

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

CRISTINA CAMPOLINA VILAS BOAS

**A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte:
impasses e desafios**

Belo Horizonte

2014

CRISTINA CAMPOLINA VILAS BOAS

**A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte:
impasses e desafios**

Tese apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Professora Dr^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Belo Horizonte

2014

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Reitor: **Prof. Jaime Arturo Ramírez**

Vice-Reitora: **Profª Sandra Regina Goulart Almeida**

Pró-Reitor de Pós-Graduação: **Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte**

Pró-Reitora de Pesquisa: **Profª. Adelina Martha dos Reis**

Diretor da Faculdade de Medicina: **Prof. Tarcizo Afonso Nunes**

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: **Prof. Humberto José Alves**

Coordenadora do Centro de Pós-Graduação: **Profª Sandhi Maria Barreto**

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: **Profª Ana Cristina Côrtes Gama**

Chefe do Departamento de Pediatria: **Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: **Profª Ana Cristina Simões e Silva**

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: **Prof. Eduardo Araújo Oliveira**

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente:

Alexandre Rodrigues Ferreira – Titular

Ana Cristina Simões e Silva -Titular

Eduardo Araújo de Oliveira -Titular

Ivani Novato Silva -Titular

Jorge Andrade Pinto – Titular

Marcos José Burle de Aguiar -Titular

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana -Titular

Suelen Rosa de Oliveira – Discente Titular

Nome: Vilas Boas, Cristina Campolina

Título: A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte:
impasses e desafios

Orientadora: Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Tese apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Aprovado em:

Banca Examinadora

Professora Dr^a Maria Cristina Gonçalves Vicentin Instituição: PUC/SP

Julgamento:

Assinatura:

Professora Dr^a Simone Gonçalves Assis

Instituição: FIOCRUZ

Julgamento:

Assinatura:

Professora Dr^a Andréa Máris Campos Guerra

Instituição: UFMG

Julgamento:

Assinatura:

Professora: Elza Machado de Melo

Instituição: UFMG

Julgamento:

Assinatura:

Agradecemos à *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais* (FAPEMIG) pelo apoio e financiamento desta investigação. Edital de Extensão em Interface com a Pesquisa/2010/Projeto APQ-03257-10.

AGRADECIMENTOS

À CAPES pela bolsa que recebi em boa parte do período de doutorado.

Ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina/UFMG pela abertura de um espaço de discussão sobre a saúde do adolescente em conflito com a lei. E especialmente agradeço ao Observatório de Saúde da Criança e do Adolescente (ObservaPED).

Ao CENEX da Faculdade de Medicina/UFMG que forneceu bolsa aos alunos que desta pesquisa participaram.

Ao CPG da mesma Faculdade.

À SEDS/MG e à SMSA/PBH que viabilizaram esta pesquisa através da liberação dos profissionais de saúde para dela participarem.

Aos profissionais de saúde, aos adolescentes, aos agentes socioeducativos e aos gestores dos Centros Socioeducativos estudados.

Aos profissionais e gestores dos Centros de Saúde participantes deste estudo.

À Cristiane de Freitas Cunha Grillo por topar o desafio de discutir a saúde do adolescente privado de liberdade no espaço da Faculdade de Medicina/UFMG. Agradeço pela sua parceria de trabalho, o que muito me honra. Pelo seu frescor, vivacidade e atrevimento, marcas de uma grande profissional comprometida com a realidade.

Aos professores da Faculdade de Medicina/UFMG com que tive ótimos encontros acadêmicos: Roberto Assis Ferreira, Elza Machado de Melo, Cristina Gonçalves Alvim, César Coelho Xavier, Itamar Tatuhy Sardinha Pinto, Luiz Alberto Oliveira.

Aos alunos do Curso de Medicina/UFMG que muito contribuíram para a execução desta pesquisa. Em especial, à Raquel Carvalho Leite, hoje médica residente em Pediatria, o seu empenho e a leveza fazem parte desta tese. À Laura Auad e ao Henrique Del Fiori, pelas contribuições prestadas ao desenvolvimento desta pesquisa, principalmente na dura transcrição dos áudios do campo.

Aos colegas do *Grupo de Pesquisa CNPQ Sintomas Contemporâneos: Investigação em Medicina e Psicanálise*, coordenado pela orientadora desta tese pelas

importantes contribuições ao desenvolvimento do pensamento que originou este escrito.

Aos meus pais, Valdir e Eliana, pelos sábios ensinamentos de amor e de gosto pela vida.

Ao Bernardo, pelas enormes e inexplicáveis afinidades eletivas, alimentadas pela paixão da vida cotidiana.

Ao Miguel, agradeço pela partilha do entusiasmo de viver, pelas brincadeiras e folias de manhã, de tarde e de noite.

Aos meus queridos irmãos, Cláudia, Henrique e Patrícia; à Raquel, ao André, ao Arthur, à Olímpia Helena, ao Francisco e à Lara pelos laços de família: bonitos e firmes.

Às bibliotecas, que com seu silêncio sepulcral, muito me ajudaram nesta escrita.

Senhor Deus dos desgraçados!
Dizei-me vós, Senhor Deus!
Se eu deliro... ou se é verdade
Tanto horror perante os céus...
Ó mar! Por que não apagas
Co'a esponja de tuas vagas
De teu manto este borrão?...
Astros! Noites! Tempestades!
Rolai das imensidades!
Varrei os mares, tufão!...

Quem são estes desgraçados
Que não encontram em vós
Mais que o rir calmo da turba
Que excita a fúria do algoz?
Quem são?... Se a estrela se cala,
Se a vaga à pressa resvala
Como um cúmplice fugaz,
Perante a noite confusa...
Dize-o tu, severa Musa,
Musa libérrima, audaz!

São os filhos do deserto,
Onde a terra esposa a luz.
Onde voa em campo aberto
A tribo dos homens nus...
São os guerreiros ousados
Que com os tigres mosqueados
Combatem na solidão...
Ontem simples, fortes, bravos...
Hoje míseros escravos,
Sem luz, sem ar, sem razão...

Antônio de Castro Alves, Navio Negreiro, 1869

RESUMO

Vilas Boas CC. A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte: impasses e desafios [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. 164f.

Introdução: A atenção à saúde do Adolescente que cumpre Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade constitui um desafio para as políticas públicas e, portanto, para todos os atores envolvidos em sua operacionalização. **Objetivo:** Investigar como se efetiva a atenção à saúde dos Adolescentes Privados de Liberdade em Belo Horizonte. **Métodos:** Foi realizada pesquisa qualitativa através do uso dos métodos: *Conversação Psicanalítica*, *Observação participante* e *Oficinas*, cujos participantes diretos foram os profissionais de saúde que atuam em Centros de Saúde ou em Centros Socioeducativos. Contamos também com a participação indireta de adolescentes, agentes socioeducativos e gestores. **Resultados:** De forma geral, há o empenho dos trabalhadores para fazer valer o direito desse adolescente à saúde. Contudo, tal implicação leva as marcas dos sentidos atribuídos ao adolescente em questão e tem incidências diversas na subjetividade deste. Além disso, reflete a capacidade desses profissionais para o desempenho das ações de saúde, bem como o preparo ou não das instituições envolvidas nesse processo. **Conclusão:** Há uma heterogeneidade nos modos de viabilizar a atenção à saúde desse adolescente que é efeito tanto das particularidades do profissional de saúde, quanto do adolescente e da própria instituição que se mostra mais ou menos aberta a adequar-se às exigências dessa política. A sensibilização do profissional de saúde, juntamente à sua capacitação, constitui importante fator no avanço dos modos de produzir saúde junto ao Adolescente Privado de Liberdade.

Palavras-chave: *Atenção Integral à Saúde – Políticas Públicas – Privação de Liberdade – Profissional de Saúde – Saúde do Adolescente Institucionalizado Sistema Socioeducativo – Sistema Único de Saúde – Violência*

ABSTRACT

Vilas Boas CC. The health care of the adolescent in conflict with the law in Belo Horizonte: deadlocks and challenges. [Thesis]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. 164f.

Introduction: The health care of adolescents in conflict with the law is a challenge for public policies and, therefore, for all the actors involved in implementing such policies. **Objective:** To investigate how the health care of adolescents in conflict with the law in Belo Horizonte is. **Methods:** Qualitative research has been made by means of the following methods: *Psychoanalytic Conversation*, *Participant Observation*, *Workshops*. The subjects involved were professionals working with health care in healthcare centers or in socioeducational centers. We have also had the indirect participation of adolescents, socioeducational agents and policy managers. **Results:** In general, there is an effort from the workers in order to make effective this adolescents right to health. Nonetheless, such effort is marked with the meanings attributed to the adolescents here concerned, with various incidences upon their subjectivity. It also reflects these professional's capacity of developing health care actions, as well as the ability of the institutions involved in such process. **Conclusion:** The means of making effective the health care of the adolescents here concerned are heterogeneous, and this is due to the particularities of the health care professional, of the adolescents and of the institutions, with can be more or less open to adopting themselves to the requirements of the policy underlying this whole process. To make the professionals aware as well as their capacitation is an important factor in the advance of the ways of producing health with the adolescent deprived of freedom.

Key Words: *Adolescent – Health Care – Deprivation of Freedom – Health Professional – Violence – Collective Health – Socioeducational System – Health System – Public Policies.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Serviços Participantes/Distrito BH	57
Quadro 2 – Número de Participantes/Serviços	59
Quadro 3 – Especialidade dos Participantes/Serviços	60
Quadro 4 – Atividades realizadas pela pesquisa	61
Esquema 1 – Sistema de Garantias	109
Esquema 2 – Direito à Saúde	109

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

BH	Belo Horizonte
CEIP	Centro de Internação Provisória
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EFAP	Escola de Formação e Aperfeiçoamento dos Sistemas Prisional e Socioeducativo
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FEBEM	Fundação para o Bem-Estar do Menor
FM	Faculdade de Medicina
GEAS	Gerência de Assistência à Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILANUD	Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e o Tratamento do Delinquente
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
ObservaPED	Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente/Departamento de Pediatria/Faculdade de Medicina/UFMG
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PIA	Plano Individual de Atendimento Socioeducativo

PNAISARI	Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
POE	Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade
PSE	Programa de Saúde do Escolar
PSF	Programa de Saúde da Família
SEDS/MG	Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento às Medidas Socioeducativas
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SMSA/PBH	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte
SUASE	Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas/Secretaria Estadual de Defesa Social de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1. POR UMA POLÍTICA EFETIVA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI PRIVADO DE LIBERDADE	22
1.1. Introdução	22
1.2. A realidade dos direitos violados nas Unidades de Internação	25
1.3. O adolescente em conflito com a lei privado de liberdade, a Doutrina da Proteção Integral e o Direito à saúde	27
1.4. Adolescente privado de liberdade: um desafio para a política de saúde	34
1.5. O direito à saúde como um valor ético	36
2. OBJETIVOS	41
3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	42
3.1. Nota sobre a estrutura desta tese	42
3.2. Observações sobre os métodos	42
3.3. Procedimentos e sujeitos	55
3.4. Os serviços	56
3.5. Os profissionais de saúde	57
3.6. Atividades realizadas	60
3.7. Aspectos éticos da pesquisa	61
3.8. Últimas palavras antes da discussão de resultados	62
4. MEDO E CORPO: RECORTES SOBRE A SAÚDE DO ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE	64
4.1. Introdução	64
4.2. Metodologia	65
4.3. O medo: a sua cultura, a sua fala e os seus efeitos	67

4.3.1. <i>Cultura do medo na sociedade contemporânea</i>	67
4.3.2. <i>Fala do crime – reforço e recriação de preconceito e de segregação</i>	68
4.3.3. <i>Eleição de um inimigo em potencial: o adolescente-estrangeiro</i>	73
4.3.4. <i>Não há dúvida de que um “monstro” é capaz, potencialmente, de se tornar um de “nós”</i>	77
4.4. Ser corpo, para ser um	78
4.4.1. <i>O corpo como chave de leitura da contemporaneidade</i>	78
4.4.2. <i>Corpos privados de liberdade – o sofrimento dos adolescentes e a resistência como saída</i>	79
4.4.3. <i>Sexualidade pelas brechas</i>	89
4.4.4. <i>A estética dos corpos privados de liberdade – adolescentes (re)criam-se, (re)inventam-se, (re)nomeiam-se: a busca de ser DESigual</i>	95
4.5. Conclusão	99
5. A SAÚDE DO ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE E DO PROFISSIONAL: UM TERRITÓRIO ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AS DE SEGURANÇA	103
5.1. Introdução	103
5.2. Metodologia	106
5.3. Políticas Estadual e Municipal de Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade: duas políticas e um só sujeito	107

5.3.1. <i>Políticas Municipal de Saúde e Estadual de Defesa Social na Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade: sua execução e o ideal da intersectorialidade</i>	107
5.3.2. <i>Atendimentos pontuais ou acompanhamento da saúde do adolescente acautelado: acolhimento do sujeito e efetivação de direitos</i>	111
5.3.3. <i>Impasses e desafios na Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade</i>	116
5.4. O adolescente entre impasse e desafio para os profissionais	132
5.4.1. <i>A saúde do adolescente: terra de quem?</i>	136
5.4.2. <i>O acompanhamento do adolescente – território da invenção</i>	136
5.5. A precarização do trabalho e o sofrimento dos profissionais	142
5.5.1. <i>As condições de trabalho no Sistema Socioeducativo e seus efeitos na saúde do profissional</i>	143
5.5.2. <i>As condições de trabalho na Unidade Básica e seus efeitos na saúde do profissional</i>	146
5.6. Conclusão	148
COMENTÁRIOS FINAIS	153
GLOSSÁRIO	156
APÊNDICE A	158
APÊNDICE B	162
ANEXO A	163
ANEXO B	164

INTRODUÇÃO

O presente trabalho discute como se processa a Atenção Integral à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade a partir do olhar dos profissionais que atuam em *Centros de Saúde* ou em *Unidades Socioeducativas* de Belo Horizonte/MG. O que motivou este estudo foi a suposição de que certas práticas de promoção da saúde são insuficientes e/ou inadequadas. Trabalhamos com a hipótese de que haveria *heterogeneidade e descontinuidade na atenção à saúde do adolescente que cumpre a medida socioeducativa de privação de liberdade*¹. Ademais, supúnhamos a *insuficiência na capacitação do profissional* para prestar tais cuidados de saúde. Acreditamos que todos esses aspectos têm como pano de fundo uma representação social do adolescente que lhe é muito desfavorável. Porém: “enquanto o adolescente for alvo de uma imagem negativa, será muito difícil obter a sua completa reabilitação e inserção social, porque ele não terá motivações para tanto nem terá receptividade por parte da comunidade em que vive”. (ILANUD, UNICEF, 2004). Salientamos que o adolescente em questão enfrenta, como tantos outros de sua faixa etária, dificuldades para utilizar os dispositivos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas em decorrência de *estar em conflito com a lei*, ele carrega o peso adicional do estigma socialmente instituído contra o infrator. As hipóteses supramencionadas foram consideradas na ambiência complexa em que se inserem as diversas políticas que suportam à atenção à saúde desse adolescente.

A Saúde: um valor contemporâneo

Um dos valores mais caros ao sujeito contemporâneo é a saúde, que deve ser entendida muito além de seu antagonismo com a doença. Afinal,

¹ Neto, Moreira, Sucena, 2001; Assis e Costa, 2001; Menicucci e Carneiro, 2011 argumentam nessa direção.

(...) a preocupação com a saúde é superior taticamente à preocupação com a doença. Se a palavra-chave do século XVIII era a felicidade, e a do século XIX a liberdade, pode-se dizer que a do século XX é a saúde. Afirmando em 1949 o direito à saúde reconhecido como uma preocupação universal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) dotou o século XX de um novo direito do homem. (MOULIN, 2008, p. 18)

Uma vez colocada no lugar de ideal da cultura, a saúde estende seus domínios, e ultrapassa o campo biológico para invadir o social. Tal ampliação

(...) torna de fato improvável a posse desse estado de bem-aventurança, privilégio inatingível: não apenas a saúde no silêncio resignado dos órgãos, definição minimalista do fisiologista e cirurgião Leriche, mas a saúde exuberante, a grande saúde como proclama com eloquência Nietzsche. A saúde passou a ser a verdade e também a utopia do corpo, aposta da ordem social e de uma ordem internacional futura, mais equitativa e mais justa, no conjunto do mundo. (MOULIN, 2008, p. 18)

Se a saúde passou a ser “a verdade e também a utopia do corpo”, o sujeito contemporâneo deve recorrer “aos especialistas para velar por sua saúde” (LE BRETON, 2011), para garantir que o estado de plenitude de seu corpo seja atingido.

[Trata-se de uma] saúde cuja definição implica essa coincidência harmoniosa consigo mesmo que caracteriza o monismo, e se marca na esfera ocidental por uma discrição relativa das atividades corporais. Nas condições habituais da vida, o corpo é transparente ao ator que o habita. Ele desliza com fluidez de uma tarefa a outra, adota gestuais socialmente aceitáveis, faz-se permeável aos dados do ambiente por meio de um tecido contínuo de sensações. Condição mesma do homem, o corpo não cessa de produzir e de registrar sentido, a partir de uma espécie de automatismo. Ele é, nesse sentido, a *coincidentia oppositorum* mais espantosa da vida cotidiana: a evidência esquecida, o presente-ausente cuja existência se impõe em pontilhado através do fluxo do dia. (LE BRETON, 2011, p. 147)

E o corpo é, por conseguinte, a espacialização do estado de saúde. Logo, no imperativo determinado pela cultura do nosso tempo segundo o qual o sujeito “deve esforçar-se para parecer que vai bem de saúde” (MOULIN, 2008, p. 19), embute-se a ideia de que aquele deve cuidar e cultivar o seu próprio corpo, fazendo dele uma espécie de objeto manipulável ao seu bel prazer. Para Le Breton,

No escoamento da vida corrente, o corpo se esvanece. Infinitamente presente – porquanto é o suporte inevitável, a carne do ser-no-mundo do homem – ele está também infinitamente ausente de sua consciência. Ele atinge aí seu estatuto ideal em nossas sociedades ocidentais onde seu lugar é aquele do silêncio, da discrição, do apagamento, e até mesmo do escamoteamento ritualizado. (...) Nessas condições, mal ousamos nos lembrar de que o corpo é, entretanto, o suporte material, o operador de todas as práticas sociais e de todas as trocas entre os atores. Fazer da ocultação do corpo o sinal da saúde traduz com toda evidência o imperativo de discrição que pesa sobre as manifestações tendentes a lembrar o homem de sua condição de carne. (LE BRETON, 2011, p. 192)

Esse raciocínio nos conduz a associar a saúde como valor máximo da vida, o que nos remete ao que Canguilhem (1951)² afirmou sobre a juventude ser o valor da vida. O presente trabalho interroga justamente a representação sócio-histórica da juventude como sinônimo de saúde. Por isso, nos indagamos: *constituiria a adolescência um sinônimo de saúde?*

Adolescente: sinônimo de saúde?

Avaliamos que a associação incessantemente estabelecida entre adolescência e saúde enfraquece a defesa de que é urgente e necessário elaborar, executar e avaliar as políticas públicas voltadas para a população adolescente. Tal associação dificulta, por exemplo, encarar o envolvimento do adolescente em situações de violência como uma questão de saúde pública (MINAYO, 1990). Frente a isso, devemos, preferencialmente, nos orientar pela noção de que a adolescência mostra-se hoje “em fraturas” (BARRETO, 2012). Ou seja, ela é alvo de criminalização e patologização por parte da sociedade em geral e do Estado quando sofre os seus efeitos de disciplina e de controle, de seu encerramento sob as categorias de “*portador de distúrbio de conduta*”, “*portador de transtorno antissocial*”. (BARRETO, 2012). E disso resultaria a consideração do envolvimento da adolescência com a

² Fala de Canguilhem, para o programa “*Culture Française*” com a temática da Juventude (1951), retomada em programa da *Rádio France Culture*.

criminalidade como uma questão de saúde pública que não admite recuos em sua abordagem. Pelo contrário, cobra urgência em seu enfrentamento.

Se para Canguilhem (1951) “a juventude é sem preço já que é ela mesma o valor da vida”³, igualmente necessitamos crer que *a juventude não admite um preço* pois a *sua saúde também não tem preço*⁴, ou seja, qualquer política no Brasil será pertinente somente se os direitos do adolescente à vida e à saúde forem efetivados. Eis a indagação que conforma o cerne deste estudo: *Se analisarmos o panorama atual da execução da medida socioeducativa de privação de liberdade, estariam o adolescente e a sua saúde privados de liberdade?* É fundamentalmente a isso que tentamos responder nas páginas que se seguem. Este volume está dividido da seguinte forma: introdução, um artigo de revisão bibliográfica, uma seção sobre a metodologia geral desta investigação, mais dois artigos de discussão de resultados e, por fim, considerações finais.

Referências

Assis SG, Costa CRB. A atenção ao adolescente em conflito com a lei: perspectivas de avanço em direitos humanos e saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Direito e Saúde: uma questão do humano. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001, p. 70-78. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0068_M2.pdf

Barreto CS. Adolescência em fraturas. Revista Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos. Conselho Federal de Psicologia. Ano 9, 2012 set; n° 8:40-44. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/10/Dialogos8_23outubro.pdf

³ Tradução nossa.

⁴ O estudo *Custo da juventude perdida no Brasil*, de Cerqueira e Moura (2013) revela em termos econômicos, que a vitimização dos jovens no Brasil constitui também um grave problema econômico para a nação. Ver: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130712_custo_da_juventude_perdida_no_brasil.pdf

Canguilhem G. Arquivo transcrito do Programa “Culture Française” com a temática da Juventude, Rádio France Culture, 1951. Disponível em: <http://www.fabriquedesens.net/Georges-Canguilhem-sur-les-ondes>

Instituto Latino Americano das Nações Unidas de Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (ILANUD) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Guia Teórico e Prático de Medidas Socioeducativas, 2004. 266p. Disponível em: http://ead.senasp.gov.br/modulos/educacional/material_apoio/guia-teorico-pratico-de-medidas-socioeducativas-ilanud-unicef.pdf

Le Breton D. Antropologia do corpo e modernidade. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011. 407p.

Menicucci C, Carneiro CB. Entre monstros e vítimas: a coerção e a socialização no Sistema Socioeducativo de Minas Gerais. Revista Sociologia. 2011 jul/set, nº107:535-556. Disponível em: http://www.scielo.php?pid=s0101-66282011000300009&script=sci_arttext

Minayo MCS. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Caderno de Saúde Pública. 1990 set; vol. 6, nº 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1990000300005&script=sci_arttext

Moulin AM. O corpo diante da medicina. In: Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G (direção). História do corpo: as mutações do olhar. O século XX, v. 2. Petrópolis: Ed. Vozes, 2008, p. 15-82.

Neto OC, Moreira MR, Sucena LFM. Nem soldados nem inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 200 p.

1. POR UMA POLÍTICA EFETIVA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI PRIVADO DE LIBERDADE⁵

TOWARDS AN EFFECTIVE POLICY OF FULL HEALTH CARE FOR FREEDOM DEPRIVED TEENAGERS IN CONFLICT WITH THE LAW

RESUMO

O presente artigo objetiva debater a questão da atenção à saúde do adolescente autor de ato infracional privado de liberdade no Brasil, para tanto, duas vias principais são abordadas: 1) apontar os impasses e desafios na garantia do direito à saúde desse adolescente institucionalizado em unidades de internação; 2) estimular novas frentes de debate da questão, sobretudo no âmbito da saúde, que contribuam para afirmar políticas públicas incipientes na seara da adolescência em conflito com a lei e que, igualmente, impulsionem novas ações nesse sentido.

Palavras-chave: *Adolescente em Conflito com a Lei Privado de Liberdade – Violência – Saúde Coletiva – Direito à Saúde – Sistema Socioeducativo – Políticas Públicas*

ABSTRACT

This article discusses health care policies for freedom deprived teenagers in conflict with the law in Brazil, for such purpose, two guidelines have been set: 1) the failures and the challenges to promote the freedom deprived adolescents' right to health care; 2) the fostering of discussions on this matter, especially in the field of health care, aiming at the affirmation of incipient policies and at supporting new actions concerning freedom deprived teenagers in conflict with the law.

Key words: *Freedom Deprived Teenager in Conflict with the Law – Violence – Collective Health – Right to Health Care – Socioeducational Policy – Public Policies*

1.1. Introdução

⁵ Este artigo foi elaborado a partir de parceria entre o ObservaPED (FM/UFMG e SES/MG) e o Núcleo de Promoção de Saúde e Paz (FM/UFMG) pela ocasião da Cooperação entre UFMG e OPAS, 2010-2011 e foi publicado na *Revista Médica de Minas Gerais*, 2010; 20(2):225-233. Autoras: Vilas Boas CC; Cunha CF; Leite RC.

Este artigo pretende discutir os desafios à garantia da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade no Brasil. A prática infracional dos adolescentes envolvidos com a criminalidade aponta para um questionamento ao contrato social, às normas e regras estabelecidas pelo corpo social e que são garantidoras da ordem e do convívio em sociedade. O *Seminário Mais Juventude na Saúde: Vamos Falar Disso? – Adolescentes em Conflito com a Lei*, realizado pela *Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde*, em 2009, atesta a pertinência do tema ao propor o debate sobre estratégias e ações articuladas entre secretarias municipais e estaduais em benefício da garantia dos cuidados com a saúde desse adolescente. Sabe-se que, com o advento da *Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança* (1989), da *Constituição Federal* (1988) e do *Estatuto da Criança e do Adolescente* (1990), a Doutrina da Proteção Integral passa a assegurar o direito à vida e à saúde das pessoas em desenvolvimento. O *Levantamento Estatístico da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial de Direitos Humanos*, feito em 2004, identificou que existiam cerca de 39.587⁶ adolescentes no Sistema Socioeducativo, ou seja, em cumprimento de medida socioeducativa, determinação judicial prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Lembrando que no mesmo ano a população brasileira entre 12 e 18 anos era composta por 25 milhões de adolescentes, o equivalente a 0,15 % da população total⁷. Segundo os dados de 2005-2006, do total de 24.461.666, apenas 14.192 adolescentes estavam privados de liberdade⁸. No entanto, esses últimos, internados em unidades socioeducativas, deveriam estar privados de sua liberdade, mas não do direito à saúde integral, como acontece na maior parte do Brasil. Na realidade, esses adolescentes são privados frequentemente de respeito, dignidade,

⁶ Dados retirados do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE – formulado em 2006 pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança. Ver: <http://www.promenino.org.br/Portals/0/Legislacao/Sinase.pdf>

⁷ IBGE, Censo Demográfico, 2000, Características Gerais da População – Resultado da Amostra.

⁸ Dados disponíveis em:

<http://www.promenino.org.br/Ferramentas/Conteudo/tabid/77/Conteudold/ced8fa9e-7474-45e9-92c6-b903b56a0190/Default.aspx>.

privacidade e integridade física, psicológica e moral, como atesta a pesquisa realizada por Assis & Constantino (2001). Infelizmente, *degradar para controlar, e controlar para degradar. Esta é a lógica que rege a engrenagem institucional* (ASSIS, CONSTANTINO, 2001, p. 11). Não obstante, a situação do adolescente de embarço com a justiça é transitória, ou seja, ter cometido uma transgressão à lei não faz dele uma aberração social ou um psicopata com personalidade antisocial em formação; nomes frequentemente dados pela sociedade que patologizam e que estigmatizam o sujeito em conflito com a lei⁹. Sobre isso, Maria Cecília Minayo esclarece que há uma constante combinação de aspectos biológicos e sociais na construção de tipos de personalidades e subjetividades e na sua expressão no contexto histórico-social, *em cujas particularidades biológicas encontram as idiossincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e socioculturais em que as pessoas crescem e se desenvolvem.* (MINAYO, 2006, p. 79).

A assistência e a promoção da saúde do adolescente no contexto institucional da medida socioeducativa de privação de liberdade constituem um grande desafio, um problema complexo, gerado por múltiplas causas, dentre elas: a fragmentação das ações no atendimento socioeducativo, a dificuldade de articulação da rede de saúde, a frágil articulação da saúde na ação de socioeducação, a persistência da lógica prisional que embasa o tratamento desses sujeitos. De forma geral, é recorrente a dificuldade de sensibilizar autoridades, gestores, técnicos e pesquisadores para o interesse pela questão da saúde do adolescente privado de liberdade. E o próprio adolescente padece de igual dificuldade. Nesse sentido, o presente estudo visa também a estimular essa discussão que tem como meta a concretização e a materialização do direito desse adolescente à saúde.

⁹ Um artigo muito consistente e rico sobre o tema: Transtorno mental e criminalidade na adolescência: notas para uma análise crítica da patologização do adolescente autor de ato infracional, de autoria de Vicentin MCG e Rosa, MD. Revista Brasileira de Ciências Criminais. Ano 17, 2009 mai/jun, nº 78: 320-347.

1.2. A realidade dos direitos violados nas Unidades de Internação

Em 2006, ocorreu a *Inspeção Nacional às Unidades de Internação de Adolescentes em Conflito com a Lei*, em todo Brasil. O Conselho Federal de Psicologia e o Conselho da Ordem dos Advogados do Brasil objetivavam avaliar os níveis de efetivação dos direitos deferidos aos jovens nessa condição, denunciar as violações, suscitar debates e propor ações. O documento publicado é chave para leitura das diferenças e invariâncias da experiência de privação de liberdade. Em linhas gerais, há enorme distanciamento entre o ideal jurídico da garantia de direitos conquistados pelos adolescentes autores de atos infracionais e a realidade de direitos violados. Além disso, a Inspeção mostra a face desumanizante do tratamento recebido pelos adolescentes naquela situação em grande parte das unidades de internação, o que *pode ser creditado à inconsistência dos investimentos ou à incompetência do gerenciamento alçado à condição de política pública deliberadamente executada ou não executada* (FRASSETO, 2006).

No caso de Belo Horizonte, observou-se a inadequação da estrutura dos alojamentos das unidades de internação que se assemelham às celas de prisão, além de sua superlotação. A visita igualmente identificou adolescentes com:

dermatoses variadas, inexistindo qualquer controle em relação a tuberculose, DST/AIDS e sofrimento ou transtorno psíquico, deficiências e drogadição. As principais queixas dos adolescentes estão relacionadas às doenças respiratórias. Entretanto, a rotina do setor de saúde é a vermifugação em massa. Denúncia grave de um caso de necessidade de emergência não atendida: um adolescente baleado, na véspera, estava sem atendimento adequado, em uma cela superlotada. O número de profissionais de saúde é insuficiente para atender às demandas, inexistindo atividades preventivas de saúde. Os adolescentes não recebem preservativos. Nem mesmo há programas de prevenção à drogadição. Como tudo, a situação dos medicamentos disponíveis é bastante precária. É crível inferir que os adolescentes costumam ser medicados com psicotrópicos por problemas de comportamento. (CFP, OAB, 2006)

A mesma inspeção visitou três unidades de internação da capital paulista. Igualmente foi constatada a inadequação do espaço físico e a similaridade arquitetônica dessas unidades com a estrutura prisional destinada aos adultos. Sobre a saúde dos internos, a Inspeção observou que

não há um programa sistematizado e de frequência regular de ações preventivas de DST/AIDS e de drogadição, contando somente, segundo as supervisoras, com “iniciativas pontuais de alguns funcionários”, que possuem experiência naquela ação. Nos relatos dos adolescentes entrevistados, estes informaram que não recebem acompanhamento médico em caso de lesões sofridas por espancamentos; que as roupas são trocadas de quatro em quatro dias (...) que os banhos, em geral, são frios [enfim] há precariedade e negligência no atendimento de saúde aos internos. (CFP, OAB, 2006)

Assinala-se que este artigo não tem a pretensão de estabelecer uma comparação rigorosa entre as realidades das unidades de internação de Belo Horizonte e São Paulo, capital, todavia, o que se pode inferir, certamente não desse breve panorama, mas, do documento da Inspeção, é que os adolescentes privados de liberdade no Brasil estão submetidos a um tratamento degradante de sua condição humana.

Outro estudo indispensável é o *Mapeamento Nacional da Situação das Unidades de Execução da Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade*, realizado em 2002, pelo Ministério da Justiça. Nele constatou-se que a gama de problemas existentes nessas unidades é bastante ampla, variando da insuficiência de profissionais de saúde até a medicalização em massa dos adolescentes ali internados. Sobre a última, a medicação funciona não raro como uma espécie de *algema medicamentosa como uma forma de anestésiar o adolescente e [que] funciona como tampão para as questões que as unidades têm que enfrentar* (ATHAYDE, 2010). Esse estudo mostrou também que a maioria dos adolescentes privados de liberdade utilizava os serviços da rede SUS e que por isso eram sujeitos às dificuldades recorrentes de acesso da população adolescente brasileira vista em sua totalidade. Raramente havia equipe do Programa de Saúde da Família para o acompanhamento dos casos fora do espaço da unidade de internação. A maioria

das unidades não oferecia assistência aos usuários e dependentes químicos e as ações de saúde mental também eram escassas. A prevenção e a orientação sobre a transmissão do HIV eram esporádicas, assim como a distribuição de preservativos, e a sexualidade dos adolescentes era recorrentemente negada. Acredita-se que as referidas dificuldades são agravadas pela falta de capacitação do técnico para lidar com o adolescente em conflito com a lei, também pelo preconceito que permeia a relação profissional de saúde-adolescente e ainda pela precariedade de condições de trabalho do profissional.

1.3. O adolescente em conflito com a lei privado de liberdade, a Doutrina da Proteção Integral e o Direito à Saúde

De acordo com Emílio Mendez & Antônio Carlos Gomes da Costa, através da *Doutrina das Nações Unidas de Proteção Integral da Infância* – corpo de legislação internacional composto pela *Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança* (1989); pelas *Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça de Menores* (1985); pelas *Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade* (1990) e pelas *Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de RIAD, 1990)* – o adolescente passa de *menor a sujeito de direitos e deveres*. Ou, como afirma o jurista João Batista Costa Saraiva, o adolescente sai da invisibilidade, da indiferença e ganha o direito à proteção integral. Anteriormente a esta doutrina, vigorava no Brasil a noção de doutrina da situação irregular na qual se fundamentava o antigo Código de Menores em suas duas versões, a primeira de 1927 e a segunda de 1979. Em tal contexto, o Estado se fazia presente na vida de crianças e adolescentes apenas em situações de vulnerabilidade material ou moral, como descrevem Mendez & Costa (1994), ou seja, eles eram meros objetos de tutela e de repressão por parte do Estado. Pode-se afirmar que naquela época o Estado se preocupava

exclusivamente em afastar quaisquer ameaças ao contrato social, logo, os *menores*, tomados indistintamente, constituíam-se em um perigo à sociedade, e pouco mais que isso. Ao Estado cabia a manutenção da ordem através do controle social, da eliminação de possíveis riscos. Cabe enfatizar que a doutrina da situação irregular não prescrevia nenhum tipo de ação do Estado no sentido de responsabilização, nem tão pouco de alteração do *status quo*. Com o advento da doutrina da proteção integral é introduzida a obrigatoriedade de garantia de direitos da criança e do adolescente e de afirmação de sua cidadania. Em consonância com a referida doutrina, a *Constituição Federal*, de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”, em seu artigo 227 determina que:

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

Em 1990, a aprovação da Lei 8.069/90 implementa o *Estatuto da Criança e do Adolescente* um novo horizonte começa, pois, a se delinear. O ECA é essencialmente um mecanismo de garantia de direitos e de afirmação de cidadania e, por conseguinte, é referencial legal obrigatório nas ações que beneficiam crianças e adolescentes. Essa lei se assenta no princípio da igualdade entre eles que, sem distinção, devem usufruir dos mesmos direitos e estar sujeitos às obrigações compatíveis com sua condição de desenvolvimento. No caso do adolescente em conflito com a lei, o Estatuto determina a aplicação de uma das seis medidas socioeducativas previstas pela lei. O título III do ECA *Da prática de ato infracional*, capítulo IV – *Das medidas socioeducativas* artigo 112 afirma que se:

Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas: I – advertência; II – obrigação de reparar o dano; III – prestação de serviço à comunidade; IV – liberdade assistida; V – inserção em regime de semiliberdade; VI – internação em estabelecimento educacional; VII – qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI [medidas protetivas].

Destaca-se o imensurável avanço de paradigmas e referenciais alcançados na esfera da adolescência em conflito com a lei, avanço que, em linhas gerais, poderia ser traduzido como passagem das práticas punitivas à responsabilização do adolescente. O Estatuto dá origem ao princípio do Direito Socioeducativo que tem como premissas básicas a proteção contra a imposição injusta de responsabilidades e o direito do adolescente à socioeducação.

O sistema socioeducativo caracteriza-se, portanto, como um sistema jurídico especial, de responsabilidade do autor de ato infracional, sistema jurídico diferente do sistema de responsabilidade penal do infrator adulto, mas ainda assim de responsabilidade, de responsabilidade penal juvenil. (KONZEN, 2007, p. 25)

Em 2006, o *Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente* (CONANDA) – e a Secretaria Especial de Direitos Humanos criaram o *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo* (SINASE) – pretendendo a incorporação da questão do adolescente em conflito na agenda das políticas públicas para a juventude.

O Sinase propõe diretrizes para uma política pública voltada para a implementação das medidas socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Estabelece um conjunto de regras e critérios de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo que devem ser seguidos durante o processo de apuração de ato infracional cometido por adolescentes até a execução de medida socioeducativa. (CONANDA, SEDH, 2006)

Esse documento é norteador das políticas intersetoriais em nível local e a construção de redes comunitárias de apoio. O SINASE constitui-se, por conseguinte, como ferramenta indispensável para a efetivação do Estatuto que, em muitos aspectos, encontra-se estritamente no plano jurídico e político-conceitual, longe de alcançar os sujeitos de direitos: os adolescentes. É de grande interesse do Conselho

Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e dos movimentos sociais de defesa da criança e do adolescente, o enfrentamento das situações de violência e violação de direitos que afetam os adolescentes autores de ato infracional no âmbito do sistema socioeducativo, por isso se justifica a criação do SINASE.

Na abertura da publicação *Nem soldados nem inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro*, Minayo diz que não raro o sistema socioeducativo acentua as desigualdades e a exclusão já presentes na vida dos adolescentes antes da transgressão. Para tal autora, isso decorre da “pedagogia” fundada no aprisionamento, na impessoalidade e na disciplina. Com efeito, o SINASE vislumbra o fim das práticas de violência física, abusos psicológicos e negligência no sistema socioeducativo, herança do Código de Menores e sua doutrina da situação irregular, vigentes até fins dos anos 80. Para que se alcance tamanha mudança, de acordo com o SINASE, a proposta é de que: sejam priorizadas as medidas socioeducativas de meio aberto (advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida); ocorra a municipalização das medidas socioeducativas; haja efetiva articulação dos três níveis do governo em prol do aprimoramento dos serviços e programas de execução dessas medidas, levando em conta a intersetorialidade; os conselhos de direitos das crianças e adolescentes fundamentem suas decisões e diagnósticos a partir de diálogos com os demais integrantes do sistema de garantias, tais como o Poder Judiciário e o Ministério Público. Uma vez mais, é preciso insistir que a situação dos adolescentes autores de ato infracional privados de liberdade no Brasil está em processo de mudança, que a heterogeneidade prevalece como a marca da execução das medidas socioeducativas nas unidades federativas. Alguns municípios já se comprometeram com o pacto social pela operacionalização do SINASE e outros tantos estão sendo sensibilizados para fazê-lo.

Constitui também proposta do SINASE a uniformização, a homogeneização da execução das medidas socioeducativas. Para tanto, esse documento fornece pontos

cardiais, por exemplo, para a humanização arquitetônica dos centros de internação, no intuito de promover a salubridade, a higiene, enfim, a garantia do direito do adolescente à saúde. O sistema parte dos princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade nas ações reafirmando o artigo 7º do ECA que versa sobre a necessidade do atendimento integral à saúde, por intermédio do SUS, para promover, proteger e recuperar a saúde do adolescente. Já que no documento citado estão descritas as diretrizes de ação dos diversos atores da saúde, admite-se que o profissional de saúde deva conhecer o SINASE para agir de modo sintônico às suas proposições. Em tópico intitulado *eixo saúde*, o SINASE coloca em evidência duas portarias, criadas posteriormente àquele documento, de máxima importância para a descoberta do caminho de interface entre a execução das medidas socioeducativas e a política da saúde, a saber: a *Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1426, de 14 de julho de 2004*, e a *Portaria do Ministério da Saúde nº 340, de 14 de julho de 2004*. A primeira aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no âmbito do SUS. Em linhas gerais, tais diretrizes terão por finalidade a promoção da saúde daqueles adolescentes, oferecendo uma abordagem educativa, integral, humanizada e de qualidade. E ainda, a Portaria 1426/2004 define as participações e contrapartidas de cada esfera do governo e dos órgãos de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. Destaca-se nesta portaria o artigo 2º que determina a criação de um Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde aos Adolescentes Privados de Liberdade, em cada unidade federativa do Brasil. A segunda portaria dá providências para a fixação de normas, critérios e fluxos que favoreçam os estados e municípios à adesão e à operacionalização das diretrizes de implantação e implementação de políticas referentes ao mesmo público. A última portaria zela pela garantia da integralidade e universalidade no acesso do adolescente privado de liberdade aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, assim como pela atenção à saúde humanizada e de qualidade, de acordo com os princípios do SUS. A portaria 340/2004 estabelece que as Secretarias Estaduais e Municipais, juntamente com a secretaria gestora do sistema socioeducativo deverão desenvolver em conjunto os procedimentos necessários para atingir tais metas. Será via: 1) ações de promoção de saúde, 2) ações de práticas educativas e 3) ações de

assistência à saúde, que a promoção da saúde, a prevenção de riscos e assistência aos agravos poderão ser viabilizadas. O texto da portaria apresenta em detalhes cada uma das ações elencadas. A deliberação CIB – SUS/MG nº 432, de 17 de abril de 2008, aprova o *Plano Operativo Estadual de Minas Gerais de Atenção à Saúde dos Adolescentes Privados de Liberdade em Cumprimento de Medida Socioeducativa em Regime de Internação e Internação Provisória* e dispõe sobre requisitos de incentivo financeiro. Por fim, ainda no rol das normativas que interessam à discussão deste artigo, há a Portaria nº 647 de 11 de novembro de 2008, criada em conjunto pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres que, fundamentalmente, aprova as normas para a implantação e implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI).

Mas, como realmente promover a integralidade e a intersetorialidade no atendimento às necessidades de saúde da população constituída por adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade? Há urgência na construção de uma real e efetiva política de atenção à saúde para tais adolescentes certamente em todo Brasil, mas aqui interessa especificamente o estado de Minas Gerais. Levando em consideração o conjunto de portarias e deliberações citadas e seus parâmetros, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e a Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais estabeleceram, em 2008, o *Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde dos Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas em Regime de Internação e Internação Provisória (POE)* que define as diretrizes para que as secretarias municipais de saúde elaborem seu *Plano de Ação Municipal de Assistência Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória*. Esses documentos foram estruturados seguindo à risca os parâmetros definidos pelas referidas portarias. Assim, com a aprovação do POE do Estado de Minas Gerais, a expectativa é a de que as Secretarias Municipais de Saúde elaborem e implementem seus respectivos *Planos de Ação Municipal de Assistência Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e*

Internação Provisória. A título de esclarecimento, vale a pena ressaltar que os municípios brasileiros devem se ocupar da execução das medidas socioeducativas de meio aberto, enquanto os governos estaduais estão encarregados daquelas de meio fechado. Quanto à medida de privação de liberdade, é papel das secretarias municipais de saúde a viabilização do acesso do adolescente internado à saúde.

O Seminário Estadual de Medidas Socioeducativas de Minas Gerais, ocorrido em 2009, originou um livro que torna pública parte da experiência que a Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais vem desenvolvendo. Um dos artigos traz uma vinheta da execução da política estadual das medidas socioeducativas de privação de liberdade. Faria (2009) relata aspectos da construção do *Modelo de Gestão do Sistema Socioeducativo*. De acordo com a autora, o Estado adotou uma metodologia que privilegia as ações de segurança e atendimento. O texto em questão defende que a prática socioeducativa deve ser feita por meio do diálogo e das intervenções pedagógicas e que o atendimento não é especificidade do assistente técnico, no caso todos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar das unidades de internação devem esforçar-se por fazer valer o princípio do atendimento integrado. Esse trabalho é orientado pela superação de práticas correcionais e repressivas que cursavam, sobretudo, no período da doutrina da situação irregular. Desde o ano de 2007, a Escola de Formação e Aperfeiçoamento dos Sistemas Prisional e Socioeducativo (EFAP/SEDS-MG) se encarrega da formação e capacitação do conjunto de profissionais do sistema socioeducativo mineiro. Além disso, a Superintendência de Gestão de Privação de Liberdade/SEDS-MG vem realizando visitas aos municípios no sentido de fomentar a elaboração dos planos locais ou municipais de ações de prevenção e promoção à saúde dos adolescentes internados em unidades socioeducativas. Esse mesmo artigo informa que cinco municípios mineiros já aderiram ao Plano Operacional Estadual, e que eles inclusive aguardam a aprovação de seus Planos Municipais pelo Ministério da Saúde. Faria coloca em evidência a criação do *Espaço sob Medida* que visa, primeiramente, ao fomento de debates sobre os impasses vividos pelos profissionais na execução da Medida Socioeducativa de Privação de

Liberdade e, em última instância, o aperfeiçoamento continuado das competências e habilidades para o atendimento ao adolescente em questão.

1.4. Adolescente privado de liberdade: um desafio para a política de saúde

O adolescente objeto deste estudo encontra-se em conflito com a lei, em posição de questionamento do contrato social, conforme já evidenciado. A transgressão delimita o campo de ação desse adolescente como sendo, na maioria das vezes, o campo da violência. Nesta seção do artigo serão abordados a violência, seu impacto sobre a saúde do jovem e a necessidade urgente da saúde posicionar-se frente a isso. No artigo intitulado *Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde*, Minayo (2005) ressalta a dificuldade de inclusão da temática da violência no âmbito da saúde. A autora revela, então, o seu posicionamento: a criação de uma nova agenda da saúde passa invariavelmente pela inclusão do tema da violência, considerada em dimensão ampliada, já que as principais causas de morte e de morbidade constituem hoje doenças vinculadas aos modos de vida e às relações sociais. Historicamente a interrogação acerca da problemática da violência se revela bastante recente. Inicia-se nos anos 60 uma frente de estudos sobre a violência em toda a América Latina. Maria Cecília Minayo (2004, p. 8) assinala, porém, que:

Nunca um tema provocou tanta resistência para sua inclusão na pauta sanitária (...) As razões são muitas. Algumas vêm do próprio âmbito onde o tema tem sido tratado tradicionalmente, o terreno do direito criminal e da segurança pública. (...) Outros motivos vêm dos fundamentos filosóficos da área, terreno de quase monopólio médico e biomédico, cuja racionalidade tende a incorporar o social apenas como variável ambiental da produção de doenças. (...) Até bem pouco tempo, porém, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como um espectador, um contador de eventos, um reparador de estragos provocados pelos conflitos sociais (considerados externos a ele), tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais, provocadas por catástrofes, guerras, genocídios e terror político.

Mas se é verdade que a saúde é uma encruzilhada para onde convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais e espirituais produzidos na sociedade (MINAYO, 2003), não será muito exitoso o adiamento de fazer frente às questões complexas colocadas em jogo pela violência. Ainda segundo Minayo:

A violência aparece hoje como preocupação de alta relevância em todas as instâncias públicas, em todos os discursos, em propostas políticas e em agendas de ação. Não como uma manifestação de busca de mudanças, como Engels ou Marx pensavam seu sentido, mas como um subproduto da sociedade dita pós-moderna, movida pela financeirização da vida pelo consumo. (...) A violência tal como se está configurando no Brasil aparece como aquele bode malcheiroso do qual todos queremos nos livrar. Ela se nutre e se reproduz no cenário de grandes interesses econômicos, de negócios milionários, de propostas de corrupção, de envolvimento dos mais diferentes agentes sociais, gestando-se dentro das instituições acima de qualquer suspeita, à margem ou à sombra da ação política transformadora. (MINAYO, 2003, p. 13)

Hoje a violência não é mais exclusividade da segurança pública. Esse tema domina o cenário público, sempre na vertente do incômodo, da ameaça à paz social. É, pois, chegada a hora de a saúde se apropriar de sua quota de responsabilidade nas discussões mais aprofundadas do fenômeno da violência. A ampliação do conceito de saúde favorece essa apropriação. Quando se leva em consideração, por exemplo, o SUS e sua doutrina de acesso a serviços integrais, a observação assinalada se torna plausível. Saúde resulta aí de uma dupla combinação: da ação de fatores sociais e econômicos (Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/1990) e da dinâmica dos serviços de saúde. A multideterminação nas condições de saúde convoca Estado e Sociedade a intervir na formulação de políticas públicas que contemplem as necessidades de saúde de forma ampliada e integral, como ressaltam Marco Akerman *et al* (2008, p. 119):

Saúde resulta das condições concretas de vida da população, que por sua vez resulta da ação política dos sujeitos sociais, que disputam recursos de várias ordens (financeiros, políticos, institucionais etc). Os serviços de saúde, de sua parte, resultam de concepções de saúde e, também, de interesses de atores que jogam o jogo da saúde. Dessa forma, nenhum sistema ou serviço é reflexo imediato de necessidades, incorporadas em

distintos graus. Saúde e organização de serviços são, nesta medida, espaço de disputa, de afirmação ou de negação de direitos e necessidades.

Nota-se uma trama que se constitui na inter-relação entre os âmbitos biológico, subjetivo e social. Logo, a realização de estudos interdisciplinares, que incluam as visões qualitativa e quantitativa, tornará possível o avanço no enfrentamento da violência que envolve e acomete os jovens no Brasil (MINAYO, 1994). Somente assim, haverá condições para ofertar uma atenção efetiva à saúde do adolescente em conflito com a lei, de construir uma política de saúde para esse segmento da população que derive das diretrizes legais do ECA, do SINASE e dos Planos Operativos Estadual e Municipal, que são medidas de inclusão dos adolescentes autores de atos infracionais na rede de dispositivos do SUS. Destaca-se que:

A violência (...) é uma questão social pluridimensional, e, portanto, em si, não é um objeto próprio do setor de saúde. Ela se torna um tema desse campo em dois sentidos: (1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas; pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médicos e hospitalares; (2) porque atinge os temas tratados no conceito ampliado de saúde. Esse conceito é vinculado à ideia de "promoção", tão bem expressa na Carta da Conferência de Ottawa em 1986. (...) Desta forma, a violência é um problema da intersetorialidade no qual o campo médico-social se integra. (MINAYO, SOUZA, 2003, p. 61)

1.5. O direito à saúde como valor ético

Este artigo percorreu algumas propostas para a construção de uma nova lógica de execução das medidas socioeducativas, alternativa ao ranço do vigiar e punir que se reproduz frequentemente nos espaços idealizados como socioeducativos no Brasil. Considerar o adolescente em sua condição de pessoa em desenvolvimento, mas em condições de se responsabilizar por seus atos não é, seguramente, tarefa fácil para

o profissional de saúde. Desconstruir a lógica carcerária, colocar à prova os ideais moralistas, dar credibilidade às questões relativas à travessia da adolescência – a separação dos pais e a descoberta da sexualidade – isso se faz urgente, como já afirmado neste texto. Negar ao adolescente privado de liberdade o direito à saúde é agir de forma violenta, atentando contra as diretrizes das normativas específicas para a criança e para o adolescente. Para tanto, há políticas em vias de estruturação que conferem retaguarda aos profissionais de saúde no confronto com o *bode malcheiroso*, corporificação da violência contemporânea tão presente na trajetória do adolescente em conflito com a lei no Brasil. *Por uma Política Nacional de Saúde para os Adolescentes que Cumprem Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade*, eis um norte ético para a garantia do direito à saúde desses jovens.

Ressalta-se que as políticas de cuidados da saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade em Minas Gerais estão em processo de construção. Muitos são os autores envolvidos com o propósito de fazer valer o direito do adolescente às condições de vida dignas e edificantes. Certamente ainda prevalece a heterogeneidade e a falta de entrelaçamento das ações de garantia de acesso do jovem à saúde, mas o problema vem recebendo tratamento. Este texto, porém, se ateve a transmissão de informações de domínio público, disponibilizadas seja pelos gestores, seja por pesquisadores ou por documentos publicados. Dados e notícias mais específicas poderão ser conseguidos junto ao Estado e ao Município. Na mesma direção de humanização do atendimento ao adolescente em conflito com a lei caminha o *Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente – ObservaPED* – que está investido no propósito de participar da construção da referida política. Criado em 2009 pelo *Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina/UFMG* em parceria com a *Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais* esse Observatório foi configurado como um espaço para análise sistemática e permanente de eventos, fatos, evidências e acontecimentos sobre a saúde da criança e do adolescente. É por isso que as ações de seu eixo Adolescência e Violência concentram-se em conhecer como a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei* vem sendo implantada e implementada em Belo Horizonte; buscar junto às unidades executoras das medidas

socioeducativas de privação de liberdade informações sobre a atenção à saúde ofertada a esse adolescente; localizar os equipamentos disponíveis nos centros de internação para tal adolescente; identificar como se dá o acesso à rede de atenção à saúde existente no Município; enfim, descobrir impasses e desafios na operacionalização de ações condizentes com o princípio de proteção integral à saúde desse jovem.

Referências

Akerman M *et al.* Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: Campos GW *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 111-136.

Assis S, Constantino P. Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. 284 p.

Athayde P. Síndrome do infrator. Revista Carta Capital. Edição 541.15/04/2009. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/app/materia.jsp?a=2&a2=6&i=3861>

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

Brasil. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Senado, 1990.

Conselho Federal de Psicologia (CFP), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Relatório da Inspeção Nacional às Unidades de Internação de Adolescentes em Conflito com a Lei. Brasília, 2006. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/08/relatoriocaravanas.pdf>

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH). Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Brasília, junho de 2006. 122 p. Disponível em: <http://www.promenino.org.br/Portals/0/Legislacao/Sinase.pdf>

Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena, LFM. Nem soldados, nem inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. 200 p.

Faria, AMG. A política estadual de atendimento às medidas socioeducativas de privação de liberdade. I Seminário Estadual de Medidas Socioeducativas de Minas Gerais; 10/09/2009; Belo Horizonte, 2009. 88 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico, 2000, Características Gerais da População – Resultado da Amostra. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>

Konzen, AA. Justiça restaurativa e ato infracional – desvelando sentidos no itinerário da alteridade. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007. 158 p.

Mapeamento Nacional da Situação das Unidades de Execução de Medida de Privação de Liberdade ao Adolescente em Conflito com a Lei. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Texto para discussão nº 979, agosto de 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/default.jsp>

Mendez, EG, Costa ACG. Das necessidades aos direitos. São Paulo: Malheiros Editores, 1994. 165 p.

Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Caderno de Saúde Pública – ENSP. 1994, v. 10, suplemento 1:7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>

_____. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. Revista Brasileira de Educação Médica – Associação Brasileira de Educação Médica. 2005 jan/abr, v. 29, nº 1:55-63. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/desafio.pdf>

_____. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132 p.

Minayo MCS, Souza ER (orgs.). Violência sob o olhar da saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. 284 p.

Municípios brasileiros assumem medidas socioeducativas. Agência de notícias dos direitos da criança (ANDI). 03/07/2008. Disponível em: <http://www.andi.org.br/infancia-e-juventude/pauta/municipios-brasileiros-assumem-medidas-socioeducativas>

Saraiva, JBC. Adolescente em conflito com a lei – da indiferença à proteção integral: uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil. 3ª ed. ver. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009. 134 p.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Investigar como se efetiva a atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade em Belo Horizonte por meio do trabalho dos profissionais de saúde que lidam com esse público na cidade, seja em *Centros de Saúde*, seja em *Centros Socioeducativos*.

Objetivo Específico:

Discutir o processo de aprimoramento e ampliação dos instrumentos teórico-conceituais do processo de trabalho em saúde dos profissionais que atuam na execução da medida socioeducativa de privação de liberdade e também daqueles que trabalham nos *Centros de Saúde* no apoio às *Unidades de Internação*.

3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1. Nota sobre a estrutura desta tese

Informamos que a estrutura desta tese obedeceu a apresentação dos resultados de pesquisa sob a forma de artigos tal como fortemente sugere a *Resolução 03/2010, de 05 de fevereiro de 2010*, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente da FM/UFMG, normativa que regulamenta o formato de teses e dissertações do referido Programa.

3.2. Observações sobre os métodos

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, a fim de elucidar aspectos relevantes da discussão sobre a saúde do adolescente privado de liberdade que não são identificados usualmente em pesquisas quantitativas. Deve-se ressaltar, que ainda são poucas as pesquisas, no campo da saúde do adolescente privado de liberdade que adotam a abordagem qualitativa. Segundo Minayo, a pesquisa qualitativa visa a:

(...) apreender um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2004, p. 21)

Ademais, Flick (2009, p. 21) destaca a atualidade da pesquisa qualitativa quando afirma que “As narrativas agora precisam ser limitadas em termos locais, temporais e situacionais”. Esse autor diz ainda que

A mudança social acelerada e a conseqüente diversificação das esferas de vida fazem com que, cada vez mais, os pesquisadores sociais enfrentem novos contextos e perspectivas sociais. Tratam-se de situações novas para eles que suas metodologias dedutivas tradicionais – questões e hipóteses de pesquisa obtidas a partir de modelos teóricos e testadas sobre evidências empíricas – agora fracassam devido à diferenciação de objetos. Desta forma, a pesquisa está cada vez mais obrigada a utilizar-se das estratégias indutivas. Em vez de partir de teorias e testá-las são necessários “conceitos sensibilizantes” para a abordagem dos contextos sociais a serem estudados. (FLICK, 2009, p. 21)

É importante assinalar que as hipóteses iniciais descritas no projeto de pesquisa que originou esta investigação não têm a mesma força de suposta verdade a ser verificada, como no caso da pesquisa quantitativa. Pois, segundo Flick:

Diferentemente de um estudo quantitativo, o pesquisador não usa a literatura existente sobre seu tema com o objetivo de formular hipóteses a partir dessas leituras, para, então, basicamente testá-las. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador utiliza os *insights* e as informações provenientes da literatura enquanto conhecimento sobre o contexto, utilizando-se dele para verificar afirmações e observações a respeito de seu tema de pesquisa naqueles contextos. (FLICK, 2009, p. 62)

Destacamos que este estudo inaugurou o eixo de trabalho *Adolescência e Violência* do Observatório de Saúde da Criança e do Adolescente (ObservaPED)¹⁰ do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), eixo coordenado pela Professora Dr^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo, também orientadora do presente estudo. É igualmente pertinente assinalar que este estudo lança uma discussão extremamente relevante para a saúde pública brasileira. Nesse sentido, ao respaldar o seu desenvolvimento, a

¹⁰ Site oficial do ObservaPED/Dep. Pediatria/FM/UFMG: <http://www.medicina.ufmg.br/observaped/>

FM/UFMG concretiza uma louvável posição ética da Universidade no tratamento de tal questão.

Para conhecer sobre a atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte, fomos ao encontro dos profissionais de saúde que lidam com esses adolescentes seja dentro das Unidades Socioeducativas, seja nos Centros de Saúde. Adotamos como ponto de partida o método da *Conversação de inspiração Psicanalítica*. Contudo, o percurso do projeto de pesquisa pelos *Comitês de Ética em Pesquisa* da *Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH)*, da *Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS/MG)* e da UFMG¹¹, e certamente também pelos gestores de cada uma dessas instituições, além de sua ampliação para submissão a *Edital de Extensão em Interface com a Pesquisa* da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), em 2010¹², provocaram a inclusão também dos métodos da *Observação-participante* e das *Oficinas com temáticas de saúde do adolescente*. Isso ocorreu em virtude de uma mínima adequação necessária à viabilização do projeto e também da busca de ofertar às instituições participantes uma contrapartida da Universidade que assim dispôs seu conhecimento ao aperfeiçoamento das ricas práticas às quais tivemos acesso. Deixamos claro aqui, que, em verdade, houve, no contato com esses profissionais tão prontamente dispostos a falar sobre a sua prática, uma experiência viva de troca de conhecimentos e, inclusive, de grande aprendizado para os pesquisadores envolvidos neste estudo. E o fato de a pesquisadora não trabalhar em nenhuma das instituições participantes deste estudo, nos parece ter sido essencial na constituição do laço que possibilitou a esses profissionais falarem livremente, aparentemente sem restrições quanto ao destino de seus dizeres.

Gostaríamos de mencionar que esse percurso através das devidas instâncias que autorizaram a realização deste estudo foi consideravelmente longo, pois demandou o respeito ao tempo do trâmite de cada uma delas, e igualmente a apreciação de

¹¹ O projeto de pesquisa foi devidamente aprovado por todas essas instâncias. Este estudo está, portanto, registrado na *Plataforma Brasil* do Sistema CEP/CONEP sob o CAAE n° 05476912.7.0000.5149.

¹² Edital de Extensão em Interface com a Pesquisa, 2010, projeto APQ-03257-10, que durou dois anos.

sua parte exigiu pequenas modificações e adequações do projeto. Ademais, tivemos que apresentar o projeto de pesquisa à *Gerência de Assistência à Saúde* (GEAS) da SMSA/PBH e às *Gerências dos Centros de Saúde* que elegemos, antes mesmo do início do trâmite. Sem mencionar que todo esse percurso transcorreu em período de alteração do procedimento de inscrição do projeto que antes era feito no *Sistema Nacional de Ética em Pesquisa* (SISNEP) e passou a ser na *Plataforma Brasil* que, então, unificou os registros de pesquisas em todo o Sistema CEP/CONEP. Essa mudança certamente agilizou os procedimentos necessários à autorização de pesquisas em geral, mas, no nosso caso, em meio à transição, fomos obrigados a refazer e a retomar certos passos. Enfim, gostaríamos apenas de mencionar que isso tudo não é sem consequência para o andamento de um estudo.

Antes de adentrarmos propriamente nas considerações metodológicas, avaliamos como necessário dizer que a pesquisadora é graduada em psicologia¹³ e trabalhou anteriormente na execução da Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida em Belo Horizonte. Realizou mestrado na área da psicanálise¹⁴, com um estudo também relacionado ao adolescente em conflito com a lei. A menção a esse percurso anterior se justifica pela necessidade que temos de registrar que a realização de um estudo qualitativo em enquadre de uma Pós-Graduação Médica não é tarefa fácil. Com relação ao caminho de aprovação do projeto de pesquisa, o nosso projeto percorreu o mesmo caminho que uma pesquisa de testagem de medicamento, por exemplo. No entanto, avaliamos que ela não oferecia riscos semelhantes a esse tipo de testagem. Se a mesma pesquisa que realizamos tivesse como enquadre uma Faculdade de Ciências Humanas não teríamos tardado tanto a começar o seu campo. Ou seja, isso nos fez pensar se realmente os procedimentos de avaliação de um projeto devem ser equiparados. Não discutiremos isso longamente, fica apenas como uma nota de observação. A seguir definiremos os métodos utilizados, o porquê de seu uso e, sobretudo, como esta pesquisa foi efetivamente realizada.

¹³ Graduada em psicologia pela *PUC-Minas/Belo Horizonte/Minas Gerais/Brasil*.

¹⁴ Mestre em Psicologia, pela *Université de Paris VIII, Paris/França*, onde estudou no Dep. de Psicanálise.

A *conversação de orientação psicanalítica* é uma modalidade de pesquisa-intervenção, realizada no formato de encontros e que pretende o tratamento de fracassos decorrentes da experiência de sujeitos ligados por um aspecto em comum, por uma causa comum. Ela consiste na promoção de debates, reflexões e discussão viva dos participantes (SANTIAGO, 2008) e, portanto, introduz a subjetividade como elemento essencial ao trabalho de pesquisa-intervenção. Para Santiago,

A Conversação Clínica é, pois, um modo de tratar dos insucessos que produzem perguntas e quando há perguntas ou um chamado à conversa, à troca com os outros. É, em suma, uma ficção operativa a serviço da produção de um passo a mais, de algo novo no saber já estabelecido. (SANTIAGO, 2008, p. 108)

Santiago (2008) explicita que há três desafios colocados para a prática da *conversação de orientação psicanalítica*, a saber: 1) alcançar os efeitos terapêuticos sobre o mal-estar dos sujeitos participantes da amostra; 2) obter efeitos de transmissão e de formação dos pesquisadores e 3) produzir conhecimento naquilo que os próprios sujeitos-participantes ensinam. A pesquisa em psicanálise se orienta a partir da relação do sujeito com seu sintoma e com o Outro social, logo, é o sintoma condição para a experiência da conversação. Considerar mal-estar, fracasso ou impasse vivido pelos sujeitos de pesquisa significa dar relevância às suas interferências no laço social. O intuito de localização do ponto de disfunção desse laço é fomentar a produção de saber dos sujeitos, da criação de novas soluções para aquilo que era vivido como impossibilidade. A conversação seria, pois, uma espécie de associação livre coletivizada, ou ainda, uma experiência de palavra (SANTIAGO, 2008) que visa a produção do efeito de saber e a abertura de perspectivas inéditas para os sujeitos.

A metodologia da *conversação psicanalítica* tem a vantagem de privilegiar o saber do sujeito em detrimento de um saber prévio do pesquisador. A circunscrição de

uma situação-problema relativa à experiência em comum entre pares, sejam eles colegas de trabalho, colegas de escola etc. não corresponde à definição de um roteiro de trabalho por parte do pesquisador. Importa delinear os contornos da situação-problema para, em seguida, reunir as principais identificações referentes ao grupo de sujeitos de pesquisa. O passo subsequente é inaugurar a experiência de falar entre pares, procurando “*destravar identificações*” (SANTIAGO, 2008) e encontrar furos na compreensão, finalmente, abrindo a possibilidade de instauração de uma nova significação para o impasse, algo que seja sintônico com os sujeitos e que seja produto dessa interação entre eles.

A metodologia da conversação está devidamente incluída nos critérios definidos por Turato (2003) de método clínico-qualitativo aplicado ao campo da saúde. A definição estabelecida por esse autor permite tal inferência:

A partir das atitudes existencialistas, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade. (TURATO, 2003, p. 242)

Acreditamos que a opção pelo método clínico propicia a emergência de um pesquisador preocupado com a construção do conhecimento que inclui a subjetividade. O interesse maior está posto no modo como se processam os fenômenos, mais do que no produto das correlações entre si (TURATO, 2003). É importante salientar que, nesse sentido, os saberes teóricos, práticos e subjetivos dos sujeitos pesquisados constituem ponto de partida para essa investigação científica. Ao localizar a teoria psicanalítica como fonte historicamente recente de métodos clínicos de pesquisa, Turato (2003) afirma que a investigação clínico-qualitativa dos fenômenos da área da saúde toma de empréstimo diversos

conceitos daquela teoria. O refinamento que resulta dessa aproximação de campos permite ao autor definir a atitude clínica aplicada ao pesquisador clínico-qualitativista da seguinte maneira:

É a postura de acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo alvo dos estudos do pesquisador, assumida por este profissional, que assim inclina sua postura de escuta, seu olhar e suas múltiplas e interligadas sensibilidades, que interage com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação com direção àquela pessoa a quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente, empreendendo de forma sistematizada uma pesquisa dos fenômenos como percebidos por este indivíduo, e sendo primitivamente movido pelo desejo de ajuda a quem sofre. (TURATO, 2003, p. 240)

No caso específico desta pesquisa, acreditávamos que através das conversações seria possível dar encaminhamentos aos insucessos na prática do profissional de saúde que lida diretamente com o adolescente em situação de privação de liberdade, seja nas *Unidades de Internação* ou nos *Centros de Saúde*, dispositivos de atenção básica da Rede do *Sistema Único de Saúde (SUS)*. Por intermédio da conversação, esta pesquisa intencionou construir um entendimento sobre o modo de o profissional de saúde lidar cotidianamente com a observância do direito do adolescente em conflito com a lei à saúde, ao mesmo tempo em que maneja suas angústias e preconceitos. Finda a tese, apostamos que esse conhecimento contribuirá para o aprimoramento e a ampliação dos instrumentos teórico-conceituais do processo de trabalho em saúde dos profissionais e, sobretudo, com a promoção da saúde desse adolescente.

Gostaríamos de chamar a atenção para o fato de que a nossa oferta de *Conversação Psicanalítica* partiu de uma problemática circunscrita através da leitura dos resultados de estudos e não de uma demanda que nos tivesse sido dirigida por profissionais atuantes na atenção à saúde do adolescente privado de liberdade. Pois, ao contrário das experiências mais consolidadas de conversação

no campo da educação¹⁵, iniciadas pela via de uma demanda de autoria de dirigentes ou professores de escolas, referente à situações de fracasso escolar, nos apresentamos às instituições participantes desta pesquisa com o intuito de discutir os impasses e os desafios da atenção à saúde daqueles adolescentes. Avaliamos que esse pequeno giro entre *quem demanda* e *quem é demandado* foi realinhado, uma vez que o convite aos possíveis participantes deste estudo foi feito, quando, então, colocamos o acento da pesquisa-intervenção e não de uma espécie de “consultoria com fins de resolução de conflitos e impasses”. O saber do qual dispúnhamos em início de conversa, nos valeu antes como chamariz, como meio de cativar e sensibilizar os técnicos para a relevância de sua participação neste estudo, do que como *know-how* do qual já de antemão se extraem as respostas para um problema constituído em um laboratório de ideias e teorias concebidas *a priori*, longe do calor da prática, da *vida como ela é*.

A nossa chegada aos locais do campo de pesquisa era acompanhada de uma brincadeira que trazia em si a figura de um “*consultor*” a ser desconstruída. A pesquisadora se comparava ao “*consultor*” para dizer do que não se tratava naquele estudo: de um especialista detentor não só da verdade sobre um problema, mas também de suas soluções. Algo que poderia ser condensado na afirmação: “*Vim até aqui, sem ser chamado, para dizer-lhes que tenho a solução para um problema que vocês nem sabem que tem!*”. Certamente, a figura do especialista é cara ao sujeito contemporâneo que delega àquele o poder de decisão sobre a sua própria vida, esvaziando-se, por conseguinte, de responsabilidades face à sua existência.

Nesse momento de descrever nossos caminhos e escolhas metodológicas para a realização desta investigação, entendemos que a *Conversação* foi empregada como uma oferta de palavra ao profissional de saúde para que ele colocasse o seu entendimento do que seria a saúde do adolescente e de como os cuidados em

¹⁵ Experiências de Conversação Psicanalítica estão muito bem registradas pelo CIEN Digital, publicação do Centro Interdisciplinar de Estudos sobre a Criança (CIEN). Disponível em: <http://cien-brasil.blogspot.com.br/p/cien-digital.html>

saúde seriam operacionalizados no espaço do *Sistema Socioeducativo* ou no *Sistema de Saúde*. Em suma, constituiu o foco desta pesquisa aquilo que esse profissional nos ensina sobre a atenção à saúde do adolescente privado de liberdade, fruto de uma viva elaboração em ato; um saber, pois, inédito para ele próprio anteriormente à realização da conversação. Avaliamos que, na prática, fizemos uma adaptação desse dispositivo, logo, podemos afirmar que colocamos em curso uma Conversação de inspiração psicanalítica, ou seja, que utilizou o modelo concebido pela Psicanálise, sem contudo, nos restringirmos a uma leitura psicanalítica estrita. Tanto a Sociologia, quanto a Antropologia nos guiaram nesse percurso, o que aprofundaremos mais adiante. Ressaltamos ainda que a interface entre a psicanálise e a saúde, esta entendida de modo ampliado, nos pareceu muito louvável e até inovadora, haja vista que essa aproximação é mais recorrente com a saúde mental. A orientação metodológica assumida por esta investigação reforça a dimensão política da psicanálise e o seu compromisso com o social, uma vez que encara os impasses apontados pelos profissionais de saúde como sintomas que guardam relação com o que está em jogo para os sujeitos contemporâneos. Ainda assim, é válido assinalar que a insuficiência do olhar da psicanálise na investigação de um tema extremamente híbrido nos convocou à opção não só por outros campos teóricos, mas também pelo uso dos métodos da *Observação participante* e das *Oficinas*. Seguramente, é a psicanálise a fonte maior de inspiração para o trabalho de análise das informações coletadas, uma vez que em seu percurso profissional e de formação a pesquisadora portou consigo a significância da teoria psicanalítica.

Conforme mencionado, a *Observação participante* igualmente integrou este estudo. A inclusão desse método, aliás, nos foi solicitada pelo Comitê de Ética da SMSA/PBH com a intenção de que a realidade estudada fosse melhor recortada. Para tal, construímos um roteiro dessa observação que está disponível no Apêndice B deste escrito. Para Minayo (1993, p. 70), a observação participante é:

(...) um processo pelo qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica (...). Ela permite o pesquisador ficar mais livre de prejulgamentos, uma vez que não o torna, necessariamente, prisioneiro de um instrumento rígido de coleta de dados ou de hipóteses testadas antes, e não durante o processo de pesquisa.

Pretendíamos por meio desse instrumento, olhar e captar o modo de atenção à saúde do adolescente em questão para que pudéssemos apreender como ele se organiza no interior das *Unidades de Internação* e nos *Centros de Saúde*. A ideia de o pesquisador se abrir para o fenômeno observado, para logo, relativizá-lo a partir de seus conhecimentos teóricos e de sua experiência prática, nos cativou e nos pareceu bastante próxima do que buscávamos em princípio, com a Conversação Psicanalítica. Seguramente, dispúnhamos de um conhecimento *a priori* que guiava o nosso olhar, mas não fizemos disso uma “armadura” para abordar a realidade em exame. O uso de um método tão consolidado pela pesquisa de abordagem qualitativa pareceu conferir maior credibilidade a este estudo. Na sua operacionalização, elegemos um enquadramento prioritário, a saber, priorizamos a observação de atividades conjuntas entre as Unidades de Internação e os Centros de Saúde participantes para, então, podermos tecer considerações sobre essa interface. Em observação participante, estivemos, na maior parte das vezes, com os profissionais de saúde dessas instituições, mas não foram poucos os momentos em que acompanhamos o cotidiano do trabalho de modo mais ampliado. Nesses casos, pudemos ter contato com os adolescentes, com os agentes socioeducativos, com os profissionais de saúde não participantes deste estudo, enfim, com todas as pessoas envolvidas na operacionalização do *Sistema Socioeducativo* e do *Sistema de Saúde*.

Interessaram à pesquisa as representações sociais de saúde e de temáticas afins, do trabalhador e dos adolescentes, e os seus atravessamentos na garantia da saúde do público adolescente privado de liberdade. Para Moscovici (2003), as representações sociais são o conjunto de explicações, crenças e ideias que nos permitem evocar um dado acontecimento, pessoa ou objeto. Estas representações são resultantes da interação social, pelo que são comuns a um determinado grupo de indivíduos. A orientação técnico-conceitual que serve de aporte ao trabalho dos técnicos de saúde foi também observada, assim como os desafios elencados por estes técnicos para a promoção da saúde desse adolescente.

Dentre as atividades pontuais, a pesquisadora acompanhou por exemplo: Reuniões de planejamento de ações conjuntas entre Centro de Saúde e Centro Socioeducativo; Capacitação em saúde mental de equipe técnica de Centro Socioeducativo; Oficinas de Saúde para os adolescentes, realização de parceria entre Centro Socioeducativo e Centro de Saúde; Duelo de MC's entre adolescentes internos à Unidade de Privação de Liberdade; Discussão de caso clínico entre equipes de ambas as unidades com a presença de convidado externo com fins de construção de novos encaminhamentos clínicos para os impasses vividos naquele caso; Oficina sobre Caderneta do Adolescente com a presença de técnicos tanto do Socioeducativo quanto da Unidade Básica de Saúde. Além disso, e de modo menos específico, a pesquisadora colhia impressões da sua chegada ao entorno da instituição participante da pesquisa, seu contato com aqueles que a recebiam; dos encontros, mesmo que fugazes, com os adolescentes pelos corredores; das conversas com os dirigentes dali; dos cafés partilhados antes ou depois de alguma atividade ou da pizza feita por um adolescente interessado na gastronomia como uma alternativa de liberdade; da presença obscurecida de adolescentes, nos cantos dos Centros de Saúde e acompanhados de agentes socioeducativos uniformizados, enfim. Do rio que passa ali, do túnel que mais lembra um beco sem saída, do trem que leva a riqueza de um povo e dá um brilho triste à imagem daquele menino sem liberdade, talvez com sonhos, mas sem esperança de realizá-los.

Realizamos também as *Oficinas com temáticas de saúde do adolescente* junto aos profissionais de saúde das instituições citadas, com o intuito de auxiliar na reflexão sobre as práticas em curso e, mesmo que pontualmente, na capacitação para a execução das ações de cuidado de saúde do adolescente privado de liberdade. Para Afonso (2010, p. 67),

A oficina em dinâmica de grupo é um trabalho estruturado, independentemente do número de encontros, focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A reflexão que se busca na Oficina não se restringe à reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir.

Acreditávamos que através das oficinas seria possível processar um intercâmbio de ideias, crenças e práticas sobre a atenção à saúde do adolescente privado de liberdade. Como dissemos anteriormente, uma vez que o projeto de pesquisa que originou este estudo ganhou contornos também de extensão, fomos convocados a oferecer uma contrapartida da Universidade no incremento da atenção à saúde desse adolescente. Por essa razão, fizemos a proposta de retomar algumas das principais questões de saúde do adolescente que haviam surgido através das Conversações Psicanalíticas. Trabalhamos nesses encontros, junto dos profissionais que já faziam parte deste estudo, mas também com outros que se interessaram pela proposta, diversas temáticas afeitas à saúde do adolescente, tais como: particularidades da adolescência, a consulta desse adolescente, a sua saúde sob os pontos de vista biológico e psíquico e a Caderneta de Saúde do Adolescente. No caso da Oficina sobre Caderneta de Saúde do Adolescente, convidamos uma médica de adolescente, com larga experiência, para conduzir os trabalhos. Nesse dia, conseguimos reunir integrantes das equipes de um dos Centros de Saúde, onde aquela médica atua, e de um Centro Socioeducativo, do mesmo Distrito de Belo Horizonte. A pesquisadora responsável por esta pesquisa também conduziu oficinas, juntamente com a sua orientadora de tese, Cristiane de Freitas Cunha Grillo, e com alunos da FM/UFMG.

A fim de tomarmos como objeto de análise das informações coletadas, por meio das falas dos profissionais de saúde, algumas teorias se colocaram à nossa disposição. Diríamos mais uma vez que a teoria psicanalítica tornou-se o pano de fundo de toda a análise que se segue, mas também que nos valem dos pressupostos da antropologia, da sociologia, de teorias de saúde coletiva e mesmo de algum referencial do direito, por acreditar que o objeto deste estudo exigiu uma abordagem híbrida para que não fossem negligenciados aspectos extremamente relevantes para a análise dos resultados, para a sua abordagem.

Os áudios dos encontros foram posteriormente transcritos, com a ajuda de alunos bolsistas. Também foram analisadas as informações contidas no diário de campo. A

seleção do material se deu no esforço da pesquisadora de adotar um *olhar clínico* frente ao conjunto de materiais recolhidos ao longo desta investigação. Foi, portanto, feita a tentativa de pinçar, trazer em relevo, evidenciar aquilo que saltasse aos olhos nas inúmeras leituras e releituras disso que se transformou em textos após o trabalho de transcrição e de anotação. Esse olhar depurava o vivo contido nos registros e, de certa forma, era modulado pelas lembranças, pelos fragmentos e pelas impressões do que foi vivido pela pesquisadora no contato com os personagens que compõem a trama da atenção à saúde do adolescente privado de liberdade.

No caso do artigo que apresentaremos a seguir, que discute os resultados da pesquisa pela via dos recortes temáticos *Medo* e *Corpo*, que são, em verdade, chaves-de-leitura para os diversos aspectos abordados pelos profissionais de saúde e pelos adolescentes durante o campo desta pesquisa. Desde as primeiras leituras que fizemos desse apanhado de informações essas categorias faziam ecos aos nossos ouvidos. Paralelamente a esse exame do consolidado pelo campo, fazíamos a leitura da obra de dois autores principais: do sociólogo, Bauman e do sociólogo e antropólogo, Le Breton. E era o estudo desses teóricos que nos conduzia a alinhavos possíveis entre a elaboração dos profissionais de saúde que se puseram a trabalho a partir de nosso convite à fala e as teorias que traduzem o essencial do que já está em curso em nosso tempo. Ou seja, nesse movimento de balanço entre o dito sobre a prática e o dito em termos teóricos fomos tecendo a nossa rede de considerações.

No segundo artigo de análise dos resultados, foi inicialmente a concepção da saúde em termos de política pública que nos serviu de farol, de guia para as nossas cogitações. Intencionávamos, ainda que de modo primário, discutir as políticas de saúde para o adolescente privado de liberdade e os diversos atravessamentos por ela sofridos. O dizer dos profissionais de saúde eram os que mais espelhavam essas reflexões. As idas e vindas no material coletado ao longo desta investigação faziam com que uma série de aspectos vitais a essa discussão sobressaíssem,

emergissem ao olhar da pesquisadora. Em suma, foi nessa pista que trilhamos as análises que originaram tal artigo.

Não deixaremos de mencionar ainda que o primeiro artigo apresentado neste volume, a revisão bibliográfica que subsidia esta discussão, constitui a primeira sistematização acerca da saúde do adolescente privado de liberdade de autoria deste grupo de pesquisadores.

3.3. Procedimentos e sujeitos

Para alcançar os objetivos deste estudo foi necessário escolher onde em Belo Horizonte ele seria realizado. Havíamos determinado que fossem incluídos dois distritos¹⁶ dessa cidade para que um mínimo de análise comparativa pudesse se estabelecer. Como a maioria das *Unidades Socioeducativas* está localizada em um determinado Distrito, esse foi forçosamente escolhido e o segundo tomou parte da seleção pelo que já ouvíamos falar, através de profissionais do meio, sobre a experiência de trabalho do *Centro de Saúde* dali com os adolescentes da comunidade, mas não exclusivamente aqueles em conflito com a lei. A sugestão de inclusão de uma determinada Unidade Socioeducativa, apontada no projeto de pesquisa, não foi acatada pela SEDS/MG que, então, determinou a inclusão de outra, que por sua vez, também não entrou no estudo, a pedido também da mesma Secretaria, já que no início do contato com aquela instituição a equipe de técnicos estava bastante desfalcada. A justificativa dada por ela foi a de que assim não

¹⁶ São nove os Distritos Sanitários determinados pela SMSA/PBH. Cada um "*tem definido um certo espaço geográfico, populacional e administrativo. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito, constituído de unidades básicas (Centros de Saúde) e unidades secundárias como os PAM's (Postos de Assistência Médica), além da rede hospitalar pública e contratada. Cada unidade básica, por sua vez, tem um território de responsabilidade denominado "área de abrangência de Centro de Saúde".* Fonte: <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>

teríamos uma variedade maior de elementos para compor a nossa coleta de dados. Depois, ao longo deste estudo, pudemos observar que o desfalque nas equipes técnicas de *Centros Socioeducativos* não é infrequente, o que mais tarde neste texto iremos discutir. Sendo, portanto, designada nova unidade para integrar esta pesquisa, pudemos, por conseguinte, selecionar o *Centro de Saúde* do mesmo Distrito de Belo Horizonte que presta apoio àquela. Quanto à nossa proposição relativa ao segundo Distrito, ela foi acatada pela SEDS/MG, bem como pela SMSA/PBH.

Logo, integraram este estudo participantes de dois *Centros de Saúde*, Unidades Básicas de Saúde da Rede SUS, de responsabilidade da SMSA/PBH, que devem atender os adolescentes independentemente de sua vinculação ao *Sistema Socioeducativo*. No mesmo Distrito onde está localizado o *Centro de Saúde*, há *Unidades Socioeducativas* que, por sua vez estão sob a responsabilidade da SEDS/MG. Mas, legalmente os adolescentes privados de liberdade devem acessar os dispositivos da Rede de Saúde Municipal para obterem os cuidados em saúde. E, na prática, eles o fazem a partir dos recursos disponibilizados pela área de abrangência na qual situa-se a Unidade de Privação de Liberdade.

3.4. Os serviços

Como dissemos, foram duas as *Unidades Socioeducativas* estudadas e dois *Centros de Saúde*. As Unidades Socioeducativas estão ligadas à *Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo* (SUASE) da SEDS/MG. Os *Centros de Saúde* estão vinculados à SMSA/PBH e compõem a sua Rede de Atenção Básica.

Centro de Saúde A e Unidade Socioeducativa A estão localizadas no *Distrito A de Belo Horizonte*, onde se concentra a maior parte das unidades privativas de liberdade, inclusive aquelas provisórias, onde o adolescente apreendido em flagrante aguarda por audiência com Juiz da Infância e da Juventude da mesma cidade¹⁷. Elas são parceiras nos cuidados de saúde dos adolescentes que cumprem a Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade na *Unidade Socioeducativa A*. *Centro de Saúde B e Unidade Socioeducativa B* estão localizados no *Distrito B de Belo Horizonte*, região rururbana¹⁸ da cidade, que estabelece fronteira com outro município.

Escolhemos, portanto, realizar a pesquisa em dois Centros de Saúde e em dois Centros Socioeducativos, sendo que o Centro de Saúde A presta apoio ao Centro Socioeducativo A e o Centro de Saúde B presta apoio ao Centro Socioeducativo B.

O quadro abaixo sintetiza tais informações:

Quadro 1 – Serviços/Distrito BH

DISTRITO A/ÁREA CENTRAL BH	DISTRITO B/ÁREA RURURBANA BH
Centro de Saúde A	Centro de Saúde B
Unidade Socioeducativa A	Unidade Socioeducativa B

3.5. Os profissionais de saúde

¹⁷ Segundo o *Estatuto da Criança e do Adolescente*, o adolescente, quando preso em flagrante, pode ficar provisoriamente privado de liberdade por até 45 dias, aguardando a audiência com o Juiz de Direito.

¹⁸ Rururbano: espaço imbricado entre o urbano e o rural. Ver: http://www2.ufpel.edu.br/enpos/2011/anais/pdf/CH/CH_00265.pdf

No caso dos *Centros de Saúde*, como assinalado, primeiramente apresentamos o projeto de pesquisa aos seus Gerentes, antes ainda da apreciação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH. No momento do início do campo, o fizemos novamente, dado a mudança recente de um dos gerentes. Eles, então, delimitaram quem seria convidado a participar da pesquisa. Em seguida, fizemos uma apresentação do projeto e convidamos os profissionais de saúde a participar voluntariamente do estudo. Vale assinalar que foi para uma Equipe de Saúde da Família (ESF) formalmente designada para atender à população de adolescentes da Unidade Socioeducativa que realizamos o convite. Contudo, notamos que nos dois *Centros de Saúde* vários outros profissionais também realizam pontualmente ações em benefício da saúde do adolescente e esses não foram diretamente convidados a participar da pesquisa. Mesmo assim, tentamos pela via dos participantes convidar esses outros atores que, por fim, não se apresentaram ali. No caso do *Centro de Saúde A* havia apenas seis meses desde a constituição dessa ESF. Os profissionais anteriormente designados para o atendimento dos adolescentes privados de liberdade seguiam atuando naquele Centro de Saúde, mas em outras ESF.

Com relação às *Unidades Socioeducativas*, logo após a aprovação do projeto pela Diretoria de Informação e Pesquisa da SUASE/SEDS-MG, nos foram passados os contatos dos diretores das mesmas. Realizamos reuniões de apresentação e discussão sobre o projeto em cada Unidade, sempre com a presença do diretor geral da unidade e do diretor de atendimento que buscavam, por sua vez, se inteirar melhor da proposta. Em reunião de equipe, apresentamos novamente o projeto, e fizemos o convite para toda a equipe participar. É importante dizer que deixamos que o profissional se identificasse com a nomeação “*profissional de saúde*” e se voluntariasse a participar deste estudo. O que ocorreu foi que mesmo alguns técnicos que formalmente não compunham a equipe mínima de saúde da Unidade quiseram fazer parte do estudo, o que nos pareceu muito válido. Na Unidade Socioeducativa B, o diretor de segurança manifestou inicialmente o seu interesse em participar deste estudo. Contudo, ele não chegou a se apresentar em nenhum dos

encontros dos pesquisadores com os participantes da pesquisa, deixando para nós uma interrogação sobre o que de fato sucedeu.

Em síntese, fomos ao encontro de Centros Socioeducativos e de Centros de Saúde que retratassem a realidade atual de Atenção à Saúde do Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade. Através de seus representantes buscávamos escutar o que eles teriam a dizer sobre esse processo de cuidado em saúde e, sobretudo, o que eles nomeavam como impasse e/ou desafio na construção de tal processo. Abaixo temos o número de participantes por serviço:

Quadro 2 – Número de participantes/Serviço

SERVIÇOS	NÚMERO DE PARTICIPANTES
CENTRO DE SAÚDE A	6
UNIDADE SOCIOEDUCATIVA A	8
CENTRO DE SAÚDE B	5
UNIDADE SOCIOEDUCATIVA B	6
TOTAL	24

É necessário ressaltar que o quadro acima é representativo dos profissionais de saúde que integraram este estudo, com os quais trabalhamos ao longo de todo o campo de pesquisa. Como destacado anteriormente, através da observação-participante tivemos acesso aos adolescentes privados de liberdade, mas de modo mais esporádico e descontinuado; eis o porquê de não computarmos a sua participação em números objetivos. A seguir apresentamos um quadro que informa a especialidade dos participantes desta investigação por serviço:

Quadro 3 – Especialidade dos participantes/Serviços

CENTRO DE SAÚDE A	UNIDADE SOCIOEDUCATIVA A	CENTRO DE SAÚDE B	UNIDADE SOCIOEDUCATIVA B
Enfermeira A.1	Assistente Social A.2	Enfermeira B.1	Psicóloga B.1
Técnica de Enfermagem A.1	Psicóloga A.1	Técnico de Enfermagem B.1	Psicóloga B.2
Técnica de Enfermagem A.2	Psicóloga A.2	Técnica de Enfermagem B.2	Assistente Social B.2
Técnica de Enfermagem A.3	Psicóloga A.3	Assistente Social B.1	Assistente Social B.3
Assistente Social A.1	Técnica de Saúde Bucal A.1	Dentista B.1	Assistente Social B.4
Médica A.1	Pedagoga A.1		Enfermeira B.2
	Enfermeira A.2		
	Dentista A.1		

3.6. Atividades realizadas

Foram realizados quatro encontros para viabilizar a conversação entre pesquisadores e profissionais de saúde que participaram desta investigação. Ocorreram dois momentos de observação participante em cada instituição que colaborou com este estudo, se considerarmos a prioridade mencionada do acompanhamento de atividades realizadas conjuntamente entre Unidade Socioeducativa e Centro de Saúde de sua referência. Na prática, contudo, não há como precisar quantos foram ao todo os momentos em que nos dedicamos à observação-participante. Novamente destacamos que a observação de todos os personagens ativos na efetivação da saúde do adolescente privado de liberdade interessava à pesquisadora. Foram realizadas quatro oficinas, com profissionais de saúde a respeito de subtemas derivados da temática de saúde daquele público, alguns deles decididos previamente pela pesquisadora e outros extraídos dos encontros com esses profissionais. Essas atividades estão resumidas no quadro 4:

Quadro 4 – Atividades realizadas pela pesquisa

Atividades	CENTRO SAÚDE A	UNIDADE SOCIOEDUCATIVA A	CENTRO SAÚDE B	UNIDADE SOCIOEDUCATIVA B
<i>Encontros de Conversação</i>	4	4	4	4
<i>Atividades pontuais acompanhadas em Observação participante</i>	2	2	2	2
<i>Oficinas de saúde do adolescente</i>	4	4	4	4

3.7. Aspectos éticos da pesquisa

Além do que já foi dito sobre o processo de aprovação do projeto inicial pelos Comitês e Diretoria concernidas à este estudo, um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE)¹⁹, igualmente devidamente aprovado, foi assinado por cada um dos participantes. O referido termo, bem como todo o desenvolvimento deste estudo, seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 196/1996²⁰, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Os dados originados neste estudo, a saber, todo o material transcrito e os áudios foram armazenados e serão mantidos em sigilo por, juntamente com os demais documentos produzidos em seu desenvolvimento, pelo período de cinco anos, conforme determina o CNS.

¹⁹ O modelo de TCLE adotado por este estudo está disponível no Apêndice A deste volume.

²⁰ Resolução 196/1996, CNS, ver:

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf

Para encerrar esta seção que discorre sobre as considerações metodológicas, informamos que firmamos o compromisso de levar aos gestores diretos e indiretos da execução da Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade e da Assistência à Saúde de Nível Básico, do mesmo modo que aos profissionais de saúde participantes deste estudo, um documento que relate as impressões e os resultados que dele derivam. Pretendemos, com isso, tornar públicos, e, se possível, úteis à construção das políticas de saúde do adolescente em questão, os achados desta investigação.

3.8. Últimas palavras antes da discussão dos resultados

Avaliamos que o simples fato de nos dispormos a conversar com os profissionais de saúde, com os adolescentes, com os dirigentes de cada instituição e os gestores das políticas envolvidas parece ter surtido efeito na própria amarração das ações destinadas à Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade em BH. Conseguimos nomear alguns desses efeitos: uma maior interlocução entre Centros Socioeducativos e Centros de Saúde, ainda que fosse com o fim de acatar à demanda desta pesquisa; uma aproximação entre os dirigentes das instituições concernidas e mesmo de gestores indiretos, que se dispuseram a pensar conjuntamente ações ainda que pontuais; a busca que alguns participantes fizeram de aprofundar seus conhecimentos sobre a saúde do adolescente através de uma demanda dirigida à Universidade, mais precisamente, ao Núcleo de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas/UFMG, coordenado pela orientadora desta tese; e na mesma direção o crescente encaminhamento de adolescentes para tratamento naquele Núcleo e a sua conseqüente discussão de casos entre todos os parceiros envolvidos; a produção de *insights* sobre a prática em curso e até de uma ressignificação da posição ocupada por certos profissionais de saúde, e por

consequente, fazer um aparente corte em determinados automatismos no modo de funcionamento dos mesmos.

Referências

Afonso MLM (org.). Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 389 p.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. 408 p.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004. 412 p.

Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS (org.). Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1993, p. 61-77.

Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003. 404 p.

Santiago AL. O mal-estar na educação e a conversação como metodologia de pesquisa: intervenção em psicanálise e educação. In: Castro LR, Besset V (orgs). Pesquisa-intervenção na infância e juventude. Rio de Janeiro: Ed. Trarepa/FAPERJ, 2008, p. 113-131.

Turato EG. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003. 685 p.

4. MEDO E CORPO: RECORTES SOBRE A SAÚDE DO ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE²¹

FEAR AND BODY: SKETCHES OF THE HEALTH OF THE TEENAGER DEPRIVED OF FREEDOM

RESUMO

Este artigo discute a Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade a partir da perspectiva de profissionais que atuam seja em Centros Socioeducativos seja em Centros de Saúde de Belo Horizonte/MG. Trata-se de um estudo qualitativo que empregou os métodos da *conversa o psicanalítica*, da *observa o participante* e das *oficinas de saúde*. Buscou-se identificar as significa es e as representa es de saúde do adolescente que estão em jogo para os participantes desta investiga o. Ademais, foram analisados os atravessamentos disso nas a es cujo alvo era a saúde desse adolescente. Através de duas categorias: *Medo* e *Corpo*, teceram-se considera es embasadas nos conteúdos recolhidos via pesquisa de campo. Concluiu-se que o *Medo*, mais imaginário que real, frequentemente acompanha esse trabalho, fazendo com que esse adolescente encarne uma ameaça para os representantes da saúde. Felizmente essa não constitui a única face de contato com o mesmo. Sob a perspectiva do *Corpo*, pode-se afirmar que a priva o de liberdade afeta a saúde do adolescente independentemente do histórico de saúde daquele indivíduo. No entanto, a despeito da reclusão tal adolescente encontra meios de viver e de experimentar o seu corpo, a sua adolescência. Na verdade, o corpo   veículo imprescindível de recria o e renomea o, mas também de sofrimento para ele apesar e por causa das grades.

Palavras-chave: *Adolescência – Priva o de Liberdade – Aten o   Saúde – Profissional de Saúde – Corpo – Medo*

4.1. Introdu o

²¹ Este estudo contou com o apoio e com o financiamento da FAPEMIG. Projeto APQ-03257-10/Extensão interface com a Pesquisa/2010.

A atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade constitui capítulo à parte nas discussões sobre a saúde da população adolescente. No Brasil, em 2013, 18.000 adolescentes cumpriam a Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade²². Ainda que frente à população total de adolescentes²³ esse número aparentemente não cause alarde, o que, aliás, facilmente conduziria ao engodo de menosprezá-lo, chamamos a atenção para a delicadeza desta discussão. Acreditamos que o lugar de “bode expiatório” das mazelas sociais não é digno para o adolescente em conflito com a lei. Por isso, julgamos pertinente esta discussão.

Este artigo aborda a questão da Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade sob uma perspectiva menos usual: através do olhar dos profissionais que atuam em Unidades de Internação e Centros de Saúde de Belo Horizonte (BH). Ou seja, propomos um olhar que, mesmo em perspectiva, pode favorecer o incremento da *Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória*.

4.2. Metodologia

Realizamos uma pesquisa qualitativa de inspiração psicanalítica através do emprego dos métodos de *Conversação Psicanalítica*, *Observação participante* e *Oficinas*. Fomos ao encontro dos sujeitos diretamente concernidos por esta investigação, a

²² Segundo *Nota Técnica do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)*, no Brasil, em 2013, haviam 60.000 adolescentes que cumpriam algum tipo de medida socioeducativa, sendo que desse total, 18.000 estavam privados de liberdade. Em Minas, apenas 06 municípios têm Unidades de Privação de Liberdade que perfazem um total de 13, a maioria está localizada na capital mineira, e são 960 adolescentes nessa condição em todo o Estado. Fonte: <http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2018-2013%20Adolescente%20conflito%20lei.pdf>. Em BH, há 06 Centros Socioeducativos de Privação de Liberdade.

²³ De acordo com o Relatório Situação da Adolescência Brasileira 2011 – O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades, UNICEF, o total da população adolescente, com idade entre 12 e 18 anos é de 21 milhões. Ver: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf

saber, os profissionais de saúde que atuam em Centros de Saúde e em Centros Socioeducativos. Classificamos essa experiência como pesquisa-intervenção, uma vez que a própria metodologia eleita para o trabalho produz efeitos de subjetivação, além do mais buscamos ofertar como contrapartida um espaço mínimo de capacitação. Fizemos Conversações com esses profissionais e também Oficinas com temáticas relativas à saúde do adolescente. Todavia, a Observação participante abriu caminhos para o contato também com os adolescentes, os gestores e os agentes socioeducativos que compõem o cenário da Atenção à Saúde dos Adolescentes Privados de Liberdade em BH/MG. As instituições participantes foram escolhidas aleatoriamente, mas a opção final foi delineada pelos Comitês de Ética envolvidos. Os participantes espontaneamente se apresentaram como voluntários após o convite feito pelos pesquisadores. O projeto que originou esta pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos participantes foram aprovados por todos os Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos e estão inscritos na Plataforma Brasil do Conselho Nacional de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos sob o CAAE nº 05476912.7.0000.5149.

Foram realizados quatro conversações em cada uma das instituições participantes, a saber, Centro Socioeducativo A e Centro de Saúde A – localizados no mesmo Distrito da cidade, sendo que o segundo presta apoio ao primeiro – e Centro Socioeducativo B e Centro de Saúde B, de outro Distrito. O mesmo número de oficinas ocorreu em cada uma dessas quatro instituições. Em observação participante, acompanhamos atividades conjuntas e pontuais entre as instituições parceiras: Centro Socioeducativo A e Centro de Saúde A; Centro Socioeducativo B e Centro de Saúde B. Mas todo o contato com o campo foi vivido no sentido da captação da dinâmica daquelas instituições, da observação de seu funcionamento como uma situação social estruturada. O campo foi realizado ao longo de 2013.

As conversações e a maioria das oficinas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para a análise dos resultados, optamos pela interpretação decorrente do que poderia ser chamado de um “olhar clínico”. Dito de outro modo, fizemos um

mapeamento eletivo do que parecia causar furo na unidade de uma fala ou de um diálogo. Pinçamos aquilo que saltava aos olhos por se tratar de um modo inédito de abordar a problemática. Apontamos repetições e automatismos que nos conduziam a uma espécie de funcionamento viciado, não refletido ou não sentido pelo profissional. A cada nova releitura das notas de campo ou das transcrições, alcançávamos uma certa síntese das informações e impressões veiculadas pelos sujeitos da pesquisa e isso fornecia elementos para a construção de um plano de análise que comportava descontinuidades e continuidades que constituíram foco desta análise.

Abordaremos a seguir os achados deste estudo a partir das unidades temáticas de análise: *Medo* e *Corpo*. Notamos que foi com insistência que os participantes deste estudo tratavam das questões do *Medo* e do *Corpo* as quais ganhavam conotações diversas a partir de suas atribuições pessoais. Nessa análise, tentamos decodificar os componentes ideológicos, afetivos, emocionais, e até objetivos, que perpassavam o seu emprego. Mesmo com o acesso a um grande número de significados, não deixamos de contextualizar, ainda que minimamente, o seu campo de uso e de agrupar os sentidos convergentes.

4.3. O medo: a sua cultura, a sua fala e os seus efeitos

4.3.1. Cultura do medo na sociedade contemporânea

Vivemos na era do medo, um medo líquido que sofre frequentes mutações e que se apresenta a cada vez de um modo novo, segundo Bauman (2008). O indivíduo

contemporâneo está imerso no paradoxo de construir fortalezas para se salvar de quaisquer ameaças entre muros e padece de insegurança.

Poderíamos dizer que a insegurança moderna, em suas várias manifestações, é caracterizada pelo medo dos crimes e dos criminosos. Suspeitamos dos outros e de suas intenções, nos recusamos a confiar (ou não conseguimos fazê-lo) na constância e na regularidade da solidariedade humana. [Robert] Castel atribui a culpa por esse estado de coisas ao individualismo moderno. Segundo ele, a sociedade moderna – substituindo as comunidades solidamente unidas e as corporações (que outrora definiam as regras de proteção e controlavam a aplicação dessas regras) pelo dever individual de cuidar de si próprio e de fazer por si mesmo – foi construída sobre a areia movediça da contingência: a insegurança e a ideia de que o perigo está em toda parte são inerentes à sociedade. (BAUMAN, 2005, p. 16)

Para Bauman (2008), esta é uma era de temores, na qual hipertrofiamos o medo na busca de assegurar nossa condição humana. No entanto, “(...) há neste mundo mais medo de coisas más do que coisas más propriamente ditas” (COUTO, 2011). Gastamos a nossa energia, o nosso dinheiro e a nossa vida na construção do medo de uma ameaça iminente:

Os que trabalham têm medo de perder o trabalho; os que não trabalham têm medo de nunca encontrar trabalho, quando não têm medo da fome têm medo da comida; os civis têm medo dos militares; os militares têm medo da falta de armas e as armas têm medo da falta de guerras e, se calhar, acrescento eu, há quem tenha medo que o medo se acabe. (GALEANO *apud* COUTO, 2011)

4.3.2. Fala do crime – reforço e recriação de preconceito e de segregação

Durante um encontro de Conversação no Centro de Saúde A, um fenômeno chamou nossa atenção: ao convite de falar sobre saúde do adolescente privado de liberdade, sobre os impasses, os desafios e as perspectivas implicados nessa prática, os profissionais de saúde responderam com uma *fala do crime* (CALDEIRA, 2000). Relataram detalhadamente atos criminosos quase sempre praticados por menores

de dezoito anos, que afetaram diretamente a eles, ou a alguém que lhes era afetivamente muito próximo. Foram trinta minutos de relatos convincentes e comoventes, floreados com os requintes de crueldade que contagiavam um e mais outro colega que também se prontificava a falar. Certamente, “*quem conta um conto aumenta um ponto*”: o gosto pelo ato de falar, as impressionantes histórias foram retroalimentando uma cadeia que se estenderia muito mais, não fosse o encerramento do encontro feito pelos pesquisadores. Aliás, conforme explicita Caldeira (2000, p. 27):

Apesar das repetições, as pessoas nunca se cansam. Ao contrário, parecem compelidas a continuar falando sobre o crime, como se as infindáveis análises de casos pudessem ajudá-las a encontrar um meio de lidar com suas experiências desconcertantes ou com a natureza arbitrária e inusitada da violência. A repetição das histórias, no entanto, só serve para reforçar as sensações de perigo, insegurança e perturbação das pessoas. Assim, a fala do crime alimenta um círculo em que o medo é trabalhado e reproduzido, e no qual a violência é a um só tempo combatida e ampliada.

Caldeira (2000) aponta que a *fala do crime* constitui, entre outras, uma estratégia de proteção e reação do indivíduo contemporâneo à violência. Falar sobre o crime delimita divisões e distâncias, institui diferenças, impõe separações, multiplica as regras de evitação e de exclusão, ocasionando, em última instância, a restrição da circulação dos indivíduos pela cidade. Essa autora esclarece, ainda, que:

Muitas dessas operações são justificadas em conversas do dia-a-dia cujo tema é o que chamo de fala do crime. As narrativas cotidianas, comentários, conversas e até mesmo brincadeiras e piadas que têm o crime como tema contrapõem-se ao medo e à experiência de ser uma vítima do crime e, ao mesmo tempo, fazem o medo proliferar. A fala do crime promove uma reorganização simbólica de um universo que foi perturbado tanto pelo crescimento do crime quanto por uma série de processos que vêm afetando profundamente a sociedade brasileira nas últimas décadas. Esses processos incluem, por um lado, a democratização política e, por outro, a inflação, a recessão econômica e a exaustão de um modelo de desenvolvimento baseado em nacionalismo, substituição de importações, protecionismo e na acentuada intervenção do Estado na economia. O universo do crime oferece imagens que permitem tanto expressar os sentimentos de perda e decadência social gerados por esses outros processos, quanto legitimar o tipo de reação que se vem adotando: segurança privada para garantir o isolamento, encerramento e distanciamento daqueles que são considerados perigosos. (CALDEIRA, 2000, p. 9-10).

A *fala do crime* conduz o indivíduo a uma produção de sentido muito rasa, vazia, que apenas ilusoriamente recria um sentimento de ordem. Ela avança pouco, portanto, no esforço de criação de narrativa através da qual o sujeito pode vir a elaborar, a dar outro significado a uma experiência traumática, reestabelecendo o sentido e o significado necessários à vida coletiva. Na *fala do crime*,

(...) essa reorganização simbólica é expressa em termos muito simplistas, que se apoiam na elaboração de pares de oposição óbvios oferecidos pelo universo do crime, o mais comum deles sendo o do bem contra o mal. (...) As histórias de crime tentam recriar um mapa estável para um mundo que foi abalado. Essas narrativas e práticas impõem separações, constroem muros, delinham e encerram espaços, estabelecem distâncias, segregam, diferenciam, impõem proibições, multiplicam regras de exclusão e evitação, e restringem movimentos. Em resumo, elas simplificam e resumem o mundo. As narrativas de crimes elaboram preconceitos e tentam eliminar ambiguidades. (CALDEIRA, 2000, p. 28)

O perigo que vemos despontar na prática aparentemente banal de falar sobre o crime, de conjecturar acerca de sua causalidade e de seus efeitos, é o de essa *fala* promover a discriminação de determinados grupos, ou reforçar sua criminalização (CALDEIRA, 2000), como ocorre com os adolescentes com passagem pelo Sistema Socioeducativo. Esses sujeitos, historicamente, foram encobertos sob o manto da invisibilidade sociocultural, o que dificulta até os dias de hoje a criação, a implementação e a avaliação de políticas públicas em seu benefício. A esse respeito, Caldeira (2000, p. 44) entende que

À medida que os pensamentos e atos das pessoas são moldados pelo raciocínio categorizante da fala do crime, sua influência se espalha, afetando não apenas as interações sociais mas também as políticas públicas e o comportamento político. Assim, a ordem simbólica da fala do crime visível e materialmente faz a mediação da violência.

Nos relatos transcritos abaixo, observamos como a fala fez circular entre os participantes daquele encontro no Centro de Saúde A o temor que paira também no ambiente de trabalho.

E às vezes tem uns [meninos], uma vez que eu fiz abordagem de rua, tinha um lá, bem miudinho, acho que ele tinha nove anos, mas aparentava ter sete [anos]. Ele foi mexendo na mão do meu colega que ficou olhando e disse 'Você está querendo roubar a minha aliança?'. Depois ele [o colega] me disse 'sabe aquele menino? Ele tentou matar uma 'dona', jogou dentro

do Rio Arrudas, para roubar, só que o serviço público não tinha condição de colocar nem em Centro de Recuperação, nem em Lar nenhum. E ele roubou uma senhora idosa e jogou ela no Rio Arrudas'. (Conversaão I Centro de Saúde A, Técnica de Enfermagem A.1).

Junto do sentimento de medo que se avoluma com o transcorrer das narrativas, notamos como evidencia-se a desvaloriza o daquilo que justificaria o trabalho com adolescentes sob cumprimento de Medida Socioeducativa de Priva o de Liberdade: a expectativa de que eles possam romper com a prática infracional, a esperança de que o seu envolvimento com essa prática seja transitório e de que a socioeduca o faça emergir um sujeito responsável por seus atos.

Bauman (2008, p. 9) menciona a existência de um *medo de segundo grau*, próprio ao ser de linguagem, "(...) um medo por assim dizer, social e culturalmente 'reciclado'". Ou seja,

(...) um 'medo derivado' que orienta seu comportamento (tendo primeiramente reformado sua percep o de mundo e as expectativas que guiam suas escolhas comportamentais), quer haja ou não uma ameaça imediatamente presente. (...) O medo secundário pode ser visto como um rastro de uma experiência passada de enfrentamento de ameaça direta – um resquício que sobrevive ao encontro e se torna um fator importante na modelagem da conduta humana mesmo que não haja mais uma ameaça direta   vida ou   integridade. (BAUMAN, 2008, p. 9).

Isso quer dizer que, no processo de produ o de uma *fala do crime*, não necessariamente está em jogo para o interlocutor um risco real e pungente. Podemos mesmo afirmar que esse falatório não passa de um *bl  bl  bl * cujo resultado   a vazão dos fantasmas partilhados pela cultura de um povo, de um lugar. Muito diferente disso   o relato que evidencia uma elabora o simbólica mais efetiva de situa o traumática. Embora menos frequentes, alguns relatos dessa ordem tiveram lugar nas conversa es havidas durante esta pesquisa. A título de exemplo, a fala que ora apresentamos demonstra como, apesar da gravidade do ato infracional cometido pelo adolescente, a profissional que atua no Centro de Saúde B, acreditava que ele estava apenas de passagem pelo Sistema Socioeducativo, pois não se encontrava envolvido com a criminalidade de modo determinante. Ou

seja, ela consegue relativizar os vários aspectos da vida daquele jovem e acreditar que ele pode escolher agir de outro modo:

Pesquisadora: E vocês acreditam que essa passagem pelo Sistema Socioeducativo pode fazer diferença na vida deles [adolescentes], pode ajudá-los?

Técnica de Enfermagem B.2: Com certeza! Eu trabalho ali [em parceria com o Centro Socioeducativo B] há um tempo, só que quando eles [os adolescentes] saem lá fora, muitos acabam voltando para o mesmo ambiente, que os levou até ali [ao cumprimento de medida socioeducativa]. Então, ali já está contaminado, a bactéria está grande demais. Por isso, às vezes [o adolescente] acaba morrendo. Mas esse dia que a gente estava lá [no Centro Socioeducativo B], ela [a enfermeira do Centro Socioeducativo B] contou para nós sobre um caso que deixou a gente muito sensibilizado mesmo. Teve um menino que veio consultar com a [médica do Centro de Saúde B]. Esse menino estava tão desesperado, que ele fugiu, daqui mesmo do Centro de Saúde. (...) Esse menino é aquele caso que, na ânsia da droga, ele ia bater na mãe dele, ele ia machucar a mãe dele. Estava precisando disso, da droga, estava em abstinência. Então, o irmão dele entrou na frente [para proteger a mãe]. Ele deu uma facada no irmão, na barriga. Então, o irmão foi para o hospital. Ele [o adolescente privado de liberdade no Centro Socioeducativo B] foi preso, ficou desesperado. A polícia chegou. O irmão dele fez colostomia e ele pensou que o irmão tinha morrido no hospital, então ele estava "louco". Chorava dia e noite, falando assim: "Eu matei meu irmão, eu matei meu irmão!". Disseram que ele chorava dia e noite. Ele ficou desesperado, veio para cá inclusive para a médica passar remédio pra ele, que ele estava muito ansioso. Aí, o irmão dele saiu do hospital, foi visitá-lo no Centro Socioeducativo. Ele ficou super feliz, depois que viu o irmão vivo, depois que viu que não aconteceu nada de grave com ele, porque na ânsia da droga a pessoa muitas vezes comete o delito. Não é da pessoa, não é que a pessoa é aquilo que ela está fazendo. Ela se envolveu em um mundo que a leva a cometer tudo isso. Então, ele saiu daqui, a moça falou que ele saiu daqui completamente diferente, restaurado. Eles falaram que ele está trabalhando. (...) Diz que ele é outra pessoa hoje. Mas a pessoa que passou por aquela atribulação... Esse problema de machucar o irmão, serve para poder fazê-lo acordar! Ir lá no fundo do poço para pensar: "Gente, não é isso que eu sou!". Não é isso que está dentro dele, não é isso que ele é. Ele estava fazendo isso, mas não é isso que ele é. Então, muitos adolescentes ali são assim: estão fazendo aquelas coisas [cometendo atos infracionais], mas eles não são isso. (Conversação | Centro de Saúde B)

Por outro lado, presenciamos falas tais como: "Se tem que ser no Centro de Saúde, a gente tem que atender da melhor forma possível, e não ficar com as duas mãos paradas, ele vem com o agente [socioeducativo] que dá segurança para nós [equipe técnica]" (Conversação | Centro de Saúde B, Técnico de Enfermagem B.1) e "Mas a gente não recusa atendimento não!" (Conversação | Centro de Saúde A, Enfermeira A.1) que nos levaram a pensar na lealdade aos princípios da instituição que é

colocada em primeiro plano, ou como direção de atendimento, numa tentativa de neutralizar qualquer sentimento contrário a isso. A seguinte afirmação de Bauman parece ir na mesma direção do que objetivamos transmitir. Esse autor acredita que “os burocratas modernos” buscam incessantemente não “afastar-se do caminho reto da racionalidade sóbria, intransigente, concentrada na tarefa” (Bauman, 2008, p. 84).

4.3.3. Eleição de um inimigo em potencial: o adolescente-estrangeiro

As conversações com os profissionais de saúde trouxeram à tona, inúmeras vezes, a temática do medo, conforme mencionado. Trata-se aqui de um medo muito presente no imaginário e na realidade do brasileiro contemporâneo: o temor de ser alvo de violência. A figura do adolescente, homem, negro e pobre, parece condensar tal medo.

O medo do desconhecido – no qual, mesmo que subliminarmente, estamos envolvidos – busca desesperadamente algum tipo de alívio. As ânsias acumuladas tendem a se descarregar sobre aquela categoria de “forasteiros” escolhidos para encarnar a “estrangeiridade”, a não-familiaridade, a opacidade do ambiente em que se vive e a indeterminação dos perigos e das ameaças. (BAUMAN, 2005, p. 36)

Não raro, testemunhamos a aversão ressentida contra esse adolescente quando volta à baila o debate sobre a maioridade penal. Em geral, a ocorrência recente de um crime bárbaro cuja autoria lhe é atribuída, reacende as fagulhas da discórdia entre os cidadãos que são contra a redução da maioridade penal e aqueles que são a seu favor. O discurso favorável à redução da maioridade penal expressa um ódio que, entendemos, condensa os preconceitos de uma nação que se diz cordial²⁴ e

²⁴ A figura do homem cordial foi consagrada na obra *Raízes do Brasil* de Holanda SB, publicada em 1936. Sobre isso Millôr Fernandes diz: “O brasileiro é cheio de cordialidade e bom coração. Quando você encontrar por aí um cafajeste roubando e matando pode perguntar imediatamente “Who are you?”, porque se trata certamente de um gringo”. (Fernandes M. *Millôr Definitivo – A Bíblia do Caos*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1994).

livre da mácula da discriminação. Esse descompasso entre os preconceitos e a autoimagem da sociedade brasileira renderia válidas reflexões sobre o lugar social do jovem negro e pobre no país, mas tal discussão extrapola o objeto deste escrito.

Ressaltamos, no entanto, o modo como as mídias auxiliam no processo de fabricação desse adolescente como “inimigo” social. Machado de Assis, conhecido por ser crítico à imprensa sensacionalista²⁵, mencionava, já no século XIX, o *erotismo de publicidade*, criticando a “sede de sangue” da imprensa e seu afã da máxima exploração do horror dos crimes bárbaros, evidenciando que ela se retroalimenta da miséria humana que apresenta com detalhes sórdidos e deturpa em boa medida os fatos.

Um dos característicos do homem é viver com o seu tempo. Ora, o nosso tempo (nosso e do capoeira) padece de uma coisa que podemos chamar – erotismo de publicidade. Uns poderão crer que acha que, outros que é uma recrudescência de energia, porque o sentimento é natural. Seja o que for, o fato existe, e basta andar na aldeia sem ver as casas, para reconhecer que nunca esta espécie de afeição chegou ao grau em que a vemos. (ASSIS, Machado de, 1885).

Se for “*cruel*” e “*de menor*” tanto “*melhor*”, continua sendo essa a máxima de tabloides, e até de alguns jornais mais respeitados, que dão “um tratamento descontextualizado e fragmentado” (NJAINÉ; VIVARTA, 2005) à violência praticada por adolescentes. Na figura do “bandido de menor, impune” requebra-se a comoção do cidadão comum, reconfortado com o horror mantido à distância, na página do jornal, na tela do computador ou da televisão.

A narrativa jornalística, em particular a de estilo policialesco, tem sido um dos setores responsáveis, frente à opinião pública, pela construção da imagem de *crianças e os adolescentes associados a animais, como seres de natureza perversa, nocivos à sociedade, sujeitos sem recuperação ou desumanos, com agressividade incontrolada* (Gomide, 1990). Como numa profecia auto anunciada, na trajetória de sua vida institucional, a maioria dos

²⁵ Ver: Silva MFL. Com pulção de morte: a imprensa sensacionalista nas crônicas de Machado de Assis. Disponível em: http://conpdl.com.br/conpdl2_anais.pdf

adolescentes infratores em instituições de internamento acaba por assumir o futuro que a sociedade lhe impôs: segundo dados do relatório da avaliação do Degase realizado pelo Claves em 1999, 60% dos atuais apenados do sistema penitenciário do Rio de Janeiro são oriundos das instituições de internamento de jovens infratores (Claves, 1999). Nessa história, frequentemente, as matérias jornalísticas acabam por ser um ingrediente poderoso a mais na construção da violência que sofrem os jovens, sobretudo pela carga de discriminação e preconceito que veiculam. (NJAINE, MINAYO, 2002)

Nas palavras de Couto encontramos uma esclarecedora explicação sobre o fenômeno da “*fabricação dos inimigos sociais*”,

(...) Para fabricar armas é preciso fabricar inimigos. Para produzir inimigos é imperioso sustentar fantasmas. A manutenção desse alvoroço requer um dispendioso aparato e um batalhão de especialistas que, em segredo, tomam decisões em nosso nome. Eis o que nos dizem: prisões, mais segurança privada e menos privacidade. Para enfrentarmos as ameaças globais precisamos de mais exércitos, mais serviços secretos e suspensão temporária de nossa cidadania. (COUTO, 2011)

Borde (2013) afirma que a nomeação *delinquente* recai como um peso, uma dupla prisão sobre o adolescente em conflito com a lei. É um estigma que se pereniza na condição do sujeito que passa a se ver como destinado aos jogos de azar da criminalidade. Esse autor aponta, ainda, que as instituições que lidam com esse adolescente devem se posicionar a favor da produção de sua subjetividade e, portanto, devem se opor à “*fabricação do delinquente*”, ou seja, à equivalência entre o adolescente e seu conjunto de infrações, tal como presenciemos em encontro no Centro de Saúde A:

(...) indo além, no extremo, na criminalidade, a questão de matar, a pessoa que gosta de matar: isso é coisa que eu vi, numa cidade aí no exterior, que eu não me lembro o nome, já tem uns dois anos que eu vi essa matéria. Um grupo de cientistas pegou e estudou o cérebro. Eles pegaram todos os criminosos, pessoas que gostam de matar, e fizeram uma tomografia cerebral. E pegaram o cidadão comum [e fizeram o mesmo]. Então, eles viram que há diferença na formação do pensamento, uma diferença muito brusca entre o cidadão que gosta de matar e o normal. Aí então é o que os cientistas falam: “não adianta a pessoa que mata ficar presa, porque

quando ela volta para a sociedade vai fazer de novo, isso está dentro dela".
(Conversação I Centro de Saúde A, Técnico de Enfermagem A.1)²⁶

A fabricação do adolescente delinquente como inimigo da ordem social produz um dique entre ele e os demais cidadãos que finda por desumanizá-lo, rechaçá-lo do mundo dos homens, confiná-lo à criminalidade, inviabilizando a produção de seu sentimento de pertencimento à cidade. Bauman esclarece que "a segregação é oferecida como um remédio radical para o perigo representado pelos estrangeiros". (BAUMAN, 2005, p. 49). A fórmula se aplica perfeitamente ao nosso caso, de reconhecermos como o adolescente em conflito com a lei é assimilado ao estrangeiro na *fala do crime*. A esse propósito, vejamos:

Uma das atividades principais desse trabalho simbólico, que ocorre na fala do crime, é a elaboração da imagem do criminoso como alguém que está o mais distante possível. Quando me refiro à categoria do criminoso, obviamente não estou me referindo a uma análise sociológica, mas a uma categoria classificatória que atua na vida cotidiana e cuja função principal é dar sentido à experiência. Assim, é uma categoria de pensamento embutida na prática cotidiana e que simbolicamente organiza e dá forma a essa prática. Do mesmo modo que as outras categorias da fala do crime, a categoria do criminoso generaliza e simplifica. Ela é produzida por distinções nítidas e rígidas entre o que faz parte dela e o que não faz. A base para essas distinções é a oposição entre o bem e o mal; claramente, crime e criminoso estão do lado do mal. (CALDEIRA, 2000, p. 78)

No entanto, o convívio direto de trabalhadores de saúde com os adolescentes em conflito com a lei, além de estreitar as fronteiras espaciais entre esses dois grupos, permite, em alguns casos, a redefinição de fronteiras simbólicas. Quando o outro, antes um temido estrangeiro, reflete uma imagem familiar, opera-se, ainda que de modo intermitente e fugaz, o apagamento do "monstro". Se "não há dúvida de que cada um de nós é capaz, potencialmente, de se tornar um monstro" (LEVI *apud* BAUMAN, 2008, p. 90), o contrário é igualmente verdadeiro; como veremos a seguir.

²⁶ Fazendo um paralelo com essa fala, há a experiência de um cientista norte-americano, James Fallon, pesquisador das psicopatias, que descobriu-se psicopata ao estabelecer a relação entre os padrões anatômicos de assassinos e os seus próprios! Ver: <http://f5.folha.uol.com.br/humanos/2013/12/1389961-pesquisador-se-descobre-psicopata-ao-analisar-o-proprio-cerebro.shtml>

4.3.4. Não há dúvida de que um “monstro” é capaz, potencialmente, de se tornar um de nós

Aconteceu uma coisa impactante comigo nesse Centro Socioeducativo. Quando eu estava registrando a vacina, quando eu peguei o cartão de vacina, era o Centro de Saúde que eu trabalhava a minha vida toda, lá no bairro X. A letra da minha colega que trabalhou comigo e quando eu olhei era o menino que eu [atendia]. Aí voltou todo o filme. Aí me deu uma coisa. Foi uma coisa estranha, porque a primeira vez que eu entrei lá [Centro Socioeducativo], eu quase que passei mal. Aí, quando eu peguei esse cartão desse menino que eu cuidei pequenininho, quebrou um tanto de coisa dentro de mim. É uma coisa que pode acontecer com qualquer um, não é? (...) Eu conheci a mãe dele! Aí eu fiquei pensando, Dona [fulana]: até o sobrenome, eu lembrava de tudo, ela separou do marido dela, tipo assim, aí você vai vendo a história da pessoa. Aí eu vi o final. É como se a gente tivesse vendo um filme, uma retrospectiva. E sabe o que aconteceu? A pessoa que mais vacinou ele, chamava [sicrana], aí eu fiz questão de pegar nas minhas agendas velhas o telefone dela. Fui lá na casa dela, a gente conversou, eu comentei sobre. Olha só, o filme me despertou. Aí eu retomei o nosso convívio de novo. Nossa foi muito legal! (Conversação I Centro de Saúde B, Enfermeira B.1).

Curiosamente, para os participantes desta pesquisa que trabalham nas Unidades Socioeducativas, a condição de privação de liberdade parece atenuar a ocorrência de ameaças reais em função do aparato institucional desenvolvido para neutralizar, senão amenizar, tais ameaças. Foi com surpresa nos deparamos com a fala unânime daqueles sujeitos acerca da sua sensação de segurança no espaço da privação de liberdade. Uma sensação que foi construída com o tempo, com a desmistificação de imagens, de impressões e de representações cultural e socialmente anexadas a esse adolescente, num processo viabilizado pela lida cotidiana, pelo corpo a corpo diário entre eles. Contato construído sempre na presença de um representante do discurso da segurança: o agente socioeducativo. Daí podemos inferir que a confiança na ideia de que o adolescente não representa riscos decorre da função que esse personagem, o agente socioeducativo, opera na equação do medo do profissional da equipe técnica. De toda forma, essa margem ilusória de segurança diminui em situações de visita domiciliar quando a própria pele é o único escudo de que dispõe o técnico ao adentrar o território do adolescente cuja família será visitada.

4.4. Ser corpo, para ser um

4.4.1. *O corpo como chave de leitura da contemporaneidade*

O corpo, assim como a adolescência, constitui chave de leitura para decifrar quem são os sujeitos de uma época e o que está em jogo em sua existência. Ambos, o corpo e a adolescência, são construções sócio históricas, são fenômenos sociais e culturais reveladores do modo como, a cada época, os indivíduos estabelecem laços. Para Le Breton,

Moldado pelo contexto social e cultural em que o ator se insere, o corpo é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída: atividades perceptivas, mas também expressão dos sentimentos, cerimoniais dos ritos de interação, conjunto de gestos e mímicas, produção da aparência, jogos sutis da sedução, técnicas do corpo, exercícios físicos, relação com a dor, com o sofrimento etc. Antes de qualquer coisa, a existência é corporal. Do corpo nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência individual e coletiva; ele é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma através da fisionomia singular de um ator. Através do corpo, o homem apropria-se da substância de sua vida traduzindo-a para os outros, servindo-se dos sistemas simbólicos que compartilha com os membros da comunidade. (LE BRETON, 2006, p. 7)

É interessante assinalar que, nas falas dos trabalhadores de saúde produzidas nas conversações provocadas por este estudo e nos encontros que foram possíveis com os adolescentes, foi recorrente a menção ao corpo do adolescente: o corpo em transição da infância à idade adulta, que angustia e impulsiona descobertas; o corpo adornado com roupas de marca e com produtos de beleza; corpos medicalizados, corpos esfarrapados pelo sofrimento; corpos em rebelião; corpos que se fazem ouvir

através dos apelos truncados dirigidos à equipe de saúde, corpos entediados, corpos em balanço de *rap* etc. A própria extensão de formas de apresentação do corpo atesta que através dessa senda o adolescente alcança a cena do mundo, constitui e preserva sua identidade, que é transitória, mas lhe confere a sensação de segurança de ocupar um lugar no espaço, de ser uma presença, ainda que, para uns tantos, incômoda. Acerca do corpo como *locus* de “*bricolagem*” de uma identidade, afirma Le Breton que:

Em nossas sociedades, a parceria de manipulação simbólica ampliando-se, o reservatório de conhecimento e de serviços à disposição dos indivíduos estendeu-se desmesuradamente. A maleabilidade de si, a plasticidade do corpo tornam-se lugares-comuns. A anatomia não é mais um destino, mas um acessório da presença, uma matéria-prima a modelar, a redefinir, a submeter ao *design* do momento. Para muitos contemporâneos, o corpo tornou-se uma representação provisória, um *gadget*, um lugar ideal de encenação de “efeitos especiais”. (...) O corpo não é mais apenas, em nossas sociedades contemporâneas, a determinação de uma identidade intangível, a encarnação irredutível do corpo, o *ser-no-mundo*, mas uma construção, uma instância de conexão, um terminal, um objeto transitório e manipulável suscetível de muitos emparelhamentos. Deixou de ser identidade de si, destino da pessoa, para tornar-se um *kit*, uma soma de partes eventualmente destacáveis à disposição de um indivíduo apreendido em uma manipulação de si e para quem justamente o corpo é a peça principal de afirmação pessoal. Hoje o corpo constitui um *alter ego*, um duplo, um outro si mesmo, mas disponível a todas as modificações, prova radical e modulável da existência pessoal e exibição de uma identidade escolhida provisória ou duravelmente. (LE BRETON, 2003, p. 28).

O indivíduo contemporâneo migra na busca por uma diferenciação, por uma originalidade em seu modo de existir. É o corpo singularizado, apropriado, que legitima essa invenção de um nome ou de um conjunto de nomes que serve de passaporte para a vida social.

4.4.2. Corpos privados de liberdade – o sofrimento dos adolescentes e a resistência como saída

“Os adolescentes entregam seu corpo para a Instituição de Privação de Liberdade e só o pegam de volta quando termina a Medida Socioeducativa”. (Trecho citado de memória de participante que atua no Centro Socioeducativo B durante a oficina sobre Caderneta do Adolescente motivada por este estudo)

Essa afirmação muito nos impactou, pois desvela a dimensão de objeto na qual se vê o adolescente que cumpre Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade – posição de rebotalho, de resto do resto da sociedade. Sobre a “*manipulação do corpo*”, Caldeira (2000, p. 396) explicita que:

O corpo é, portanto, percebido como um campo para várias intervenções. Essa noção de corpo manipulável está relacionada à deslegitimação dos direitos civis e está no cerne dos debates sobre a democratização da sociedade brasileira.

Na tentativa de interpretar o trecho do depoimento citado acima, diríamos que o adolescente em situação de reclusão “*entrega o seu corpo*” portando nele uma espécie de emblema de *mea-culpa*. Nas palavras de Caldeira (2000, p.370),

O corpo é concebido como um *locus* de punição, justiça e exemplo no Brasil. Ele é concebido pela maioria como o lugar apropriado para que a autoridade se afirme através da dor. Nos corpos dominados – crianças, mulheres, negros, pobres ou supostos criminosos – aqueles em posição de autoridade marcam seu poder procurando, por meio da inflição da dor, purificar as almas de suas vítimas, corrigir seu caráter, melhorar seu comportamento e produzir submissão. (...) Essas concepções de punição e castigo estão associadas a outras noções que legitimam intervenções no corpo e à falta de respeito aos direitos individuais.

Façamos uma pequena ressalva: o adolescente, ao ser admitido na Unidade de Privação de Liberdade, entrega seu corpo aberto à intervenção, à manipulação, não sem desdenhar do potencial do “*sistema*” em alcançar a punição – como quem dissesse: “*Isso não vai dar em nada*”. E mais uma vez, assinalamos que a contrapartida dessa “*entrega de seu corpo*” é a lacuna existente entre o texto do conjunto de Doutrinas referentes à Proteção aos Direitos do Adolescente e a sua efetivação. O que pode ser entendido da seguinte forma:

No Brasil, onde o sistema judiciário é publicamente desacreditado, o corpo (e a pessoa) em geral não é protegido por um conjunto de direitos que o circunscreveriam, no sentido de estabelecer barreiras e limites à interferência ou abuso de outros. (CALDEIRA, 2000, p. 370)

Transpondo o que Le Breton (2011) diz sobre os “*corpos de prisioneiros*” e os “*deportados*” para a realidade desse adolescente, somos convidados a cogitar que

À maneira da antropologia apofática, os relatos de prisioneiros ou de deportados nos dizem com força *o que não é corpo da vida cotidiana. Nessas experiências-limite de privação de liberdade, sobretudo quando a ela se acrescenta a promiscuidade, a necessidade de viver com vários em um confinamento ao qual o homem ocidental não está habituado, o corpo se dá subitamente a sentir com insistência, uma exigência, que contrasta com a experiência anterior, enraizada no cotidiano e em uma cultura que só concede ao corpo a atenção mais circunspecta. Essas situações-limite assumem assim o caráter de um revelador. Nessas condições, o corpo da vítima se instaura em uma espécie de experiência dual. A dualidade da experiência corporal no cotidiano, quase sempre provisória e sem consequência (a não ser no caso de uma doença, ou de um acidente grave, que altere de maneira definitiva a imagem do corpo), eleva-se aqui a uma potência sem apelo e sempre negativa. A luta a cada dia renovada pela sobrevivência implica antes de tudo uma luta contra seu próprio corpo. O esforço incessante de sempre empurrar mais longe os limites de sua tolerância pessoal, de fazer calar a fome, o frio, o resultado dos maus tratamentos, a falta de sono. Mais do que a dualidade, experiência, em suma familiar, é em um verdadeiro dualismo que culmina por vezes a consciência do homem em situação carcerária ou em concentração. O corpo está aqui submetido a uma espécie de autonomia, lugar geométrico de todas as servidões e de todos os sofrimentos. A consciência do sujeito é suspendida e vive na amargura o fato de sua encarnação.* [Grifos nossos] (LE BRETON, 2011, p. 147-148)

Certamente, esta pesquisa não trata de pessoas advindas nem do cárcere, nem da deportação, nem do campo de concentração. Não estivemos exatamente diante de um “*corpo quebrado*”, efeito de “um lugar em que se nega aos que nele estão até a própria humanidade” (BECKER, 2008 p. 418). Ou seja, não estivemos diante de sujeitos que via de regra realizam trabalhos pesados, que passam fome e sede, que levam pancadas e são torturados, acomodados em alojamentos abarrotados e infestados de doenças, que estão submetidos a uma “*execução seca para uma morte em fogo brando*” (BECKER, 2008, p. 418). Mas, ao mesmo tempo, temos

notícias de que algo disso, esporadicamente, em determinados locais, ocorre. O que circula pela imprensa mais frequentemente refere-se à ocorrência dentro dos Centros de Internação Provisória (CEIP), fato é que não fomos testemunhas oculares de nenhum tipo de violação de direitos dessa ordem. Contudo, não podemos assegurar que isso não ocorra também em outras circunstâncias²⁷. Considerando que as *Unidades Socioeducativas* que receberam a equipe desta investigação foram escolhidas pela própria SEDS/MG, podemos supor que, provavelmente, tivemos acesso ao “fino biscoito” da Privação de Liberdade em BH. Num esforço metalinguístico sobre a experiência da pesquisa de campo, entendemos que tivemos acesso ao que nos foi consentido ver, e que, em um certo sentido, nosso olhar de pesquisadores foi guiado, foi adestrado, e que resultou dessa modulação um “*olhar politicamente correto*”, “*adequado às exigências normativas*”. Ao mesmo tempo, consideramos que o espelhamento, que tantas vezes presenciamos, entre agentes socioeducativos e adolescentes, cria uma cumplicidade entre eles que muito humaniza a Instituição de Privação de Liberdade. Certamente, com os profissionais da equipe técnica, algo semelhante sucede. Todavia, a proximidade entre agentes e adolescentes é maior, pois vários são oriundos do mesmo contexto socioeconômico e cultural e têm idade similar.

Dando seguimento a esse esforço metalinguístico sobre o vivido a partir da pesquisa de campo deste estudo, uma palavra sobre a arquitetura dos Centros Socioeducativos. As duas Unidades de Privação de Liberdade participantes espelham as transições da passagem da *Fundação para o Bem-Estar do Menor* (FEBEM) para os *Centros Socioeducativos*, ou seja, dos tempos da *Doutrina da Situação Irregular* para aqueles da *Doutrina da Proteção Integral*. Muito do que foi documentado e publicizado sobre a arquitetura naqueles moldes²⁸ não faz parte da realidade arquitetônica das Unidades de Privação visitadas, ainda que isso seja uma

²⁷ O Relatório do *Programa Justiça ao Jovem – Medida Justa*, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) traz o Panorama da Execução da Medida Socioeducativa em Minas através do qual pode-se averiguar a ocorrência de irregularidades. Ver: <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/infancia-e-juventude/programa-justica-ao-jovem>

²⁸ Ver Correa M. Cidade dos menores: uma utopia dos anos 30. In: FREITAS, MC (org.). *A história social da infância no Brasil*. São Paulo: Ed. Cortez, 2003. Ver também: Rizzini I. *O século perdido: raízes históricas das políticas para a infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1997.

realidade em outras Unidades²⁹. É importante ressaltar que ambas foram construídas há menos de oito anos. Uma delas, inclusive, está localizada em meio a área residencial de um bairro de classe média de BH, e, juntamente com outras Unidades Privativas de Liberdade para adolescentes, compõe uma subárea de alto risco, na classificação dada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A outra, Distrito B/Unidade Socioeducativa B, situa-se em área rururbana da cidade, fronteira com outro município da Região Metropolitana de BH. As marcas da segregação na *Unidade Socioeducativa A*, são menos nítidas que na segunda, *Unidade Socioeducativa B*. Em ambas, há uma aparente diluição do “olho que tudo vê”, da vigilância aos adolescentes. Há indícios de vida que pulsa em tímidos grafites, na escassa vegetação, e de quando em vez, no cheiro da pizza feita por adolescentes em oficina e nos sons de um duelo de MC's³⁰.

Retomando o argumento da luta cotidiana do indivíduo recluso contra seu próprio corpo (LE BRETON, 2011), acreditamos que, no caso do adolescente, isso é potencializado pela puberdade e seus acontecimentos de corpo. Vejamos o que diz uma participante deste estudo:

Eu acho que a maior angústia do adolescente é ficar realmente dentro do alojamento, isso incomoda eles demais. E tem adolescentes que mandam bilhetes para a gente: “Fulana [técnica], pelo amor de Deus, me atende com urgência”. Aí chego para o adolescente: “O que está acontecendo?”. “Eu estava precisando sair do alojamento porque o menino que fica comigo, ele sai muito e eu fico muito sozinho”. Aí o menino foi desligado e agora ele está com dois [adolescentes companheiros de alojamento]. “Agora você não precisa tanto de atendimento”. “Agora eu estou conversando muito! Não estou dando conta de tanto que eu converso”. Então, querendo ou não, traz essa, a angústia de estar sozinho ou, então, de estar preso, de tudo depender do outro. (Conversação I Centro Socioeducativo A, Psicóloga A.1)

²⁹ Relatório da Primeira Etapa do *Programa Justiça ao Jovem – Medida Justa*, coordenado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) informa que algumas unidades de privação de liberdade em BH conservam a “arquitetura prisional, com alojamentos que se assemelham à celas, com muitos cadeados e forte vigilância, com a presença de agentes de segurança até mesmo dentro das salas de aula”. Ver: <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/infancia-e-juventude/programa-justica-ao-jovem>

³⁰ Mestre de cerimônia da cultura Hip Hop.

Em conversas com os profissionais de saúde das *Unidades de Internação* participantes deste estudo, foram relatados episódios esporádicos de automutilações e tentativas de suicídio de adolescentes invadidos pela angústia. Há o caso, por exemplo, de um rapaz que, isolado do convívio com os outros, pois a instituição tentava coibir uma recidiva, automutilou-se com uma marmita transformada em objeto cortante. Certamente, um caso trágico dentre outros que não sabemos computar, se muitos ou poucos. Outra questão abordada nos relatos dos sujeitos desta pesquisa foi a da medicação. Há uma prescrição habitual de psicotrópicos para diminuir a angústia e a insônia dos adolescentes. Estes respondem com uma espécie de “compulsão” pelos medicamentos, uma demanda insistente de mais e mais. A esse respeito, poderíamos pensar em uma “*compulsão aceitável*”³¹ porque naturalizada pelo profissional de saúde que não dá mostras de se interrogar sobre o porquê desse incessante pedido de contenção química³². “*Eles gostam de ficar dopados*” e “*tem que receitar mesmo!*” são afirmações da Médica A.1:

Técnica de Enfermagem A.2: Uma doença que normalmente não acomete os adolescentes, mas que tem muitos casos desses privados de liberdade, é a insônia.

Pesquisadora: Porquê?

Médica A.1: Eles [os adolescentes] costumam ver as pessoas que mataram, por isso eles gostam de ficar dopados, para ver se a hora passa mais rápido. Tem que receitar mesmo! Eles vem com uma compulsão. Então, tem que substituir uma pela outra. Todos falam que escutam vozes à noite dessas pessoas. Eles sonham com as pessoas que mataram.” (Conversação I Centro de Saúde A).

Na fala da Psicóloga B.1, a insônia aparece como resultado da ociosidade do adolescente no Centro Socioeducativo B. No mesmo relato, notamos uma crítica ao profissional médico que atua na Unidade Básica de Saúde próxima a esse Centro Socioeducativo:

³¹ Agradecemos a Rosemeire Silva que nos emprestou a expressão “*compulsão aceitável*” em discussão acerca dos achados desta pesquisa em encontro do Grupo de Pesquisa do CNPQ *Sintomas contemporâneos: Investigação em Medicina e Psicanálise*, coordenado pela professora Cristiane de Freitas Cunha Grillo.

³² Sobre a situação de saúde mental de adolescentes em Unidades Socioeducativas ver *Muito longe da Reforma Psiquiátrica*, Revista Radis, número 99, de 2010, disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_99.pdf

Psicóloga B.1: É simplesmente, porque eu acho que aqui (...) os meninos têm um período do dia, o da manhã, eles têm a escola, e no período da tarde é um tempo ocioso, como a noite. E aí eu vejo muito uma outra questão que me chamou atenção: os meninos reclamam muito de insônia. Às vezes isso é passado para uma questão médica que, também acho que, precisaria desse profissional compreender um pouco também a rotina desse adolescente aqui na instituição. Então, é um adolescente que vai acordar sexta-feira, vai para a escola e às onze e meia encerra as atividades escolares. Ele almoça e fica na ociosidade até o horário noturno. (Conversação I Centro Socioeducativo B)

No trecho de conversação a seguir, os participantes formulam hipóteses sobre as causas da insônia e o consequente uso de remédios: o vazio de atividades na rotina dos adolescentes internados, como assinalado acima, decorrendo disso a demanda por fármacos que possam tamponar esse sentimento; o uso do medicamento em substituição a uma droga ilícita utilizada ritualisticamente; a crença de que o prolongamento do tempo adormecido sirva como fuga para a sua angústia frente ao tempo que não passa. Em todo caso, isso nos foi dito principalmente pelos profissionais de saúde, o que faz com que qualquer tipo de análise mais aprofundada a seu respeito corra o risco de ser superficial, incompleta ou errônea. Mesmo assim, a título de exemplo da densidade do que está em jogo nesses casos, vejamos um trecho de conversação:

Psicóloga B.1: (...) Pelo que se ouve deles, então eu vejo alguns momentos, o uso desse medicamento em grande insumo em folha, (...). “Mas como é que está a sua rotina?” [ela pergunta ao adolescente que responde] “Eu durmo a tarde inteira”. Então, ele vem de um processo de excesso de atividades, de uma trajetória com várias atividades, vai estar nas ruas com os amigos. Não é gente que vai para a escola, volta para a casa, almoça, faz o dever de casa, vai fazer alguma atividade. Não! Há uma diversidade, uma liberdade muito significativa, principalmente para lucrar. Ele vai fazer uma atividade também, [que] vai ser noturna, não vai ser uma atividade usual ou seguir uma trajetória de rua. Enfim, eles [adolescentes] são menos atuantes, em diversos espaços da cidade, do bairro, da comunidade, e aí eles entram para a instituição [de privação de liberdade]. Eles se deparam com situações que não apareciam anteriormente. E aí eu vejo a utilização do medicamento às vezes para tamponar outras visões com as quais às vezes eles não se identificam. E [isso] é direcionado só para a área da saúde. Acho que eles começam a perceber: “Será que é isso mesmo?” e vão recorrer à saúde. (...)

Assistente Social B.3: O que eu também penso é essa questão dos meninos [adolescentes internos] falarem: “Ah, eu não estou dormindo, eu quero um remédio”. (...) Eu vejo que quando o adolescente pede esse remédio para dormir, às vezes é para substituir aquela droga que ele estava usando na rua.

Psicóloga B.1: Acho que na rotina do trabalho, no começo, a gente não consegue pensar que Instituição é essa, que é controlada por outra, regulamentada por outra...

Pesquisadora: Porque vocês falaram tanto da prescrição indeterminada, mesmo medicamento, mesma dosagem para todo mundo, quanto essa demanda de uso da medicação, pode ser que isso também se sobreponha. (...) E que eu acho que a insônia ela aparece para vocês, aí é uma face, uma causa da insônia, mas a insônia para vocês aparece como uma consequência de outra coisa, de outro sentimento. Porque ficar falando: “Ele dorme muito de dia” e, então, ele não vai dormir à noite, é uma coisa muito razoável, muito óbvia. Mas é um sintoma recorrente?

Psicóloga B.1: Eu vejo assim: a questão da insônia dos meninos [adolescentes internos], porque eles querem dormir durante o dia, eles querem dormir à noite, mas na intenção de que passe logo esse tempo para que não dê nenhum “problema”. É uma forma de passar logo o tempo, porque estar aqui é muito difícil, não é fácil para eles. Então: “Vamos agilizar, vamos dormir”. Eu entendo que é muito isso, de dormir para o tempo passar mesmo.

Enfermeira B.2: Então, uma questão nova aqui... Mas para isso não é preciso dormir uma tarde inteira até à noite. É uma questão biológica, acho que tem esse ponto no fim das contas. “Onde eu estou”, “o que eu estou fazendo” (...) um momento aqui, ocioso, é esperado para que ele reflita também.

Assistente Social B.3: Não só o que eu te falei, eles falam que eles estão sonhando, estão vendo vultos. (Conversação I Centro Socioeducativo B)

Em contraponto a essa objetualização do adolescente capturado por seu sofrimento, discutiremos agora a questão das rebeliões e dos tumultos. Em tais ocasiões, esse indivíduo desloca-se da posição de objeto para a de sujeito dos acontecimentos. Segundo Vicentin (2011), os corpos em rebelião denotam a atividade do adolescente que protagoniza o seu sofrimento e, em postura de resistência, faz frente à violência institucionalizada. Dessa ação resultam efeitos de subjetivação. De acordo com essa autora, as rebeliões podem encarnar múltiplos sentidos para os rebelados, a saber:

(...) reação “legítima” à violação de direitos por partes dos agentes institucionais; estratégia de sobrevivência; estratégia de comunicação; insurgência corporal quando os constrangimentos são insuportáveis; contrapartida de adrenalina e desabafo ante o isolamento e a solidão;

“atitude” de resistência: um “choque liberal” (em contraposição ao Batalhão de Choque da PM); movimento disruptivo, irradiador, capaz, na “rebelião que virá”, de destruir a FEBEM. Eles não se iludem: percebem que a rebelião compõe a lógica institucional e formulam um paradoxo: “Estamos condenados à rebelião”. (VICENTIN, 2011, p. 100)

A conversa que fizemos no Centro Socioeducativo A foi iniciada pelos profissionais de saúde com seus relatos sobre rebeliões e tumultos que haviam ocorrido ali pouco tempo depois de sua fundação. Chamou nossa atenção que tenha sido esse o disparador inicial de uma conversa cujo propósito original era conhecer mais sobre a atenção à saúde do adolescente privado de liberdade. Consideramos muito pertinente a perspectiva apontada por esses profissionais. Dito de outro modo, se a rebelião e o tumulto constituem tentativas desesperadas do adolescente de existir apesar da lógica mortífera de determinadas intervenções do Estado, isso tem a ver com a saúde, isso é questão de saúde individual e pública, a um só tempo. É relevante notar que, se inicialmente os adolescentes “*entregam o seu corpo*” para a instituição de privação de liberdade, como evidenciado anteriormente, ao menos em lampejos, eles atestam querer ser “senhores de si”, é o que esclarece Vicentin. Pois, *os corpos em rebelião*:

Encarnam um poder de inventar-se a si mesmos numa linha de fuga da captura social. Forjam um modo peculiar de existência: uma espécie de experiência existencial direta, concreta, dramática e corpórea da realidade. Lançados na impossibilidade, estes jovens acentuam a provisoriedade e a vida. ‘Constroem territórios subjetivos a partir das próprias linhas de escape a que são impelidos, ou dos territórios de miséria a que foram relegados, ou da incandescência explosiva em que são capazes de transformar seus fiapos de vida em momentos de desespero coletivo’ (Pelbart, 2003, p. 32). Operam, assim, uma reversão tanatopolítica, ao construírem modos de resistência e de subjetivação ancorados na potência da vida. São “sujeitos impossíveis, insuportáveis”, na acepção que lhe dá López-Petit (2000): sujeito insuportável para o poder, na medida em que põe no centro de seu movimento o querer viver. Cabe esclarecer: não a vida como projeto – aquilo a que esses jovens são sistematicamente demandados, seus “projetos de vida” –, mas a vida como potência. (VICENTIN, 2011, p. 102-103)

Sobre as rebeliões e os tumultos, mais poderia ser discutido a partir do discurso proferido pelos próprios adolescentes. Gostaríamos apenas de destacar que os

profissionais citados enunciam a riqueza de se levar em conta o que está para além do ato, o que comporta uma dimensão de subjetividade.

Outra estratégia alcançada pelos adolescentes para reinventarem-se diante das grades e do sofrimento que elas produzem ou intensificam é a correspondência amorosa³³. A escrita de cartas para namoradas, amigas ou “pretendentes a namorada” é uma prática frequente para alguns, contrariando a noção contemporânea de que a troca de cartas está ultrapassada. Nessa sua escrita, ora são românticos declarados, ora “apimentam” o texto com passagens eróticas. De acordo com os profissionais de saúde, os adolescentes não economizam em lembranças detalhadas das “*noites de amor*” vividas antes da privação ou nas visitas de fim de semana. Mesmo sabendo da censura de conteúdo que está a cargo tanto dos técnicos quanto dos agentes socioeducativos, os jovens aparentemente não se intimidam com a exposição de sua vida privada. Pelo contrário, para muitos deles, segundo os profissionais de saúde, a leitura prévia de sua correspondência gera uma ampliação do canal de comunicação entre eles:

Assistente Social A.2: Até aqui dentro [o adolescente] arruma namorada, fulano de tal...

Pesquisadora: Como é que é?

Psicóloga A.1: Arruma...

Pesquisadora: Mesma coisa do Sistema Prisional?

Psicóloga A.1: Para a prima do colega do alojamento, daí começa a mandar cartinha e começa a namorar.

Psicóloga A.2: E eles usam também essa saída do namoro para ter também o que mandar.

Psicóloga A.1: Eles ficam muito carentes aqui...

Pesquisadora: E a questão que eu acho, devo perguntar. A coisa da sexualidade aqui dentro, como não falar? O adolescente não aguenta ficar a tarde em casa e o que vai fazer com aquele turbilhão da sexualidade, trancafiado aqui dentro? Como vocês acham que eles vivem isso aqui?

³³ A troca de cartas é praticada também por adultos presos. Observamos que vários comportamentos dos Adolescentes Privados de Liberdade espelham outros manifestos pelos internos ao Sistema Prisional, como se aqueles adotassem os últimos como referência no seu modo de agir durante o seu período de reclusão.

Psicóloga A.1: A gente vê direto nas cartinhas, às vezes eles escrevem cartas para os amigos dizendo assim: “Nossa, nunca fiquei tanto tempo sem mulher, não estou aguentando mais ficar tanto tempo sem mulher, não vejo a hora de sair!”.

Psicóloga A.2: Tem cada coisa que a gente precisa ler! “Ai, que saudades das nossas noites, que você me falava isso e aquilo”.

Pesquisadora: Uma coisa bem romântica!

Todas: Muito!!!

Psicóloga A.2: Romântica demais! Tinha um adolescente que, H ele se chamava, eu falava: “Nossa H, eu não preciso ler essas coisas assim na carta!”. A carta passa por mim, a equipe fica...

Pesquisadora: Tem que passar por vocês?

Todas: Tem!

Psicóloga A.2: A gente autoriza toda carta...

Psicóloga A.1: Tanto para sair quanto para entrar temos que ler...

Psicóloga A.2: Aí eu falei para ele: “Não precisa tanto”. Aí ele ficava rindo, mas continuava do mesmo jeito. Porque era algo que já era dele. (...)

Pesquisadora: Então, o correio aqui funciona!

Contudo, merece reflexão a quase inexistência nas Unidades Socioeducativas de um espaço de intimidade preservado do olhar do outro. Nesse sentido, a própria troca de cartas seria a construção de uma saída face à privação da participação em outras redes sociais, principalmente, nas redes virtuais, algo bem típico para o jovem contemporâneo. Dentro dos alojamentos, por exemplo, poucos são os objetos que vivificam a história daquele sujeito. Em geral, em seu *kit-alojamento* há algumas mudas de roupas trazidas pela família, roupas eleitas, em certo sentido, como insígnias de sua identidade, segundo o que nos foi relatado pelos profissionais de saúde.

4.4.3. Sexualidade pelas brechas

Entendemos por meio da pesquisa de campo que, geralmente, para os profissionais de saúde, a sexualidade é uma questão a ser evitada. Especialmente, a realidade do

sexo entre as grades, algo muito mais espinhoso, é uma realidade que se quer ignorar. O Centro Socioeducativo B convidou os adolescentes para uma oficina sobre “sexualidade”, a ser conduzida por equipe do Centro de Saúde B. Na prática, contudo, realizou-se uma palestra sobre “saúde reprodutiva”. Presenciamos em contexto de observação-participante, adolescentes insatisfeitos com essa substituição, alheios aos *slides* que exibiam detalhes anatômicos masculinos e femininos, cochichando entre si e olhando desinteressados para os lados. O interesse só foi despertado pela colocação de preservativo em uma prótese, por um estagiário de enfermagem que dizia ser aquele um contraceptivo “*cem por cento seguro*”. Então, a camisinha rasga. Silêncio. Ele se vê muito sem graça, sem lugar com o acontecimento. Continua, no entanto, a garantir no discurso a eficácia do preservativo contra a gravidez e a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST). No tempo concedido às perguntas, um menino protestou: “*eles [a Unidade Socioeducativa] dão oficina para gente de tudo quanto há! Mas não querem que a gente fale sobre o que a gente quer... eu lá estou querendo aprender a fazer tapete?*”. (Trecho citado de memória da Oficina sobre Saúde Reprodutiva, atividade conjunta entre Centro Socioeducativo B e Centro de Saúde B).

Entendemos que a questão do preservativo foi a oportunidade para propor conversas sobre a sexualidade e o sexo, ao longo da realização do campo desta investigação. A distribuição de preservativos durante a internação só é permitida quando o adolescente é liberado para a visita de fim de semana. Tal limitação é mantida pela SEDS/MG, uma vez que não é permitida a prática sexual no interior dos *Centros Socioeducativos*, salvo se na condição de visita íntima³⁴. Essa ressalva, aliás, não altera em nada a realidade da grande maioria dos adolescentes, pois quase ninguém preenche os critérios para ter acesso a essa modalidade de visita. Em conversa com um dos participantes deste estudo nos foi dito que, em todo o Estado, apenas dois adolescentes que cumprem a Medida Socioeducativa de

³⁴ A visita íntima foi uma das conquistas da Lei 12.594/2012, que instituiu o SINASE. Ver: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Sobre os direitos sexuais e reprodutivos desses adolescentes ver Franco Netto TL: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6419/1/2008_TherezaLamareFrancoNetto.pdf e também *Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens em conflito com a lei: contribuições para o debate e ações*. Coord. Franco MH: <http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/JovensSIT.pdf>

Privação de Liberdade conseguiram o direito à visita íntima. Somente eles comprovaram união estável registrada em cartório. Então, nos perguntamos, a visita íntima é para quem, afinal? É usual que os adolescentes brasileiros, estejam ou não em situação de embaraço com a Justiça, vivam relações conjugais estáveis oficializadas em cartório? Faz sentido estabelecer tal critério, espelhado na dinâmica com o adulto preso, para autorizar a visita íntima? Quais alternativas existiriam? Compreendemos que, apesar de garantida por lei, essa visita é um “conto do vigário”. Ela dá a impressão de que a legislação avançou e que beneficiará o adolescente com o direito de viver a sua sexualidade mesmo privado de liberdade. Todavia, na prática, não altera substancialmente o estado das coisas. Enquanto isso, a equipe da SEDS/MG se dedica aos aspectos objetivos para viabilizar essas visitas. E as questões de segurança são as que parecem mais preocupá-la.

Vejamos um rico relato da experiência de distribuição de preservativo, motivada pela impressão deixada pelos adolescentes que retornam das visitas de fim de semana contando vantagem de sua virilidade, dizendo algo do tipo “*peguei três, num dia só, e transei com todas*”:

Dentista A.1: Lá no [outro Centro Socioeducativo], junto com esse kit de odonto [escova de dente, pasta de dente] a enfermeira falou: “Vamos colocar umas camisinhas aí dentro?”. Aí foi muito engraçado, porque a princípio ela chegou para mim com um pacote de camisinha e eu [falei]: “E aí? Quantas camisinhas que eu coloco em cada kit?”, “Nossa, esses meninos saem daquele jeito! Coloca umas quinze!” Aí passou um tempinho, na outra semana: “E aí, vamos continuar nas quinze”. “Coloca só dez!”. Só sei que no final da coisa: “Coloca duas!”. O que aconteceu, aí ela [enfermeira] foi me falar que quando o pessoal [adolescentes] saía (...) jogava [as camisinhas] na rua. (...) Daí ela fez uma intervenção com eles: “Gente, o que está acontecendo?”. Eles falaram que não dava, que aquela camisinha era horrível. E aí ela perguntou: “Mas quem já usou essa camisinha aqui?”. Aí eles ficaram... Resumindo, só pelo fato de ser “do governo”, era ruim. Eles queriam era aquela outra lá, cheirosa, com sabor... A camisinha não foi mais nos kits, só quando o adolescente falava que queria...

Pesquisadora: Você falando aí, [dentista A.1], eu estou lembrando de uma fala de um adolescente lá da [outra unidade de privação de liberdade]. Ele virou e disse, a gente estava conversando sobre camisinha na hora ele falou: “Ó, é fulano”, um falando para o outro, “É, malandro não morre de AIDS, não, malandro morre é de tiro.”. Essas frases prontas. Lembro que a fulana [participante conversaçã] falou um pouco assim, desse discurso que

é repetido, sem pensar e tal. Mas num tom de valentia dele. Falando: “Malandro não morre de AIDS, malandro morre é de tiro”. Tipo: “Eu não mexo com esse trem, não, esse ‘trem’ de camisinha, lá fora.”. Então, é, que eu acho que... “Vindo do governo!” Eu achei que eles iam ficar loucos, “Quinze camisinhas! Nossa, eles estão achando que eu sou...”.

Dentista A.1: O “cara”! Mas essa questão de ser do governo... também, às vezes, acontece na odonto, que a gente faz uma atenção básica, quando não precisa encaminhamento para a atenção especializada. Muitos mesmos falam assim: “Não precisa fazer encaminhamento porque esses ‘trem’ do governo não dão certo!”. “Então, quer dizer que o meu trabalho não está dando certo? O que eu faço não dá certo?”. “Ah, não, mas você é diferente!”. Então, às vezes acontece de falar que o que é público tem...

Pesquisadora: E que reflete, muito curioso, reflete nessa prática tão íntima. De ganhar cesta básica, ganhar bolsa tal, é visto de uma maneira legal, “tem que aproveitar”, “vou tentar arrumar mais uma [bolsa]”. Mas é interessante, o preservativo acaba ganhando uma conotação negativa. (Conversação I Centro Socioeducativo A)

Também a recusa em utilizar o “*preservativo do governo*” pode ser interpretada como uma forma de resistência do adolescente frente ao que lhe é imposto pelo Sistema Socioeducativo, como um ato para manter-se livre de interferências do outro. O ato de falar sobre o preservativo lançou vários rumos às conversações: a distribuição e o seu uso, como mencionado anteriormente; a sexualidade e o sexo, apesar das grades; a violência sexual que esporadicamente acomete um adolescente; a paternidade; as questões de gênero etc. É consenso entre os participantes desta pesquisa que a vivência da sexualidade sofre os efeitos da privação de liberdade. Um agente socioeducativo nos disse que ele tinha “*pena*” de um certo adolescente que

“(...) desconhecia qualquer coisa sobre a sexualidade até chegar na unidade socioeducativa e infelizmente ele vai conhecer essas coisas aqui, preso... Ele não sabia nem o que era masturbação e agora está descobrindo isso aqui. Fico com dó.” (Trecho citado de memória da Oficina sobre Saúde Reprodutiva, parceria entre Centro Socioeducativo B e Centro de Saúde B).

Naquela ocasião conversamos sobre as marcas que as grades deixariam em sua história de vida, inclusive nos capítulos referentes à puberdade e os seus desdobramentos. Contudo, os trabalhadores dos Centros Socioeducativos

demonstraram inúmeras vezes não querer saber como é vivida a sexualidade naquele ambiente, o que podemos averiguar no trecho transcrito abaixo:

Psicóloga A.3: Tem um adolescente aqui que ficou um tempo com a gente, depois da rebelião, ele foi para o CERESP [Centro de Remanejamento do Sistema Prisional] daí ele saiu, ficou um tempo na rua. Ele voltou com a ex-namorada dele, morando junto mesmo. Daí deu um tempo e ele voltou para cá [Centro Socioeducativo]. (...)A [outra psicóloga] até brincou com ele: “Poxa, mas você não usou nem camisinha! Não teve anticoncepcional para deixar de engravidar, porque você está muito novo”. Ele falou assim: “Não, mas o negócio é bruto!”. Então...

Psicóloga A.2: São oito meses assim.

Pesquisadora: Então, na prática, vocês acham que eles ficam oito meses sem ter relação sexual aqui dentro?

Todas: Não!

Pesquisadora: Não, vocês sabem que não. E como é que vocês...

Psicóloga A.1: Relato aqui... às vezes a gente fica sabendo, mas...

Psicóloga A.2: Um caso ou outro, porque quem sabe mais são os agentes [socioeducativos].

Psicóloga A.1: É os agentes [socioeducativos]...

Pesquisadora: Mas vocês sabem que acontece!?

Psicóloga A.1: Acontece. A [enfermeira] sabe também. (...)

Pesquisadora: Queixa de quê?

Enfermeira A.2: A gente está atendendo dois casos de DST [Doença Sexualmente Transmissível] aqui dentro. Um fala que não sabe por que apareceram essas manchas pelo corpo e o outro fala que chegou sim a ter relação com aquele, mas que não foi aqui. Ele disse que trouxe isso do provisório [Centro de Internação Provisória]. (Conversação I Centro Socioeducativo A)

Em outras ocasiões, porém, eles se permitiam falar. E aí nos perguntamos se as práticas homossexuais decorreriam de opção sexual ou de contingência. Então, os profissionais de saúde se colocaram a pensar que boa parte dos adolescentes que pratica o sexo no ambiente de Privação de Liberdade o faz motivado pela impossibilidade de vivê-lo com o outro sexo. Certamente, para alguns, a prática homossexual seria uma opção, um modo de assumir posição na partilha dos sexos que está em jogo na puberdade. Os profissionais de uma Unidade de Privação participante deste estudo lembraram-se de um adolescente que já iniciou o

cumprimento da Medida Socioeducativa tendo feito a opção pelo transexualismo³⁵. Apesar de ter os atributos de um rapaz, ele se apresentava como mulher, havia inventado um novo nome para si, usava vestimentas femininas. Contudo, teve de se vestir como os demais adolescentes, por ordem da direção. Curiosamente, segundo os relatos desses profissionais, os colegas o respeitavam e ele normalmente não era alvo de brincadeiras pejorativas. No entanto, o contrário se passa com aquele que pratica atos homossexuais. Nesses casos, eles disseram que o adolescente não costuma vivenciar essa escolha abertamente. Os participantes deste estudo, avaliaram que somente em Unidades femininas, as mãos dadas e a troca de carícias seriam toleradas, até certo ponto, pela direção. O que poderia apontar para uma maior abertura para a vivência de experiências homossexuais. No entanto, paralelo à esse comentário, temos notícias de que Unidade Socioeducativa de Belo Horizonte, está afixado um cartaz que veda a troca de carícias entre as internas.

Um aspecto igualmente relevante – e grave – é a situação de adolescentes que já estavam privados de liberdade e que foram acusados de serem autores de violência sexual contra outro colega da Unidade onde eles se encontravam. Em conversa com um participante da pesquisa, nos foi relatado que os casos são poucos, mas recorrentes. Para ele, muitas vezes, não fica claro para o Juiz se houve realmente violência na prática sexual e aquele adolescente acaba sendo incriminado injustamente. As denúncias que levam a tais sentenças, frequentemente, são fruto de uma retaliação contra deslizes em algum compromisso firmado com outro colega. Isso sem mencionar situações de violência contra os internos cometidas por agentes socioeducativos. De toda forma, esse conjunto de situações de violência sexual ocorridas no ambiente da Unidade Socioeducativa provoca um efeito cascata que pode culminar, em casos extremos, na morte de adolescentes³⁶. Em se tratando dos direitos de adolescentes privados de liberdade,

³⁵ Sobre o transexualismo ver: Ceccarelli P. *Transexualismo e identidade sexuada*. Ver: http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=260

³⁶ O *Perfil dos adolescentes que morreram enquanto cumpriam medida socioeducativa de internação, semiliberdade e liberdade assistida*, iniciativa do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e da Universidade de Brasília, 2007, fortalece esse argumento. Ver:

Entendemos que a violação aos direitos sexuais do adolescente pode se apresentar de diversas formas: pela negação ao direito do exercício da sexualidade; pela ausência de espaços em que se discuta com os adolescentes sobre sexualidade, e isso inclui a escola; pela negação do direito de acesso a métodos pré-conceptivos e de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (DST'S e AIDS); pelo preconceito em relação à diversidade sexual; pela falta de políticas de proteção mais eficazes que tornariam os adolescentes menos expostos à violência sexual (abuso e exploração sexual) e pela falta de tratamento médico, psicológico e de encaminhamentos rápidos e adequados quando ocorrem casos de violência sexual. (CAMURI, SERENO, ZAMORA, QUINTANA, 2012, p. 57)

Enfim, as Políticas de Saúde voltadas a esses adolescentes devem “assegurar o exercício dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, através de deliberações sobre adolescentes com filhos/as nas unidades e visita dos filhos/as às mães e pais adolescentes”. (SEDH, 2013, p. 32). Na pesquisa de campo, não foram discutidas as questões de acompanhamento de adolescentes grávidas, nem a permanência de bebês recém-nascidos nas Unidades de Privação, no caso das moças, nem foi mencionada a visita dos filhos de internos e internas. Mesmo assim, julgamos pertinente a menção de que muito provavelmente isso constitui impasses na execução da Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade.

4.4.4. A estética dos corpos privados de liberdade – adolescentes (re)criam-se, (re)inventam-se, (re)nomeiam-se: a busca de ser DESigual

(...) o corpo vivido como acessório da pessoa, artefato da presença, implicado em uma encenação de si que alimenta uma vontade de se reapropriar de sua existência, de criar uma identidade provisória mais favorável. (LE BRETON, 2003, p. 22)

Em pesquisa realizada por Almeida e Tracy (2003, p. 182), um adolescente resume da seguinte forma: “Na *night*, o corpo é seu tudo. Porque ninguém tá indo para te conhecer. É o *shape*, cara!”. [Grifos nossos]. Se de dia, ou de noite, se livre ou enclausurado, isso vale para todo e qualquer adolescente. Em verdade, para o coletivo de sujeitos contemporâneos “o corpo funciona à maneira de um arco de fronteira para delimitar perante os outros a presença do sujeito. Ele é fator de individualização”. (LE BRETON, 2011, p. 32). Com os adolescentes privados de liberdade, se passa o mesmo. A moda e a estética do corpo estão em jogo. Dito de outro modo, apesar das grades, a *produção da aparência* (LE BRETON, 2011) desempenha uma importante função, tal como presenciamos nos contatos que tivemos com os adolescentes privados de liberdade e também como transmitem, por exemplo, os profissionais de saúde:

Pesquisadora: E não tem uma coisa assim, eles [os adolescentes] vão produzidos para o atendimento?

Psicóloga A.3: Quando eles estão na quadra, eles não gostam de ir para o atendimento.

Psicóloga A.2: Eles tomam banho...

Dentista A.1: E às vezes eles até brigam com a gente: “Poxa, você não me falou que eu vinha aqui para o dentista. Remarca para mim!”.

Psicóloga A.3: É quanto a isso, eles são muito caprichosos, eles vêm perfumados. Passam creme, vêm chupando bala. Eles vestem a sua roupa melhor.

Dentista A.1: Já aconteceu de remarcar a consulta, porque eles são pegos de surpresa. Eles não sabem o dia da saída. E eles se recusam porque não tomaram banho. Não estavam perfumados...

Psicóloga A.3: É muito complicado para eles também. Pegar assim, “vamos ali”. Eles não sabem aonde vão. É muito complexo para eles.

Pesquisadora: É muito complexo...

Dentista A.1: Pela questão da...

Pesquisadora: Da estética, da vaidade.

Dentista A.1: Da vaidade.

Psicóloga A.3: Sim! Ninguém gosta de ir ao médico sem se arrumar!

Pesquisadora: Aliás, quando as pessoas vão ao médico elas exalam perfume!

Psicóloga A.3: Então, pois é!

Pesquisadora: A boca cheirosa... E eu acho curioso, eu acho que isso é saúde! O que vocês estão falando sobre a vaidade, a estética, que atravessa também a saúde. Dentes brancos... não sei se é uma demanda deles...

Dentista A.1: Olha o que acontece (...) Quando o adolescente vai começar um curso ou uma saída no final de semana, eles me perturbam! Porque tem que fazer limpeza [dos dentes], porque eles tem que estar com o dente branco. Vai que eles precisam ir numa entrevista de emprego. Aí fica aquela situação, enquanto a gente não faz a limpeza eles não sossegam. Mas depois que faz também, acaba. Não ficam demandando isso não. Mas é o fato de sair, para eles, um evento.

Pesquisadora: Eu acho que vocês têm que ter mesmo atenção com essas demandas. Você pode pensar: 'que coisa besta!'. Mas como isso também tem um efeito de pertencimento ao grupo!

Todas as participantes: Sim! (...)

Pesquisadora: Que é uma coisa muito forte no adolescente.

Dentista A.1: A aparência...

Pesquisadora: Aparência! Por ela tanta coisa acontece, essa coisa do grupo...

Psicóloga A.2: Engraçado, aqui dentro a gente até percebe o que acontece um pouco lá fora. Essas coisas de usar as melhores roupas, porque eles podem ir trocando as roupas. Os familiares podem ir trazendo outras roupas. Tem uns que desfilam bonés, desfilam tênis. (Conversação I Centro Socioeducativo A)

A esteticização cotidiana do corpo surge para o adolescente contemporâneo como uma via para angariar pertencimento social e, sobretudo, territorial. Le Breton (2006) aposta que a produção da aparência é uma das estratégias desse sujeito para produzir um sentido com o qual ele possa aderir-se, inserir-se, acoplar-se no espaço social e cultural, sair de sua opacidade e ganhar a cena do mundo. Por essa *via crucis do corpo*, o sujeito, correndo o risco de resvalar por uma infinidade de caminhos ofertados por seu tempo, “parte na busca, às vezes absurda, de reconhecimento e distinção”³⁷. (MARGULIS; URRESTI, 2008, p. 141). Trabalhadores dos Centros Socioeducativos estudados descrevem como o adolescente, a despeito de sua condição de privado de liberdade, prossegue com essa busca: eles querem os mesmos objetos da moda que qualquer outro adolescente e querem portá-los no espaço da internação, a exemplo do brinco de *strass* que, quando um adolescente passa a usá-lo provoca o efeito de “lançar moda”, e, em poucos dias, o adereço é

³⁷ Tradução nossa.

adotado por boa parte dos adolescentes da Unidade. Nas visitas aos filhos, as mães, principais visitantes, levam as roupas de marca que lhes são solicitadas, os produtos de beleza, sobretudo para cuidar dos cabelos e das unhas. Realmente, o contato que tivemos com os adolescentes no campo de pesquisa confirmou tais impressões: adolescentes visivelmente vaidosos que portavam os emblemas de uma adolescência apesar das grades: roupas e bonés de marca, acessórios e estilos exibidos em série, por um e por todos. Le Breton demonstra como esse cuidado com o corpo tem a função de operar um emaranhado de inscrições corpóreo-simbólicas:

A marcação social e cultural do corpo pode se completar pela escrita direta do coletivo na pele do ator. Pode ser feita em forma de remoção, de deformação ou de acréscimo. Essa modelagem simbólica e relativamente frequente nas sociedades humanas: ablação ritual de um fragmento do corpo (...), marcação na epiderme (escarificação (...)) modelagem dos dentes); inscrições tegumentares na forma de tatuagens definitivas ou provisórias, maquiagem etc.; modificações da forma do corpo (...); uso de joias ou de objetos rituais que deformam o corpo (...) O tratamento dos cabelos, ou mais geralmente do sistema piloso, e um outro tipo de marcação corporal sobre o qual o coletivo tende a exercer um controle rigoroso. Essas marcas corporais preenchem funções diferentes em cada sociedade. Instrumentos de sedução, elas são ainda com maior frequência um modo ritual de aflição ou de separação. Elas integram simbolicamente o homem no interior da comunidade, ou do clã, separando-os dos homens de outras comunidades ou de outros clãs e ao mesmo tempo da natureza que o cerca. Elas humanizam o homem, colocando-os socialmente no mundo (...) Elas reproduzem o status social (...) Chamam a atenção para os valores da sociedade e o lugar de cada um na estrutura social. Nossas sociedades ocidentais só conhecem as versões atenuadas da marcação corporal: tatuagem, maquiagem, por exemplo, ao contrário das sociedades tradicionais eles propõem em contrapartida grande variedade de tratamentos para cabelos (eventualmente o tingimento) ou para o sistema piloso. O rosto do homem pode, assim, estar com bigode, barba ou barbeado. (LE BRETON, 2006, p. 59-60)

Mas nem só de bigode vive o homem contemporâneo: os relatos dos sujeitos deste estudo desenham um adolescente que se vale de uma variedade maior de insígnias para se constituir como “homem” na partilha dos sexos. A unha “*francesinha*”, que ele mesmo sabe fazer, o cabelo escovado, alongado e tratado com produtos de beleza, um certo brilho na orelha ou na roupa. Na maioria das vezes, não parece estarmos diante de um homem com empuxo ao feminino ou de um homossexual, mas sim diante de um homem ora mais feminino ora mais masculino que cultua o

corpo na medida em que este lhe confere a segurança de existir e ser reconhecido pelo Outro social.

O homem descontraído, bacana, cuidadoso com seu visual, o que ele demanda dos outros é essencialmente um ambiente e um olhar. O corpo torna-se uma espécie de parceiro a quem pedimos a melhor apresentação, as sensações mais originais, a ostentação dos sinais mais eficazes. Mas este deve também dar (ao seu senhor?) uma mistura de combatividade e de agilidade, de força e de resistência, de desenvoltura e de elegância, sem jamais se afastar de sua sedução. Exigências típicas da atenuação atual dos signos do feminino e do masculino. (LE BRETON, 2011, p. 245)

4.5. Conclusão

No percurso que ora finalizamos, intencionamos discutir uma série de elementos preciosos concedidos pelos participantes deste estudo a partir dessas chaves-de-leitura *Medo* e *Corpo*. Assinalamos que a *Cultura do Medo* está presente na contemporaneidade e mostramos como ela se expressa nos modos de falar e agir de alguns participantes deste estudo, para, enfim, apontar seus efeitos deletérios no acompanhamento de saúde dos adolescentes privados de liberdade. Felizmente, também tivemos acesso à falas desses mesmos profissionais que denotam o seu reposicionamento frente ao sentimento do medo, de sentir-se imaginariamente ou de fato sob ameaça. Sobre isso, arriscamos dizer que esse temor condensa um *medo de ter medo* e também um *medo de ter coragem de enfrentar*: os próprios fantasmas, a dura realidade dos adolescentes com a qual o trabalhador é confrontado, os riscos desse trabalho e o sentimento de fracassar diante disso tudo. Como afirma o personagem roseano, Riobaldo, “Medo não, perdi a vontade de ter coragem” (ROSA, 2001). Identificado isso, acreditamos que o passo seguinte seria, portanto, juntar as forças para fazer surgir a *coragem de ter medo*³⁸, que talvez seja

³⁸ Essa associação foi inspirada na leitura do artigo de Eisenberg J, 2005, *O político do medo e o medo da política*. Ver: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452005000100005

a posição de muitos que trabalham no Sistema Socioeducativo, e por isso eles se apresentam tão vivamente engajados nessa prática.

Apontamos como a puberdade que invade o sujeito insiste em se fazer notar a despeito das grades, como estas marcam o seu corpo e a sua história e como esse corpo é veículo da transformação social do adolescente, de sua conquista de um lugar no mundo, ou, de muitos lugares que lhe concedam o sentimento de pertencimento. O *Corpo* foi apresentado como substrato da manifestação do sofrimento e da resistência dos adolescentes, de sua sexualidade, de suas insígnias, do espaço de criação de identidade, de contato e de aderência ao mundo e, certamente também, o corpo como manifestação dos medos. Esse enraizamento físico dos atores contemporâneos, do qual fala Le Breton (2006), muito nos auxiliou a conjecturar ideias sobre os padecimentos do adolescente em conflito com a lei, que, surpreendentemente, revelam muito sobre o adolescente do nosso tempo – o corpo para quem “precisa”, para quem se vale dele para distinguir-se do outro e também para igualar-se aos seus pares sociais, para ser ouvido em seus reclames, mas não para ser utilizado como bode expiatório, como objeto de seus algozes. Um corpo digno, enfim, de cuidados, apesar das grades e para além delas. Esse seria um acontecimento inédito no campo da Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade.

Referências

Almeida MIM, Tracy KMA. Noites nômadeas – espaço e subjetividade nas culturas jovens contemporâneas. Rio de Janeiro: Rocco Editora, 2003. 250 p.

Assis M. Bala de estalo. Crônica de 14/03/1885. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/oliteraria/85.pdf>

Bauman Z. Medo líquido. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2008. 240 p.

Bauman Z. Confiança e medo na cidade. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2005. 94 p.

Becker A. Extermínios – o corpo e os campos de concentração. In: Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G. História do corpo: as mutações do olhar. Petrópolis: Ed. Vozes, 2008, p. 417-441.

Borde J. La façon dont on pourrait, en institution, s'y prendre pour ne pas enfermer le sujet sous le signifiant délinquant. Lettre Serendipity Spécial. Centro Interdisciplinar de Estudos sobre a Infância (CIEN). 26/01/13.

Caldeira TP. Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo. São Paulo: Editora 34/Edusp, 2000. 400 p.

Camuri AC, Sereno G, Zamora MH, Quintana J. Direitos sexuais no sistema socioeducativo no Rio de Janeiro. Mnemosine – Revista de Psicologia. 2012, vol. 8, n. 1:43-71. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/241>

Conselho Nacional de Justiça. Relatório da Primeira Etapa do Programa Justiça ao Jovem – Medida Justa. – Minas Gerais Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/programas/justica-ao-jovem/relatorio_final_justica_ao_jovem_tjmg.pdf

Couto M. Conferências de Estoril – Comemorar o medo. Portugal, 2011. Disponível em: <http://mariafro.com/2013/05/31/mia-couto-ha-quem-tenha-medo-que-o-medo-acabe/>

Le Breton D. Adeus ao corpo: antropologia e sociedade. Campinas: Ed. Papyrus, 2003. 240 p.

Le Breton D. A sociologia do corpo. Petrópolis: Ed. Vozes, 2006. 101 p.

Le Breton D. Antropologia do corpo e modernidade. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011. 408 p.

Margulis M, Urresti M. Moda y juventude. In: Ariovich, L *et al.* La juventud es más que una palabra. Buenos Aires/Argentina: Biblos Editora, 2008, p. 133-146.

Njaine K, Vivarta V. Violência na mídia – excessos e avanços. In: _____. Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil. Brasília: Unicef, 2005, p. 71-95. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_04.pdf

Njaine K, Minayo MCS. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000200009&script=sci_arttext

Rosa G. Grande Sertão: Veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. 624 p.

Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Plano Nacional Atendimento Socioeducativo: Diretrizes e Eixos Operativos para o SINASE. Brasília, 2013. 34 p. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/plano-nacional-de-atendimento-socioeducativo-diretrizes-e-eixos-operativos-para-o-sinase>

Vicentin MC. Corpos em rebelião e o sofrimento resistência. Tempo Social – Revista de sociologia da USP, v. 23, n. 1: 97-113.

5. A SAÚDE DO ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE E A DO PROFISSIONAL: UM TERRITÓRIO ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AS DE SEGURANÇA³⁹

THE HEALTH OF THE TEENAGER IN CONFLICT WITH THE LAW AND OF THE PROFESSIONAL: A TERRITORY BETWEEN THE POLICIES OF HEALTH AND SECURITY

RESUMO

A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade no Brasil lança o desafio de fazer convergir o conjunto das políticas públicas voltadas tanto para a Saúde quanto para a Segurança. Este artigo objetiva discutir essa temática a partir da experiência de uma pesquisa qualitativa que utilizou os métodos da *Conversação de inspiração Psicanalítica*, da *Observação participante* e de *Oficinas de saúde*, na tentativa de descobrir como se efetiva na prática a atenção à saúde do referido adolescente. Este estudo trabalhou prioritariamente com os profissionais de Centros Socioeducativos e de Centros de Saúde de Belo Horizonte/MG. Os resultados desta investigação apontam para a incipiência da Política de Saúde voltada ao Adolescente Privado de Liberdade, o que pode ser notado: pelo ainda pouco consolidado diálogo entre os representantes das políticas de saúde e os de segurança; pela circulação pontual do adolescente para tratamento na Unidade Básica; pela presença de resistência e/ou preconceito no atendimento ao adolescente, que por sua vez, convive com a capacidade e a abertura para a invenção no trabalho clínico de alguns profissionais; pela escassez de suporte suficiente para respaldar as ações operadas por esse profissional, o que inclusive tem consequências sobre a sua própria saúde. Este artigo conclui por apontar que o incremento dessa Política de Atenção à Saúde é urgente, para que os adolescentes possam ter de fato acesso à saúde mesmo estando privados de liberdade.

Palavras-chave: *Adolescência – Atenção à Saúde – Privação de Liberdade – Profissional de Saúde – Políticas Públicas*

5.1. Introdução

³⁹ Este estudo contou com o apoio e com o financiamento da FAPEMIG. Projeto APQ-03257-10/Extensão em interface com a Pesquisa/2010.

A legislação brasileira prevê que o Adolescente em Conflito com a Lei que cumpre Medida Socioeducativa em Meio Aberto ou Fechado deve receber atendimento de saúde nos espaços disponibilizados pela Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo vedada toda distinção de teor preconceituoso. Como qualquer outro indivíduo brasileiro que tenha idade entre 12 e 18 anos, esse adolescente deve acessar os dispositivos do SUS com absoluta prioridade, como determina a Doutrina da Proteção Integral, disposta tanto na Constituição Federal (CF) quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A diretriz nacional da *Política de Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade* é a de municipalização dos atendimentos, uma tendência que, aliás, norteia o desenho de ações do Sistema Socioeducativo. O adolescente que tenha cometido um ato infracional e que cumpra Medida Socioeducativa encontra-se em processo de responsabilização perante as devidas instâncias legais. O acesso à saúde deve ser-lhe assegurado plenamente. Do contrário, estaríamos diante de uma dupla penalização do adolescente pela transgressão, sendo uma formal e a outra uma resposta vingativa por parte do Estado e/ou da Sociedade Civil.

Em verdade, a discussão que ora propomos está interligada a uma problemática mais ampla, a saber: a da atenção à saúde do adolescente na atenção básica. Os formuladores e os operadores das políticas públicas têm diante de si o desafio de fazer o adolescente chegar aos Centros de Saúde, e de cativá-lo suficientemente para ali permanecer. No exemplo do adolescente de passagem pelo Sistema Socioeducativo, testemunhamos uma inversão perversa da ordem das coisas: a sua inserção se dá por força da Política de Segurança. Tal inserção nos parece feita às avessas, pois se até aquele momento esse adolescente não era formalmente um usuário do SUS, forçosamente ele passará a sê-lo, compelido pelo Sistema Socioeducativo. Outrossim, não se trata de classificar a sua passagem pelo Judiciário como uma “janela de oportunidades” para os cuidados de saúde, tal como muitos estudos defendem, já que o direito à saúde não pode ser adquirido por meio

de uma barganha. Se a própria sociedade assim o concebe, através de seus modos de funcionar por vezes desvirtuados, somos convocados a tratar a questão da atenção à saúde desse adolescente tal como prevê a legislação em vigor. Nesse caso, o aprofundamento na análise das motivações para a infração cometida pelos adolescentes nos conduziria também à discussão da violência que os acomete, em inúmeros casos, desde a sua tenra infância.

Para tal, este artigo discute como se processa a atenção à saúde daquele adolescente que se encontra privado de liberdade, sob a perspectiva predominante do profissional que presta os cuidados em saúde. Ofertamos, portanto, um olhar sobre as ações de saúde que beneficiam esse público adolescente. Um olhar híbrido que arrisca o desafio de apresentar um panorama do que se pensa e do que se faz a esse respeito. No Brasil, até então, escassos são os estudos que se dispuseram a investigar essa temática. E isso somente reforça a necessidade de lançar essa veia investigativa com o fim último de contribuir para a construção e o fortalecimento de práticas consequentes de efetivação do direito desse sujeito à saúde. Trataremos, a seguir, do complexo de políticas públicas que se constitui em torno da Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade, à luz das informações coletadas por este estudo. Levantamos, para tanto, aspectos que delimitam certos impasses e desafios descritos pelos profissionais seja nos Centros de Saúde, seja nos Centros Socioeducativos de Belo Horizonte (BH), aos quais tivemos acesso. Será problematizada, ainda, a saúde do adolescente e do profissional em questão, face às condições colocadas pelos *Sistema Socioeducativo* e *Sistema de Saúde*. Finalmente, teceremos considerações gerais a respeito da operacionalização desse conjunto de políticas públicas sob o foco da atenção à saúde desse adolescente.

5.2. Metodologia

Realizamos uma pesquisa qualitativa de inspiração psicanalítica através do emprego dos métodos de *Conversação Psicanalítica*, *Observação-participante* e *Oficinas*. Fomos ao encontro dos sujeitos diretamente focalizados por esta investigação, a saber, os profissionais que atuam em Centros de Saúde e em Centros Socioeducativos. Através dessa experiência de pesquisa-intervenção, intencionávamos a produção de um efeito de subjetivação dos próprios participantes, além da oferta da contrapartida de um espaço mínimo de capacitação. Fizemos com esses profissionais conversações e também oficinas com temáticas relativas à saúde do adolescente. Todavia, a observação-participante abriu caminhos para o contato também com os adolescentes, os gestores e os agentes socioeducativos que compõem o cenário da Atenção à Saúde dos Adolescentes Privados de Liberdade em BH. As instituições participantes foram escolhidas aleatoriamente, mas a opção final foi determinada pelos Comitês de Ética envolvidos e pelos gestores das instituições participantes. Os participantes espontaneamente se apresentaram como voluntários. O projeto que originou esta investigação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos participantes foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos e estão devidamente inscritos na Plataforma Brasil do Conselho Nacional de Pesquisa envolvendo Seres Humanos sob o CAAE nº 05476912.7.0000.5149.

Foram realizados quatro encontros de conversação em cada uma das instituições participantes, a saber, Centro Socioeducativo A e Centro de Saúde A – localizados no mesmo Distrito da cidade, sendo que o segundo presta apoio ao primeiro – e Centro Socioeducativo B e Centro de Saúde B, de outro Distrito. O mesmo número de oficinas ocorreu em cada uma dessas quatro instituições. Em observação-participante, acompanhamos atividades conjuntas entre as instituições parceiras: Centro Socioeducativo A e Centro de Saúde A; Centro Socioeducativo B e Centro de Saúde B. Mas todo o contato com o campo foi vivido no sentido da captação da dinâmica daquelas instituições, da observação de seu funcionamento como uma situação social estruturada. O campo foi realizado ao longo do ano de 2013.

As conversações e a maioria das oficinas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para a análise dos resultados, optamos pela interpretação decorrente do que poderia ser chamado de um “olhar clínico”. Ou seja, fizemos um mapeamento eletivo do que parecia causar furo na unidade de uma fala ou de um diálogo. Pinçamos aquilo que saltava aos olhos por se tratar de um modo inédito de abordar a problemática. Apontamos repetições e automatismos que nos conduziam a uma espécie de funcionamento viciado, não refletido ou não sentido pelo profissional. A cada nova releitura das notas de campo ou das transcrições, alcançamos uma certa síntese das informações e das impressões veiculadas pelos sujeitos da pesquisa e isso fornecia elementos para a construção de um plano de análise que comportava descontinuidades e continuidades que constituíram foco dessa análise. Abordaremos a seguir os achados deste estudo pelo viés das noções: *políticas públicas de saúde e de segurança; atendimento x acompanhamento de saúde; o adolescente como desafio e impasse para o campo da saúde; as condições de trabalho e a saúde do profissional.*

5.3. Políticas Estadual e Municipal de Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade: duas políticas e um só sujeito

5.3.1. Políticas Municipal de Saúde e Estadual de Defesa Social na atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade: sua execução e o ideal da intersectorialidade

No Brasil, está em construção uma *Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação*

Provisória (PNAISARI)⁴⁰ que se estabelece como guia para a proposição, a implantação e a implementação da atenção à saúde do referido adolescente. É uma política que “visa apoiar os gestores e profissionais de saúde e de medidas socioeducativas na elaboração de estratégias que respeitem o paradigma da educação para e na sociedade” (MS, 2012, p. 5) e que também determina que essa atenção integral “deve ser realizada por equipe multidisciplinar e oferecida, prioritariamente, pela rede local de saúde. Além disso, deve contemplar ações nos três níveis de atenção, com as devidas referências e contrarreferências”. (MS, 2012, p. 6). Ademais, essa Política “firma valores de incentivo financeiro a serem repassados a Estados e Municípios por ocasião da PNAISARI, o que significa reconhecer em âmbito federal, estadual e municipal a importância estratégica de se efetivarem ações nesse campo” (MS, 2012, p. 6), com o intuito de “garantir que a atenção à saúde seja humanizada e qualificada para esses(as) adolescentes, que têm prioridade e primazia nas políticas públicas conforme explicitado no Estatuto da Criança e do Adolescente”. (MS, 2012, p. 6).

Abaixo, apresentamos o esquema do Sistema de Garantia de Direitos (Esquema 1) através do qual o adolescente deve circular durante a sua passagem pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Esse esquema demonstra como idealmente essa “política pública destinada à inclusão do adolescente em conflito com a lei se correlaciona e demanda iniciativas dos diferentes campos das políticas públicas e sociais”⁴¹. (SEDH e CONANDA, 2006, p. 23).

⁴⁰ Essa política está calcada sob duas portarias nacionais: a Portaria Interministerial Ministério da Saúde/Secretaria Especial dos Direitos Humanos/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de Julho de 2004 e a Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008 cujos textos estão disponibilizados na publicação da referida Política.

⁴¹ http://www.condeca.sp.gov.br/legislacao/sinase_integra.pdf

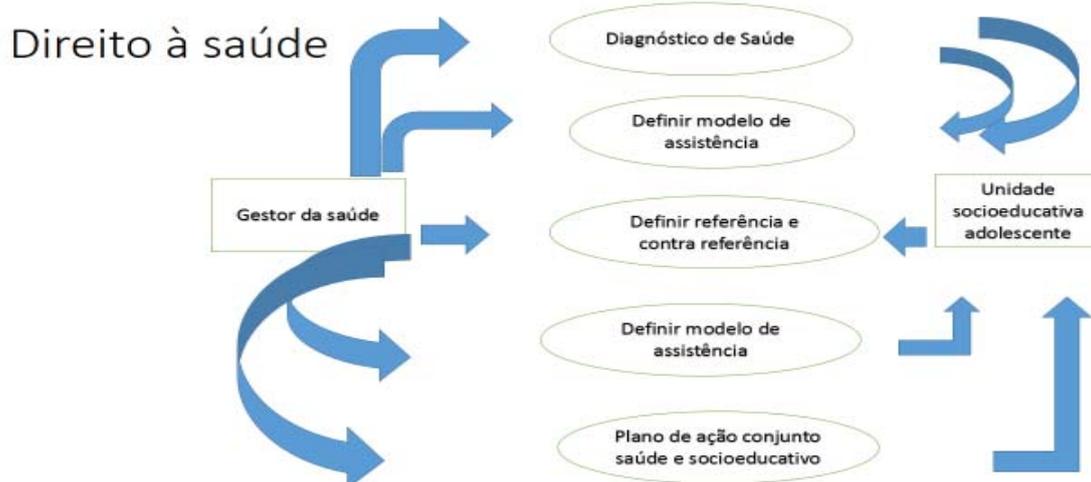
Esquema 1 – Sistema de Garantia de Direitos

Sistema de Garantia de Direitos



No que se refere especialmente ao direito à saúde, um outro esquema (Esquema 2) descreve o fluxo do adolescente privado de liberdade no entrecruzamento estabelecido entre *Gestor de Saúde* e *Unidade Socioeducativa*⁴².

Esquema 2 – Direito à Saúde



⁴² Esquema retirado da *Proposta de Revisão da Portaria SAS n° 6647/2008 – Saúde dos Adolescentes Privados de Liberdade* feita por Thereza de Lamare Franco Netto, Coordenadora atual da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1384276476_apresenta%C3%A7%C3%A3o%20PNAISARI%20out%202013.pdf

No caso de BH/MG, a Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade pressupõe a referência a pelo menos duas políticas: uma de responsabilidade Estadual e outra de responsabilidade Municipal. A primeira é executada pela *Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS-MG)/Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas (SUASE)* em conjunto com a *Diretoria de Saúde e Articulação da Rede Social da SUASE*; enquanto a segunda política está a cargo da *Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH)/Gerência de Atendimento à Saúde (GEAS)*. É bastante ampla, pois, a gama de atores diretamente envolvidos na efetivação do direito do adolescente à saúde. As políticas comentadas teoricamente devem encontrar um denominador comum para a formulação, a implementação, a avaliação e a reformulação de suas ações. Acreditamos que, necessariamente, é o adolescente quem deve fazer as vezes desse denominador. Do contrário, a disputa pela supremacia de uma ou de outra política ocupará o primeiro plano, esvaziando, assim, de sentido e de direção o campo da política organizada em prol do cidadão. A atuação da *SUASE/SEDS/MG* junto ao adolescente privado de liberdade em BH é orientada pelo *Plano Operativo estadual de atenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em regime de internação e internação provisória (POE)*. E o *Plano Municipal de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a lei* está a cargo da SMSA/PBH. De fato, o que deve estar na mira de qualquer política de atenção à saúde do adolescente internado é que a privação de liberdade é uma “*condição transitória na vida desses sujeitos e momento oportuno para a assistência e promoção à saúde*”. (CRUZ *et al*, 2012, p. 359). Sem tal horizonte, as ações não terão o alcance esperado pela PNAISARI. E ainda, somente à condição de um diálogo entre as diversas políticas afeitas a esse adolescente, mais precisamente, da construção efetiva da intersectorialidade⁴³, nos moldes instituídos pelo SUS, é que

⁴³ *Intersectorialidade* segundo o Humaniza SUS – Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS, 4ª edição, 2008, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf.

Intersectorialidade: Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não-compreendidas nos âmbitos do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos

a articulação de ações pode conduzir ao benefício da saúde do adolescente apesar de sua privação de liberdade.

5.3.2. Atendimentos pontuais ou acompanhamento da saúde do adolescente acautelado: acolhimento do sujeito e efetivação de direitos

Ferreira *et al* (2013) propõem uma importante distinção entre atendimento e acompanhamento de saúde do adolescente a partir do aprofundamento ou não nas questões próprias à adolescência. Enquanto o primeiro tem o foco na presença/ausência de doença, o outro considera que esse aspecto somente pode ser avaliado se a adolescência do paciente estiver em questão para o profissional, pois de acordo com Grillo *et al* (2012, p. 39):

A consulta de saúde é um excelente instrumento quando visa a um diagnóstico, se o objetivo da consulta é a afirmação ou a negação da doença. A consulta do adolescente coloca, quase sempre, num “mesmo tempo” ou em “outro tempo”, a exigência do atender o adolescente em sua “adolescência”, ou melhor, impõe-se a pergunta: como está transcorrendo essa adolescência? (...) quem atende ao adolescente não deve e não pode fugir da “adolescência” do jovem e, por isso, deve estar preparado para “percebê-la” e acompanhá-la com interesse e dedicação.

Os participantes deste estudo atestaram que a presença do adolescente nos Centros de Saúde de sua atuação é uma realidade. No entanto, eles assinalaram por diversas vezes que não necessariamente as consultas, não raro pontuais, dão

individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social) num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego, renda), num segundo. A escolha do prefixo *inter* e não do *trans* é efetuada em respeito à autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação.

lugar ao acompanhamento de saúde propriamente dito. Eles se indagaram sobre a natureza do vínculo estabelecido com o adolescente, no contexto do *Programa de Saúde da Família* (PSF), atravessado pelo fato de aquele adolescente estar acautelado em instituição frequentemente distante de sua residência:

Enfermeira B.1: É por isso que eu falei que não tinha vínculo, que a gente não sente que eles fazem parte da nossa equipe, que não existe um vínculo. A gente só faz procedimentos. (...) De prestar essa assistência com a boa vontade de cada um, com o perfil de cada um, mas sem uma estruturação, um planejamento. (Conversaão IV Centro de Saúde B)

Para alguns profissionais, a questão do vínculo do adolescente privado de liberdade com a saúde é um desafio, como podemos ver a seguir:

*Médica A.1: Acho que deveria ter uma equipe de PSF lá dentro [das Unidades Socioeducativas], porque a presença deles [adolescentes] no Centro de Saúde tumultua o serviço. Atendemos uma população idosa. Já teve caso de um **menor**⁴⁴ que fugiu. Ele saindo para cá [Centro de Saúde] expõe a própria unidade [Centro de Saúde]. Ele pode fugir, ele não tumultuaria o nosso serviço, que a nossa demanda já é grande. Sem eles aqui, tudo ficaria mais organizado. Eles [adolescentes privados de liberdade] não precisariam vir aqui, trazendo dois, três, quatro agentes [socioeducativos] para ficar atrás deles.*

Pesquisadora: Mas isso não vai contra a lógica do SUS?

Enfermeira A.1: Não. Do SUS até poderia, mas nós somos uma equipe de saúde da família, dentro dessa lógica não cabe esse tipo de atendimento, lá você não está prestando atendimento à família, e tem outra coisa, falam que ele [o adolescente] tem que frequentar o posto [Centro de Saúde] para criar o vínculo, não cria. O adolescente não estabelece vínculo com a unidade produtora de saúde. Ele estabelece vínculo com o barzinho, com a escola. Ele não está trabalhando com doença. Isso tem a ver com a pessoa hígida. A pessoa que está em dia com a sua saúde não fica procurando nem posto de saúde, nem serviço de saúde. (Conversaão I Centro de Saúde A)

Parece se instalar para esse profissional o paradoxo de acompanhar um adolescente desconectado de sua família. Aquele se pergunta como a Equipe de Saúde da Família (ESF) pode atuar nesses casos, através das ferramentas de que

⁴⁴ Destacamos o uso que esse profissional faz de termo que reforça o estigma do adolescente envolvido com a criminalidade. Faremos o mesmo ao longo de todo este artigo.

dispõe. Efetivamente, o adolescente pode permanecer no Centro Socioeducativo por até três anos⁴⁵. Sobre a continuidade em seu atendimento, examinemos o seguinte:

Assistente Social B.4: Então, acho que um ponto que sustenta é a questão da continuidade. Porque, às vezes, tem menino que demanda um pouquinho mais de mais de uma consulta. Fora a dificuldade do psiquiatra, no caso do adolescente chegar atrasado. Por exemplo: o psiquiatra só atende uma vez por mês, aí não atende porque o menino chegou atrasado. A gente entende também o lado do profissional, mas o adolescente vai ficar mais um mês aguardando a consulta. E dependendo do caso, é muito complicado, porque é um adolescente que precisa de um atendimento mais intensificado. A gente esbarra nisso. Eu acho que não só nos casos de saúde mental, mas em todos os casos, a continuidade é super importante. É muito importante que esses meninos tenham esse acompanhamento. (Conversação I Centro Socioeducativo B)

A respeito do vínculo Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 77) dizem que:

O estabelecimento de vínculos nos sistemas de saúde pressupõe relações de longa duração entre os usuários e os profissionais de saúde, condição indispensável para criar relações de confiança que permitem humanizar esses contatos, transformando os usuários em sujeitos com singularidades e subjetividades, e não apenas consumidores eventuais de serviços. Evidentemente, é recomendável que esses vínculos sejam estabelecidos com uma equipe/profissional da atenção primária, para que estes possam cumprir o duplo papel de cuidadores diretos na maioria das condições clínicas e de gestores do cuidado, ao longo do tempo (longitudinalidade), dos usuários sob sua responsabilidade no caminho pela rede de serviços, de acordo com as necessidades/demandas deles.

As *Diretrizes Nacionais para a PNAISARI* enfatizam dois pontos chave: 1) o fortalecimento da promoção da saúde nas ações para o cuidado integral à saúde de

⁴⁵ O texto do artigo 121 ECA, discorre acerca da Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade. Em seu *caput* diz que “a internação constitui medida privativa de liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”. Em seus parágrafos explicita que: “§ 1º Será permitida a realização de atividades externas, a critério da equipe técnica da entidade, salvo expressa determinação judicial em contrário. § 2º A medida não comporta prazo determinado, devendo sua manutenção ser reavaliada, mediante decisão fundamentada, no máximo a cada seis meses. § 3º Em nenhuma hipótese o período máximo de internação excederá a três anos. § 4º Atingido o limite estabelecido no parágrafo anterior, o adolescente deverá ser liberado, colocado em regime de semiliberdade ou de liberdade assistida. § 5º A liberação será compulsória aos vinte e um anos de idade. § 6º Em qualquer hipótese a desinternação será precedida de autorização judicial, ouvido o Ministério da Saúde”.

adolescentes e jovens; 2) a reorientação dos serviços para favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral à saúde desse público. Além disso,

(...) a integralidade da atenção, como uma das diretrizes do SUS, pressupõe a organização de serviços e a execução de práticas de saúde que integrem um conjunto de estratégias para prevenção de agravos e promoção da saúde e para as ações curativas e de reabilitação, perpassando todo o processo de produção da saúde, quer seja individual ou coletivo. (...) Evidenciada a importância da promoção à saúde na produção de saúde de adolescentes e de jovens, enfatiza-se a necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde para a construção complementar e de intercâmbio entre esses dois campos de atenção à saúde. (MS, 2010, p. 75)

No contato com os profissionais do Centro de Saúde B testemunhamos que esse acompanhamento é possível, sobretudo quando há o interesse vivo daqueles envolvidos. Ali a flexibilização dos protocolos viabilizou uma invenção, um modo inovador de alcance do adolescente daquela comunidade. Entendemos que é determinante, para a eficácia do acompanhamento do adolescente, a expectativa por ele depositada naquele serviço, por acreditar que ali seria uma espécie de “*santuário*”, conforme traduz a Enfermeira B.1. Além disso, o retorno efetivo para o adolescente, que se vê contemplado em sua demanda, que sente que foi “*ouvido*”, é fundamental. Destacamos, por conseguinte, que é necessária a mobilização da equipe para tecer arranjos que se presentifiquem em uma

acolhida nos serviços (...) cordial e compreensiva, para que [os adolescentes] se sintam valorizados e à vontade nos mesmos. Uma acolhida hostil, que imponha uma série de exigências, pode afastar o adolescente, perdendo-se a oportunidade de adesão ao serviço. Pelas características próprias dessa etapa do desenvolvimento, muitas vezes eles têm dificuldades em respeitar os horários e as datas de agendamentos, determinando que o serviço construa mecanismos de organização mais flexíveis. (GROSSMAN *et al*, 2008, p. 41).

No Centro de Saúde B, os adolescentes querem ser atendidos pelo “*médico de adolescente*”, e sentem-se excluídos de seu grupo de convivência, caso ainda não o tenham sido. Há um efeito de disseminação da pertinência desse atendimento em

suas vidas, na medida em que consultam esse profissional e que querem levar os seus amigos. A agenda foi reformulada para atender as demandas espontâneas dos adolescentes da comunidade, sem que eles passassem pelo acolhimento inicial, procedimento usual da Atenção Básica. E, aparentemente, a aplicação dos diversos protocolos inerentes à consulta do adolescente passaram de finalidade desse encontro para meio de construir uma estratégia individualizada para alcançá-lo.

Em contraste com essa experiência, temos no mesmo local outro médico que atende aos adolescentes privados de liberdade, membro da equipe designada para isso. Esse profissional é descrito por colegas do Centro de Saúde B como “*resistente a trabalhar com os adolescentes*”. De modo geral, sua resistência parece manifestar-se em um acolhimento meramente “protocolar”, sem ultrapassar a demanda descrita no encaminhamento. A forma de descrição da queixa adotada pela Unidade Socioeducativa B, aliás, foi diversas vezes criticada pelos profissionais dos Centros de Saúde, em função de sua imprecisão, de um suposto descuido em detalhar os pormenores da queixa do adolescente e também da ausência de uma avaliação crítica do profissional acerca disso. Nos casos em que o profissional perde a oportunidade de ir além da queixa do adolescente explicitada pelo encaminhamento, fecha-se a porta, ao menos temporariamente, para a sua escuta no contexto de um acompanhamento de saúde. O contrário disso seria considerar que:

Independentemente da razão que faz com que o adolescente/jovem procure o serviço de saúde, cada visita oferece ao profissional a oportunidade de detectar, refletir na resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta. A entrevista é um exercício de comunicação interpessoal, que engloba a comunicação verbal e a não verbal. Para muito além das palavras, deve-se estar atento às emoções, gestos, tom de voz e expressão facial. (GROSSMAN *et al*, 2008, p. 41).

Acreditamos que as ações ofertadas em prol do adolescente privado de liberdade terão o alcance desejado pela PNAISARI e a consequente efetivação de seu direito à saúde à condição de um acompanhamento criterioso, que leve em conta os aspectos da sua história individual, feito por um profissional atento ao que se coloca

de singular na adolescência daquele paciente e que ultrapassa o seu envolvimento com a criminalidade. Se essa Política encontra-se em vias de construção, é esperado que sejam frequentes os impasses na operacionalização do ideal contido no seu texto, bem como nas diversas leis que dispõem as doutrinas referentes à Criança e ao Adolescente. Muito possivelmente, os impasses constituem-se igualmente em desafios para as políticas públicas.

5.3.3. Impasses e desafios na Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade

No que diz respeito às ações conjuntas entre Centro de Saúde e Centro Socioeducativo, observamos que o seu planejamento e a sua execução estão pouco a pouco sendo incorporados à rotina dos profissionais. O Centro de Saúde B, em parceria com o Centro Socioeducativo B, realiza mensalmente uma Oficina de Saúde com os adolescentes acautelados. Uma enfermeira daquele Centro de Saúde conduz o trabalho e conta com o apoio de alunos de graduação de curso de enfermagem e também da enfermeira da Unidade de Privação de Liberdade B. A primeira profissional faz parte da equipe de apoio que presta apoio às diversas equipes dali. O Centro de Saúde B disponibiliza semanalmente horários na agenda da médica designada como referência ao Centro Socioeducativo B. É relevante assinalar que, no período de realização desta pesquisa, a ESF formalmente encarregada da área de abrangência onde se localiza aquela Unidade de Socioeducação estava sem médico. Também são agendados atendimentos em outros Centros de Saúde, como é o caso de consultas psiquiátricas ou de especialidades de saúde bucal. A vacinação dos adolescentes costuma ser bem acompanhada. A propósito, esse nos pareceu o ponto mais consolidado no conjunto de ações de responsabilidade do Município, de maior alcance certamente. Talvez pelo contato do profissional com o adolescente ser pontual e, não necessariamente envolver uma abordagem clínica, essa ação aconteça sem maiores percalços ou

resistências. São feitas discussões clínicas quando há necessidade de construir coordenadas mais específicas para certos casos. O Centro Socioeducativo B e o Centro de Saúde B realizaram uma reunião de planejamento de ações e de formulação de relatório de gestão das atividades concluídas e em curso no ano de realização da pesquisa de campo, uma atividade que foi acrescida à rotina há aproximadamente um ano. No entanto, a avaliação que a ESF do Centro de Saúde B faz é a de que “o Centro Socioeducativo [B] não demanda tanto” (Enfermeira B.1) e também “Existe uma demanda, mas ela é uma demanda controlada” (Técnica de Enfermagem B.1). E ainda: “É uma demanda controlável. Isso não quer dizer que a demanda do Socioeducativo [B] causa, impacta as nossas atividades.” (Enfermeira B.1). (Conversaão I Centro de Saúde B). Essas falas deixam lacunas que nos permitem interrogar se o Socioeducativo não deveria incrementar sua demanda dirigida à Unidade Básica, ou se falta à sua equipe maior planejamento, organização ou iniciativa para fazê-lo de modo recorrente, ou, ainda, se esses parceiros deveriam estreitar relações para apurar as demandas que não foram mapeadas até então.

Constatamos que o diálogo entre Centro de Saúde A e Centro Socioeducativo A apresenta-se, da mesma maneira, em construção. Participamos de uma reunião anual de planejamento de ações e avaliação do trabalho realizada por eles. Na verdade, a reunião que serviria para planejar as ações de 2013, ocorreu já no segundo semestre daquele ano. O formato do relatório e o quadro de planejamento de atividades é bastante extenso e abarca todas as especificidades da saúde do adolescente, desde questões epidemiológicas até as de saúde mental. Nessa ocasião, foram levantadas indagações bastante ricas. A título de exemplo: “Como mostrar para o adolescente que ele pode ser atendido no Centro de Saúde?”; “O risco na área onde reside o adolescente o faz procurar o Centro de Saúde?” Tais questões também são relevantes para o adolescente sem envolvimento com a criminalidade. Afinal, a adolescência em si questiona o saber constituído pelos profissionais e os faz repensar estratégias, ações e modos de resposta. Foi consenso entre os presentes nesta reunião o entendimento de que o adolescente do Sistema Socioeducativo interpreta a prioridade que recebe em seus atendimentos de saúde como um ganho, uma compensação decorrente do fato de estar privado de

liberdade. Os profissionais alertaram para o uso, às vezes indevido, que ele faz disso, como quando pressiona os profissionais da Unidade Básica com o argumento de que é um “*adolescente do socioeducativo*” e que por tal razão deve ser atendido prontamente. Isso nos remete à discussão sobre as controvertidas interpretações acerca da prioridade do adolescente no atendimento na Rede Básica de Saúde. Sem menosprezar o fato de que a sua prioridade⁴⁶ é uma garantia conquistada pelos diversos movimentos em prol dos Direitos da Criança e do Adolescente, entendemos que uma confusão se instaura em seu acesso aos serviços. Sob um olhar mais específico, a prioridade no atendimento, que é um dos parâmetros do SUS, finda por constituir-se na prática como um campo espinhoso da Atenção Básica. O acolhimento com avaliação e classificação de riscos⁴⁷ é, muitas vezes, o que efetivamente prevalece na definição de qual paciente será prioritariamente atendido.

Os profissionais comentam como muitos dos adolescentes que cumprem essa Medida Socioeducativa não têm um local de saúde de sua preferência; muitos não sabem dizer qual o Centro de Saúde de referência para a sua residência; dentre esses, tantos nem se lembram de ocorrências de saúde relevantes em sua história de vida, e, nos casos em que essas tenham tido lugar, há uma imprecisão nos relatos concernentes ao local de tratamento. É uma realidade no Brasil a pouca frequência dos adolescentes aos Centros de Saúde. Tal realidade constitui um desafio para as políticas públicas, que precisam cativar o adolescente para ocupar esses espaços e fazer valer seu direito à saúde. Parece-nos que, portanto, a saúde deve ressoar para o adolescente como “*a verdade e também a utopia do corpo*”

⁴⁶ CF, art. 227: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” ECA, art. 4º: “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 consciência familiar e comunitária. Parágrafo único: A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; 2º precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção e à infância e à juventude”.

⁴⁷ HumanizaSUS – Acolhimento com avaliação e classificação de riscos: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Ministério da Saúde, 2004. Ver: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>

(MOULIN, 2008, p. 18). Explicando melhor, a busca de operacionalizar sua entrada, sua circulação pelos serviços de saúde deve estar encarnada em sua própria história, em seu modo de constituir-se como sujeito. Realmente a inserção do adolescente no Sistema Socioeducativo, mesmo que temporária, potencializa a movimentação do Sistema de Garantias, ou seja, convoca os atores envolvidos diretamente ou indiretamente na execução da Medida Socioeducativa a enlaçarem suas ações ao ideal de exercício da cidadania por parte do adolescente. Contudo, insistimos no fato de que a passagem pelo Sistema Socioeducativo instaura uma perversa lógica de inclusão do adolescente no SUS, como se esta fosse a sua derradeira chance de alcançar seu lugar no campo das políticas públicas.

Os profissionais dos Centros de Saúde participantes desta pesquisa mostraram suas dificuldades em manejar situações em que o adolescente chega à Unidade – inúmeras vezes, inclusive, algemado⁴⁸ – acompanhado de agentes socioeducativos identificados com seus uniformes de trabalho. Mesmo com horário de consulta previamente agendado, há uma movimentação tensa entre os funcionários dali. A sala de espera transforma-se não raro em um território de medo para o usuário em geral e para os trabalhadores. A Técnica de Enfermagem B.2 do Centro de Saúde B relata, por mais de uma vez, que há uma pressão explícita por parte dos agentes socioeducativos para que o adolescente seja atendido o mais rápido possível, inclusive antes de outros usuários que também detêm prioridade, com a justificativa de que o socioeducando possui prioridade sobre os demais. A mesma técnica de enfermagem comenta que os adolescentes não se incomodam em esperar e até gostam da oportunidade de prolongar seu período fora do Centro Socioeducativo. E ela avalia que muitas vezes é o próprio agente socioeducativo quem imprime a pressa no atendimento, pois, *“eles costumam levar os adolescentes ao Centro de*

⁴⁸ O uso de algema é uma realidade até hoje frequente no caso da saída do adolescente para atividade externa à Unidade. Aparentemente é justificada pelos agentes socioeducativos, segundo os participantes desta pesquisa, como um “procedimento de segurança” para sobretudo dificultar a evasão durante esse período fora da unidade de privação de liberdade. Alguns profissionais tanto das Unidades de Socioeducação, quanto dos Centros de Saúde relaram incômodo frente à esse fato e solicitaram a retirada das algemas, outros não. Apontamos a ocorrência de um uso discricionário da algema como instrumento de contenção que deveria, contudo, ser utilizado apenas em situações-limite, ainda que não haja nada especificado sobre o seu uso nem no ECA, nem no SINASE. Ver:

http://www.tjmg.jus.br/data/files/70/C5/52/51/904B8310D9451883180808FF/MODULO_X.pdf

Saúde B perto do fim de seu expediente. Então, são os agentes que têm pressa”. (Conversação II Centro de Saúde B, Técnica de Enfermagem B.2).

Outro aspecto que nos chamou a atenção foi a sobrecarga de trabalho tanto para os profissionais dos Centros de Saúde quanto para aqueles do Socioeducativo, algo que discutiremos mais adiante. Por ora, assinalamos que a agenda tumultuada das ESF é um fator que integra o cotidiano de trabalho. Usualmente, o que ocorre é que essa equipe tem fôlego para atender somente ao “necessário”, fato que esbarra na questão do vínculo possível entre os profissionais e o público atendido.

Médica A.1: Acho que deveria ter uma equipe de PSF lá dentro [das Unidades Socioeducativas], porque os adolescentes, a presença deles no Centro de Saúde tumultua o serviço. Atendemos uma população idosa. Já teve caso de um menor⁴⁹ que fugiu. Ele saindo para cá [Centro de Saúde] expõe a própria unidade [Socioeducativa]. Ele pode fugir, ele não tumultuaria o nosso serviço, que a nossa demanda já é grande [população total 8000 pessoas + 1000 pessoas privadas de liberdade], e tudo ficaria mais organizado. Eles [adolescentes privados de liberdade] não precisariam ficar vindo aqui, trazendo dois, três, quatro agentes [socioeducativos] para ficar atrás deles [adolescentes].

Pesquisadora: Mas isso não vai contra a lógica do SUS?

Enfermeira A.1: Não. Do SUS até poderia, mas nós somos uma equipe de saúde da família, dentro dessa lógica não cabe esse tipo de atendimento, lá você não está prestando atendimento à família, e tem outra coisa, falam que ele [o adolescente] tem que frequentar o posto [Centro de Saúde] para criar o vínculo, não cria. O adolescente não estabelece vínculo com a unidade produtora de saúde. Ele estabelece vínculo com o barzinho, com a escola. Ele não está trabalhando com doença. Isso tem a ver com a pessoa hígida. A pessoa que está em dia com a sua saúde não fica procurando nem posto de saúde, nem serviço de saúde. (Conversação I Centro de Saúde A)

A superlotação também é um problema grave entre as Unidades Socioeducativas, tal como revela o Relatório *Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes* que informa que em dezesseis Estados da Federação há superlotação nessas Unidades, e Minas faz parte desse rol. Segundo os participantes deste estudo, os dois Centros Socioeducativos pesquisados estavam funcionando com dois ou três adolescentes acima de sua capacidade,

⁴⁹ Destacamos o uso que esse profissional faz de termo que reforça o estigma do adolescente envolvido com a criminalidade. Faremos o mesmo ao longo de todo este artigo.

portanto, pouco acima de seu limite. Todavia, um fato extremamente grave e complexo foi denunciado pelos profissionais do Centro Socioeducativo A. Trata-se da transferência de alguns adolescentes para finalizar seu cumprimento de medida em nova unidade aberta pela SEDS/MG. Tais adolescentes, residentes na Grande BH, inclusive dois deles irmãos, foram deslocados para Unidade localizada no extremo nordeste do Estado. Uma espécie de desterro desses adolescentes, de exílio forçado, possivelmente para viabilizar o alcance de metas de abertura e funcionamento de novas Unidades. Um exílio do hipercentro do Estado para o “Havaí”⁵⁰, como relatou uma técnica, em tom irônico. Ela contava que o adolescente foi informado no dia mesmo em que partiu para a nova unidade – pois, em função de um “*procedimento de segurança*” ele não deveria sabê-lo antes – que iria para um “*lugar muito legal, muito melhor que aqui, para a nova unidade de Unaí*”. Segundo ela, a pessoa que lhe comunicou a transferência apontava para um quadro pendurado na parede da sala que tinha a imagem de uma ilha paradisíaca. Diante da afirmação da pesquisadora de que esse fato caracteriza uma violação de direitos do adolescente, que deve ter seus laços afetivos preservados mesmo durante o cumprimento de medida⁵¹, os participantes da conversação disseram estar a par disso, contudo, viram-se impedidos de agir de outro modo, dado o funcionamento da Instituição. Pouco tempo passado desde essa conversação, tivemos notícia de que o fato já havia sido denunciado às instâncias cabíveis.

Um aspecto que nos interessou nas conversações com os profissionais dos Centros de Saúde foi o modo de inclusão dos Adolescentes Privados de Liberdade no Cadastro de Saúde a partir de seu contato com o dispositivo da área de abrangência

⁵⁰ “*Por falta de vagas, menores infratores são “expulsos da Grande BH”*”, Jornal Hoje em Dia, 03/10/2013. Ver: <http://www. hojeemdia.com.br/minas/por-falta-de-vagas-menores-infratores-s-o-expulsos-da-grande-bh-1.176593>. Consulta em 04/01/2014. Esta notícia denuncia que pelo menos 16 adolescentes moradores da Região Metropolitana de BH foram transferidos, ou “expulsos”, para Unaí/MG, contrariando os princípios legais de cumprimento de medida socioeducativa. O fato foi inclusive denunciado e discutido em Audiência Pública da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa de Minas Gerais em 02/10/2013. Ver: http://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2013/10/02_com_dir_humanos_unidades_socioeducativas.html

⁵¹ CF, art. 227: “*a Família, a Sociedade e o Estado devem assegurar, com absoluta prioridade, entre outros direitos, o direito do adolescente à convivência familiar e comunitária*”. ECA, art. 124, constitui direito do adolescente “*permanecer internado na mesma localidade ou naquela mais próxima ao domicílio de seus pais ou responsável*”. SINASE, Lei 12.594/2012, art. 35, constitui um dos princípios do atendimento socioeducativo o “*fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários no processo socioeducativo*”.

do Centro Socioeducativo. Normalmente, seu atendimento de saúde na Rede Básica teria lugar próximo à sua residência, mas em função do cumprimento da medida socioeducativa ele passa a ter “*Cadastro Informado*” no Centro de Saúde próximo à Unidade de Privação, por não estar vinculado a um grupo familiar e, sim, a uma instituição. Esse seria, portanto, um cadastro provisório, temporário do adolescente. Os trabalhadores dos Centros de Saúde A e B por diversas vezes afirmaram que apesar da vinculação do adolescente ao *Sistema de Informações da Atenção Básica* (SIAB)⁵² através do “*Cadastro Informado*”, efetivamente as ações realizadas por eles não são computadas em seu espelho de produtividade. Segundo seu relato, também não são contabilizados os medicamentos que são destinados a esse público. Os representantes do Centro de Saúde A se queixaram do grande dispêndio de energia para planejar e executar ações diversas voltadas à população adolescente e adulta privada de liberdade que ocupa uma grande área do Distrito A de BH, sendo que no final do mês esse esforço não será traduzido em maior produtividade dessa ESF. Emanava de seus relatos uma mescla de frustração e de resistência. Frases como: “*É a nossa rotina no **presídio**, mas é como se a gente não estivesse trabalhando; é uma demanda enorme*” (Técnica de Enfermagem A.2, Conversação I Centro de Saúde A). E imaginamos que a consequência disso para o adolescente seria o reforço da invisibilidade social, invisibilidade inclusive no conjunto das políticas públicas que usualmente o priorizam somente quando ele já se encontra praticamente em um “*fim de linha*”, ou em um “*beco sem saída*”. O retorno da invisibilidade lançaria esse adolescente em uma insistente deriva social.

Perguntamo-nos se haveria, por conseguinte, uma lacuna no Sistema de Cadastramento de Informações da Saúde da PBH, pois, ao mesmo tempo que aparentemente inclui o adolescente, esse Sistema não o faz surgir em termos de população beneficiada pelas ações de uma determinada ESF. Tal omissão se traduziria em uma espécie de “*buraco negro*” no sistema de produção desses profissionais. Por outro lado, as falas desses profissionais nos intrigaram ao ponto de sentirmos a necessidade de averiguar junto à SMSA/PBH como foi idealizada a inclusão do prontuário eletrônico do adolescente privado de liberdade naquele

⁵² Sobre o SIAB ver: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>

Sistema. A conversa com gestor dessa Secretaria esclareceu que esses usuários devem realmente ser cadastrados a partir de um Cadastro Informado, mas que a dedicação dos profissionais de saúde àqueles casos inevitavelmente fará parte do rol de atividades desempenhadas pela ESF de referência para a Unidade de Socioeducação. O que ocorre é que a classe dos “Cadastros Informados” reúne usuários em situações diversas que não exclusivamente sob reclusão. Nas palavras desse gestor “o Cadastro Informado garante que o adolescente privado de liberdade seja atendido independentemente de estar fora da área de sua residência”, ou seja, a estratégia é a de fazer valer o seu direito à saúde respeitando a sua extra-territorialidade temporária. E, se não o faz a partir do uso de seu prontuário já aberto na unidade de referência do endereço de sua família é para que a ESF que presta efetivamente o atendimento tenha essa produtividade computada a seu favor. É também recorrente a ausência de qualquer registro de acompanhamento de saúde desse mesmo adolescente por qualquer Unidade da Rede Básica, uma vez que ele não fazia uso de seus serviços. De toda forma, a lacuna que se instaurou entre o dizer dos profissionais e o do gestor já nos basta para afirmar que há algo a se discutir a esse respeito que interessa à construção da política de saúde do adolescente privado de liberdade. Mesmo que haja uma garantia legal⁵³ da inclusão no SIAB dos dados e dos indicadores de saúde desse adolescente e mesmo que haja a prontidão do Sistema de Informações de saúde da PBH para fazê-lo, existe um lapso entre o direito assegurado por lei e a sua efetivação, o que demandaria maior sensibilização do profissional de saúde, ao mesmo tempo que o incremento de sua capacitação. Essa lacuna aponta para o seguinte: sendo ou não real esse “buraco negro”, essa metáfora nos serve para apontar que em certo sentido, o adolescente seria ele mesmo a encarnação desse buraco. Além disso, a própria localidade desse complexo de Unidades Privativas de Liberdade também assume as características de um “*buraco negro*” ou de uma “*zona fantasma*”. As palavras de Bauman (2005, p. 26) sobre os destinos de seres e coisas na contemporaneidade explicitam melhor nossas impressões:

⁵³ Portaria Interministerial 1.426 de 14 de julho de 2014, já citada.

Os produtos descartados por essa nova extraterritorialidade, por meio de conexões dos espaços urbanos privilegiados, habitados ou utilizados por uma elite que pode se dizer global, são os espaços abandonados e desmembrados – aqueles que Michael Schwarzer chama de “zonas fantasmas”, nas quais “os pesadelos substituem os sonhos, e perigos e violência são mais comuns que em outros lugares”. Para tornar a distância intransponível, e escapar do perigo e perder ou de contaminar sua pureza local, pode ser útil reduzir a zero a tolerância e expulsar os sem-teto de lugares nos quais eles poderiam não apenas viver, mas também se fazer notar de modo invasivo e incômodo, empurrando-as para esses espaços marginais, *off-limits*, nos quais não podem viver nem se fazer ver.

Como dissemos essa invisibilidade é uma das faces da negação do pertencimento desses adolescentes à cidade, uma face cruel do processo histórico de negação de seus direitos, que finda por produzir, em uma leitura extrema desse contexto – “os ninguém: os filhos de ninguém, os donos de nada” ou “os que não são, embora sejam” e aqueles “que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local” (GALEANO, 2002, p. 42).

O fluxo de informações entre o Centro de Saúde e o Sistema Socioeducativo parece conter algumas falhas ou descontinuidade. A exemplo disso, uma enfermeira comenta: “a gente não fica sabendo do desligamento, e ele continua a contar como *Cadastro Informado*” (Conversação I Centro de Saúde A). No Centro de Saúde A foi definido o procedimento de obrigatoriedade de todo adolescente que chega à Unidade Socioeducativa A passar pelo acolhimento na Rede Básica. Já no Centro de Saúde B, o acolhimento do adolescente é feito de acordo com a demanda dos profissionais do Centro Socioeducativo B. Em ambos a questão do desligamento do adolescente da Unidade Socioeducativa, seja por finalização do cumprimento da medida, por transferência, por evasão, ou por outro motivo, não costuma ser comunicada àquelas instituições, e, com o passar do tempo, “o *Cadastro Informado* é apagado do sistema”, informam os técnicos dos Centros de Saúde participantes.

Interessou-nos também saber se na prática o trabalho nos Centros Socioeducativos e nos Centros de Saúde alcançaria a interdisciplinaridade. Objetivamos, principalmente, apreciar a repercussão dessa variável na atenção à saúde desse

adolescente. O SINASE propõe, para a execução dessa medida socioeducativa, a composição de uma equipe mínima multiprofissional

com perfil capaz de acolher e acompanhar os adolescentes e suas famílias em suas demandas como atender os funcionários; com habilidade de acessar a rede de atendimento pública e comunitária para atender casos de violação, promoção e garantia de direitos. (SINASE, 2006, p. 53)

No caso do universo constituído pelos Centros de Saúde, a orientação de trabalho em equipe que vigora é o PSF no qual, segundo Franco e Merhy (2007, p. 58):

O processo de trabalho é dividido entre uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. As funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e enfermeira. As visitas são compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência.

O trecho de conversação abaixo traz elementos para essa discussão sobre o ideal do trabalho em equipe ser ou não alcançado. Ele nos conduz à reflexão sobre a prática de trabalho que por vezes se distancia do ideal de adotar uma visão ampliada na abordagem ao adolescente que consiga integrar os discursos que compõem as diversas especialidades envolvidas:

Pesquisadora: Eu vejo que o que tem surgido nas discussões aqui quase sempre se refere às psicólogas e às assistentes sociais. A minha pergunta é como acontece essa interação com a equipe, com todos, por exemplo, com o advogado (...) No dia-a-dia vocês discutem os casos?

Psicóloga B.1: Engraçado, ao ouvir você dizer...

Assistente Social B.2: É mesmo, deu um “clic”.

Psicóloga B.1: Me deu um “clic”, não tínhamos percebido, mas é de forma muito clara. As assistentes sociais e as psicólogas têm um trabalho de forma, de parceria muito muito conjunta, então quando vai falar “técnico” a gente se refere a essa dupla que se forma. Apesar de a gente dividir o espaço físico, ser uma sala que vai dividir, ou então do jurídico estar na mesma sala, do dentista estar na mesma sala, da enfermagem estar na mesma sala...

Assistente Social B.2: Não, mas assim, a gente interage um pouco. Acho que a gente interage mais com a enfermagem do que com o jurídico, com o dentista.

Pesquisadora: A minha impressão foi essa, de que na maioria das vezes acontece assim, mas não quer dizer...

Assistente Social B.2: Mas são poucos contatos com os outros.

Psicóloga B.1: [o contato com os outros profissionais da equipe] É muito pontual, é quando necessita...

Assistente Social B.2: Sim. Por exemplo quando é feita uma intervenção, aí o [sicrano] que é diretor de segurança, ou até mesmo a [diretora da unidade] aí já chega na sala “quem são as técnicas de atendimento de fulano”? Aí a gente já levanta, porque somos nós que fazemos os atendimentos. Mais diretamente assim, de ver as demandas, de ver porque que o menino está fazendo, de ver as demandas da família. Essa divisão nas discussões de caso. A gente escuta todo mundo, mas fica, de uma forma ou de outra, fica bem direcionado para as psicólogas e para as assistentes sociais. E são duas áreas que até nos atendimentos a gente pergunta: “Você vai atender fulano hoje?”, para não ter um atendimento das duas áreas no mesmo dia. Às vezes a gente monta alguma coisa importante, aí a gente chega e fala [para o adolescente]: “Conversei com fulano [outro profissional da equipe que também acompanha aquele adolescente] e ele falou... O quê que você acha?”. Um trabalho mais perto até na hora de fazer os relatórios, os PIAS [Planos Individuais de Atendimento], a gente senta junto e faz. (...)

Psicóloga B.1: É completamente fragmentado, tanto que a gente se apoia muito mais, o diálogo é diário entre psicóloga e assistente social, mas não há um diálogo diário com a enfermagem, não há um diálogo diário com o dentista, com o jurídico. Então, por exemplo, com o jurídico a gente divide o mesmo espaço eu preciso de alguma informação, por exemplo, quando é uma questão de segurança, quando chega na sala pergunta “Cadê as técnicas?”. Vão levantar a mão a assistente social e a psicóloga. (Conversação III Centro Socioeducativo B)

Gostaríamos de evidenciar um outro aspecto que inferimos das falas dos participantes deste estudo: a descrença na possibilidade de responsabilização do adolescente e na sua conseqüente ruptura com a prática infracional. A leitura que Bauman (2005, p. 24) faz de comportamentos semelhantes a esse considera que

(...) os criminosos (ou seja, os que estão destinados à prisão, já estão presos, vigiados pela polícia ou simplesmente fichados) deixaram de ser vistos como excluídos provisoriamente da normalidade da vida social. Não são mais encarados como pessoas que seriam “reeducadas”, “reabilitadas” e “restituídas à comunidade” na primeira ocasião, mas vêem-se definitivamente afastadas para as margens, inaptas para serem “socialmente recicladas”: indivíduos que precisam ser impedidos de criar problemas e mantidos à distância da comunidade respeitosa das leis.

Nessa direção, a Enfermeira A.1 afirma que:

*Enfermeira A.1: Há um alto índice de reincidência. Eu não sou contra a privação de liberdade. A questão é que não adianta muito. Acho meio complicado, porque quando tiver alta, ele [o adolescente] não vai para o mesmo meio em que ele estava? Se fosse possível pegar aquela família, reestruturar aquela família, tirar do lugar onde mora, ele encontrar um lar. Eu até acredito, e tenho que acreditar porque algumas instituições religiosas conseguiram, mas só conseguiram porque fizeram esse trabalho de base. Mas, uma instituição como o **presídio**... eu não acredito na recuperação desse sujeito. (Conversação I Centro de Saúde A)*

Por outro lado, testemunhamos um relato bastante vivo e emocionado de outra participante que aposta nos efeitos de responsabilização do adolescente:

Enfermeira B.1: Sabe o lado que eu mais gosto? (...) Eu adoro ouvir os casos dos profissionais daqui [Centro de Saúde] e dos de lá [Unidade Socioeducativa]. "Conta mais!". Dá uma satisfação grande, a coisa de acreditar, a gente torce, quando vem uma história bonita. A gente fica torcendo. E a gente quer torcer por todos. Não sei se é sonho, eu fico bem quando eu ouço essas histórias, mais do que quando eu escuto: "eles não tem jeito, vão ficar aí até morrer". (Conversação II Centro de Saúde B)

Assinalamos que dentre os vários sintomas dos adolescentes manifestos ou diagnosticados no período de internação, o tratamento de saúde mental é o que parece oferecer maior dificuldade de resolutividade. A seguir uma ilustração disso:

Enfermeira B.1: Eu acredito que desafios, a gente esbarra neles o tempo inteiro dentro do nosso trabalho, levando em conta que saúde não é só questão realmente de doença. A gente tenta aqui na questão com os adolescentes, a inclusão também em esportes, lazer, na cultura, fora as questões que a gente esbarra muito, principalmente relacionadas à saúde mental. Muitos adolescentes que a gente tem (...) casos de saúde mental, a gente encontra uma rede defasada de profissionais para nos auxiliar. Em questão medicamentosa, levando em conta as experiências que eu já tive de grande importância aqui. A gente teve problemas muito sérios ao fazer uma articulação com a rede [de saúde mental]. Uma ação psiquiátrica de referência para determinados adolescentes, e isso ficou muito prejudicial para o adolescente e acaba que para a unidade como um todo, porque é um efeito dominó que acontece. A gente sempre acaba brigando um com o outro. Já começa a confusão aqui e acaba se espalhando também para

outras unidades. Então, do tempo que eu estou aqui, dois casos, dois desafios que eu tive que esbarrar foi a questão de articulação com a rede de saúde mental foi muito trabalhosa. Acabou que o adolescente foi transferido e a gente não conseguiu articulá-lo. Enfim, de início, foi o que mais me impactou. (...) Principalmente, porque no Centro de Saúde, referência aqui da nossa unidade, não tem um psiquiatra. Então, se a [enfermeira] estivesse aqui ela até me ajudaria, porque a gente tem a questão das receitas, e aí o doutor [médico que atende os adolescentes no centro de saúde] sempre fazia a renovação da receita, mas não era isso que o adolescente precisava. Precisava de um atendimento para poder ver a medicação, e ele só refazia a receita. Mas a gente não tinha ninguém para poder olhar se o remédio estava fraco ou se estava precisando modificar ou não. Então, é isso que eu falo que foi meu desafio: a dificuldade de arranjar esse profissional que cuidasse dos medicamentos. (Conversaão I Centro Socioeducativo B)

A mesma questão também é comentada pelos participantes agora sob a implicação da família no tratamento de saúde mental dos adolescentes:

Assistente Social B.2: Muitas famílias questionam com a gente: “Não, meu filho vai tomar o remédio que eu trazer para ele”. Aí a gente tem que explicar: “Esse medicamento está fazendo mal para ele!”. Quer dizer, a família não deixava que ele fizesse esse tratamento lá fora. Quando ele chega aqui a gente tem que oferecer o tratamento para esse menino, e aí começam as questões de conflito com a família. Agora, quando a gente consegue, o adolescente aceita, mas a família não aceita: a família vem para a visita e fala assim: “Não, você não vai continuar o tratamento”. Aí o adolescente fica assim: “E aí, e agora, o que que eu faço? Eu escuto a minha mãe ou eu escuto as técnicas?”.

Assistente Social B.4: Às vezes é importante eles terem esse atendimento lá fora, porque eles falam que o que eles nos dizem é fingimento, aí eles ficam com o pé atrás. Então tem coisas que eles não passam para a gente: “Vou falar pra minha técnica ela vai contar para o agente socioeducativo, vai contar para a diretoria da unidade”. Lá fora eles sabem, eles têm mais essa segurança. (...)

Assistente Social B.2: Eles [os familiares] não sabem como que se trata [um transtorno de saúde mental], sabem somente o que ele [o médico] oferece. Então, só a partir do momento em que o adolescente está aqui, é que essa família e o adolescente terão contato com essa rede. (...) Então, ele está privado de liberdade. Como que a gente consegue fazer essa conciliação [tratamento em situação de privação de liberdade]? No tratamento (...) a gente já teve casos aqui que não eram para a internação (psiquiátrica), mas foi internado num momento de um surto. Aí o pessoal falou que era droga ou às vezes realmente estava sob efeito de droga, mas não era crime. Às vezes o adolescente tem o primeiro contato dele o tratamento [de saúde mental] através da privação de liberdade. E aí eu acho que a internação, principalmente do jeito que é feito em regime fechado, limita um pouco o vício [adição às drogas]. Esse adolescente, dependendo do espaço onde ele vai fazer esse tratamento, o técnico fala: “Ah não. Ele vai fugir e a gente não vai barrar”. A gente, como técnico, não consegue “amansar” muito [o adolescente]. (Conversaão I Centro Socioeducativo B)

Acreditamos que o Plano Individual de Atendimento (PIA) possa ser utilizado como uma relevante ferramenta dentre outras para viabilizar a interface entre a Atenção Básica e a Unidade Socioeducativa. O PIA é um “*instrumento de previsão, registro e gestão das atividades a serem desenvolvidas com o adolescente*” (Lei 12.594/2012) durante a sua passagem pelo Sistema Socioeducativo. Nele estão descritas as medidas específicas de atenção à sua saúde⁵⁴. Mas para que essa ferramenta fosse utilizada conjuntamente pelos atores envolvidos na atenção à saúde desse adolescente seria necessária uma maior integração entre as políticas concernidas. A adesão mais efetiva dos profissionais do município à *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes no Sistema Socioeducativo* poderia contribuir para essa maior integração entre Município e Estado. Já da parte dos profissionais do Estado, seria desejável também a abertura para a construção conjunta dos aspectos norteadores da saúde daquele adolescente em seu PIA.

Os profissionais de saúde, apesar de todos esses impasses, proporcionam inúmeras vezes o acolhimento efetivo do adolescente. Nessa vertente, as palavras de uma participante deste estudo são bastante elucidativas:

Enfermeira B.1) (...) Eu sinto que eles [adolescentes em conflito com a lei] gostam muito da saúde [lugar imaginário que os profissionais de saúde representam para os usuários], parece que eles conseguem se aconchegar, chegar perto. (...) Quando eu converso com a [enfermeira do socioeducativo], eles estão querendo conversar com ela, lá [Centro

⁵⁴ Tais medidas específicas de atenção à saúde do adolescente privado de liberdade devem obedecer às diretrizes dispostas no art. 60 da Lei 12.594/2012: I- *previsão nos planos de atendimento socioeducativo, em todas as esferas, da implantação de ações de promoção da saúde, com o objetivo de integrar as ações socioeducativas, estimulando a autonomia, a melhoria das relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias; II- inclusão de ações e serviços para a promoção, proteção, prevenção de agravos e doenças e recuperação da saúde; III- cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, e atenção aos adolescentes com deficiências; IV- disponibilização de ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; V- 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); VI- capacitação das equipes de saúde e dos profissionais das entidades de atendimento, bem como daquelas que atuam nas unidades de saúde de referência voltadas às especificidades de saúde dessa população de adolescentes em atendimento socioeducativo; e VIII – estruturação das unidades de internação conforme as normas de referência do SUS e do SINASE, visando ao atendimento das necessidades na atenção básica.*

Socioeducativo] eles são ouvidos, a tempo e a hora. (Conversação II Centro de Saúde B)

Outras participantes fazem uma avaliação semelhante quanto ao uso que o adolescente faz da oferta da saúde disponibilizada pelo Socioeducativo:

Pesquisadora: O que você acha desses atendimentos [aos adolescentes, feitos pela equipe técnica]?

Enfermeira A.2: A maioria, eu percebo, é porque, querendo ou não, a privação de liberdade, ela reflete na queixa...

Pesquisadora: Como assim?

Enfermeira A.2: Eles [os adolescentes] vêm, às vezes eu passo até para as psicólogas também. Questões assim, às vezes eles querem... só de sair do núcleo [alojamento], e já chegar na enfermagem. Porque não é tão perto. Então, só de sair e dar essa voltinha até chegar na enfermagem, eu percebo, já é um alívio para eles. E às vezes eles não chegam com queixa mesmo. Eles vêm com alguma demanda, tipo assim: "Ai, estou passando mal". Num sentido de uma cefaleia, uma dor de cabeça, uma dor no corpo, uma dor de garganta. Não, não é isso. Eu vejo que é um pouco além, é mais por questão psicológica mesmo. Às vezes [o adolescente] está com um problema familiar, às vezes fez uma ligação [para um familiar], aconteceu alguma coisa com ele ali [na internação], que o afligiu. Aí eu sempre passo para as meninas [psicólogas e assistentes sociais]. Mas eu acho interessante, dependendo do adolescente, porque, ao invés dele pedir para falar com a técnica direto, ele pede para falar com a enfermagem e dependendo do que é, para a gente poder pedir para técnica para atendê-los.

Pesquisadora: E às vezes pode ser...

Dentista A.1: Às vezes é o contrário também.

Pesquisadora: Sim.

Dentista A.1: Às vezes acontece o contrário.

Pesquisadora: Então, tem essas coisas de leva e traz, de criar um...

Psicóloga A.3: É, às vezes eles querem atendimento com a enfermagem ou com a dentista e pedem para a gente.

Pesquisadora: Isso, você acha também que no seu campo, de saúde bucal, acontece uma demanda assim, mais uma conversa, de um passeio.

Dentista A.1: É. Do passeio, eu percebo que isso acontece mesmo. Mas como o meu é muito objetivo, a queixa é muito objetiva. Então, por mais que queira ficar conversando muito, até o meu atendimento, fica um pouco complicado. Mas, às vezes o adolescente chega para o agente [socioeducativo] e fala: "Nossa, estou morrendo de dor de dente, eu quero um atendimento". Aí quando ele [o adolescente] chega lá na sala [consultório dentário]: "E aí, o que está acontecendo?". "Ah, pois é, e aí? Como é que eu faço para marcar uma limpeza?" Aí você vê que o motivo dele estar lá não é aquele que ele relatou. E através desse relato eu tenho muita dificuldade de fechar diagnóstico, porque quando o adolescente espera atendimento e acha que só o fato de falar que tem dor, ele vai conseguir atendimento. Aí num minuto é o dente de cima que está doendo, daí eu pergunto, faço mais duas perguntas: "E agora qual que é? "Não! É esse aqui!". (Conversação II Centro Socioeducativo A)

Verificamos na pesquisa que a tentativa de escuta é frequentemente subjugada ao equívoco de se buscar a verdade dos fatos, do ato infracional. Surpreendeu-nos a indagação de certas participantes sobre os dizeres do adolescente indicarem uma verdade ou uma mentira e o seu temor de que ele as possa “enganar”.

Assistente Social B.2: O entendimento deles às vezes é difícil, como se a gente não buscasse outras fontes [de informação]. Como se a gente [os técnicos] não tivesse estudado para isso. Como fosse muito fácil, “elas são bobas”. Como se a gente estivesse ali para entrar na mente deles [adolescentes]. Eu falo com eles, “qual é o objetivo de vocês enganarem a boba da técnica?”.

Psicóloga B.2: Os agentes [socioeducativos] têm outras ferramentas. Eles fazem relatório diário. Se nós não sentarmos com o agente [socioeducativo], vamos saber pelo livro [de troca de turno onde os agentes anotam os acontecimentos mais relevantes daquele plantão]. A gente vai saber como está distante a fala [do adolescente] do seu comportamento.

Assistente Social B.4: Eu costumo falar para eles [adolescentes]. “É um direito seu não querer falar. Mas vai chegar um determinado ponto que você não vai conseguir sustentar e a gente vai descobrir e ter que voltar do ponto zero, do início. Vai ter que retomar tudo de novo. Se você quiser inventar uma história, vai chegar um determinado ponto que a gente vai ter que voltar, a gente vai ter que construir de novo”. É uma questão de percepção, às vezes uma técnica percebe e a outra não. Os advogados mesmo falam uma coisa assim, “isso passou [despercebido]”. Tem coisa que passa mesmo.

Psicóloga B.2: A gente, psicólogo, trabalha com a realidade psíquica. Com tudo que ele [o adolescente] está trazendo. Mas ao mesmo tempo, um adolescente falava que tinha uma filha. Buscaram [assistentes sociais em visita familiar] casa, filha e não tinha. A gente não pode tirar a nossa responsabilidade, a gente tinha que ter feito a visita antes. Mesmo assim depois de um bom tempo, a gente descobre que nada daquilo [que foi relatado pelo adolescente] existe. E a gente vai trabalhar [junto do adolescente]: “Fulano, por que essa mentira toda? Você não sabia que a gente ia correr atrás do documento?”. (...)

Psicóloga B.1: Tem o porquê de ele [o adolescente] construir uma “realidade” muito idealizada. Mas por outro lado, a gente não lida com a realidade psíquica, mas com a realidade objetiva. Quando às vezes ele começa a não elaborar a situação, é um complicador: o adolescente perde a oportunidade de elaborar naquele espaço, pois não trata questões reais. A gente está num lugar que a objetividade é muito importante, a realidade... (Conversação III Centro Socioeducativo B)

No caso dos profissionais do Socioeducativo, esse paradoxo entre a “verdade do sujeito” e a “verdade dos fatos” se instaura de modo pungente em decorrência da produção de relatórios sobre o adolescente. Ou melhor, os atravessamentos do

Judiciário, as suas inúmeras demandas, por vezes confundem os técnicos. No Centro Socioeducativo B, os profissionais apontaram a existência de dois discursos que internamente os pressionam: o “Discurso do Atendimento Socioeducativo”, sob um ponto de vista clínico, e o “Discurso da Segurança”. Segundo eles, tais discursos deveriam se nortear pelo benefício do adolescente e, para tanto, precisariam ser consonantes. Os mesmos profissionais disseram que usualmente conseguem construir o caso, eleger direcionamentos comuns para aquele adolescente junto a Equipe de Segurança da Unidade Socioeducativa. Contudo, eles colocaram em relevo um aspecto negativo de uma tensão entre esses discursos: não raro, a atuação clínica é restringida, já que o entendimento da segurança a respeito do adolescente diverge daquele da equipe técnica. A Assistente Social B.3 afirma que, quando o discurso da segurança prepondera sobre o clínico, o profissional *“se coloca na posição de pedinte junto à segurança. A segurança às vezes veta alguma atividade que a gente quer propor, porque eles entendem diferente o que deve ser feito naquele caso”*. (Conversação II Centro Socioeducativo B). Já para o trabalhador do Centro de Saúde, essa confusão parece se diluir, restando dela a incessante vontade de saber sobre o ato praticado pelo adolescente que ali é atendido.

5.4. O adolescente entre impasse e desafio para os profissionais

5.4.1. A saúde do adolescente: terra de quem?

A adolescência é uma construção sociocultural relativamente recente das sociedades ocidentais, formulada no início do século XIX, no campo da Psicologia, ciência nascente naquela época. Apesar de a *Doutrina da Proteção Integral* pressupor que os seus direitos são universalmente reconhecidos, ainda hoje os adolescentes são marcados pela invisibilidade social em vários aspectos. No Brasil,

as Políticas Públicas de Saúde específicas para essa população são recentes, datam do fim dos anos 1980, impulsionadas pelo advento da CF e do ECA. E em especial as ações e políticas públicas voltadas para o adolescente em conflito com a lei são de fato incipientes. A adolescência constitui, pois, até o presente momento, uma espécie de “*no man’s land*”. Logo, a discussão acerca da saúde do adolescente pressupõe a abordagem de uma temática que comporta lacunas, inclusive em termos de investimento financeiro e desenvolvimento de políticas. Sobre os poucos investimentos econômicos governamentais na adolescência, Burt explicita:

Quando as sociedades têm que tomar decisões sobre como investir os recursos de saúde, geralmente dão pouca importância à população, apesar de que, depois da primeira infância, a adolescência é a etapa mais vulnerável até que chegue a velhice. (BURT, 1998, s/p.). [tradução nossa]

O trecho citado acima consta em um documento pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), de 1998, e que guarda sua atualidade. Recolocamos a questão que lhe dá título “*Por que devemos investir no adolescente?*”. As respostas seriam múltiplas. Uma opção seria afirmar que devemos investir nessa população, pois os adolescentes são o futuro da nação. Essa afirmação encontra-se, todavia, esvaziada de sentido, talvez pela falta de referências e também pela urgência dos sujeitos contemporâneos, pela premência do aqui e agora, já que “*o tempo envelhece depressa*”⁵⁵. Wisnik propõe uma formulação bastante elucidativa:

Adolescente é um substantivo no particípio presente: um ser que está acontecendo. De corpo e de espírito, o adolescente é um estado. Estado de quê? O segredo do adolescente está guardado, há séculos, no DNA da palavra *adolescente*, para só revelar-se agora, no nosso tempo. O radical vem do verbo latino *oleo*, -es, -ere, *olui*, que quer dizer exalar um perfume, um cheiro, recender – bem ou mal. É a mesma raiz da palavra *olor*, significando aroma sutil, fragrância. Com a preposição *ad* como prefixo formou-se o verbo latino *adoleo*, que quer dizer queimar, fazer queimar, consumir pelo fogo em honra de um deus. Entende-se: as ervas queimadas no altar do sacrifício exalam cheiros, perfumam, recendem – estão aí para isso. Podemos adiantar a fórmula: o adolescente será aquele que arde, que queima, que se consome no seu próprio fogo, sacrificado aos deuses de sua idade, de sua época. (WISNIK, 2004, p. 383)

⁵⁵ Título do livro de Antonio Tabucchi, *O tempo envelhece depressa*. São Paulo: Cosac Naif, 2010.

Se em tese o adolescente está condenado ao sacrifício da cultura, é justamente contra isso que as políticas públicas e seus executores deverão lutar. *Por que devemos investir no adolescente?* Para que ele alcance a condição de responsável por seus atos, para que, de fato, o adolescente atravesse a adolescência sem ser consumido por rótulos tais como o de “*pessoa em crise*”, “*bandido*”, pelas nomeações massacrantes de sua individualidade e subjetividade. Devemos investir no adolescente no intuito de que ele se torne uma pessoa que goza plenamente de seus direitos, que participa ativamente da manutenção do contrato social.

No campo médico, o que dissemos sobre a adolescência ser uma espécie de *no man’s land* pode ser identificado com a divergência entre os modos de conceber a adolescência como território de intervenção. Uma corrente da pediatria acredita que o pediatra deve acompanhar seu paciente desde o nascimento até o fim de seu desenvolvimento biológico, e que, por essa razão, é esse especialista médico quem fica encarregado do adolescente. Uma outra visão que convive com essa é a da adolescência como um campo restrito à hebeatria. Para os seguidores dessa última, a puberdade criaria mais ruptura que continuidade com o estado anterior da infância, daí a necessidade de profissionais preparados especificamente para atender os adolescentes. Observamos como essa segunda abordagem se propaga pela saúde como um todo, criando uma segregação do adolescente, de confinamento de sua saúde aos especialistas, como se somente eles estivessem devidamente credenciados para atendê-lo. No que se refere aos demais profissionais da saúde, observamos que essa busca de identificar quem seria o responsável pelo adolescente se repete. Mas outro aspecto perpassa tal debate: de algum modo, o adolescente é temido por eles, que se sentem frequentemente embaraçados diante dele. Nesta pesquisa, isso se presentificou assim:

Assistente Social B.1: Posso falar? Eu mesma achava que eu não tinha habilidade nenhuma para lidar com adolescente. Desde que eu me formei eu já vim com aquela ideia: “Não trabalho com adolescente, adolescente é complicado, adolescente é risco. Na questão normal, de uma família normal,

eles já são problemáticos! Imagina envolvido com a lei? Eu não quero, eu não.". E sempre cria naquela coisa. Mas ao longo dos anos eu tenho me aproximado muito deles. Então, eu tenho percebido que essa aproximação não é à toa. Talvez [sirva] para acabar mesmo com essa imagem negativa que eu tenho deles.

Pesquisadora: Você estava falando do estigma. Que a gente vai...

Assistente Social B.1: Exatamente. Eu sempre tive também, vou falar para você. E agora, de uns tempos para cá, tem sumido. Eu tento estar mais aberta para poder atendê-los [adolescentes], para poder ajudá-los no que for preciso. Não estou tendo muito contato [com adolescentes], mas se eu vier a ter, acho que eu já estou mais preparada (...) São seres humanos, quer dizer, são seres que precisam de apoio, que precisam de ajuda, não tem jeito. Eles estão no momento de formação da consciência, da personalidade. Então, realmente eles precisam muito da gente. A questão de ficar com preconceito, "Eu não vou trabalhar com isso", eu acho que te afasta cada vez mais de uma situação que está bem próxima de você. Inclusive, eu também já tenho adolescentes em casa. Talvez seja isso que está fazendo eu mudar de ideia. (Conversação I Centro de Saúde B)

Nesse fragmento de conversação, notamos como esse temor divide espaço com a curiosidade, com a vontade de vencer o desafio de lidar com um adolescente e com a responsabilidade do adulto frente a isso, ou seja, há uma ambiguidade de sentimentos que pode dar o tom do acompanhamento de saúde. Essa Assistente Social diz que são poucos os profissionais que querem trabalhar com o adolescente para além de sua queixa inicial, sobretudo se ele estiver em conflito com a lei.

Assistente Social B.1: Veja bem, você vai tratar daquele adolescente que, por exemplo, machucou, ou teve uma questão intestinal. Você vai tratar daquele problema intestinal, da doença no momento. Outra coisa é você dar mais abertura. Ele está vindo aqui, ele está prestando serviço comunitário [Medida Socioeducativa de Prestação de Serviço à Comunidade]. Ele está trabalhando aqui dentro [do Centro de Saúde], então, devemos participar mais da vida dele, da saúde dele, fazer mais perguntas; isso já engloba mais. Aí você pode filtrar a quantidade de profissionais que quer trabalhar com isso! (Conversação III Centro de Saúde B)

Na saúde, a adolescência como “*terra de ninguém*” é manifesta sintomaticamente com uma resistência em atender o adolescente, que em menor grau integra de modo subliminar o seu acompanhamento, e em maior grau pode levar a recuo o seu atendimento, justificado com falta de capacitação, desinteresse etc. Nesse sentido, tal fato também pode ser interpretado como mais um impasse no desenvolvimento dos cuidados em saúde do adolescente. Não obstante, essas dificuldades deveriam nortear, e não paralisar, os profissionais responsáveis por esses cuidados. Em

suma, esse profissional poderia ver nisso um convite à invenção de um saber-fazer frente ao inusitado lançado pelo adolescente.

5.4.2. O acompanhamento do adolescente – território da invenção

De modo geral, os profissionais de saúde participantes deste estudo relataram experiências exitosas de intervenção junto ao adolescente. Muitos deles demonstraram abertura e interesse para encarar esse tipo de atendimento, o que nos pareceu relevante, já que a Política do Atendimento de Saúde do Adolescente é ainda tímida em BH, conforme atesta publicação da própria SMSA/PBH:

Percebeu-se por meio de avaliação realizada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, para o atendimento aos adolescentes adscritos na unidade, não existe um fluxo específico de atendimento à saúde que considere a complexidade e necessidades específicas destes usuários. A adolescência é um momento particular na vida do indivíduo, é onde ele adquire um modo crítico de ver o mundo e define a sua própria identidade. É necessário que não se banalize este estágio da vida e que ele tenha acesso aos serviços de saúde, receba informações na escola e no ambiente familiar para que possa compreender as mudanças características desta fase. (CARMO; MOREIRA, 2012, v. 1, p. 415)

Durante a pesquisa, os profissionais dos Centros de Saúde citaram estratégias de captação direta de adolescentes, muitas delas feitas em escolas, principalmente antes da criação do *Programa de Saúde na Escola (PSE)*⁵⁶. Com a chegada desse Programa, “aconteceu um boom de captação dos adolescentes da comunidade”, nos

⁵⁶ Programa de Saúde na Escola: “Trata-se de uma política integrada, que prevê a implementação de ações com a participação de diversos setores sociais, em um trabalho intersetorial e em rede, reconhecendo iniciativas e ações de integração entre saúde e educação já existentes, que têm um impacto positivo na saúde desta população. Dentro desta proposta, o Programa Saúde da Família desempenha um papel fundamental junto às escolas, para o fortalecimento das redes sociais e melhoria da saúde dos estudantes e suas famílias”. Accioly MC et al. Promoção à saúde dos escolares. In: Teixeira MG et al (orgs). O coletivo de uma construção: O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. BH: Editora Rona, 2012, v. 2, p. 101.

disse a Enfermeira A.1. Ela comenta que antes da criação do Programa, era a ESF que se encarregada dessa ação. Na sua avaliação, o trabalho era intenso. Por exemplo, quando a sua equipe proferiu palestra para todas as turmas de uma escola municipal localizada na vizinhança daquele Centro de Saúde, cerca de trezentos adolescentes participaram da atividade e em torno de quinze procuraram a Unidade Básica. E como o PSE já realiza essa ação, os integrantes da ESF do Centro de Saúde A participantes deste estudo demonstraram a intenção de se desincumbir de qualquer movimento na direção de captação dos adolescentes dali. Os referidos profissionais mencionaram que, em geral, os adolescentes daquela área de abrangência pouco procuram a Unidade Básica, a procura ocorre principalmente quando há um incômodo frente a um sintoma já instaurado, ou seja, não há uma demanda significativa no que tange às ações preventivas. Aproveitamos para assinalar que, mesmo não aparecendo na fala desses profissionais como um impasse, esse fato não deixa de constituir um problema para a Atenção Primária. Como destacamos, os adolescentes brasileiros, em geral, não adotaram a prática de frequentar os Centros de Saúde da localidade onde residem e há esforços de gestores, de formuladores de políticas e de pesquisadores para identificar as causas desse fenômeno. Gomes (2009) reflete sobre essa ausência, a partir da fala de trabalhadores da área da saúde e revela os seguintes fatores causais: as características de uma determinada região, cuja população passou por processo de envelhecimento; a vergonha do adolescente de se expor em espaço de grande proximidade com as pessoas de sua convivência cotidiana e o receio de sofrer preconceito, principalmente nos casos de tratamento de saúde mental; a dificuldade própria do adolescente de aderir e fazer laços mais duradouros (o que, entretanto, questionamos. Esta pesquisa atesta, por exemplo, que os adolescentes muitas vezes não aderem ao ideal de tratamento, mas sim aos laços que se tornam possíveis na medida em que o profissional de saúde deixa brecha para isso ocorrer. Com isso, eles alcançam uma vinculação aos serviços.); a sua falta de autonomia para buscar os seus próprios caminhos, sem ser conduzido pelo outro, sejam eles os pais ou a escola; a cultura já consolidada de buscar o serviço somente em casos de patologias manifestas. Provavelmente poderíamos assinalar outros fatores. Contudo, seria válido enfatizar que, se por parte do Centro de Saúde não houver a oferta expressa de cuidados voltados a essa população, se as portas não estiverem

realmente abertas para recebê-la, não haverá meios de fazer surgir a demanda, ou ela surgirá de modo fragmentado e pouco expressivo.

Citamos a experiência inovadora do Centro de Saúde B que faz do “*boca-a-boca da consulta do adolescente*” a melhor forma de divulgar o trabalho que é feito ali e de agregar ao adolescente o sentimento de pertencimento social. Os diversos relatos que ouvimos daqueles profissionais nos fizeram pensar que potencialmente todo adolescente gostaria de “*um Centro de Saúde para chamar de seu*”. A Enfermeira B.1 esclarece que o usuário que frequentou periodicamente a Unidade durante a sua infância até a finalização do Cartão de Vacina tende a retornar quando faz dez anos de idade, ocasião de tomar a vacina antitetânica ou de esclarecer dúvidas em relação à sexualidade. E como, muito provavelmente, ele já sabe da “consulta do adolescente”, isso facilita o seu retorno e reaviva o laço com aquela instituição.

Enfermeira B.1: “Eles [adolescentes] vêm no acolhimento de adultos, sozinhos, e a gente nem pergunta “Cadê os seus pais”. A gente pergunta o que eles estão precisando e a gente atende. Porque, não tem uma coisa de que na Saúde o menor de idade só pode ser atendido com a presença dos pais? Mas eles já sabem, já foram orientados pela Dra [médica da unidade] que eles têm esse direito. Tem dois cartazinhos na unidade que dizem quais são os direitos dos adolescentes. Um deles fala “você, adolescente, sabia que tem o direito de ser consultado por um médico sem a presença de seus pais ou responsáveis?”. Então, eles já sabem. Eles sabem estruturar a demanda deles para a gente” (Conversa IV Centro de Saúde B)

O que aquela enfermeira destacou coincide com o que Carmo e Moreira (2012, p. 415) discutem sobre o fluxo ideal desse atendimento e o atendimento em si:

O adolescente procura a equipe [de saúde] para expor a sua demanda, geralmente de forma imediata. É importante saber dessa necessidade de resposta rápida. Torna-se primordial na assistência a esta clientela, rever os valores e atitudes do profissional de saúde e evitar preconceitos. Muitas vezes o adolescente não é lógico ao expor as suas necessidades; evidenciar esta necessidade é essencial para a captação e elaboração de vínculo necessário a este atendimento, principalmente ao adolescente de sexo masculino que é muito resistente à procura dos serviços. Nas reuniões de equipe realiza-se o estudo de casos para a elaboração das ações voltadas às necessidades identificadas a sua complexidade. Percebeu-se a

importância do trabalho multidisciplinar e da capacitação de toda a equipe para o atendimento ao adolescente, estruturar o serviço para os adolescentes adscritos na equipe da ESF; reservar e aumentar o tempo para agendamento de atendimento ao adolescente divulgando as ações e ofertas de serviços; elaboração de ações que envolvam a saúde, a educação, a família e toda a comunidade voltados para as demandas específicas dos adolescentes; criar programas centrados nas necessidades dos adolescentes com espaços de discussão e a aprofundamento de questões formuladas pelos próprios adolescentes e desta forma compartilhar com eles as atividades e ações que queiram trabalhar.

Nesta pesquisa, alguns profissionais da Unidade Básica compartilharam as suas dificuldades e o seu despreparo para atender e acompanhar os adolescentes, mas ao mesmo tempo demonstraram o seu potencial para inventar:

Enfermeira A.1: Vou te falar que eu detesto atender adolescente. Eu detesto adolescente. Por causa dessa fase contestadora. Eu fui uma adolescente um tanto quanto reprimida, eu não vivi isso na plenitude do que eu acho que poderia ser. Então, eu reconheço o meu limite, de não estar cem por cento aberta. Mas, contraditoriamente, eles gostam de mim, eu não sei porquê!

Técnica de Enfermagem A.2: É o jeito de você atender, embora você fale assim, você interage com eles muito bem. (...)

Enfermeira A.1: É, pode ser por isso. Uma vez eu tive uma experiência muito engraçada. Um adolescente uma vez me procurou porque tinha terminado com a namorada, ela tinha brigado com ele, mas ele não conseguia se desvincular da namorada. E aquilo estava trazendo um sofrimento horrível para ele – era uma questão.

Pesquisadora: E não é uma questão de doença, e ele pôde vir ao Centro de Saúde por causa disso!

Enfermeira A.1: Aí eu acolhi, levei a situação dele para o matriciamento. A psicóloga me disse que aquele adolescente não era um caso para a saúde mental. “Então, é para quem?”, perguntei. Ele tinha uns vinte e dois anos, mas era um adolescentão! Ele voltou querendo saber da consulta e eu disse: “como é que eu faço?”. Eu disse: “Olha, eu vou tentar uns atendimentos com você”. E eu pensava: “Meu Deus do céu, o quê que eu estou cometendo? Estou entrando numa área que não é minha, que eu não domino”. Eu disse, “Não, eu vou fazer uns atendimentos. Eu vou te atender”, do alto da minha falsidade. Aí ele foi e eu disse: “Você gosta de ler? E o que ele gosta de ler?” “Livro de guerra”. “Olha a melhor coisa que tem para conquistar a mulher, você tem que reconquistar a menina, é o “cara” saber conversar. E esses livros que você lê são muito bons, mas não te preparam. Então nós vamos começar discutindo o “Velho e o Mar”. É maravilhoso! Do Ernest Hemingway”. Aí eu disse para ele comprar aquelas edições de banca de revista ou em um sebo. No atendimento seguinte, fiquei muito surpresa quando ele chegou carregando o livro. No dia do atendimento nós discutimos o livro. Eu disse para ele, então, que teríamos mais três atendimentos e que discutiríamos mais livros. No outro atendimento ele chegou levando um colega também para ser atendido! (Conversação IV Centro de Saúde A)

Outro relato curioso revelou como a intervenção junto ao adolescente precisa conjugar os esforços de todos que trabalham na Unidade Básica. Certa manhã um grupo de adolescentes chegou ao Centro de Saúde B e solicitou preservativo ao guarda municipal que estava ali em frente. Ao que esse respondeu que não, pois, eles eram muito pequenos para tal e que estavam mais interessados em “*fazer balão com as camisinhas*”. Dois profissionais da ESF presenciaram o acontecimento e orientaram ao guarda que fornecesse preservativo aos adolescentes, caso eles voltassem, pois isso era de direito deles. Na tarde daquele mesmo dia, eis que retorna o grupo e dessa vez a porta do Centro de Saúde estava aberta. Em conversação, discutimos sobre como aproveitar essa oportunidade de contato do adolescente com o dispositivo de saúde para lhe ofertar um espaço de cuidado.

Gostaríamos também de mencionar a Oficina sobre a Caderneta do Adolescente⁵⁷ que realizamos no Centro de Saúde B juntamente com profissionais do Centro Socioeducativo B, à qual estavam presentes a diretora dessa Unidade e uma representante da Gerência de Saúde do Distrito B. É interessante notar que a temática dessa oficina foi ao encontro do interesse daquela Gerência, que já intencionava retomar a ação de sensibilização para o seu uso pelos profissionais de saúde e igualmente pelos adolescentes. Convidamos a Médica de Saúde do Adolescente do Centro de Saúde mencionado que nos mostrou como esse pode ser um instrumento importante para introduzir vários temas que podem interessar ao adolescente, ou seja, como estratégia de abordagem, e que isso deve ser feito respeitando o tempo do adolescente. Percebemos que encontros como esses entre Sistema Socioeducativo e Sistema de Saúde são relativamente raros, e que constituem ocasiões de reflexão e de capacitação conjuntas.

O Centro Socioeducativo A nos apresentou uma experiência inovadora que se dá pela via da Saúde Bucal, mais precisamente, de oficinas de escovação. A ação foi

⁵⁷ A *Caderneta de Saúde do Adolescente*, criada em 2009, pelo MS, objetiva monitorar a saúde de pessoas entre 10 e 19 anos. Ver: <http://www.medicina.ufmg.br/observaped/index.php/caderneta-da-saude.html>

concebida pela Técnica de Saúde Bucal A.1, que contava com uma experiência anterior de trabalho no Sistema Prisional. Essa ação funciona como uma estratégia de cuidado e também de redução de danos, junto aos adolescentes do Centro Socioeducativo A. Semanalmente, um grupo pequeno de adolescentes se voluntaria para participar dessa atividade. Alguns deles, inclusive, vão por mais de uma vez. Então, a técnica, que também presta apoio à dentista da Unidade em atendimento individuais, identifica indícios de uso continuado de determinadas substâncias psicoativas, através do diagnóstico que faz da higiene bucal do adolescente. Na medida do possível, ou seja, do vínculo que se estabelece, ela aproveita para além de ensinar a escovação, fazer uma intervenção que nos pareceu muito aproximada à de redução de danos⁵⁸. Sem julgamento moral, sem juízo de valor, essa técnica alcança um diálogo com o adolescente que, avaliamos, pode ter efeitos sob o uso de drogas. A mesma profissional também ensina aos adolescentes a fazer fio dental alternativo utilizando como matéria-prima o saco de batatas disponibilizado pelos sacolões. A título de esclarecimento, o fio dental não é fornecido pelo Sistema Socioeducativo ao adolescente, que pode, no entanto, recebê-lo de algum parente em dia de visita. De toda forma, há o entendimento de que o fio dental oferece riscos aos adolescentes, que em casos extremos podem vir a utilizá-lo como uma arma. Logo, é o agente socioeducativo quem detém o controle do fio dental, caso o adolescente disponha de um rolo.

Através desses exemplos apresentados, esperamos que tenhamos transmitido o que valorizamos como a principal condição do acompanhamento do adolescente: a inventividade. A invenção, de autoria do profissional de saúde, pode contribuir para que o adolescente encontre a sua solução frente aos impasses próprios à puberdade, sem que se perca de vista a política como um todo. Enfim, a atenção à saúde do adolescente em implantação no Brasil implica em uma mudança de paradigma, tal como explica Ruzany (2008, p. 24)

⁵⁸ A redução de danos “é uma estratégia da saúde pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo”.
Ver: http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf

No modelo de atenção integral o objetivo é ampliar a possibilidade de atuação do profissional, tendo como preocupação não só a singularidade do sujeito, mas a organização dos serviços. Com isto transforma-se o espaço antes considerado como o 'lugar, por excelência, do profissional' – um lugar de poder – em outro em que se busca uma interação maior dos profissionais com a população assistida. Esta política de atuação significou uma mudança com respeito ao modo de como se dava, até então, a relação profissional usuário. Em vez de considerar que o adolescente deveria pautar sua conduta segundo um modelo pré-estabelecido, o profissional passou a considerar o meio ambiente como um fator de importância capital na compreensão da problemática do adolescente. A dimensão ética que esta estratégia envolveu diz respeito ao fato de considerar, na relação, o adolescente como um sujeito e não mais como mero objeto de investigação.

5.5. A precarização do trabalho e o sofrimento dos profissionais

“A minha saúde afeta a dele [adolescente].”. (Conversaão IV Centro Socioeducativo B, Assistente Social B.2)

Conforme mencionado, a motiva o desta pesquisa era identificar *como   feita a aten o   saúde do adolescente privado de liberdade em BH*. Contudo, a indaga o acerca da saúde desse adolescente mobilizava nos profissionais participantes uma reflexão sobre a sua própria saúde. De alguma maneira, poderíamos prever esse fenômeno, uma vez que não são os adolescentes nossos interlocutores diretos, na maior parte do tempo. Esse deslocamento da posi o de *representante do discurso do outro* para a de *representante de si mesmo* era, então, previsto. O que sucedeu, porém, foi que o conteúdo da discussão recorrentemente recaía sobre as condi es precárias de trabalho⁵⁹, tanto dos profissionais dos Centros de Saúde, quanto das Unidades Socioeducativas. Ambos os grupos relataram uma sobrecarga de atividades no desempenho de sua fun o, somada a uma pressão por parte dos

⁵⁹ Certamente essa constata o poderia nos conduzir a uma reflexão mais ampla sobre o trabalho e a precariza o, que discutiria, por exemplo, a dimensão de insegurança e saúde no trabalho, com bases no argumento de que *“a estrutura capitalista hoje   o grau ilimitado da mercantiliza o do trabalho e da vida”*, conforme Druck G, em *Trabalho, precariza o e resistências: novos e velhos desafios?* (http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792011000400004&script=sci_arttext).

gestores para alcançar e manter um determinado nível de produtividade. Ademais, há um desgaste potencializado pelo tipo de clientela que eles acompanham.

No caso dos trabalhadores dos Centros de Saúde, os usuários que acessam esse dispositivo não raro estão em sofrimento e, por isso, são poliqueixosos e apresentam uma gama diversificada de demandas e perfis. Incluem-se aí os adolescentes privados de liberdade, que vêm com o acréscimo de uma produção eventual de insegurança e medo nesses profissionais e também de uma exigência de dedicação às ações específicas da interface com o Sistema Socioeducativo. Em se tratando dos profissionais que atuam nesse Sistema, há um certo jogo feito pelos adolescentes, que solicitam atendimento frequentemente, mais pela possibilidade de “baterem um papo” ou “dar um passeio”, ou seja, sair do alojamento, que por demandas consistentes que ocasionem algum tipo de intervenção, fazendo assim circular os seus dizeres entre a equipe técnica e os agentes socioeducativos que, por sua vez, se colocam no lugar de quem deve averiguar a verdade desse discurso.

5.5.1. As condições de trabalho no Sistema Socioeducativo e seus efeitos na saúde do profissional

No período de realização da primeira etapa deste estudo no Centro Socioeducativo B, em aproximadamente dois meses, houve a saída de vários integrantes da equipe. Um deles trabalhava há dois anos na instituição e mencionou desgaste naquele tipo de trabalho. Ele relatou gostar de vários aspectos de sua rotina, mas não queria mais de se submeter às determinações dos gestores que muitas vezes estavam apenas “cumprindo ordens” de políticas supostamente “preponderantes” sob a ótica de outros gestores com maior poder de mando. Outras duas profissionais, uma delas recém-chegada ali, encontraram um emprego com melhores remuneração e

condições em geral. A impressão que tivemos foi a de que o percurso dos profissionais na execução da Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade é relativamente curto, e, de certo modo, comporta uma espécie de “prazo de validade”, modulado pelo grau de suportabilidade de cada profissional. Em ambos os Centros Socioeducativos estudados, a grande maioria dos técnicos é contratada e ganha menos que os agentes socioeducativos que têm apenas segundo grau completo. Por diversas vezes, surgiu um comparativo entre as condições de trabalho dos agentes e dos técnicos e ficou claro que os últimos se encontram, em termos salariais, em posição desfavorecida face àqueles. Em uma das Unidades de Socioeducação, o cargo de diretor de atendimento ficou vago por pelo menos quatro meses e há vagas a preencher na equipe técnica, desde a fundação da Unidade, mas que principalmente em função dos longos trâmites perduram desocupadas. Observamos que a execução dessa Medida Socioeducativa acaba sendo desempenhada por profissionais recém-ingressos no mercado de trabalho, que encontram ali a oportunidade de aquisição de uma primeira experiência profissional.

Assistente Social B.2: A minha saúde afeta a dele (...) Hoje é o nosso último encontro e a minha despedida também.

Psicóloga B.2: A [fulana] também vai embora. (...) Eu estou feliz e ao mesmo tempo desesperada [com a saída das colegas].

Assistente Social B.4: (...) Acho que vai demorar muito a vir uma nova assistente social. Demora muito. (...) A [Fulana] começou a trabalhar na [nome da instituição] há mais ou menos cinco meses.

Pesquisadora: Porque acontece essa rotatividade?

Psicóloga B.3: A questão do salário, é o primeiro ponto que não mantém ninguém aqui. A demanda de trabalho também.

Enfermeira B.2: Eles cobram muita coisa da gente e o salário...

Pesquisadora: O que é muito sério porque esse é um trabalho muito delicado, que precisa de muito movimento e estar nessas condições de trabalho não ajuda. (...)

Assistente Social B.4: E tem adolescente que demanda mais, que você precisa atender mais. É uma família que não vem e acaba que você tem que dar mais atenção. Infelizmente você acaba atendendo um adolescente mais que outros.

Pesquisadora: Mais isso é uma característica do trabalho, você tem que cumprir certas coisas, mas ao mesmo tempo tem alguns que vão demandar mais mesmo, isso acontece... Nossa!

Psicóloga B.2: Eu disse para o [diretor de atendimento] para tomar cuidado para isso não se tornar uma reação em cadeia! Porque isso pode virar uma reação de cadeia!

Assistente Social B.4: [Eu queria] Gritar para as mulheres não fiquem grávidas. “Por favor, não saia mais ninguém daqui!”. Porque apesar disso ser um trabalho em conjunto, isso acaba afetando a equipe também e os atendimentos. Porque um adolescente pergunta, “Cadê a minha técnica? Eu quero conversar com a minha técnica!”. Acaba interferindo no funcionamento. (...)

Psicóloga B.2: E, agora devemos fazer um remanejamento para dar conta do trabalho. E aí entra a questão da saúde do trabalhador. (Conversação IV Centro Socioeducativo B)

O *Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo – Diretrizes e Eixos Operativos para o SINASE* (SEDH, 2013) apresenta o seguinte panorama da situação atual dos recursos humanos envolvidos nesse tipo de atendimento:

Quadro de pessoal do sistema socioeducativo pouco estruturado, insuficiente e incompleto para o atendimento da demanda, segundo diretrizes do SINASE; Remuneração incompatível com o trabalho especializado exigido; Alta rotatividade de pessoal, principalmente devido à carência de servidores efetivos, tanto nas unidades de meio fechado quanto nas unidades de meio aberto; Equipe técnica e de gestão com necessidade específica de qualificação e capacitação continuada; Formação fragmentada e desarticulada dos profissionais que atuam no Sistema; Fragilidade institucional da política: articulação incipiente entre os órgãos envolvidos na gestão, insuficiência de regulamentação e cofinanciamento; Carência de suporte em saúde mental para todos os operadores institucionais. (SEDH, 2013, p. 19)

Podemos notar como aquilo que foi descrito em termos oficiais coincide com o que surgiu em conversação. Aliás, esse documento mostra como é ainda mais drástica a realidade de trabalho desses profissionais, se comparado ao que encontramos pelo intermédio desta pesquisa. Em recente Audiência Pública ocorrida na Assembleia Legislativa de Minas Gerais foi discutida, entre outros temas, a questão da precariedade do trabalho no Sistema Socioeducativo⁶⁰. Nessa ocasião, representantes dos servidores desse Sistema exigiram o fim da precariedade nos contratos e a maior valorização salarial, inclusive para os agentes socioeducativos,

⁶⁰ Audiência Pública ocorrida em 02/10/2013, na Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Ver: http://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2013/10/02_com_dir_humanos_unidades_socioeducativas.html?utm_source=CompartilhamentoPorEmail&utm_medium=email&utm_campaign=Compartilhar

que, também estariam submetidos a más condições para a realização de suas atividades laborais. O fragmento de conversação apresentado a seguir desvela a relação que os profissionais do Sistema Socioeducativo fazem entre o risco que vivenciam nas visitas às famílias dos adolescentes e a sua própria saúde.

Assistente Social B.4: A gente vai na casa desses adolescentes. Um dia, tentamos, porque na hora que chegamos, o carro foi cercado por uns homens encapuzados.

Pesquisadora: E nessas horas, gente?

Assistente Social B.4: Nesse dia, ele perguntou se era do Bolsa Família, aí eu falei que era, e desci do carro.

Psicóloga B.1: Se mostrar que está com medo é pior.

Pesquisadora: A impressão de vocês contando é que parece que é maior o risco lá que aqui [na unidade socioeducativa].

Todas: Sim! Sim, com certeza!

Assistente Social B.4: Vou contar uma, uma mais “levezinha” das visitas que nós fizemos. Porque o agente [socioeducativo] que acompanhava, o [fulano], só que teve um, que a psicóloga dizia: “Então, calma! Você já está no meio do aglomerado, já está no meio”. Eu estava dentro da casa [da família de um adolescente do socioeducativo]. De qualquer jeito, a reação que você tivesse, ia rolar bala para tudo quanto era lado. A gente foi numa família, o “cara” estava, com uma ‘touca ninja’ na janela.

Pesquisadora: Era da família do adolescente?

Assistente Social B.4: Não, não era. Essa família abriu todas as janelas para mostrar o que acontecia dentro de casa. Aí a psicóloga ficou muito nervosa e ela falava, aí tinha que falar dez vezes a mesma coisa para as pessoas entenderem. Não adianta. Depois que você está ali, aí é complicado, fui brincar com as crianças na rua: “Ei, quer dizer para o cara que está lá fora ver que...?”. E aí o agente já ficou na posição e “vazou” [fugiu]. Eu fui fechando a porta no caminho. Então, isso... a nossa saúde também. (Conversação II Centro Socioeducativo B)

5.5.2. As condições de trabalho na Unidade Básica e seus efeitos na saúde do profissional

No decorrer deste estudo, os trabalhadores dos Centros de Saúde manifestaram a sobrecarga advinda do volume de usuários que a ESF à qual pertencem deve abarcar, numericamente muito acima do proposto pelo PSF. Especificamente no Centro de Saúde A, os profissionais assinalaram que a diversidade de demandas e responsabilidades dirigidas à Unidade gera um “*inchaço*” da instituição, inclusive espacial, transformando-a em um espécie de “*casa lotérica*”, onde se faz de tudo e um pouco mais. Nesse sentido, compartilhamos com Bauman (2005, p. 33) a impressão de que “a política local – e particularmente a política urbana – encontra-se hoje desesperadamente sobrecarregada, a tal ponto que não consegue mais operar”. Se a sobrecarga de trabalho no Centro de Saúde A não impede as ações, ao menos ela as dificulta. O excesso de atribuições gera um excedente de demandas não absorvidas e, por conseguinte, ocasiona angústia no trabalhador imerso nessa trama. Certamente isso tem impacto sobre os usuários, que não raro já desacreditam no alcance das ações ofertadas pelo serviço público e têm, portanto, reforçada essa descrença. Na coleta de dados deste estudo isso se presentificou através de uma frase pixada na porta do Centro de Saúde A: “*Caiu no SUS, está morto!*” – uma evidente condensação lógica da mencionada trama.

Os ecos do que foi descrito recorrentemente operam como ruídos no atendimento, inclusive do adolescente privado de liberdade. Logo, nos perguntamos sobre o que fazer com o que está além da compreensão objetiva do profissional, com os ruídos nos processos de trabalho. Enfrentá-los e inclui-los nos procedimentos de avaliação de ações, ir em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias adotadas pelos serviços? Sobre isso, Merhy (2007, p. 133) explicita que as análises de processos de cuidado em saúde devem considerar os

elementos que em sua junção poderiam expor tanto as finalidades que de fato comandam o conjunto dos processos de trabalho cotidianamente realizados (como um articulado mundo das significações diariamente efetivado no processo de captura que o trabalho vivo sofre, expresso nos modos como são operadas as tecnologias em saúde), quanto exporiam a sua outra dobra, o mundo dos sentidos e dos sem sentidos, na qual as distintas intencionalidades se fazem presentes, através da geração de “ruídos” ou “falhas” expressas neste cotidiano e no modo como se trabalha e se opera com os jogos de necessidades, e no interior dos serviços.

Em se tratando de saúde e trabalho na atenção básica, nos moldes da *Política Nacional de Humanização*, Barros *et al* (2010, p. 59) esclarecem que o *Programa de Formação e Saúde no Trabalho*

(...) tem como eixo a democratização das relações de trabalho, redimensionando a tradição conceitual e metodológica pautada na saúde ocupacional, que privilegia intervenções pontuais sobre os riscos à saúde, atribuindo aos trabalhadores a responsabilidade e o ônus pelas doenças no trabalho. Visamos colocar em análise as condições e organização do trabalho de forma a instituir novos modos de ser trabalhador da saúde. Um sistema não funciona se as pessoas não consentirem em fazê-lo funcionar, dedicando-lhe modos de subjetividade. Ao se gerir o trabalho, inventam-se formas de subjetivação e é a dedicação dessas formas subjetivas, de modos de funcionamento singulares e imprevisíveis que viabiliza o funcionamento dos sistemas. E é exatamente nesses modos de trabalhar – modos de subjetivar, que os trabalhadores são gestores de si e do mundo.

Sendo a subjetividade do trabalhador motor da própria atividade laboral, é fundamental que as instituições reconheçam essa condição. Ao mesmo tempo, os gestores devem dar suporte ao trabalhador para que a sua subjetividade impulse a prática de forma positiva e que ele não padeça os efeitos de uma má gestão. Seguramente, isso se faz à condição da melhoria das condições de trabalho, sobretudo do aumento salarial e da estabilidade do vínculo empregatício.

5.6. Conclusão

Com a intenção de concluir o que discutimos acerca das Políticas Públicas que, entre outros aspectos, visam aos Cuidados de Saúde do Adolescente Privado de Liberdade, nos questionamos: qual seria efetivamente a orientação dessas políticas de saúde em curso em BH? E qual seria a orientação da política socioeducativa? A prática clínica, estaria ainda, e em certa medida, submetida à uma ideologia

coercitiva, que privilegia a punição sobre a responsabilização, que opera a negação de direitos, sobretudo dos direitos à saúde e à cidade, a negação da subjetividade, o veto à circulação pela cidade? Como efeito da internação, estaria a saúde do adolescente igualmente privada de liberdade?⁶¹ Avaliamos que o passo que as políticas públicas devem dar agora é de ordem ética e não meramente humanitária, como já se consagrou, até então, no campo da saúde.

No que tange aos adolescentes autores de atos infracionais, sabemos que muitos deles desde a sua tenra infância sofrem reiteradas vitimizações, decorrentes de uma complexa multicausalidade. Contudo, devemos enfatizar a precária efetivação de muitos de seus direitos. Por essa razão, a violência finda por tornar-se uma constante em sua trajetória de vida. Acreditamos que deixá-los à sua própria sorte é sacrificá-los ao sentimento de não-pertencimento social, ou ao pertencimento às avessas, pela via da transgressão da lei. A vertente de superação do assistencialismo, do paternalismo, do corporativismo, do conservadorismo e do preconceito, em muito pode favorecer na atuação dos profissionais de saúde junto aos adolescentes privados de liberdade. Igualmente, as políticas públicas necessitam livrar-se desses modos de agir viciados que manifestam em espelho o ranço histórico do foucaultiano “*vigiar e punir*”, da negação de direitos aos adolescentes que se encontram em conflito com a lei. A ruptura de paradigmas de ação é, sobretudo, uma diretriz ética, já que a proteção à vida e o direito à saúde são requisitos para o desenvolvimento do adolescente. Em síntese, entendemos que a Privação de Liberdade, a mais radical das Medidas Socioeducativas, não deve ser interpretada nem pelo adolescente, nem pelos legisladores, nem pelos operadores do Sistema Socioeducativo como o “fim da linha”, e nem como a “última cartada” dos profissionais – numa interpretação trágica, na falta de alternativa de atribuição de um sentido mais digno para a sua existência. Tampouco, o trabalho, seja no Sistema Socioeducativo, seja no SUS, deve ter o peso de “fim da linha”, para o trabalhador

⁶¹ Agradecemos a Rosemeire Silva pelo diálogo que alimentou essa reflexão sobre a situação da saúde do adolescente frente à privação de liberdade, no Grupo de *Pesquisa Sintomas Contemporâneos: Investigação em Psicanálise e Medicina*, orientado pela professora Cristiane de Freitas Cunha Grillo.

que nele opera direta ou indiretamente, como se essa fosse a alternativa que lhe restara no contexto atual de precarização do trabalho.

Referências

Barros MEB *et al.* Saúde e Trabalho: experiências da Política Nacional de Humanização e a atenção básica. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Cadernos Humaniza SUS, volume 2, Atenção Básica, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília/DF, 2010, p. 47-58.

Bauman Z. Confiança e medo na cidade. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2005. 94 p.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SEDH). Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo: Diretrizes e Eixos Operativos para o SINASE. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/plano-nacional-de-atendimento-socioeducativo-diretrizes-e-eixos-operativos-para-o-sinase>

Burt MR. ¿Por qué debemos investir en la adolescencia?. Disponível em: http://www1.paho.org/English/HPP/HPF/ADOL/doc_why_invest.htm.

Carmo IG, Moreira JS. Melhorando o atendimento do adolescente na atenção básica. In: Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira JM (orgs.). O coletivo de uma construção: O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte: Editora Rona, 2012, v. 1, p. 415-416.

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH). Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Brasília, 2006. Disponível em: http://www.condeca.sp.gov.br/legislacao/sinase_integra.pdf

Conselho Nacional do Ministério Público. Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes – Relatório da Resolução nº 67/2011. 2013. 92 p. Disponível em: http://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Destaques/Publicacoes/Relat%C3%B3rio_Interna%C3%A7%C3%A3o.PDF

Cruz MN *et al.* In: Teixeira MG *et al.* O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte: Editora Rona, 2012, v. 1.

Ferreira RA, Miranda SM, Cunha CF *et al.* Adolescente: particularidades no atendimento. In: Leão E, Corrêa EJ, Mota JAC, Viana MB, Vasconcellos MC. Pediatria Ambulatorial. 5ª edição. Belo Horizonte: COOPMED/UFMG, 2013, p. 50-55.

Franco T, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE *et al.* O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano – o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2007, p 53-124.

Galeano E. O livro dos abraços. Porto Alegre: L&PM Editores, 2002. 272 p.

Gomes NA. Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-08012010-141442/en.php>

Grillo CFC, Cadete MMM, Ferreira RA, Guimarães PR, Miranda SM. Saúde do adolescente. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina/UFMG, 2012. 80 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3072.pdf>

Grossman E, Ruzany MH, Taquette SR. A consulta do adolescente e jovem. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e

habilidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008, Série B. Textos básicos, p. 41-46. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf

Lei 12.594/2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE; Onoko R (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 72-150.

Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Brasília, 2012. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/legislacao/pnaisari_17_01_2012_versao_preliminar.pdf

Moulin AM. O corpo diante da medicina. In: Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G (direção). História do corpo: as mutações do olhar. O século XX, v. 2. Petrópolis: Ed. Vozes, 2008, p. 15-82.

Ruzany MH. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2008, p. 21-25.

Silva SF, Magalhães Júnior HM. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. IN: Carvalho G *et al.* (autores). Silva SF (org.) Redes de atenção à saúde no SUS – o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, São Paulo: IDISA: CONASEMS, 2008, p. 77-78.

Wisnik, JM. Sem receita – ensaios e canções. São Paulo: Publifolha, 2004. 533 p.

COMENTÁRIOS FINAIS

Todo começo também é um fim. E todo fim é um recomeço. (A. Leão)

O momento de concluir nos convoca a retomar o cerne das indagações que provocaram esta pesquisa, com o intuito de averiguar como hoje responderíamos ao que nos lançou em campo. E também o esforço de tirar conclusões provoca um movimento de realimentação do espírito do pesquisador, que se sente despido e vazio depois do caminhar. As palavras que delinearão este escrito devem agora ganhar o mundo e fazer jus à promessa de pesquisador: devolver um conhecimento sistematizado à comunidade. Um conhecimento produzido no encontro com os sujeitos da pesquisa – o precioso de uma investigação. Um saber que só é autenticado no ato de torná-lo público e, sobretudo, útil à sociedade.

O vazio de respostas aos primeiros questionamentos que fizemos sobre a atenção à saúde do adolescente privado de liberdade nos colocou na rota desta investigação. E é com esse mesmo vazio, certamente transformado pelo tempo, pelos acontecimentos, mas não em sua essência, que nos deparamos nessas considerações finais. Pois, é em torno dele que se move o pesquisador quando quer saber sobre alguma coisa. E é isso que garante que a ciranda do mundo continue.

Deste escrito recende uma forte constatação, a saber: a privação de liberdade pode ser sintetizada como a negação da adolescência. Se não de forma absoluta, ao menos de modo intermitente, mas recorrente. Síntese esta que aponta para a forma sintomática da sociedade de querer insistentemente se livrar dos adolescentes em conflito com a lei. Ao mesmo tempo em que ela não

consegue perceber-se como produtora desses mesmos adolescentes, mas fundamentalmente, como responsável por eles e pelo seu devir.

O vazio do qual falamos acima, tem também uma outra dimensão: a de uma certa desesperança frente ao destino dos adolescentes em conflito com a lei, mas também dos adolescentes brasileiros de um modo geral. Os adolescentes somente terão efetivado o direito à adolescência, se a sociedade civil, se o Estado e se as famílias selarem com eles o pacto da responsabilidade frente ao mundo e frente as pessoas que nele habitam. Do contrário, não haverá alternativa à deriva social, à invisibilidade social, à ausência de pertencimento e de nome com o qual o adolescente se identifique. Ou haverá o caminho do pior, da escolha deletéria pelo tráfico ou pela alta velocidade, jogos de azar nos quais o pouco vale muito e a vida, muitas vezes, vale nada ou só um vintém.

Com o término desta pesquisa, não estamos certos de que a passagem do adolescente pelo Sistema Socioeducativo seja uma via real de construção de uma alternativa às escolhas anteriores do adolescente em seu envolvimento com a criminalidade. E certamente o êxito da execução da medida socioeducativa de privação de liberdade não está posto apenas sobre um ator, ou um serviço, ou uma secretaria. O que interessa é o trabalho feito em rede, tecido por muitos em benefício desse sujeito. E isso procede para o caso específico da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, a PNAISARI.

Este estudo demonstrou que podemos afirmar que em certa instância, os cuidados de saúde voltados ao adolescente privado de liberdade são marcados pela heterogeneidade e pela descontinuidade. Fato que em muito ultrapassa a atuação dos profissionais de saúde envolvidos na tarefa de zelar pela integridade física e mental desse adolescente. Notamos, porém, que o diálogo entre os representantes das políticas de saúde e aqueles das políticas de segurança

ainda ocorre de forma esporádica, descontinuada e comporta bastante ruídos. Vimos também que a circulação do adolescente pelos dispositivos de atenção básica é, na maioria das vezes, pontual, a não ser nos casos graves, e mesmo assim, sendo um caso de saúde mental, as particularidades da Rede de Saúde Mental incidirão sobre esse acompanhamento que já se vê cerceado pela situação de privação de liberdade. Presenciamos como a inventividade de alguns profissionais de saúde convive com a resistência e o preconceito de outros. Ademais, a desinformação de certos profissionais, como no caso da vinculação do adolescente do Sistema Socioeducativo ao Cadastro de Informações de Saúde da SMSA/PBH, igualmente caracteriza a atenção à saúde desse público. A falta de suporte e de condições para o trabalho, descrita pelos participantes de modos mais ou menos sutis, merece destaque. Esse fato demarca mais uma vez a fragilidade dessa incipiente Política de Saúde. Enfim, essas conclusões terão um sentido apenas se forem debatidas pelos atores envolvidos no desafio de tornar operante e contínua a atenção à saúde do adolescente privado de liberdade no Brasil. O que certamente atestará a verdadeira função deste estudo.

GLOSSÁRIO

Adolescente em conflito com a lei – aquele sujeito que tem entre 12 e 18 anos e que cometeu um ato infracional ou transgressão à lei. Sinônimos: *socioeducando, adolescente em situação de embaraço com a Justiça, adolescente em cumprimento de medida socioeducativa.*

Adolescente privado de liberdade – sinônimos: *adolescente internado, interno ao centro socioeducativo, adolescente acautelado, adolescente em regime de internação.*

Agente socioeducativo – técnico de nível médio que deve zelar pela segurança no estabelecimento da privação de liberdade para adolescentes. Ele é também responsável pelas contenções, em caso de necessidade. E junto de dos profissionais da equipe técnica de nível superior, o agente socioeducativo deve auxiliar na preservação da integridade física dos internos.

Centro socioeducativo – instituição onde o adolescente cumpre a Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade e que deve garantir a sua prática de atividades pedagógicas, uma vez que esse local deve distinguir-se essencialmente de outro cujo objetivo é exclusivamente a detenção; caso das prisões.

Medida privativa de liberdade ou de internação – medida sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Não comporta prazo determinado, mas deve ser reavaliada a cada seis meses. O período máximo de internação é de três anos. É permitido ao adolescente privado de liberdade a realização de atividades externas, salvo vedação judicial eventualmente determinada em algum momento.

Medida socioeducativa – intervenção legal, decidida por Juiz em audiência, com o intuito de interferir no processo de desenvolvimento do adolescente autor de ato infracional objetivando melhor compreensão da realidade e efetiva integração social. Seu caráter não é, pois, punitivo. São seis as medidas socioeducativas que podem ser aplicadas, segundo o ECA: I- advertência; II – obrigação de reparar o dano; III – prestação de serviços à comunidade; IV – liberdade assistida; V - inserção em regime de semiliberdade; VI – internação em estabelecimento educacional. A aplicação da medida leva em conta a capacidade do adolescente de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração. O adolescente cumpre medida

socioeducativa e não pena, uma vez que, no Brasil, os menores de 18 anos são penalmente inimputáveis, de acordo com o ECA. A medida socioeducativa é, portanto, determinada com base no ECA e não no Código Penal.

Sistema socioeducativo – é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo que envolve desde o processo de apuração do ato infracional até a execução da medida socioeducativa.

Unidade socioeducativa – sinônimo de *Centro socioeducativo* e de *Unidade de internação*. É de exclusividade para adolescentes. Difere da instituição de abrigo, que é pertinente nos casos de crianças e adolescentes sob medida protetiva.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº de Registro no COEP/UFMG: CAAE 05476912.7.0000.5149

Contato do COEP/UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa - 2º andar – Sala 2005 – Campus Pampulha, BH/MG, 3127—901, tel. 34094592, coep@prpq.ufmg.br

Nº de Registro na Diretoria de Informação e Pesquisa/SUASE/SEDS-MG: 001.2011

Nº de Registro no COEP/SMSA/PBH:

Contato do COEP/SMS-PBH: Av. Afonso Pena 2336, 9º andar, Bairro Funcionários, 30.1300007, tel. 32775309, coep@pbh.gov.br

Projeto: A ATUAÇÃO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI PRIVADO DE LIBERDADE EM BELO HORIZONTE: IMPASSES E DESAFIOS

Pesquisadora Responsável: Cristiane de Freitas Cunha

Aluna autora da Pesquisa: Cristina Campolina Vilas Boas

Prezado(a) senhor(a),

Este *Termo de Consentimento* pode conter palavras e expressões que você desconheça, nesse caso, solicite às pesquisadoras maiores informações e esclarecimentos.

Introdução

Você está sendo convidado a participar de um estudo que pesquisará o modo de agir em saúde dos profissionais que trabalham nas unidades de internação para adolescentes sob medida socioeducativa ou nos centros de saúde que prestam apoio às referidas unidades de internação. A sua participação não é, de nenhum modo, obrigatória, mas a sua contribuição será muito bem-vinda.

Objetivos

OBJETIVOS GERAIS

- Compreender como é feita a atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade em Belo Horizonte através dos profissionais de saúde que lidam

com esse público seja em Centros de Saúde, seja em Centros Socioeducativos de Belo Horizonte;

- Discutir o processo de aprimoramento e ampliação dos instrumentos teórico-conceituais do processo de trabalho em saúde dos profissionais que atuam na execução da medida socioeducativa de privação de liberdade e nos centros de internação provisória e também daqueles que trabalham nos equipamentos de saúde (CS) da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no apoio às unidades de internação.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as representações sociais que a equipe de saúde que atende a população de adolescentes infratores privados de liberdade tem de si mesma e do que é saúde e como tais representações sociais repercutem na operacionalização do sistema socioeducativo;
- Pensar e refletir sobre a forma de atuação dos profissionais que atuam diretamente com os adolescentes privados de liberdade, no que diz respeito aos cuidados de saúde, seja no tocante à promoção da saúde, à prevenção de riscos ou à assistência aos agravos;
- Criar espaço de discussão para as práticas alternativas àquelas que já estão em curso, porque mais consonantes com as diretrizes básicas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Constituição Federal, do Sistema Único de Saúde e do SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo);
- Contribuir de maneira indireta e localizada para as políticas públicas, no âmbito dos cuidados em saúde no atendimento aos adolescentes infratores privados de liberdade, na construção de estratégias que se orientam pela superação do paradigma de correção-punição da antiga FEBEM, pela humanização e qualidade da atenção à saúde;
- Observar, a partir do discurso dos profissionais envolvidos, os efeitos de promoção da saúde do adolescente autor de ato infracional internado na consolidação de seu direito à saúde.

Hipóteses

Este estudo quer verificar se haveria ou não *insuficiência e/ou descontinuidade na atenção à saúde do adolescente em regime de internação e internação provisória por parte tanto das equipes que atuam nas unidades de internação quanto dos profissionais de saúde dos equipamentos disponibilizados pela Rede SUS e se também haveria insuficiência de capacitação desse profissional para esse tipo de acompanhamento.*

Procedimentos do Estudo

Para participar deste estudo, solicitamos a sua participação em 4 (quatro) conversações temáticas, ou seja, de debates para os quais outros participantes

serão igualmente convidados, em 2 (duas) observações-participante e em 4 oficinas com temáticas de saúde do adolescente privado de liberdade.

Todas as conversações serão gravadas e seu consentimento para tal é imprescindível. Cada encontro será agendado e a data será comunicada a você em tempo hábil.

Riscos e Desconfortos

O presente estudo não acarretará em nenhum tipo de risco real para você. Eventualmente, no entanto, este estudo poderá provocar em você certo desconforto ou constrangimento ao falar sobre as impressões de sua prática profissional para um grupo de colegas. Além disso, há a possibilidade de você vivenciar alguma inquietação a partir das reflexões acerca do modelo de promoção de saúde do adolescente privado de liberdade adotado em Belo Horizonte. Em qualquer uma das situações descritas você poderá interromper a sua participação nas conversações, retirar seu consentimento sem que isso acarrete em penalização ou prejuízo para você, em qualquer tempo.

Benefícios Esperados

Esperamos que estudo possa auxiliá-lo a desenvolver uma postura reflexiva e crítica quanto ao modo a saúde é dispensada ao adolescente sob medida de internação, dentro das unidades de internação e nas unidades básicas de saúde.

Custos

Você não receberá pagamento por sua participação no estudo. Os custos da pesquisa estão sob a responsabilidade dos pesquisadores.

Caráter Confidencial dos Registros

As informações obtidas a partir de sua participação neste estudo serão mantidas sob sigilo. Somente os pesquisadores terão acesso aos registros das conversações. E você não será identificado quando o conteúdo dos registros for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Os registros transcritos ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras e serão utilizados apenas para as finalidades desta pesquisa.

Resultados Parciais e Finais

As pesquisadoras se comprometem em fornecer à instituição participante relatórios parciais (entre as atividades) e final (posterior a conclusão da tese de doutorado), bem como será dada devolutiva aos profissionais participantes.

Obtenção de informações adicionais

Você receberá uma cópia deste Termo e nela constam os e-mails e telefones dos pesquisadores, através desses, você poderá esclarecer quaisquer dúvidas quanto ao estudo e quanto à sua participação nele, durante, antes e depois do curso do estudo. Pesquisadoras: Cristina Campolina Vilas Boas (ccampolinavb@yahoo.com.br), tel. 31-84823001) e Cristiane de Freitas Cunha (cristianedefreitascunha@gmail.com), tel. 31-87972046). Além disso, deixamos à sua disposição o endereço e o telefone do Departamento de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, onde você

também poderá buscar maiores esclarecimentos quanto à pesquisa: Rua Alfredo Balena, 190 sala 533, BH/MG, tel. 31-34099641. Agradecemos enormemente a sua colaboração.

Declaração de Consentimento

Li atentamente as informações contidas neste documento antes de assinar o *Termo de Compromisso*. Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda linguagem técnica utilizada na descrição da pesquisa foi satisfatoriamente explicitada e que recebi das pesquisadoras as respostas às minhas dúvidas.

Tendo garantidos meus direitos, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar desta pesquisa.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____.

Nome do Participante:

Assinatura do Participante:

Assinatura da Pesquisadora Responsável:

Assinatura da Aluna autora da Pesquisa:

APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

I – Foco: observação difusa do trabalho dos profissionais de saúde das unidades de internação e no centro de saúde previamente selecionados no contexto amplo de interface e interação com equipe da instituição. Objetivo: captar a dinâmica das atividades realizadas, de maneira global e também localizar a articulação entre todos os funcionários da instituição;

II – Foco: observação do trabalho dos profissionais de saúde entre eles e elencar rol de atividades empreendidas cotidianamente. Objetivo: compreender a organização do trabalho e identificar a necessidade de acompanhamentos mais específicos, de determinadas atividades realizadas pelo profissional de saúde.

III – Foco: observar em separado cada uma das atividades realizadas pelo profissional, de saúde, acompanhar essas ações em ato. Objetivo: identificar nuances do desempenho da cada profissional.

Todo o registro de informações será feito através de um diário de campo que conterá ao menos duas dimensões uma descritiva e uma reflexiva. A primeira diz respeito ao registro detalhado, exaustivo do que ocorre em campo, a descrição de fatos e atividade, das falas dos sujeitos de pesquisa e igualmente do observador. São anotados relatos de ações e conversas entre pesquisador e sujeitos de pesquisa. A segunda dimensão relevada através dos comentários pessoais do pesquisador, daqueles pontos que necessitam de esclarecimento, a eleição de nova via de abordagem da realidade observada, os sentimentos e dúvidas do pesquisador são essenciais nesse sentido. Todo o conteúdo registrado será posteriormente analisado na etapa da pesquisa de interpretação dos dados colhidos.