos, que respondiam por prática infracional, como “menores em situação irregular”, os confinando em instituições, isolando-os da sociedade.

Em seu artigo 3º, o ECA define que as crianças e os adolescentes são pessoas em desenvolvimento e possuem direitos fundamentais inerentes a todas as pessoas humanas, lhes sendo assegurado “[...] todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (BRASIL, 1990, p. 1).

O artigo 4º complementa que

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990, p. 1).

O Atlas da Violência de 2020 nos lembra que o ECA é uma legislação capaz de fazer grandes mudanças na qualidade de vida das crianças e adolescentes em nosso país. Contudo, os avanços na vida desses jovens somente acontecerão de fato quando todas as áreas de políticas públicas – saúde, educação, trabalho, formação profissional, tecnologia, segurança pública e defesa de direitos –, passarem a considerar os princípios e medidas presentes na Lei n. 8.069, quando forem elaboradas, implementadas e avaliadas.

O Atlas ressalta ainda algumas dificuldades para a concretização desses avanços no ECA. Primeiramente, traz a carência de recursos e meios necessários para que seja possível desenvolver as ações e políticas públicas que garantam os direitos previstos no Estatuto. Outra dificuldade é o efeito da alta desigualdade racial no Brasil, razão pelo qual adolescentes e jovens são vítimas de homicídios, especialmente os jovens homens moradores de periferias e áreas metropolitanas.

Ao lado das conquistas sociais proporcionadas pelo Estatuto, convivem as desigualdades de renda e raça, que impõem diferenças no acesso a direitos sociais, por crianças e adolescentes pobres, em praticamente todas as áreas dos direitos sociais (BRASIL, 2020, p. 30).

O Atlas traz também como dificultador para a garantia dos avanços do ECA, a ausência de intersetorialidade entre as políticas públicas para o eficaz atendimento às crianças e aos adolescentes nos territórios em que estes vivem e circulam.

Após a criação do ECA, percebeu-se a crescente demanda de políticas públicas voltadas para as crianças e adolescentes. Pinto (2008) nos lembra que, para que essa demanda fosse atendida e fossem criadas essas políticas, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte realizou diversos seminários para discutir sobre a linha política e assistencial das ações a serem implantadas.

Em 1993, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes que, segundo Pinto (2008), se resumia a iniciativas isoladas, se tornou campo de investimentos técnico e político para a saúde mental de Belo Horizonte, a qual, no momento ainda, se estava em elaboração.

Ainda no ano de 1993, foram publicadas e divulgadas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. Essas normativas foram destinadas aos profissionais que atendem aos adolescentes - indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos -, no nível primário da atenção em saúde. “Visa [...] orientar e dar suporte técnico às decisões tomadas na porta de entrada do Sistema Único de Saúde procurando, de modo direto e simples, definir, justificar e

selecionar tecnologias, padronizar procedimentos e normalizar condutas”. (BRASIL, 1993, p. 5)

Nessa época, é criado o Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, que se inicia com a expectativa uma nova resposta da saúde mental à crescente demanda por encaminhamentos de crianças e adolescentes às escolas especiais e a tratamentos psiquiátricos ou neurológicos, buscando interromper o processo de segregação e exclusão destas crianças e adolescentes a partir de oficinas de arte desenvolvidas no território.

[...] ele [Arte da Saúde] nasce de uma tentativa de olhar para a criança que está com questões assim subjetivas e relacionais e comportamentais assim como uma oportunidade dela se expressar, né, e sair daquela... de uma lógica que começou a se estabelecer de medicalização, da criança problema que precisa ser medicalizada, que precisa melhorar o comportamento na escola. [...] Aí o Arte vem nessa perspectiva de tentar uma outra coisa, vamos ver se dá uma pausa nessa experiência de insucesso, nessa experiência de... experiência de insucesso mesmo assim para um padrão é como se esse menino estivesse todo errado, né. Ele não rende na escola, ele é levado, ele é isso e aquilo, e isso vai trazendo um corte, né. Então eu acho que tem isso, sabe? O Arte da Saúde vem de 25 anos para cá, então aí ele foi se configurando como uma alternativa real de cuidado na saúde [...]. E hoje ele está estruturado de forma a realmente ser possível um acompanhamento dessa criança que está participando das oficinas. O Arte é um programa voltado para uma prática artística e de ocupação da cidade, de apropriação da cidade, circulação, né, tem crianças que nunca saíram do bairro deles, então é uma outra visão, né. (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Coutinho (2013) lembra que

[..] durante a primeira década de 2000, de acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), as ações da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde (ASAJ) destinaram-se à população adolescente de 10 a 19 anos e aos jovens, aqueles entre 15 e 24 anos. Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) publicou as normas sobre a Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, orientações para a Organização de Serviços de Saúde e o Marco Legal – Saúde, um Direito de Adolescentes, em 2007” (COUTINHO, 2013, p. 28).

No ano de 2006, foi definido o Pacto pela Saúde, que estabelece prioridades nacionais pactuadas ao considerarem os desafios demográficos, epidemiológicos, e de gestão sanitária do Brasil.

Nas prioridades nacionais e, certamente, nas prioridades estratégicas, estão aquelas que se encontram no foco do cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens como a promoção da saúde, o fortalecimento da atenção básica e a redução da mortalidade materna e infantil, entre outras, que repercutirão positivamente no quadro de saúde das pessoas jovens (BRASIL, 2010, p. 15).

Em 2007, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), pelo Decreto Presidencial No 6.286. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades das crianças e jovens usuárias da rede pública de ensino.

A Caderneta de Saúde do Adolescente foi formalizada por meio da Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.147, de 2009, e se tornou um instrumento de apoio à atenção à saúde da população adolescente, de 10 a 19 anos. Seu objetivo é ajudar o adolescente a acompanhar as transformações de corpo, a se informar sobre os seus direitos, traz informações importantes sobre como evitar doenças.

[...] já tinha sido trabalhada, publicada, divulgada e distribuída a caderneta de criança, de saúde da criança, mas não tínhamos do adolescente. Então o Ministério faz um piloto inclusive, ele produz a caderneta em uma construção coletiva com a participação de muitos. Aí chamam as pessoas que se destacaram nessa saúde do adolescente [...]. Então vários profissionais que já se sentiam confortáveis, que tinham alguma especialização, eles passaram a atender os adolescentes usando a caderneta, que traz orientações para o adolescente sobre essa fase da vida [...]. Então é um instrumento de cidadania. A caderneta da infância é entregue para os pais ainda na maternidade [...], e aos 10 anos a gente entrega a caderneta de saúde do adolescente, né, assim, que é o passaporte para ele estar circulando nesse espaço dos serviços de saúde com ali um registro do que está acontecendo com ele. O cartão de vacina está ali, o acompanhamento do crescimento, peso e estatura estão ali também, o estadiamento puberal está ali, e informações para que ele mesmo possa entender esse ciclo de vida, esse período, né, com informações importantes para ele cuidar da sua saúde (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

No ano de 2010, o MS cria as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, que tem como objetivo específico

Sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2010, p. 71).

O documento criado pelo MS, o qual estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, pontua a importância do SUS na visão de saúde reconhecendo que os determinantes sociais, políticos e econômicos associam-se a outros fatores no processo saúde doença.

A Lei nº 12.594, de janeiro de 2012, a qual estabelece o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), ressalta que deve ser assegurado ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa “[...] garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrarreferência, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2012, p. 19).

A Nota Técnica 27 elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em 2013, ressalta que existem diversos problemas relacionados à saúde dos adolescentes privados de liberdade, como

[...] tímida atuação das secretarias estaduais/municipais de saúde no aporte às necessidades de atendimento e manutenção dos serviços existentes; dificuldade no agendamento de consultas e exames no SUS, ausência de diálogo entre os gestores do sistema socioeducativo e da saúde, desconhecimento por parte dos profissionais da saúde das especificidades no atendimento ao público adolescente privado de liberdade, atendimento deficitário em saúde mental, álcool e outras drogas, alto índice de medicalização, ocorrência de violência institucional, entre outros (CONASS, 2013, p. 2)

Segundo o “Protocolo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente” (2015), “No âmbito da saúde, [...] é fundamental oferecer atenção integral à saúde do adolescente com vistas à prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde” (BELO HORIZONTE, 2015, p. 4). É necessário garantir todo o acesso à atenção na Rede-SUS aos adolescentes, sempre de forma integrada e articulada aos demais setores, como a educação, assistência, cultura etc., ampliando assim, “[...] a possibilidade de prevenir agravos, promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos jovens e garantir os direitos previstos na Legislação” (BELO HORIZONTE, 2015, p. 5).

Diante desse cenário, em 2002, o MS junto ao Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde iniciaram discussões com o objetivo de criar propostas que melhorem a atenção à saúde destes adolescentes em relação à promoção, prevenção, assistência

e recuperação da saúde. Foi então que surgiu a *Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória* (PNAISARI), na qual traz as diretrizes para implantação e implementação do cuidado em saúde a adolescentes privados de liberdade, ao qual falarei a seguir.

Segundo o “Plano Operativo Municipal de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei” (2019)

[...] o Sistema Único de Saúde deve garantir e promover a Atenção Integral à Saúde ao adolescente em conflito com a lei, com especial atenção na promoção à saúde mental, à atenção aos indícios de transtorno mental, deficiência mental e às condições de vulnerabilidade (BELO HORIZONTE, 2019, p. 2).

Em 2020, durante a pandemia da Covid-19 e seus sérios e diversos agravamentos que contribuem para a relevância de intervenções psicológicas para a população, a Prefeitura de Belo Horizonte criou o Projeto Cuidados Psicológicos no Contexto da Pandemia COVID-19, no SUS-BH. Seu objetivo era acolher crianças, adolescentes e suas famílias, que necessitam de cuidados psicológicos em função do contexto da pandemia, todavia o projeto teve uma curta duração, se encerrando com pouco mais de cinco meses de seu início.

A rede de atenção à saúde da criança e do adolescente, no município de Belo Horizonte, se estrutura a partir de espaços, além dos já citados, como os Centros de Saúde, onde encontramos equipe do Núcleo de Apoio à Equipe de Saúde da Família (NASF), Saúde Mental, Equipe de Saúde da família (ESF); e três Centros de Referência à Saúde Mental da Infância e da Adolescência (CERSAMIs).

A Secretaria entendeu que era necessário atualizar o Protocolo do Adolescente e separá-lo da criança, para que ele pudesse ter o protocolo com maior visibilidade, né. [...], mas logo a gente precisou de fazer esse recorte do adolescente em conflito com a lei porque a política de atenção integral do adolescente em conflito com a lei em Medida de Internação e Internação Provisória, tinha sido publicada, em 2004. Não conseguiram publicar a política de atenção integral à saúde do adolescente e saíram as diretrizes em 2010. [...] O Estado entraria garantindo essas diretrizes da portaria, dando apoio para as secretarias municipais, e essas assumiriam essa atenção mediante construção de um plano municipal de atenção a esses adolescentes que era baseada no plano já construído pelo Estado, então era o Plano Operativo do Estado, e ele definiu quais seriam as funções, as atribuições da Secretaria Municipal de Saúde nessa atenção (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] não existe uma política nacional da saúde do adolescente como existe uma Política Nacional da Criança, Política Nacional do Idoso, uma política de álcool e drogas, que são políticas nacionais, então não existe isso para o adolescente. Houve uma tentativa na CIT, em Brasília em 2009, isso foi rejeitado, e em 2010 o Ministério da Saúde lança as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. E esse documento que fala de diretrizes de atenção à saúde do adolescente, mas não uma política nacional, e quando você trabalha com política nacional o Gestor Municipal tem uma certa obrigatoriedade de fazer a política para esse ciclo e ao mesmo tempo tem que ter orçamento para isso. Então compete muito ao Gestor Municipal ter interesse ou não de fazer um investimento para esse ciclo de vida porque recurso não tem (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] se você tem um país que tem um olhar para as políticas públicas esses adolescentes vão ter muito mais chance de acontecer, vão ter muito mais chance de florir, né, eu acho que vão ter muito mais chance de encontrar o seu espaço na vida adulta, sabe (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] a PNAISARI tem muito o privilégio de manter as reuniões de quinta-feira como espaço de reflexões informativos assim, é privilégio porque isso não é em todo o lugar, e eu acho que é isso que dá um fôlego, que permite trabalhar essas questões, se debruçar sobre os casos, e eu acho que na própria saúde e nas outras políticas, muitas vezes esses espaços não existem, ficam ali no batidão, no corre-corre, né. E como que a Gestão que está também orientando a política pública faz diferença, então se você tem uma Secretaria Estadual que pauta Educação Popular, que pauta... que faz valer as leis que estão previstas para trabalhar as culturas, enfim, isso faz diferença. Mas se você não tem uma Gestão que preocupa muito com isso, que está lá preocupada com os seus processos e planilhas isso desanima também o profissional (Entrevistado da coordenação da PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

4.2 Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei

[...] tem uma lacuna na rede, uma fragilidade, que é desse Apoio Matricial, um apoio matricial que faz a equipe fazer um giro da ponta do iceberg, que eles olham muitas vezes assim, um olhar muito protocolar e muita nomeação com relação aos adolescentes: o adolescente drogado, o adolescente delinquente, o adolescente que não adere. E com um desconhecimento assim, não tem um trabalho de tentar ver o que esse adolescente tem para dizer sobre si mesmo, [...] o que há por trás do uso de drogas. O CERSAMIS tem tentado trabalhar muito com relação a isso, né, da redução das vulnerabilidades através da escuta, de conhecimento melhor dessas famílias, e a gente acha que, eu acho que os técnicos podem ajudar isso muito com relação à política do adolescente da cidade (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Existe uma dificuldade nossa, enquanto Gestão, mesmo que tenha a orientação, de estarmos juntos com a rede, discutindo esses casos. Então para

além do socioeducativo, a gente acredita que esses técnicos [do PNAISARI] podem fazer um trabalho bem bacana de qualificar essa rede ao discutir os casos com a equipe, ajudando a equipe a entender o que seria esse atendimento que considera o adolescente com a sua subjetividade, com a sua singularidade (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] o fato de ter uma equipe específica para o acompanhamento de adolescentes em situação de vulnerabilidade [a equipe do PNAISARI] já diz de um cuidado. [...] Contraditoriamente, assim, o fato de ter essa equipe demonstra que a Equipe de Saúde da Família não está dando conta, vamos dizer, de atender e de prestar a assistência necessária para o público diretamente, vamos dizer, pelo Centro de Saúde, né, nos territórios. Então ao mesmo tempo que uma equipe específica diz de um cuidado, né, demonstra também que tem algo também da Equipe de Saúde da Família que precisa ser aperfeiçoado. E aí eu acho que o que precisa ser aperfeiçoado desde estrutura de Centro de Saúde é a formação dessas equipes, mas sobretudo formação continuada e tudo, mas também tem a ver com essa pauta da adolescência que no SUS, como em outras políticas, mas pensando o SUS, vamos se dizer que ela não tem muita visibilidade assim, o público adolescente se perde ali não tendo uma especificidade do seu ciclo de vida. E aí eu acho que na medida que a gente percebe que esse ciclo de vida não encontra tantas portas abertas, ou encontra realmente, em alguns momentos, até barreiras, né, para acessar o Centro de Saúde, para ser bem atendido pela Equipe de Saúde da Família, enfim. Isso produz uma ampliação de uma vulnerabilidade que esses adolescentes, né, pensando nesse público, morador de periferias e favelas, numa situação de violência vivenciado sobretudo a partir de intervenções estatais, né, então todo esse contexto de desigualdade social, territorial, racismo, enfim todo esse contexto assim, vamos dizer de uma certa forma ele se agrava na medida que essa assistência de saúde se encontra essas barreiras, seja estruturas no Centro de Saúde, seja de recursos humanos quantitativos, mas ou, às vezes, nós temos estrutura, temos recursos humanos, se tem aí todos os preconceitos em torno desse público que dificulta o acesso e a assistência qualificada. Então nesse contexto complicado, se organizam uma equipe, e por isso que é contraditório, porque era esperado que essa Equipe de Saúde da Família e o Centro de Saúde desse conta, mas ao mesmo tempo essa equipe ela vai prestar uma assistência e vai também buscar aperfeiçoar o trabalho da Equipe de Saúde da Família, que acaba sendo um cuidado. E aí eu percebi assim pelos casos, pelo acompanhamento, que essa equipe ela, vamos dizer, além dela favorecer que esse adolescente encontre um lugar ali na assistência em saúde, para além de pensar o agendamento em um horário que ele possa realmente conseguir ir, que ele possa confiar de poder estar indo naquele espaço, compartilhar a sua queixa, pensando o atendimento no Centro de Saúde, eu acho que há uma contribuição importante da equipe que é localizar melhor qual que é a demanda de saúde daquele adolescente. Então às vezes a demanda ela é muito mais da rede: esse menino precisa se tratar, esse menino usa droga, esse menino não está cuidando do dente, esse menino não está cuidando do corpo, então assim tem toda uma preocupação que às vezes ela é legítima, mas há uma grande diferença de você olhar para o adolescente querer por ele e você localizar ali qual que é a real demanda dele naquele momento e facilitar então esse cuidado em saúde. E às vezes assim o próprio adolescente percebe que ele precisaria disso, mas ele por N motivos, sobretudo subjetivos, aquele

tratamento, aquele cuidado em saúde naquele momento ele não vai dar conta. [...] Então localizar melhor isso favorece tentar superar isso e ter como consequência, como teve, né, uma adesão posterior ao tratamento e um cuidado em saúde assim. Eu acho que uma outra possibilidade também é uma certa celeridade, porque os casos muitas vezes o que eu vejo é que são casos muito graves assim, que têm uma complexidade e muitas vezes um risco, um risco de sofrer uma violência mais grave, um risco de morte colocado, e aí o fato de você ter uma equipe ali mais disponível, ou seja, de flexibilidade de horário, de estar especificamente em torno dessa pauta da adolescência favorece também uma agilidade de estar com o adolescente, de localizar essa demanda, e sobretudo, de articular uma rede. E aí eu acho que o desafio são esses profissionais não tomarem o caso só para si, e realmente fazerem um matriciamento, uma articulação para que ele possa, esse adolescente ele possa se referenciar não somente com aquele profissional da equipe de articulação da PNAISARI, mas com diferentes pontos da rede que ele elege como pontos de proteção. Então mais do que ser um adolescente da PNAISARI, um adolescente da rede SUS é um adolescente do mundo (Entrevistado da coordenação do PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

[...] o PNAISARI parece que nasce nesse bojo, né, de ausência de programas, né, para os adolescentes né, e junto com ele também outras coisas têm surgido, né. Hoje a Secretaria Municipal de Saúde está organizando um programa mesmo de atenção à saúde do adolescente, né, e aí alinhando coisas que já têm e que precisam se potencializar nesse sentido do adolescente, porque todo mundo lembra da criança, mas não lembra do adolescente. E parece, assim, que esses tempos assim que parece que todo mundo cresce muito rápido e que cria uma autonomia muito rapidamente o adolescente, sei lá, começa a ser visto como um, como um assim, que ele se vira, não sei, é uma intuição minha assim (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

O PNAISARI, eu acho ele assim, um programa muito importante, ele na verdade vem incrementar um fluxo que já existia, né, que é esse fluxo do NAMSEP, né, que o NAMSEP foi um grande avanço na política das medidas socioeducativas, né. Porque já pega o menino ali na hora que ele chega, na hora que ele tem alguma medida, seja ela a socioeducativa seja ela a protetiva que é o caso da saúde, né. E aí eu acho muito importante que o primeiro ponto é esse, ele incrementa esse fluxo, né. Quando eu cheguei na saúde pública, [...] tinha uma pastinha lá do NAMSEP, sabe, dos meninos que eram enviados pelo NAMSEP de vinculação, né, no território, na saúde do território, [...] e isso não foi explicado assim sabe, ah o NAMSEP, estava ali uma pasta do NAMSEP. Então assim, e esse fluxo realmente foi muito incrementado. Outro ponto que eu acho muito importante é que o PNAISARI ele é capilarizado, ele está em todas as Regionais, então isso aí, do ponto de vista da estrutura de um programa, é muito importante. O outro ponto é que com o PNAISARI a gente consegue ter uma vigilância desse caso, uma vigilância que eu falo não de vigiar os meninos, mas uma vigilância do caso mesmo, né, para evitar que a gente perca esse caso de vista, né, porque há muitos casos e os casos são muito complexos, né, nem sempre a gente consegue acessar o adolescente, principalmente os que estão efetivamente envolvidos no tráfico assim. [...] então a gente fica como referência, né, e [...] quando é necessário a gente é procurado. E aí eu acho importante também que a atuação do PNAISARI ela

é ampla, né, a gente vai desde um atendimento mesmo do adolescente, mas a gente também faz articulação de rede, e o fato da gente fazer um trabalho de inserção do adolescente na Atenção Primária a Saúde a gente também age de uma forma de qualificação dessa Atenção Primária para esse adolescente. [...] Essa mediação, né, com Atenção Primária, é uma oportunidade da gente estar trazendo um outro olhar sobre esses adolescentes, né. Eu acho que a atuação do PNAISARI também ela possibilita uma priorização de determinadas situações, né, porque quando a gente traz o caso, coloca a fragilidade, porque às vezes a vulnerabilidade que aparece no território ela é bem visível assim, mas as vezes a gente traz um ponto mais ligado à saúde né, que faz isso, entendeu? Que traz à tona uma prioridade. A gente hoje está tendo a possibilidade, [...] da gente de ser um critério dentro da regulação né, para consultas especializadas, exames, né. Então assim, isso eu acho que é uma coisa bem importante da priorização, que às vezes a gente, né, vem trazendo os dados a gente consegue priorizar. E assim, a flexibilidade de trabalho que a gente tem, de circular, de poder estar nos lugares discutindo o caso, da gente está nos tornando nesse pouco tempo de atuação, eu acho que o PNAISARI está se tornando uma referência para a rede de atendimento, tipo assim, às vezes não sabem nem direito o que a gente faz ainda, mas sabem que a gente está lidando com os jovens que estão, né, vulneráveis, ou em trajetória infracional, ou em problema de saúde mental, então a gente está virando uma referência na rede (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Segundo Moreira (2015), a PNAISARI foi instituída a partir da necessidade de aprofundar a discussão, a articulação e a responsabilização entre os diversos setores e atores da rede, “[...] que já têm desenvolvido e que dispõem de recursos e condições de desenvolver ações de saúde dirigidas aos adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade” (MOREIRA, 2015, p. 122).

Em maio de 2014, com a Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014, ao redefinir suas diretrizes, a PNAISARI passa a abranger os adolescentes que cumprem medida em meio aberto e fechado.

A Portaria demarca que o objetivo da PNAISARI é “garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade” (BELO HORIZONTE, 2014, p. 1). Seus objetivos específicos são apontados como:

- I- ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade;
- II- estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei;
- III- incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA),

previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender as complexas necessidades desta população;

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

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

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

VII- promover a reinserção social dos adolescentes e em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes de uso de álcool e outras drogas (BELO HORIZONTE, 2014, p. 3).

Em Belo Horizonte, a atuação da PNAISARI se destina à interface com as medidas de privação de liberdade – Internação, Internação Provisória e Semiliberdade –, em meio aberto – Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade – e aos adolescentes os quais recebem medida protetiva de saúde, sendo encaminhados através do NAMSEP (Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas da PBH), o qual se localiza no Centro Integral de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional (CIA). Ainda se estende aos adolescentes em situação de vulnerabilidade que são atendidos e notificados pelo hospital João XXIII e vítimas de agressão, via Rede de Cuidados.

Sobre a rede de cuidados, escutei que

[...] nas discussões de caso a gente via muito que os meninos, muitas vezes, antes de morrer passavam pelo hospital, passavam pelos serviços já vítimas de agressão e da ameaça. Então o que a gente ia fazer com isso, né, e aí que foi pensado na Rede de Cuidados nesse acordo com o hospital - iniciou com o João XXIII e agora pensa em expandir para o Risoleta Neves - para garantir para que todos esses adolescentes vítimas de agressão tivessem uma alta já protegida e vinculada a um serviço para a continuidade do seu tratamento, mas isso ainda acontece de forma precária (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Vale ressaltar que há possibilidade de encaminhamentos para a equipe PNAISARI a partir de Unidades Básicas de Saúde. Esses casos devem ser repassados para a equipe através das referências técnicas da saúde do adolescente da regional em questão posteriormente a uma avaliação da necessidade do encaminhamento.

A equipe técnica da PNAISARI, em Belo Horizonte, é constituída por dois profissionais em cada das nove regionais, que realiza atendimentos e encaminhamentos durante toda a passagem do adolescente na rede ampliada de saúde. O trabalho é realizado de forma itinerante, os profissionais se deslocam para o território em encontro ao adolescente.

Segundo Barreto *et al* (2019), é função da equipe PNAISARI:

- Atender e acompanhar os adolescentes encaminhados pela rede;
- Articular encaminhamentos junto à rede de parceiros;
- Sensibilizar profissionais da rede diante da importância do trabalho com adolescentes;
- Compartilhar informações e discutir casos com a referência de saúde do adolescente de cada regional e, sempre que necessário, com as demais referências, como de saúde mental;
- Propor e organizar discussões de casos;
- Registrar os atendimentos e ações realizadas segundo as exigências da gestão municipal e nos formatos instituídos para a PNAISARI;
- Realizar relatórios e informes judiciais sempre que necessário;
- Participar de supervisões, reuniões, eventos e capacitações de implementação constante do programa;
- Mapear e decidir, junto à coordenação, a participação em Fóruns e outros espaços existentes nas regionais;
- Interagir com as ações existentes e propor atividades individuais e em grupos que promovam a saúde no território;
- Participar de reuniões da Rede de Cuidado e Proteção ao Adolescente Vítima de Agressão Atendimento no Hospital João XXIII e com as equipes do socioeducativo.

A PNAISARI, a partir de uma equipe interdisciplinar, possibilita que cada adolescente possa construir para si “um estilo de vida menos mortífero” (BARRETO *et al*, p. 2). Ela surge com objetivo de garantir que esses adolescentes encontrem um outro lugar na rede, e não de dejetos, buscando assim ampliar o acesso em saúde dos adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Ao não sustentar o lugar do sujeito imposto pela sociedade, muitas vezes degradado, diante de preconceitos de classe, gênero, raça, culturas, a equipe possibilita que os sujeitos adolescentes encontrem um espaço de cuidado.

Há uma urgência em possibilitar que esses adolescentes possam ter condições de vida dignas,

[...] o que significa dizer que a tarefa demanda trabalho em rede, conectando aspirações e promovendo conscientização e aprendizado constantes. Se existe a consciência de que esse esforço não é nada pequeno, também existe a perspectiva de que as linhas que se vislumbram no horizonte podem se concretizar (MOREIRA *et al*, 2015, p. 128).

Rosa *et al* (2017) ressaltam a importância de - diante de um país pautado pela desigualdade social, racismo, e diversos preconceitos, como o Brasil - construir uma clínica com esses sujeitos desamparados, situados fora do laço social. Assim, a escuta singular desses sujeitos adolescentes também se torna um grande instrumento de compreensão dos acontecimentos sociais e culturais. Para os autores, é necessário possibilitar ao sujeito redesenhar uma ficção de si mesmo e do outro, a partir de um lugar de fala.

Sobre os casos acompanhados pela PNAISARI, escutei:

São adolescentes que estão em conflito com a lei e esse conflito com a lei, muitas vezes, por um processo de toda uma criminalização, né, e essas vulnerabilidades que passam desde as situações de racismo, de vulnerabilidade social, de infrequência à escola [...] e aí isso tudo vai dizer, culminar, muitas vezes, nessa passagem ali pelo sistema Socioeducativo que, muitas vezes, fragiliza e vulnerabiliza ainda mais, porque aí já vai com um certo rótulo ali do adolescente infrator, né. Então eu acho que uma outra contribuição também é poder pensar que à medida que a equipe se articula, né, às equipes das medidas socioeducativas, vai tentando trazer um lugar da adolescência, do adolescente, e não o adolescente infrator, o adolescente nesses diferentes rótulos. Então permite poder pensar em uma atenção mais integral, e dar um bom lugar para as medidas protetivas de saúde, aí pensando nessas duas vertentes: o adolescente que já está em cumprimento de medida e aí vai ter o serviço de medida como referência, e a saúde contribuindo e buscando uma articulação, e as medidas protetivas de saúde é justamente isso como que garantindo esse direito você favorece muito para que não tenha, vamos se dizer, uma passagem pelo sistema socioeducativo. Mas é uma contribuição, porque a gente sabe que na lógica da atenção integral não é só saúde, é saúde, assistência, educação, então é uma contribuição mais atenta à necessidade de articular essas outras políticas também para além, né, aí eu estou fazendo um recorte de política pública, mas os casos demonstram também como que a rede comunitária e os laços familiares e comunitários são fundamentais para a sustentação da trajetória e da vida desses meninos e meninas assim (Entrevistador da coordenação da PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

[...] a gente tem atualmente na equipe do PNAISARI uma técnica que ela tem uma pegada mais bacana nesse sentido de música, de cantar, de construir umas coisas com os adolescentes assim que faz toda a diferença, e aí é uma profissional negra, é uma profissional que tem uma trajetória, e aí é isso assim, eu não acredito, eu não acho assim que isso seja definidor, que pessoas brancas, né, vão desenvolver um trabalho com qualidade, vão cantar, vão fazer toda essa articulação, mas me parece que tem algo que é pessoal e que a formação técnica-acadêmica qualifica, eu não acho que seja o contrário. Então nesse sentido assim os espaços de supervisão, de formação, específicas da equipe são importantes, mas a gente percebe que, quando a gente convida alguém de fora, quando tem mais alguém discutindo aquele caso, quando ele é mais plural, é mais intersetorial e tudo isso favorece assim sabe o

desenvolvimento do trabalho, o atendimento a esse público assim (Entrevistador da coordenação da PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

[...] na medida que o profissional ele consegue estabelecer um vínculo com aquele adolescente, consegue escutar, consegue localizar na ouvida da subjetividade tudo isso que eu falei de intersetorialidade, de rede, pode ir fluindo melhor na medida que o adolescente se localiza e que ele se movimenta mais do que até a própria rede, porque é aquilo também, às vezes, você constrói toda uma rede e o menino pula fora dela, né. Então como que você mescla isso que é de ter uma estrutura, ter uma garantia de direitos, de lidar com todas essas mazelas sociais e enfim, mas também com esse ponto da subjetividade que eu acho que é muito cara à PNAISARI, que apesar de todo esse contexto social, como que você minimamente apoia aquele adolescente e ele vai conseguindo, pelas portas que a gente vai abrindo, transitar, caminhar, se proteger, se cuidar. Eu só não fico nisso porque eu acho que aí a gente pode escorregar na lógica do mérito, que o adolescente foi, que o adolescente deu conta, que legal, e aí o que não deu? Então o problema é dele? Não, ele está inserido em todo um contexto que a gente precisa abrir portas, que a gente precisa favorecer, mas que isso não pode fazer, não pode ser um movimento da rede, tem que ser um movimento da rede com ele, a partir dele, né (Entrevistador da coordenação da PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

4.3 O trabalho intersetorial

[...] Na Atenção Integral você tem que passar pelas outras áreas, né, então a saúde da mulher, a saúde sexual-reprodutiva, a saúde mental, e também pela Assistência Social, considerando os determinantes sociais que os processos saúde e doença, ele é influenciado pelas situações de violência, são extremamente influenciados pelas questões sociais e econômicas, étnico-raciais. E aqui no Brasil a gente vê claramente como o adolescente negro ele tem uma situação muito mais desfavorável ao seu processo saúde-doença do que outros, né. A gente vê uma proporção grande de negros, por exemplo, na periferia, em vilas e favelas, e isso é muito.... [...] a gente vê que a vulnerabilidade está muito localizada na população negra (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] são vários Curtos-Circuitos que vão sendo formados de uma forma proposital mesmo, sabe, [...] interrompe uma construção que está sendo feita. Então os Curtos-Circuitos na política, como que isso acaba contribuindo para a violação, né. Porque quem, por exemplo, esses serviços paralelos [...] não fazem uma notificação de violência, eles não fazem uma construção política necessária para garantir direitos dignos para esse adolescente. Eles não vão na Assistência Social, sabe, então é estranho, eu acho que isso é uma questão muito estranha, como que esses Curtos-Circuitos são intencionais e que servem para manter todo esse processo do racismo, da exclusão de um povo, do povo negro (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] a saúde nunca está sozinha e nem pode estar sozinha, apesar que há muito ruído, sempre há um ruído e um certo conflito das partes, né: da Assistência, da Saúde... eu acho que cada um olha muito o sujeito sob sua ótica. A saúde, muitas vezes, tem diretrizes bem diferentes, por exemplo, do Judiciário, da lei [...] eu acho que é por isso que existe um pouco do conflito, tanto é na nomeação de adolescência. A saúde nomeia adolescência de 10 a 18 anos, 11 meses e 29 dias, talvez se o conceito de saúde, do Ministério da Saúde, da OMS de adolescência, né, e o ECA já fala que a adolescência é de 12 a 18. Então esses adolescentes que ficam de 10 a 12, ou 18 e 19 sempre cria um limbo jurídico, um limbo administrativo até para que você possa fazer ações, né, então é criança ou é adolescente? É adulto ou é adolescente? Porque perante a lei quando você faz 18 anos você é adulto, então toda a lei do adulto recai sobre ele, mas se ele tem 17 anos, 11 meses e 29 dias ele é adolescente perante a lei. Então tendo isso também a gente tem que ver que isso cria uma dificuldade muito grande de trabalho. [...] Eu acho que a Assistência Social tem que avançar muito, eu acho que o Judiciário tem que deixar de ser tão legalista como eles são, [...] porque eles estão muito presos a forma da lei, e aí a saúde sempre está mais do lado do ser humano, do sujeito, eu acho que a saúde tem um entendimento sobre o que leva esse sujeito a fazer o que faz, como que constrói o ato, né, em si, onde surge o ato, né. Então eu acho que a gente tem uma leitura muito mais interessante, por isso que eu estou na saúde, eu gosto mais desse olhar que a saúde tem sobre o sujeito do que algumas outras pastas, né, que é o caso da Educação, às vezes, o caso mais da Assistência Social. A Educação hoje assim eu acho que vive um dilema, um empobrecimento federal assim de recursos, né, então Brasil gasta-se pouquíssimo, né, de recursos para a Educação. Então eu acho que é próprio da educação, dos professores, da estrutura educacional brasileira estar em um desmonte muito grande, né, e cabe verificar aí a qualidade de atendimento e qualidade de formação desses estudantes. Eu acho que como uma das primeiras instituições que fecha as portas para o adolescente que está em conflito consigo mesmo, ou em conflito com a lei ou adolescentes vulneráveis, a escola é a primeira instituição que fecha as portas para esse adolescente, ou para essa criança, né. Então eu acho que é difícil você conversar com essas instituições, é complexo por causa disso, porque cada um vai trazer para si as suas normativas, normativas essas que, às vezes, criam... que não são antagônicas, mas são diversas nos seus pontos de interesse e aí eu acho que nós da saúde, eu sinto que nós estamos muito mais preparados para essa discussão com as outras pastas do que o entendimento que elas têm do seu próprio trabalho, sabe, principalmente a justiça, que é um pessoal seletivo, um pessoal branco, um pessoal de classe alta ou média-alta, brancos, né, que é difícil você achar, no Judiciário, negros, né [...] Então eu acho que a saúde ainda é um ponto de resistência, um ponto de reflexão para isso que a gente vê nos juízes. E a academia, eu acho que a academia pode entrar um pouco também, e entra, às vezes, dependendo do lugar, dependendo da academia, para essa reflexão (Entrevistador coordenador da Atenção à Saúde da criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] a PNAISARI é um trabalho que ele já começa interssetorial, então, se você pensar nos adolescentes que passam pelo CIA, vão para o NAMSEP, é um passo interssetorial, saúde e assistência e educação. Então de início ele já é interssetorial, vai para a saúde, mas a saúde, muitas vezes, vai fazer uma articulação dentro da própria rede SUS, mas senão o adolescente, mas sua família, né, está referenciada no CRAS, tem direito a alguns benefícios então,

né, às vezes, não está sabendo, não buscou esse benefício. [...] No caso do Socioeducativo, você tem o CREAS ali enquanto serviço de medidas então é um trabalho que acontece, do mesmo jeito que a privação e a semiliberdade, eu acho que eu vejo um pouco mais com relação à educação, porque, muitas vezes, esses meninos já saíram da escola, e não tem eu acho que muito o esforço para que retornem, mesmo se para pensar perspectiva da EJA assim, né, então eu vejo que essa articulação com o sistema educacional é mais frágil (Entrevistador da coordenação da PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

[...] da mesma forma que acontece na saúde essas situações que permanece o racismo, as questões de gênero e enfim, a rede de Assistência, de Educação também reproduz isso, então há toda uma dificuldade, e eu também percebo muito uma culpabilização dos outros assim: Ah a responsabilidade é sua. Ao invés de pensar que é responsabilidade de todos e vai ser com todos, quando algo dar certo, todo mundo vibra e quando algo deu errado todo mundo é responsável e não só um ou outro, e por mais que você possa perceber quem escorregou, quem deixou de fazer alguma coisa foi um pouco ou outro da rede, mas culpar o outro ponto da rede é muito fácil assim, mas porque eu acho que a gente tende a fragmentar o público, colocar nas caixinhas que a gente cria, de saúde, de educação e tudo, né. E aí, nesse sentido, eu fiz a minha parte e está tudo ok, e não, é um trabalho realmente conjunto (Entrevistador da coordenação da PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

[...] a atuação intersetorial ela é muito importante, né, porque são vários olhares que podem ajudar a construir o caso, né. A intersectoriedade ela... a gente ainda tem uma dificuldade, né, porque assim, se a gente piscar, a gente perde o bonde assim, isso é uma coisa que me... Tem um caso que a gente está acompanhando que está muito interessante, e quando falo nós, é uma rede intersetorial, então está assim: tem a Vara Infracional, tem a Saúde, né, ali a Saúde está o PNAISARI, está o Centro de Saúde, está o CERSAMi -, então só na Saúde tem 3 -, está o Socioeducativo, está o Fica Vivo!, entendeu? [...] Acho que a gente avançou muito nesse caso, porque a gente ficou bem próximo, todo mundo ali ligado [...] E a discussão de caso mesmo, mas assim, eu tenho visto uma dificuldade, agora na pandemia a gente tem tido dificuldade com as opções, né. [...] a saúde, às vezes, a gente consegue escutar, e o que a gente escuta? É algo que a gente não possa fazer, né, que é de uma outra área que é a Assistência, que é assim: quer trabalho, quer profissionalização, isso que os adolescentes é uma questão mesmo, né, e não é uma questão das famílias, que as famílias falam “aí esse menino precisa trabalhar”, eles querem, eles têm essa... Mas é total falta de perspectiva, porque estão vários jovens com 15, 16,17 anos que estão analfabetos, e isso é uma questão que a gente precisa se perguntar muito, né. [...] O único programa que eu já vi de trabalho sem ter que estar estudando foi um programa do Estado que foi há uns 4 ou 5 anos atrás, um projeto que chamava TRAMPOS⁵, eu não sei assim os, como que fala, os desdobramentos, não sei os bastidores... [...] mas no dia que eu vi eu falei: Gente, esse negócio precisa

⁵ “O Projeto Tramos integra o Programa Juventudes, elaborado a partir da estratégia de governo proposta no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Seu objetivo é reduzir as desigualdades regionais, visando o desenvolvimento econômico e social sustentável” (MINAS GERAIS, 2016). Disponível em: <<https://utramig.mg.gov.br/programa-juventudes/>>. Acesso em: 20 de out. 2021.

existir, porque é um programa que era de trabalho, de formação e de trabalho, mas para os meninos que não tinham escolaridade, e normalmente dentro de alguma coisa que ele pudesse fazer. Tinha coisa de cozinha, tinha coisa mais técnica assim, entendeu? [...] não é de mão de obra barata, sabe, e nem de coisa que não precisa de ter carteira assinada, e nem de empreendedorismo para um menino que não sabe nem ler e nem escrever, mas assim, alguma coisa tem que ser criada, mas eu não sei o que também não. [...] do ponto de vista da intersectoriedade eu acho que o ponto é esse, eu acho que tem o ponto da Educação, e tem o ponto com a Assistência, que é o ponto desses meninos, uma Educação que não os deixem abandonar a escola assim, porque hoje eles abandonam com muita facilidade... e o ponto do trabalho, não só do trabalho, sabe, mas de uma formação (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] cultura gente! Cultura também, sabe. Tem, é interessante assim porque na cultura a gente lida muito com as possibilidades do sujeito, né, e na Saúde e na Assistência aparecem mais as precariedades, vamos se dizer assim, daquele contexto. E aí quem está despojado, sabe, uma coisa que eu percebi assim, quem está despojado de quase tudo, ele não tem o olhar para a cultura assim sabe... [...] eu hoje trabalho em uma área, né, que esses meninos não é que eles estão despedidos, eles não... é essa falta de lugar, é uma falta de lugar para eles serem, para eles se expressarem. E aí assim, eu acho que é tudo muito precário ainda, é tudo muito precário, eu acho que nós somos caretas, que os programas são muito incipientes, pequenos, sabe, que assim atinge pouca gente, que nós estamos em um momento que esse negócio está tão avolumado. Eu acho que é um pouco assim, eu acho que a Política Pública tinha que ser um pouco mais ousada (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Souza (2012) relata a existência, nos bairros mais pobres, de alguns fatores que contribuem para o aumento da violência, como o desemprego, tráfico de armas e drogas e a grave falta de políticas públicas em áreas como a educação, saúde, lazer e assistência. O papel das políticas públicas voltadas para a população jovem é auxiliá-los a fim de que consigam enfrentar as barreiras e desfrutarem de todos seus direitos.

Para o autor, é de suma importância articular os programas e políticas públicas destinados aos adolescentes e jovens, reconhecendo a importância do diálogo entre as instituições, dividindo as angústias e responsabilidades, sempre com a consciência das funções e limites de cada parceiro. E assim, possibilitar a construção de um trabalho conjunto para garantir maior proteção para esses sujeitos.

Foi nos indicado, durante as entrevistas, que a política PNAISARI surge nos lembrando da importância do trabalho intersetorial. A política pontua a necessidade de maiores cuidados na saúde aos adolescentes os quais estão em situação de vulnerabilidade social. Segundo o MS (2010), é necessário destacar que o cuidado de saúde para adolescentes e jovens não é possível

acontecer sem o trabalho intersetorial e da própria comunidade onde o sujeito está inserido, “uma vez que as necessidades de saúde ampliada, dessa população, ultrapassam as ações do setor saúde” (BRASIL, 2010, p. 15).

O trabalho diário no programa PNAISARI, em Belo Horizonte, acontece junto aos demais setores, como a educação, a assistência e a segurança, por exemplo. A PNAISARI atua, como já dito, junto à população de adolescentes vulnerabilizados, os quais estão diante da pobreza social, vítimas de preconceitos, privados de acesso a direitos, como saúde, educação, moradia e lazer. Sobre esses jovens, o MS (2010) nos lembra que, além da

[...] enorme exposição desse grupo populacional aos riscos associados à violência física, aos distúrbios sociais, às migrações e aos conflitos armados, somando-se, ainda, a curiosidade de quem está descobrindo o mundo e, às vezes, sente o desejo de experimentar tudo o que se apresenta como novo. Essa situação, na qual se implicam fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos, étnicos e raciais, pode aumentar a vulnerabilidade desse segmento populacional aos mais diversificados agravos à saúde, especialmente em situações em que não haja a garantia dos direitos de cidadania (BRASIL, 2010, p. 47).

Muitas vezes, os bairros mais pobres possuem grave ausência de opções de lazer, cultura, espaços públicos para o convívio da comunidade e espaços para a prática de esportes. Essa desigualdade afeta a vida de adolescentes e jovens e “reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre esse segmento populacional, incluindo fortemente o que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde” (BRASIL, 2010, p. 47).

[...] é um trabalho que precisa ser feito por muitos, é um trabalho que a gente precisa estar junto até para a gente ampliar o nosso olhar, e, muitas vezes, uma violação está na nossa frente, é apresentada como um cuidado, mas quando você vê é uma violação (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] em um país rico, que tem mais possibilidades, esses adolescentes transitam melhor, sabe, eles têm essa liberdade de transitar, de escolhas, eu acho que eles têm essa possibilidade de experimentar e ter mais tranquilidade de fazer uma boa escolha no futuro, sabe, talvez eles tenham menos preocupações no futuro e muito mais ligados no presente, mas eles têm mais possibilidades. E eu vejo que no Brasil, às vezes, essas possibilidades são muito restritas, né, você tem um jovem que tem um potencial incrível, ou para a arte, ou para a música, ou, às vezes, para o cálculo, né, ele não vai conseguir fazer o seu laço por questões mesmo dos aprisionamentos econômicos que retira dele essa possibilidade de ser muito mais do que ele é,

né (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] a escola em si, a escola ela é, como a escola reproduz esse colonialismo, de ir para os territórios e ver esses meninos, a cultura deles, o jeito deles, a cultura deles, o xingado deles, muitas vezes como ruins, como inadequados, como anticulturais, como diferentes do meio branco então isso torna aquele espaço, que não é fácil para o adolescente se reconhecer, “eu não sou dali, essa linguagem, essa forma de aula, isso não me atrai, isso não é interessante [...] Na pandemia eu acho que isso fica mais evidente ainda, né, só que é isso, uma condição social que desfavorece a possibilidade de tempo para se dedicar, uma escola pouco atrativa, uma linguagem racista excludente, enfim, sucateada, muitas vezes, e com processos formativos muito... (Entrevistada da coordenação da PNAISARI, na saúde da criança de Belo Horizonte).

4.4 A pandemia da COVID-19

[...] está muito frágil o cuidado com essa pandemia, tanto da criança quanto do adolescente [...] tem tido muitas lacunas nesse atendimento que a gente fala que é da Apoicultura, ou das Consultas de Rotina, no caso do adolescente. Pela política eles têm pelo menos uma consulta médica por ano de rotina, que não tenha nenhum tipo de sintoma, ou uma demanda de algum tratamento clínico agudo. Mas isso está muito precário, e agravado pela ausência da Assistência Social, os técnicos do CRAS têm trabalhado remotamente, então a saúde ficou sobrecarregada também por isso, e também sem escola, então a gente tem notícia de aumento de violência, dos adolescentes nas vilas e nos aglomerados com muita dificuldade de fazer o isolamento. Aliás, esse isolamento, as famílias têm um número grande de pessoas em uma casa pequena, então é um isolamento difícil de ser feito, em casa, dessa forma. [...] Então a gente está vendo uma piora desse acompanhamento dos adolescentes, priorizando o atendimento das pessoas com COVID em detrimento desse acompanhamento das consultas de rotina [...]. Agora o adolescente, a gente percebe que depois que faz sete e oito anos as crianças e os adolescentes, começam a ir menos nos Centros de Saúde, e isso eu acho que foi agravado pela pandemia. Agora a gente vê uma precariedade também no acompanhamento dos casos mais complexos, então as discussões de casos diminuíram muito, que é muito necessário, que os casos são cheios de vulnerabilidades, [...]. Então quando a rede afasta agrava isso tudo, porque as coisas não são percebidas na hora, não são identificadas para serem tratadas. [...] o vínculo que já era frouxo ficou mais frouxo assim com essa Pandemia assim (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] no ano passado nós ficamos muito tomados pela COVID, né, então assim toda essa rede, todos esses servidores focaram muito no adulto e no COVID, então de uma certa forma a doença muda o clipe de vida para a criança e o adolescente. Mas nós estamos vendo agora, já começamos vendo os efeitos da pandemia, né, então doenças, né, por exemplo, criança que morre de diarreia, criança que morre com pneumonia, coisas que a gente não via isso desde a década de 70, 80. [...] Os efeitos nos adolescentes você vê na solidão, né, um sofrimento mais psíquico, os adolescentes que pegaram COVID, de

uma certa forma não pega a parte grave do COVID, então não vai para a CTI, e CTI morte, né. Mas eu acho assim que o efeito da pandemia vai muito sobre o aspecto da solidão, então ausência da escola, muitos a reclusão dentro de sua casa. Os adolescentes de periferia, os adolescentes de comunidade ficaram mais solos ainda porque não têm acesso à internet, ao tablete, às aulas on-line então assim muitos nem têm celular [...]. Então assim isso excluiu mais ainda, né, então a gente vê essa exclusão social através da exclusão digital, e na classe média, média-alta esses adolescentes sentiram muita solidão. Então eu acho que uma coisa que eu venho pensando é que a escola para esses meninos muda um pouco dos significantes dela, ela sai um pouco do lugar do aprendizado, e aparece como um lugar do encontro, que quando a escola se ausenta fica um vazio no espaço. [...] Muitos desses meninos vão para a rua, que a casa fica insuportável porque é um barraco, sem máscara, né, então eles têm esse movimento também, e muitos ficam em casa cuidando dos irmãos menores porque os pais, muitos perderam e alguns perderam o emprego, mas que muitos tiveram que sair do emprego e trabalhar de noite para dar conta do recado, né. Então assim se você separa um pouco o nível econômico e socioeconômico dos adolescentes a pandemia vai atingi-los de formas diferentes, mas todos vão ser atingidos por essa pandemia (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

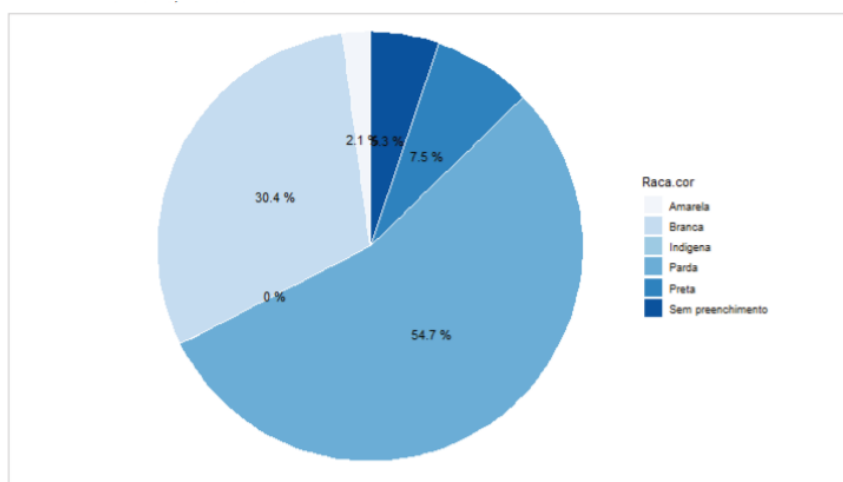
[...] os efeitos da pandemia foram um caos assim, eu acho que para a Saúde foi terrível no sentido de uma gestão da pandemia muito burocrática, sabe, burocrática no sentido assim de pouca participação mesmo, sabe, dos trabalhadores, né. Porque sem essa visão também que o trabalhador da Saúde que iria segurar o boi pelo chifre, né, então não houve uma organização mais, assim, que permitisse uma rotatividade, sabe, então isso foi desgastando o trabalhador, está todo mundo da saúde muito cansado, muito desgastado, adoecido, né. [...] Então para o trabalhador está sendo muito puxado, muito adoecedor, por outro lado a própria Saúde é que ditou as regras das outras políticas, como que as outras políticas iriam funcionar, aí nesse sentido as outras políticas pararam completamente e ficou só a saúde com a carga do atendimento, da interlocução com os usuários, né, com todos os usuários. O adolescente ficou ainda mais sem acesso a atividades, né, a escola, né, ah tudo, né. Foi uma gestão da pandemia que não pensou nisso, ou pensou muito tardiamente, agora parece que estão distribuindo aí não sei quanto chip para jovens estudantes, não sei nem qual que é o critério, eu vi isso aí. Então assim, muito tardiamente, porque se deixa de gastar em algumas coisas então poderia investir em outras, né, então por exemplo, possibilitar esse acesso à internet, à tecnologia. Eu acho assim, sabe, mostra um pouco o despreparo assim das instituições, [...] E aí ficou precário demais, eu acho que é isso, são esses pontos, a Saúde sozinha, a Saúde também normatizando o funcionamento das outras políticas que e aí liberou as outras políticas também como a Assistência Social... não foi a Assistência que escolheu não atender, não abrir as portas, foi a Saúde que deu as regras para a Assistência. [...] no início era tudo muito apavorante, mas depois a coisa foi entrando em outra normalidade, mas era uma normalidade que para as pessoas que têm as dificuldades maiores né, para elas não mudou nada, elas continuam não tendo acesso a nada (Entrevistado técnico do Programa PNAISARI, da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

Durante o desenvolvimento da pesquisa teórica deste trabalho, se iniciou a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19. O vírus causa uma doença respiratória a qual traz grande preocupação diante de sua capacidade de transmissão alta, que se espalhou por todo o mundo. O primeiro caso notificado no Brasil foi no dia 26 de fevereiro de 2020 e, em Belo Horizonte, o primeiro caso foi registrado no dia 3 de março de 2020.

Segundo o *site* do Governo Federal do Brasil, até o dia 30 de setembro de 2021, foram confirmados 21.399.54 casos confirmados no país e, desse total de confirmados, 596.122 evoluíram para óbito. Porém, o Governo Federal não traz dados referentes à raça, à classe social ou à idade.

Em Belo Horizonte, segundo o Boletim Epidemiológico e Assistencial N° 365, até o dia 29 de setembro de 2021, foram confirmados 283.045 casos de Covid-19 no município, sendo que 6.735 evoluíram para óbito. Dos casos confirmados, conforme pode ser observado no Gráf. 11, 62,2% são autodeclarados negros (soma de pretos e pardos).

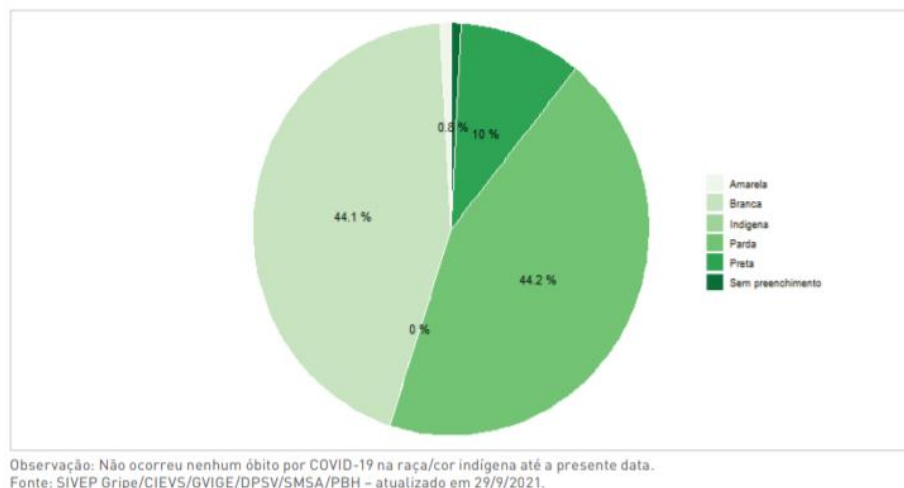
Gráfico 11 – Proporção de casos de SRAG confirmados para COVID-19, segundo raça/cor, residentes em Belo Horizonte, 2020-2021



Fonte: SIVEP Gripe/CIEVS/GVIGE/DPSV/SMSA/PBH – atualizado em 29/9/2021.

Já, no Gráf. 12 abaixo é possível observar que dos casos os quais chegaram a óbitos em Belo Horizonte, 54,2% são autodeclarados negros (soma de pretos e pardos).

Gráfico 12 – Proporção de óbitos de SRAG confirmados para COVID-19, segundo raça/cor, residentes em Belo Horizonte, 2020-2021



E ainda, os atendimentos presenciais aos adolescentes acompanhados pela PNAISARI, os quais ocorriam, muitas vezes, semanalmente, tiveram que ser interrompidos, pois a máxima passa a ser “Fique em casa!”.

Em um momento em que precisamos nos reinventar, o trabalho com os adolescentes e seus familiares passa a ser, em sua maioria, a partir de contatos telefônicos, a não ser em casos graves os quais necessitem da presença física e demandas urgentes as quais surgem durante a pandemia. Reuniões e discussão de casos se transformam em videoconferências.

Estrela *et al* (2020) nos lembra que, para as pessoas as quais já se estavam em situação de vulnerabilidade social, a pandemia se apresenta de forma ainda mais séria, uma vez que essas pessoas, muitas vezes, possuem trabalho informal, má condição de moradia, maiores dificuldades de acesso a direitos básicos, como a saúde.

“Fique em casa”, “faça isolamento social” para sua segurança e de sua comunidade, para que esse vírus, com potencial de contágio tão grande, não se espalhe. O controle da doença solicita estratégias como distanciamento social e quarentena. Em Belo Horizonte, até o momento desta escrita, a cidade precisou ser fechada diversas vezes, com o objetivo de conter a transmissão, permitindo somente o comércio considerado essencial permanesse aberto nestes momentos.

Mas como pedir para ficar em casa quem não sabe se terá dinheiro para comprar comida no dia seguinte? E quem não tem casa? Como pedir isolamento social para uma família de oito pessoas vivendo em um pequeno cômodo, muitas vezes, insalubre? Muitas pessoas, em situação mais vulnerável, precisam escolher se ficam em casa e passam fome ou descumprem o

isolamento para se sustentarem, uma vez que o governo tem dado pouco auxílio para suprir as necessidades da população neste momento.

Segundo Estrela *et al* (2020), a raça é um dos elementos vulnerabilizadores para a COVID-19, visto que, no Brasil, vivenciamos um racismo estrutural o qual dificulta a vida de negros em diversos aspectos, desde o acesso a testes para saber se o sujeito está contaminado pelo vírus até mesmo em relação ao tratamento da infecção.

Ressaltamos ainda que, no Brasil, a classe social está relacionada à raça, uma vez que, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), 75% das pessoas que vivem na extrema pobreza se autodeclararam negros ou pardos.

O Atlas da Violência de 2020 traz como questão preocupante, por poder acarretar retrocesso no acesso aos direitos dos adolescentes em nosso país, as consequências da pandemia da Covid-19. Essas consequências podem ser graves para crianças e adolescentes, principalmente para aquelas que vivem em famílias pobres. Explica:

As medidas de combate à pandemia do novo coronavírus repercutem na vida das meninas e dos meninos, desde o ambiente doméstico de suas famílias e de suas comunidades até as instituições e os espaços públicos frequentados por esta população. Entre as questões mais urgentes, estão a proteção contra as consequências da pobreza e da fome, cujo risco se ampliou no período, devido ao aumento do desemprego que alcança as famílias de milhares de crianças e adolescentes. Ademais, são também fundamentais, no período da pandemia da Covid-19, as ações de promoção e cuidados à saúde, como a continuidade e fortalecimento das campanhas de imunização infantil; de implementação de medidas de compensação à interrupção da frequência à escola, a exemplo do acesso universal à tecnologia; e as medidas de prevenção e combate à violência física e sexual de crianças e adolescentes cometidas no recinto familiar (BRASIL, 2020, p. 31).

Neste cenário atual, os jovens negros periféricos continuam morrendo, muitas vezes, pelas mãos do próprio Estado que deveria protegê-los, outras vezes, pela ausência do Estado.

Como os acompanhamentos dos adolescentes realizados pela PNAISARI, esta pesquisa também teve que se reinventar diante dos cuidados necessários na pandemia. Entrevistas a profissionais e adolescentes, antes ocorreriam no próprio território, tiveram que ser realizadas via aplicativos de vídeo e gravação, sendo utilizado a plataforma Rede Nacional de Pesquisa (RNP).

5 DISCUSSÃO

[...] não tem como a gente construir política sem chegar perto da população, desse sujeito para quem a gente quer construir, ofertar essa política, é junto com ele. Que a demanda sempre tem que vir dele, a gente precisa de saber qual que é a demanda, do que eles precisam. [...] Então são políticas que violam o direito o tempo inteiro. [...] A gente vê as nossas violações dentro da nossa rede, [...] os adolescentes são privados dos direitos e da atenção à saúde também por participação da nossa instituição, né, dos nossos serviços (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] a questão [sobre lacunas que identifica na formação de profissionais da rede pública] vem desde a graduação. Os profissionais da saúde acabam tendo um tipo de formação que privilegia a doença e não o doente. [...] E isso cronifica problemas na rede. Então o adolescente obeso, por exemplo, ele é tratado como se o problema fosse uma inadequação matemática, um desequilíbrio energético, então o foco é sempre em cima da alimentação, da atividade física, sem considerar a subjetividade, né, o que está por detrás desse distúrbio nutricional. [...] as demandas singulares não são identificadas, além das questões sociais que existe uma precarização das políticas para de fato garantir condições dignas às famílias, mas essas questões singulares também não são vistas e ficam... repercutem na adolescência e na vida adulta (Entrevistado da coordenação da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente de Belo Horizonte).

[...] muitas vezes, o Centro de Saúde está muito focado em ter um viés da doença, ainda, e aí esse adolescente, em tese, deveria estar doente por estar lá dentro, mas eu acho que é a dificuldade mesmo dos servidores de acolher, ou melhor, de entender um pouco essa adolescência. O adulto, o idoso e mesmo a criança, chega com alguma patologia, com alguma identidade muito nosologia, então não te atendem prontamente ou não te atendem uma policultura, por exemplo, mas aí o adolescente já chega um pouco com essas questões, questões subjetivas, questões dele mesmo. Então o adolescente, às vezes, é difícil para ele se adequar às estruturas mais rígidas do Centro de Saúde: horário, atendimento, esses microfuncionamentos do Centro de Saúde, esse organograma dos Centros de Saúde. Então, às vezes, o adolescente quebra um pouco isso, né (Entrevistado coordenador da Atenção à Saúde da criança e Adolescente de Belo Horizonte).

G, 16 anos, negro, passa a ser acompanhado pelo programa PNAISARI, após internação hospitalar, em decorrência de agressão policial.

Durante os atendimentos, G, aos poucos, vai dizendo sobre si. Relata seus medos: não gosta mais de andar pelo território como antes, pois tem receio de encontrar com policiais, prefere ficar em casa jogando videogame. Isso fez com que ele deixasse de jogar bola, o que gosta muito.

Conta sobre seu interesse por algumas meninas, do gosto musical, de sua dificuldade na escola. Certo dia, G chega dizendo ter uma novidade para me contar: tomou bomba na escola!

E então G, após certo silêncio, seguido por um “você não vai entender” (*sic*), me relata, em tom confidencial, que há alguns anos uma professora o chamou de macaco e preto. Diz sobre aquela fala da professora: “leve para o coração” (*sic*) e encontrou como resposta reagir de forma também violenta. Desde então, diz não confiar em ninguém.

Ele ressalta que não quer ser tratado como “descartável” (*sic*). Não sabe dizer muito sobre isso, afinal, “não soube explicar nem para minha mãe” (*sic*), mas diz que desde que a polícia invadiu sua casa se sente assim, “descartável”. Sobre a cena, diz “isso a gente não esquece!” (*sic*).

G, adolescente, rodeado por todas as questões as quais essa fase da vida acarreta – que já não são nada simples - vivencia ainda uma série de abusos. Ele é mais uma vítima, entre tantas, dessa violência direcionada para os jovens negros do nosso país.

Policiais que invadem sua casa e o agridem, e a professora de escola pública, a qual o direciona graves violências verbais. O Estado o qual deveria estar garantindo direitos básicos ao adolescente e sua família, é o mesmo Estado que, autorizado pelo racismo existente em nossa sociedade, permite essa família ser vítima de tantas violências.

Com tanto descomedimento, o sujeito se apaga, permanecendo no lugar, lhe imposto historicamente, de objeto dejetado da sociedade. Diz se sentir descartável e, talvez, seja assim mesmo que é visto pela sociedade. É imprescindível devolver a voz a G, resgatar o sujeito ali existente! A entrada da PNAISARI, no seu acompanhamento, possibilita uma escuta desse sujeito, tenta colaborar para que ele encontre, dentro de sua singularidade, formas de se posicionar de outro modo diante dessa sociedade a qual tanto tenta apagar sua existência.

Foi de suma importância a articulação entre toda a rede, como a escola, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), equipe do Programa Saúde na Escola (PSE), Centro de Saúde, para a garantia do cuidado de G.

Com o início da pandemia, o contato direto com G e sua família passa a ser via telefone, inicialmente, ficando mais complicado, como também as articulações com outros equipamentos da rede, como a escola. A ausência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante algum tempo devido à pandemia também dificultou o contato.

G ainda tem muito a ser escutado e a dizer sobre seu lugar. Ainda não confia, ainda se sente descartável, porém consegue dizer de suas questões e sofrimento: seja às voltas com sua adolescência, seja pela violência racial que vivencia.

Como “objeto descartável” da sociedade, G tem sua realidade definida pelos outros, tem sua história contada somente a partir da forma como os outros o definem dentro de sua relação com aqueles os quais “são sujeitos” e possuem vidas passíveis de luto, mas também modos de existência considerados socialmente possíveis. Para que G possa se afirmar enquanto sujeito, é necessário que ele possa dizer de sua própria realidade, estabelecer sua identidade, contar sua própria história.

É preciso que G, como sujeito negro brasileiro, tome consciência do processo ideológico que o aprisiona a uma estrutura de desconhecimento e a uma margem alienada de si. Para Souza (2018, p. 77), “Ser negro é [...] criar uma nova consciência que reassegure o respeito às diferenças e que reafirme uma dignidade alheia a qualquer nível de exploração. [...] ser negro é [...] um vir a ser. Ser negro é tornar-se negro”.

Segundo Souza (1983), ser negro significa sofrer violências constantemente, de forma contínua e cruel, devido a duas determinações: “[...] a de encarar o corpo e os ideais de Ego do sujeito branco e a de recusar, negar e anular a presença do corpo negro” (SOUZA, 1983, p. 2). Para a autora, essas determinações acarretam a grande questão da violência racista.

A violência que esses sujeitos negros vivenciam, como G, nos ajudam a compreender o fardo atribuído aos sujeitos os quais são excluídos da norma psico-sócio-somática empregada pela classe dominante branca.

Souza (2018) nos pontua que, devido à essa internalização da classe branco como dominante, isto é, como ideal de Ego, o sujeito negro formula para si uma identificação incombatiável com o biológico do seu corpo, criando assim certa barreira psíquica diante da possibilidade de felicidade.

O corpo branco não deseja o corpo negro e, devido ao ideal branco, o negro pode passar a não o desejar também. Esse pensamento faz com que o corpo negro advenha a inexistência, desapareça enquanto representação mental, visto que representa a impossibilidade em corresponder ao ideal de Ego branco.

Ao se deparar com a impossibilidade de realizar esse ideal, o sujeito pode passar a se atormentar com angústias, autodesaprovação, sentimentos como culpa, inferioridade, inseguranças. G diz não ser capaz de aprender a ler, por isso precisa arrumar um emprego de serviço braçal, se apresenta reprimido, inseguro.

Para que o sujeito construa enunciados sobre sua identidade, de modo a criar uma estrutura psíquica harmoniosa, é necessário que o corpo seja

predominantemente vivido e pensado como local e fonte de vida e prazer. As inevitáveis situações de sofrimento que o corpo impõe ao sujeito tem que ser “esquecidas”, imputadas ao acaso ou a agentes externos ao corpo. Só assim, o sujeito pode continuar a amar e cuidar daquilo que é, por excelência, condição de sua sobrevivência (SOUZA, 2018, p. 6).

David (2018) nos lembra que deve ser ofertado um espaço de escuta nos equipamentos públicos, como na saúde, a fim de que os sujeitos negros possam dizer sobre o sofrimento o qual vivenciam devido às violências racistas. Porém, para que isso aconteça efetivamente, é de suma importância que as equipes de saúde estejam sensíveis à demanda dos sujeitos e sejam “[...] preparadas para identificar tais violências, seus possíveis efeitos e intervir de forma qualificada, facilitando que o indivíduo negro possa se identificar positivamente com suas matrizes africanas, identificação que tem competente efeito psicossocial para negros(as)” (DAVID, 2018, p. 242).

Ao considerarmos ainda os desafios vivenciados pelos sujeitos-adolescentes, necessitamos recorrer ao que Reis (2017) nos lembra: é fundamental identificar questões que colaborem para o alto grau de vulnerabilidade de adolescentes, como as questões de gênero, raça, classe social, condições de vida e de saúde.

Rosa *et al* (2017) traz essas questões como discursos os quais circulam em dado tempo, evidenciando os modos de pertencimento possíveis para cada sujeito, impondo-os valores, lugares. Os autores ressaltam que “A invisibilidade dos conflitos gerados no e pelo laço social recai sobre o sujeito, individualizando seus impasses, patologizando ou criminalizando suas saídas” (ROSA *et al*, 2017, p. 365).

É essencial confrontar os discursos atuais, carregados de preconceitos, exclusões sociais, apagamento de sujeitos. No entanto, segundo Rosa *et al* (2017), isso só será possível se partirmos de uma cuidadosa escuta e trabalho com aqueles com quem nos deparamos nas instituições como a saúde, assistência, justiça e nas ruas e comunidades.

Nas instituições, nos deparamos com sujeitos adolescentes que estão “desconectados” do laço social. Para Miller (2008 p. 13), “Na linguagem administrativa contemporânea, a desconexão social tem um nome comum: desinserção”, e é nesta desinserção social na qual os encontramos.

Esses sujeitos, muitas vezes, são colocados no lugar de dejetos nas instituições. Lembrando que, para Miller (2010, p.228), dejetos são o rejeitado, “É o que cai, é o que tomba quando, por outro lado, algo se eleva. É o que se evacua, ou que se faz desaparecer, enquanto o ideal resplandece”.

Para Cunha (2017, p. 3), os adolescentes encaminhados para as instituições, como a saúde, são “[...] adolescentes ‘completamente descontrolados’, que não aderem ao tratamento, que ‘fracassam’ na escola, que se recusam a comer, que se cortam, que se drogam, que infracionam”.

Ferreira (2014) relata a existência de certa peculiaridade na condução do tratamento de adolescentes. A clínica do adolescente é a da recusa. Isso porque eles, na maioria das vezes, não chegam à consulta com sua demanda formulada, são geralmente levados pelo Outro.

Podemos refletir se essa ausência de demanda do adolescente não diz respeito a uma ausência de escuta desses sujeitos, ou não seria um apagamento de seus modos de existir e, com isso, um silenciamento da demanda ainda em sua origem, antes de ser formulada pelo sujeito.

Como possível saída para surgir uma demanda de cuidado vinda dos adolescentes, diante de qualquer profissional, Ferreira (2014) diz que

Alguma manobra vai ser necessária ao profissional, é preciso algum manejo para que se constitua espaço para as questões próprias da adolescência. [...] é preciso permitir que a subjetividade do sujeito venha à tona, que algo surja nesse campo. [...] E, para que alguma coisa surja da subjetividade, de queixas subjetivas, é preciso uma pitada de escuta (FERREIRA, 2014, p. 7).

Segundo o autor, compete aos profissionais da saúde escutar o adolescente e buscar ajudá-lo a encontrar “um lugar de endereçamento para seu sofrimento”. Para pensarmos o lugar possível para a subjetividade em meio ao trabalho nas políticas públicas, podemos recorrer a Rosa (2004) ao dizer de uma escuta transgressora da organização social. E a fim de que essa escuta se efetive, é imperativo confrontar a situação social em que o sujeito está inserido com seu desejo inconsciente.

Sobre a escuta de sujeitos os quais ocupam um lugar de resto na estrutura social, a referida autora ressalta que essa escuta pode fazer surgir, “onde parecia haver apenas vidas secas, o sujeito desejante, vivo” (ROSA, 2004, p. 158). Diante desse lugar de resto social, o sujeito é apagado, ele se cala., erguendo uma barreira a qual tem sua expressão no seu emudecimento e na apatia, rompida, por alguns, a partir de violências.

A escuta deve estar sempre situada tanto no nível da clínica como do social, pois não há sintoma sem implicação social. Koltai (2012) nos lembra que o sintoma é sempre uma saída encontrada pelo sujeito como resistência ao desejo do Outro o qual, supostamente, quer o seu bem. Como exemplo, podemos recorrer às condutas de risco dos adolescentes, os quais podem

ser compreendidas como sintomas desses sujeitos diante de algo insuportável nessa relação com o Outro.

Enquanto o discurso da ciência busca que o sujeito se afaste de sua subjetividade, tenta universalizar os modos de gozo, algo do singular sempre escapará: o sujeito irá criar diferentes sintomas, lapsos ou atos falhos, por exemplo. Koltai (2012) bem nos lembra que é graças a essas formas de manifestações as quais o inconsciente continuará sendo politicamente incorreto, ou seja, irá contra esse discurso o qual dita o que é o correto a partir desta tentativa de universalização.

É preciso possibilitar espaços os quais defendam a diversidade ao lidar com o singular, dando lugar ao inconsciente, o qual estejam do lado da democracia. Todavia, segundo a autora, muitas vezes, o que vemos na atuação do poder público é um interesse em curar rapidamente todos aqueles que sofrem, nem que para isso seja necessário mantê-los alienados no discurso da ciência, por exemplo.

Isso pode ocorrer, pois não é do interesse do poder público o qual o sujeito queira mudar o mundo em vez de se adequar a ele. E mesmo assim “movimentos de indignação muito bem-vindos começam a pipocar cá e lá nesse mundo” (KOLTAI, 2012, p. 41) reivindicando melhores condições de vida, que dê conta da nossa dor de existir.

Reis (2017) nos lembra que é papel do poder público e da sociedade cuidar dos adolescentes, principalmente, dos mais vulneráveis. A prevenção de violências contra os adolescentes deve ser prioridade dentro das políticas públicas, porque a adolescência é um período da vida rodeado de desafios e incertezas. É necessário que esses sujeitos se deparem com um ambiente que lhes propicie cuidados, apoio, retirando-os do lugar de dejetos, de corpos-instrumentos.

Os adolescentes em situação de vulnerabilidade, muitas vezes, não encontram na saúde e demais setores esse lugar de cuidado. Segundo Moreira *et al* (2015), os adolescentes, especialmente os que cumprem medida socioeducativa e são privados de liberdade, são uma das populações mais fragilizadas e vulnerabilizadas de nossa sociedade.

Lobosque (2003) fala da importância de uma clínica a qual não exerça um domínio sobre os corpos dos sujeitos possuidores de algum sofrimento mental. Podemos trazer essa mesma questão para o trabalho junto aos adolescentes e jovens os quais nos deparamos nos espaços da rede: sujeitos que têm seus corpos controlados, dominados, com a tentativa de apagamento de suas existências, como vimos. Segundo a autora, os saberes psi – como os demais - devem sempre ter em mente uma atuação a qual não seja apenas psiquiátrica ou

psicológico, e sim, política e social. A isso, a autora chama de clínica em movimento: “uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com todo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens” (LOBOSQUE, 2003, p. 21).

6 CONCLUSÕES

O Estado brasileiro, o qual se propõe a cuidar de seus jovens, criando Políticas e normas, é o que escolhe os corpos os quais podem deixar de existir. Devemos lançar mão da resistência, como nos indica Perbart (2017), para possibilitarmos que a pluralidade dos modos de existir de nossa juventude vulnerabilizada possa ser aceita em nossa sociedade, para que esses jovens sejam vistos como vidas passíveis de luto.

O Estado carrega, ainda atualmente, forte racismo o qual, somado a preconceitos e a incômodos que a presença da adolescência pode causar àqueles aos quais estão à volta desses sujeitos – ao evidenciar sempre algo de sua sexualidade, da busca por novas referências, as quais podem passar por desafios de autoridade –, faz com que esses jovens, muitas vezes, não consigam alcançar seus direitos básicos e se tornem vítimas de diversas formas de violências.

A partir do percurso teórico traçado e das falas dos entrevistados, percebemos uma rede muito potente no município de Belo Horizonte no que diz respeito a equipamentos e possibilidades de cuidado para os adolescentes do território da cidade, entretanto vem ainda se construindo e se fortalecendo. Ainda se faz necessário devolver a voz a esses jovens, e, para tanto, é imperativo um trabalho com os profissionais os quais atuam com esses adolescentes – e com os cidadãos –, para compreender melhor as dificuldades e incômodos que o atendimento a esses sujeitos lhes acarreta. E, com isso, estejam mais capacitados, se permitam escutar o que esses sujeitos demandam, quais são as necessidades de cuidado de cada um desses jovens, deixando assim preconceitos raciais e outras questões – que dizem de cada sujeito por detrás do profissional – de lado para uma escuta do adolescente o qual procura ou necessita de cuidados na rede SUS-BH.

Nas entrevistas dos profissionais os quais trabalham com esses adolescentes, também foi possível localizar a importância de disponibilizar espaços de discussão e formação sobre temáticas como adolescência e racismo junto aos profissionais que atuam na rede, seguindo assim, preceito de formação contínua da rede de saúde pública brasileira.

Consideramos que esses espaços de discussão são momentos importantes para criação de política, de estratégias, de possibilidades de atuação. É possível, a partir da percepção de algo ainda a ser melhorado, criando potencialidades. Assim, entendemos que se deu a chegada da PNAISARI no município de Belo Horizonte: diante da dificuldade de inserção dos adolescentes vulnerabilizados nos cuidados da saúde, foi construído – a partir de uma política nacional – as amarrações possíveis para essa cidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz. **Estado e direito**: a construção da raça. In: SILVA, Maria Lucia *et al* (orgs). *Violência e Sociedade: O racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro*. – São Paulo: Escuta, 2018, pp. 81-96.

ALMEIDA, Silvio Luiz. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020.

ARENDDT, Hannah. **Da Violência**. Tradução: Maria Claudia Drummond. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1985.

BARRETO, Cristiane; CARDOSO, Vanessa. **PNAISARI em Belo Horizonte**: a construção de uma “rede de redes”! Belo Horizonte, 2019, pp. 1-11.

BELO HORIZONTE. **Boletim Epidemiológico e Assistencial**. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. COVID-19, nº 365/2021 de 30/09/2021.

_____. **Índice de Vulnerabilidade Juvenil de Belo Horizonte (IVJ-BH)**. Grupo de Trabalho para desenvolvimento do Índice de Vulnerabilidade Juvenil (GTIVJ) - Decreto 16.404/2016. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2016, p. 1-30.

_____. **Portaria Nº 1.082**, de 23 de maio de 2014.

_____. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (2015)**. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/Protocolo_Aten%C3%A7%C3%A3o_Integral_Adolescente-1-4-2015.pdf> .Acesso em: 03 out. 2019.

BRASIL. **Atlas da Violência de 2019**. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2019, p. 1-116.

_____. **Atlas da Violência de 2020**. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2020, pp. 1-91.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Disposições constitucionais pertinentes: lei n. 8.069, 13 de julho de 1990. 6 ed. - Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005, p. 1-117.

_____. **Lei nº 12.594**, de janeiro de 2012. Brasília, 18 de janeiro de 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD. **Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente** - Vol. I - Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente - Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017, p. 19-22.

_____. Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas**. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra**: Quando a vida é passível de luto? Tradução: LAMARÃO, Sérgio Tadeu de Niemeyer; CUNHA, Arnaldo Marques. Revisão: RODRIGUES, Carla. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018. p. 13-97.

CONASS. **Nota Técnica 27**. Brasília, 20 de julho de 2013.

COUTINHO, Fernando Libânio. **Influência de um programa para adolescentes com grupos operativos no processo de educação em saúde**. Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, 2013.

COUTO, Luíz Fernando Duarte. **Quando o adolescente mata**: uma perspectiva clínica. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. 2016.

CUNHA, Cristiane de Freitas. **A Janela e a Cidade** – Clínica contra Segregação. ACTAS ICONO14 – V Congreso Internacional de Ciudades Creativas. ASOCIACIÓN DE COMUNICACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS. Madrid (Espanha), 2017, p. 1-8. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/observaped/a-janela-e-a-cidade-clinica-contra-segregacao/>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

DAVID, Emiliano de Camargo; SILVA, Lidiane A. de Araújo. **Territórios racializados**: a Rede de Atenção Psicossocial e a Política Nacional de Saúde Integral da população negra. *In*: SILVA, Maria Lucia *et al* (orgs). **Violência e Sociedade: O racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro**. – São Paulo: Escuta, 2018, p. 233-247.

DAYRELL, Juarez. **O jovem como sujeito social**. Revista Brasileira de Educação. Set /Out /Nov /Dez 2003 No 24, p. 40-52.

DIAS, Jussara; SILVA, Maria Lucia. **Por uma clínica interventiva contra o racismo**. *In*: SILVA, Maria Lucia *et al* (orgs). **Violência e Sociedade: O racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro**. – São Paulo: Escuta, 2018, p. 209-218.

ESTRELA, Fernanda Matheus et al. **Pandemia da Covid 19**: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020, p. 3431-3436.

FANON, Frantz. **Pele Negra Máscaras Brancas**. Trad: SILVEIRA, Renato da. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 194.

FERREIRA, Roberto Assis. **Adolescência, o que é?** Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais - Almanaque On-line nº17 2016, p. 1-9.

FREUD, Sigmund. **Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar**. In Totem e Tabu e outros trabalhos. Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1914, vol. XIII, p. 281-288.

_____. (1927-1931). **O mal-Estar na civilização**. In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros textos. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1974, v. XXI, p. 75-282.

_____. **Prólogo a juventude abandonada, de August Aichorn**. In: Obras Completas: O Eu e o ID, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925), tradução: Paulo César de Souza. – 1ª ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 347-350. v. 16.

_____. **Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade** (1905). In: Obras Completas – Vol.VI: **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**, análise fragmentária de uma histeria (“O Casos Dora”), e outros textos (1901 – 1905). Tradução Paulo César de Souza. 1ª ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso do Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GUERRA, Andréa Máris Campos et al. **Violência urbana, criminalidade e tráfico de drogas**: uma discussão psicanalítica acerca da adolescência. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, ago. 2012, p. 247-263.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. 41ª ed. Brasília: Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica; 2018. [cited 2020 Apr 19]. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf> Acesso em: 01 de jun. 2021.

LACADÉE, Philippe. **O despertar e o exílio**: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

LACAN, Jacques. (1948). **A agressividade em psicanálise**. In: LACAN, Jacques. Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 104-126.

_____. (1958). **O Seminário, Livro 5**: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p. 185-484.

_____. **Prefácio a O despertar da primavera** (1954). *In*: Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1974, p. 557-559.

LAURENT, Éric. **O racismo 2.0**. Blog de La Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). Lacan Cotidiano, n. 371, 18 de fev. 2014. Disponível em: <<http://ampblog2006.blogspot.com/2014/02/lacan-cotidiano-n-371-portugues.html>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

LE BRETON, David. **Uma breve história da adolescência**. Tradução: GUERRA, Andréa Mária Campos et al. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2017.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento**: o cotidiano de um serviço substitutivo em Saúde Mental. *In*: Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios. 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2005, p. 17-40.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Traduzido por Renata Santini. - São Paulo: n-1 edições, 2018. p. 1-80.

_____. **Políticas da Inimizade**. Traduzido por Marta Lança. Antígona Editores Refractários. 1ª ed. Julho 2017, p. 58-70.

MILLER, Jacques-Alain. **Anexo** (2010). *In*: Perspectivas dos Escritos e Outros Escritos de Lacan. Entre o desejo e o gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011, p. 227-233.

_____. **Em direção à adolescência**. Minas com Lacan: Uma iniciativa EBP-MG e IPSM-MG. Tradução: Cristina Vidigal E Bruna Albuquerque Revisão: Ana Lydia Santiago. 2015, p. 1-10. Disponível em: <<http://minascomlacan.com.br/blog/em-direcao-a-adolescencia/>>. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. **Nada é mais humano do que o crime**. Almanaque n. 4. Disponível em: <<http://almanaquepsicanalise.com.br/nada-e-mais-humano-que-o-crime/>>. Acesso em: 10 set.2020.

_____. **Racismo e Extimidade**. Revista Derivas Analíticas. Revista Digital de Psicanálise e Cultura da Escola Brasileira de Psicanálise – MG, n. 4. maio de 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Segurança Pública. **Programa de Controle de Homicídios** – Fica Vivo! Observatório de Segurança Pública Cidade, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Saúde da Adolescente**. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2009.

MOREIRA, Marcelo Rasga. **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. Especial, p. 120-131, dez. 2015.

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. 3ª ed. – São Paulo: Perspectivas, 2016.

PELBART, Peter Pál. **Por uma arte de instaurar modos de existência que “não existem”**. In: *O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento*. 2017, p. 250-265.

PINTO, Maria Aparecida das Graças. **A Criança e o Adolescente**: experiências da atenção básica. In: *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. ABOU-YD *et al* (org). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008, p. 69-74.

REIS, Rejane Ferreira dos. **O genocídio dos adolescentes negros no município de Belo Horizonte**: quem importa. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. 2017.

RIBEIRO, Igo Gabriel dos Santos. **Jovens negros**: entre a regulação biopolítica e a economia da morte. In: SILVA, Maria Lucia *et al* (orgs). *Violência e Sociedade: O racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro*. – São Paulo: Escuta, 2018, p. 249-254.

ROSA, Miriam Debieux *et al*. **Clínica Psicanalítica Implicada**: Conexões com a cultura, a sociedade e a política. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 22, n. 3, p. 359-369, jul.-set. 2017.

ROSA, Miriam Debieux. **Uma Escuta Psicanalítica das Vidas Secas**. In: *Adolescência: um problema de fronteiras*. Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org). – Porto Alegre: APPOA, 2004, p. 148-161.

SANTOS, Ynaê Lopes. **Por um Brasil africano**. Sobre a importância em se pensar e educar o Brasil a partir de sua herança africana: o caso de Palmares. In: SILVA, Maria Lucia *et al* (orgs). *Violência e Sociedade: O racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro*. – São Paulo: Escuta, 2018, p. 29-46.

SOARES, Luiz Eduardo. **Juventude e Violência no Brasil Contemporâneo**. In: NOVAES, Regina. VANNUCHI, Paulo (org). *Juventude e Sociedade: Trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo – Instituto Cidadania. 2004, p. 130-159.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se Negro**: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Coleção Tendências. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983

STEVENS, A. **Adolescência como sintoma da puberdade**. *Clínica do contemporâneo*. Curinga, Belo Horizonte, n.20, p.27-39, 2004.

SOUZA, Robson Sávio Reis. **Juventude, Violência e Direitos Humanos**. In: RENA, Luiz Carlos Castello Branco *et al* (orgs). *Juventude em Movimento: uma experiência de extensão universitária a partir do IV Jubra*. Belo Horizonte: ed. PUC. Minas, 2012, pp. 177-196.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Relatório estatístico – Vara Infração da infância e da Juventude**. Belo Horizonte, 2020.

VIEIRA, Marcus André. **Falo, paranoia e bricolagem (segunda parte)** – (ou Notas de psicanálise, sexo e política, segunda parte). Blog de La Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). 21 de maio de 2019. Disponível em

<<http://ampblog2006.blogspot.com/2014/02/lacan-cotidiano-n-371-portugues.html>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

VIGANÒ, Carlo. **A construção do caso clínico**. Opção Lacaniana online nova série. Ano 1, n. 1, março 2010.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação**: Episódios de Racismo cotidiano. Tradução Jess Oliveira. 1ª edição – Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KOLTAI, Caterina. **O Inconsciente Seria Politicamente Incorreto?** Reverso. Belo Horizonte, ano 34, n. 63, jun. 2012, p. 33–44.

ZIZEK, S. **Violência**: seis reflexões laterais. São Paulo: Boitempo, 2014.

ANEXO:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: Trajetórias de violências e cuidados com adolescentes vulnerabilizados: uma proposta de análise a partir do trabalho da PNAISARI em Belo Horizonte, MG, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência⁶, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e coordenado pelo Prof. Dr. André Luiz Freitas Dias - Orientador do Projeto de Mestrado; Coorientadora do Mestrado: Prof. Dr. Cristiane de Freitas Cunha Grillo; Pesquisadora de Mestrado: Thais de Campos Meneses. A pesquisa tem como coparticipante a Secretaria de Saúde Municipal de Belo Horizonte.

Objetiva-se neste estudo analisar as trajetórias de violências e cuidados vivenciados por adolescentes a partir do trabalho da PNAISARI no município de Belo Horizonte. A sua participação é importante para compreendermos as vivências dos adolescentes vulneráveis na saúde de Belo Horizonte.

Neste estudo, você está sendo convidado a participar de entrevista que ocorrerá em dia e horário a combinar, considerando sua melhor disponibilidade, não sendo necessário seu deslocamento.

Serão questões norteadoras para a entrevista semi-dirigida dos profissionais: a) Qual é o histórico político e de cuidados dos adolescentes em Belo Horizonte?; b) Por que e como se deu a implantação da PNAISARI?; c) Como você vê os cuidados e atenção em saúde e as violências sofridas pelos adolescentes em Belo Horizonte?

Acerca dos possíveis desconfortos e riscos – a saber: recordação do participante da pesquisa de eventos trágicos e violentos; Exposição dos dados, apesar de assegurado o sigilo e a não identificação dos participantes de pesquisa; problemas técnicos referentes à tecnologia utilizada para gravar a entrevista. Para minimizar os riscos potenciais, será adotado protocolo

⁶ Para mais informações sobre o Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da UFMG, acessar o site: <https://www.medicina.ufmg.br/cpgpspv/>

de segurança e ética. Esse protocolo inclui todas as medidas de proteção tomadas para priorizar a segurança das e dos participantes tanto como das pesquisadoras e pesquisadores. As medidas principais incluem: A pesquisadora receberá capacitação que inclui treinamento sobre o protocolo de ética e segurança da pesquisa; A pesquisadora remeterá qualquer dúvida sobre risco e exposição aos orientadores da pesquisa em tempo real, por meio de comunicação via celular. Para minimizar o risco de quebra de sigilo, todas as entrevistas serão codificadas e as informações contendo nomes e outras informações confidenciais serão guardadas em local seguro, durante 2 (dois) anos e 6 (seis) meses, sob os cuidados do orientador desta pesquisa, no Programa Polos Cidadania, na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Os dados poderão ser usados em artigos científicos.

O(A) Sr(a) não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação. O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização. Os danos, de qualquer natureza, ocasionados pela participação na pesquisa, geram indenização ao participante, a ser paga pelo pesquisador, patrocinador e pelas instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Em relação a possíveis problemas técnicos referentes à gravação da entrevista, serão tomadas cautela e a plataforma e instrumento utilizado para gravação serão conferidos e testados anteriormente à entrevista.

A privacidade do adolescente será respeitada, ou seja, o nome ou qualquer outro dado, ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Você poderá recusar a participação do adolescente no estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Por desejar sair da pesquisa, o adolescente não sofrerá qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como após é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da participação. O(a) Sr.(a) está sendo orientado(a) quanto ao teor de tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela participação.

Caso sinta algum desconforto com alguma pergunta, fique à vontade para não responder. Se você sentir algum constrangimento durante a entrevista, fique à vontade também para interromper sua participação, como também desistir de participar da pesquisa, sem qualquer penalidade ou prejuízo a sua pessoa. Todos dados referentes à pesquisa poderão ser retirados pela parte a qualquer momento que se sentir desconfortável com a realização da pesquisa.

Sua participação na pesquisa é voluntária e de livre e espontânea vontade, preservando sua autonomia no processo de escolha, podendo recusar ou desistir, em qualquer momento, da sua participação nesta pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo junto à Prefeitura de Belo Horizonte. Você é quem decidirá se quer ou não participar. As atividades estão descritas abaixo e os dados coletados serão especificamente para os propósitos da pesquisa, para fins acadêmicos e científicos.

Para nossa análise qualitativa, leia e assinale se gostaria de participar das atividades:

1- Participar de entrevista semi-dirigida sobre a experiência no trabalho com adolescentes na rede de cuidado e atenção em saúde de Belo Horizonte. A entrevista será gravada para posterior transcrição. Sim () Não ()

2- Autoriza de ser identificado na pesquisa. Sim () Não ()

A pesquisa seguirá todos os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 e Resolução 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. A pesquisa foi aprovada pela Gerência de Educação em Saúde (GEDSA) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH e pelo Comitê de Ética da UFMG (CEP-UFMG).

Você receberá uma via deste Termo, que contém 5 (cinco) páginas. Abaixo está o contato do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a sua participação a qualquer momento, e do Comitê de Ética, CEP/UFMG, para suas dúvidas de aspectos éticos.

Você assinará este Termo declarando que entendeu as informações da pesquisa, concordando em participar.

Atenciosamente,

André Luiz Freitas Dias (Orientador)

Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Co-Orientadora)

Thaís de Campos Meneses (Pesquisadora de Mestrado)

Nome do Participante:

Assinatura:

Gerência de Educação em Saúde/GEDSA - Secretaria Municipal de Saúde/SMSA: Rua Frederico Bracher Júnior, nº103 - 3º andar - Padre Eustáquio - CEP 30 720-000 – Belo Horizonte/MG - Telefone: (31) 3277 9281 / 8516 e Fax (31) 3277 8458 / e-mail: gedsa@pbh.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP/UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Contato do pesquisador responsável - André Luiz Freitas Dias (Orientador): alfreitasdiasufmg@gmail.com - (31) 99983-7664; Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Coorientadora): cristianedefreitascunha@gmail.com – (31) 98797-2046; Thaís de Campos Meneses (Pesquisadora responsável): thaismenesespsi@gmail.com – (31) 99530-7898.