

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Henrique Bezerra Perminio

ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE: uma análise à
luz do modelo lógico da Pnaisari

Brasília/DF

2019

Henrique Bezerra Perminio

ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE: uma análise à
luz do modelo lógico da Pnaisari.

Trabalho de dissertação apresentada à Escola
Fiocruz de Governo como requisito para
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde. Área de concentração:
Políticas Públicas em Saúde, na linha de
pesquisa Saúde e Justiça Social.

Orientador: Armando Martinho Bardou Raggio
Coorientador: João Paulo Almeida Brito da
Silva

Brasília/DF

2019

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária
Jacqueline Portales – CRB 1924, com os dados fornecidos pelo autor.

P451a

Perminio, Henrique Bezerra.

Atenção à saúde de adolescentes privados de liberdade:
uma análise à luz do modelo lógico da Pnaisari / Henrique
Bezerra Perminio; orientador Armando Martinho Bardou
Raggio. -- Brasília : Fiocruz, 2019.

60 p. : il.

Dissertação (Mestrado - Políticas Públicas em Saúde)
-- Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

1. Saúde do Adolescente Institucionalizado. 2. Avaliação
em Saúde. 3. Políticas Públicas de Saúde. 3. Colaboração
Intersectorial. I. Raggio, Armando Martinho Bardou, orient.
II. Título.

CDU 614-053.7

*Dedico este trabalho a minha filha Amora
e o exercício contínuo de amar e transcender.*

Henrique Bezerra Perminio

Atenção à Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise da situação de saúde de adolescentes privados de liberdade no Brasil à luz do modelo lógico da PNAISARI

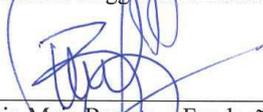
Trabalho de Conclusão de Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 28/06/2019

BANCA EXAMINADORA



Dr. Armando Martinho Bardou Raggio - Orientador. Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz Brasília



Dr. Jorge Otávio Maia Barreto - Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz Brasília



Dra. Cleomar Souza Manhas - Instituto de Estudos Socioeconômicos - INESC



Me. João Paulo Almeida Brito da Silva - Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz Brasília



Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa - Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz Brasília

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder a oportunidade da vida com saúde e força! Aos meus pais, Jorge Luiz do Amaral Perminio e Rita de Cássia Ramalho Bezerra, além dos irmãos: Felipe e Guilherme, pelos aprendizados, paciência e carinho que me acompanham. A Amanda Rodrigues Viana pelo carinho, atenção e força que compartilhamos. Além da oportunidade, de ter me dado o maior presente que já tive em minha vida: Amora! A minha filha, Amora, que me ensinou que a presença e o amor superam os limites físicos. “Não sei por que você se foi. Quantas saudades eu senti. E de tristezas vou viver. E aquele adeus não pude dar”. Aos colegas e amigos do Ministério da Saúde, que me ensinaram a importância de se lutar por um sistema de saúde universal, público e equânime. Aos amigos da vida, especialmente Pedro Henrique Togni que me ajudou na elaboração do projeto, nos momentos de discussão e de crise.

Aos professores do mestrado, que apresentaram o que realmente é um conceito ampliado de saúde... que saúde é bem-estar mental, social, político... e que discutir e pensar a saúde é pensar em democracia, em participação social, cidades saudáveis, e claro, justiça social!

Ao Orientador Armando Martinho Bardou Raggio “Armandão” e o Coorientador João Paulo Brito “Jota” pelo apoio, carinho, autonomia e suporte dado nessa jornada pedagógica!

“É o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele, e, com tal gesto, salvá-lo da ruína que seria inevitável não fosse a renovação e a vinda dos novos e jovens. Decidimos se amamos nossas crianças o bastante para não expulsá-las de nosso mundo e abandoná-las a seus próprios recursos... Tampouco arrancar de suas mãos a oportunidade de empreender alguma coisa nova e imprevista para nós.”

Hannah Arendt

RESUMO

Um ponto sensível quando se fala no direito à saúde de adolescentes e jovens é a não visibilidade nos serviços de saúde desse segmento da população, cujo acesso ainda é permeado de barreiras. Para adolescentes em conflito com a lei, esta invisibilidade é somada aos estigmas e preconceitos. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari) tem como objetivo central garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo. Apesar da carência de informação sobre a situação de saúde dessa população, observa-se que eles enfrentam um conjunto relevante de disparidades em saúde. A identificação e a comunicação dessas necessidades e informações se mostram imprescindíveis para elaboração de estratégias e de serviços que consigam atender a estes desafios. O presente estudo visa sanar esse hiato, utilizando método misto, composto de uma etapa qualitativa e outra quantitativa. A etapa qualitativa utiliza Modelo Lógico da teoria da política, com momento de validação utilizando metodologia de grupo focal. Na fase quantitativa realizou-se descrição e análise da situação de saúde dos adolescentes em atendimento socioeducativo, a partir dos dados de monitoramento do Ministério da Saúde. Como principais resultados, destacam-se a articulação intersetorial e interfederativa como elemento fundamental para a implementação da política e que a situação de saúde em unidades socioeducativas difere significativamente dependendo do perfil da unidade.

Palavras-chave: Saúde do adolescente institucionalizado, Avaliação em saúde, Políticas públicas de saúde e colaboração intersetorial.

ABSTRACT

A sensitive point in discussion on the right of adolescents and youth to health is the lack of visibility of this population segment within the health services, as there are still several barriers to their access. For adolescents deprived of liberty in Brazil, this invisibility is reinforced by stigmas and prejudices. The main objective of the Comprehensive Healthcare Policy for Adolescent Offenders (Pnaisari) is to guarantee and improve access to health care for the adolescents in juvenile detention (socioeducational system). Despite the lack of information on the health situation of this population, I observe they face a relevant set of health disparities. Identifying and communicating these needs and information is essential for developing strategies and services that can overcome these challenges. The present study aims to bridge this gap, using a mixed method, composed of qualitative and quantitative approaches. In the qualitative stage, I used Logic Model of the political theory, with a validation by means of a focus group methodology. In the quantitative phase, I described and analyzed the health situation of adolescents deprived of liberty, based on monitoring data from the Ministry of Health. The main results of the study are that intersectoral and interfederative articulation as a key feature for policy implementation and that the health situation in juvenile detention centers differs significantly depending on the facility configuration.

Keywords: Institutionalized adolescent health, Health evaluation, Public health policies and intersectoral collaboration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Desenho do Estudo	18
Figura 2 - Etapas para validação do Modelo Lógico.....	24
Figura 3 - Referências Básicas da Pnaisari.....	26
Figura 4 - Esboço do Modelo Lógico.....	30
Figura 5 - Modelo Lógico validado pelo grupo focal	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil das unidades analisadas por sexo, modalidade de medida e quantitativo de adolescentes em atendimento, Brasil, 2018	47
Tabela 2 – Média e desvio padrão das ações de acesso por sexo, modalidade e padrão de habilitação, Brasil, 2018	49
Tabela 3 – Média e desvio padrão da prevalência de agravos por sexo, modalidade e padrão de habilitação, Brasil, 2018	50
Tabela 4 – Correlação entre o total de adolescentes e o eixo acesso. Brasil, 2018	50
Tabela 5 – Correlação entre o total de adolescentes, avaliação clínica e o eixo agravos. Brasil, 2018	51

LISTA DE SIGLAS

CGSAJ: Coordenação Geral de Saúde do Adolescentes e do Jovem

DAPES: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

ESF: Estratégia de Saúde da Família

ML: Modelo Lógico

MS: Ministério da Saúde

PNAISARI: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo.

SINASE: Sistema Nacional de Medidas Socioeducativas

USE: Unidade socioeducativa

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3. METODOLOGIA	17
3.1 Natureza do Estudo	17
3.2 Desenho do Estudo	17
3.3 Processamento, Análise e Apresentação dos Resultados	19
3.4 Questões Éticas.....	19
ARTIGO I: VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (Pnaisari)	20
ARTIGO II – A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE ADOLESCENTES EM UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E SOCIOEDUCAÇÃO	41
4. RESULTADOS	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	61

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é signatário dos acordos internacionais na área de direitos humanos, e em especial, na área dos direitos da criança e do adolescente, consolidando um novo paradigma de garantia de direitos. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, consagrou o princípio da prioridade absoluta para crianças, adolescentes e jovens aos direitos sociais.

Segundo o marco legal Saúde, um direito de adolescentes (2005), a adolescência é a fase da vida entre 10 e 19 anos, e a juventude entre 15 e 24 anos. Entre outras características, essa fase de vida é considerada como um período marcado pelo desenvolvimento da capacidade do indivíduo de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos^{1,2}. O Ministério da Saúde adota os parâmetros etários da Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, considerar a faixa etária de 12 até 18 anos. Importante reforçar que o artigo 11, do ECA assegura ‘o atendimento integral à criança e ao adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde’³.

No Brasil os adolescentes têm uma importante representação demográfica, aproximadamente 18% da população, sendo cerca de 34 milhões de brasileiros, entre dez e 19 anos, conforme censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010⁴. Observa-se que, esta faixa etária tem a maior taxa de mortalidade por causas externas, cujo impacto econômico anual alcança 1,5% do PIB⁵, impacto este não só de ordem econômica, mas também no envelhecimento da população⁶.

Quando se fala no direito à saúde de adolescentes e jovens, de modo geral, um ponto sensível é a não visibilidade dessa população nos serviços de saúde. Apesar da relevância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em direção à saúde de adolescentes, dentro dos princípios do SUS^{2,7}, o acesso a estes serviços ainda é permeado de barreiras como o desconhecimento sobre os serviços, a negação do atendimento por não estar acompanhado pelos pais ou responsáveis, ou ainda a falta de um serviço de saúde que converse com as pessoas dessa faixa etária^{7,8}.

Na perspectiva de inserção dessa população às políticas públicas, o ECA é apresentado como referência legal para a garantia de direitos. No caso de adolescentes em conflito com a lei, o ECA determina seis diferentes medidas socioeducativas, proporcionais ao ato infracional, que devem levar em consideração a capacidade do adolescente em cumpri-las. Tais medidas

são: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação (privação de liberdade em unidades socioeducativas)⁹.

Estudo realizado em 2003, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), retratou um cenário de grave violação de direitos nas unidades socioeducativas, ou seja, nas instituições nas quais adolescentes cumprem medidas de privação de liberdade. Salieta que em alguns espaços a questão da saúde é o ponto mais delicado no atendimento socioeducativo, com elevados índices de doenças sexualmente transmissíveis, perfil nutricional agravado, problemas dermatológicos, comprometimento da saúde mental com excesso de prescrição que pode indicar o uso de psicotrópicos como forma de controle¹⁰.

Nota-se, então, que para o adolescente em conflito com a lei a invisibilidade aos serviços de saúde é somada aos estigmas e preconceitos¹⁰. Desvela-se aqui uma questão que se traduz em desafio, como garantir um direito a quem violou outro direito? Uma questão capciosa quando não analisada em sua reciprocidade, e na perspectiva de sujeitos de direitos. Afinal, estamos falando de adolescentes que carregam em suas histórias de vida o contexto de direitos historicamente violados se não negados, e de exclusão social evidenciada até hoje, na vigência de deficiências e barreiras de acesso à educação, à saúde, ao lazer e à cultura¹¹.

No sentido de produzir respostas para essa realidade, em 2004, o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, publicaram a Portaria Interministerial nº 1426/2004¹², que aprova as diretrizes para implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo, em regime de internação ou de internação provisória. Portanto, trata-se de uma política que vem sendo formulada e implementada desde 2004, com o objetivo de reconhecer a lógica de atenção à saúde do SUS para os adolescentes em atendimento socioeducativo, tendo como principal objetivo garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde, considerando a atenção básica como principal ordenadora do cuidado¹³.

No esforço de inclusão dos adolescentes na agenda de políticas públicas e de efetivação de direitos, foi sancionada a Lei nº 12.594/2012 que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)¹⁴ e regulamenta a execução das medidas socioeducativas, definindo um capítulo específico para a atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, com destaque para as situações de transtorno mental e dependência de álcool e outras substâncias psicoativas como atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴. Apesar desses esforços, diversos estudos vêm apresentando que o direito à saúde é restringido e/ou negado aos adolescentes que se encontram privados de liberdade^{10,11,15-19}.

Segundo informações do Levantamento Anual do Sinase 2016, há um total de 26.450 adolescentes em situação de privação de liberdade, sendo 96% dos adolescentes do sexo masculino, e maior proporção de adolescentes concentradas na faixa etária entre 16 e 17 anos (57%). Com relação a distribuição de raça/cor, consta que 59% são negros (pardos mais pretos), 22% da cor branca, 2% de orientais mais indígenas, e 17% sem registro. Sobre os atos infracionais mais praticados, 47% foram classificados como análogo a roubo, 22% análogo ao tráfico de drogas, 10% análogo ao homicídio, e mais 3% como análogo a tentativa de homicídio²⁰.

Estudos internacionais apontam os transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e os transtornos comportamentais como os principais agravos em saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo²¹⁻²³. Em 2008, o levantamento realizado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, demonstrou alta proporção de adolescentes nas unidades socioeducativas medicados de modo extensivo e cumulativo, alta prevalência de encaminhamento para comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos¹⁷.

Destaca-se portanto, que esta população apresenta um conjunto de relevantes disparidades em saúde, sejam demandas anteriores ao processo de institucionalização²¹⁻²³, como relacionadas ao próprio espaço e processo de privação de liberdade¹⁷. Dessa forma, a identificação e a comunicação dessas necessidades e informações se mostram imprescindíveis para organização de estratégias e de serviços que consigam atender a estes desafios.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde - CGSAJ/DAPES/SAS/MS elaborou as rotinas de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de implementação e execução da Pnaisari, com participação de gestores da saúde e do sistema socioeducativo de diferentes unidades federadas.

A partir dessas rotinas foram construídos instrumentos de coletas de dados sobre a gestão da política (municipal e estadual) e sobre a situação de saúde dos adolescentes em atendimento socioeducativo (unidade socioeducativa). Desde 2014, o Ministério da Saúde solicita aos parceiros subnacionais, semestralmente, o preenchimento dos formulários. Dessa forma, as secretarias estaduais de saúde e gestoras do sistema socioeducativo ficam responsáveis por encaminhar endereço eletrônico para os respondentes (gestores municipais e gestores das unidades socioeducativas e de saúde de referência) preencherem o formulário, em plataforma DATASUS.

O monitoramento da situação de saúde é peça fundamental para o processo de vigilância e de atenção à saúde, assim como ferramenta valiosa para o planejamento estratégico e o aprimoramento institucional apontando caminhos para as decisões políticas, técnicas e administrativas. Além disso, a produção e a publicação dessas informações são imperativas para o fortalecimento da capacidade analítica e a retroalimentação dos sistemas de informação, tendo em vista fomentar e aproximar as discussões entre os espaços acadêmicos, de gestão e as políticas públicas.

Entretanto, apesar desses esforços, ainda não há um sistema de divulgação contínuo e estruturado de dados sobre a situação de saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo no Brasil. Tal realidade não só dificulta a troca de informação entre parceiros em diferentes espaços e instituições, como acaba dificultando avaliar o lugar e a melhor forma de aplicação de recursos para uma gestão pública eficaz, efetiva e eficiente, na medida em que produza equidade.

Apesar do direito à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo, calcado em um conceito ampliado de saúde, estar garantido pela legislação, observa-se que há carência de informações. Dentro dessa perspectiva surge como motivador deste estudo a seguinte questão: considerando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo – Pnaisari, qual a situação de saúde de adolescentes privados de liberdade no Brasil em unidades socioeducativas?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a situação de saúde de adolescentes privados de liberdade no Brasil à luz do modelo lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo – Pnaisari.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar e validar Modelo Lógico da Pnaisari, a partir da análise dos marcos legais relacionados da política e da percepção dos atores envolvidos na implementação;

- Descrever e analisar a situação de saúde de adolescentes privados de liberdade no Brasil em unidades socioeducativas, a partir do Modelo Lógico da Pnaisari.

3. METODOLOGIA

3.1 Natureza do Estudo

Este é um estudo de natureza descritiva com abordagem quanti-qualitativa, utilizada para abordar o fenômeno do direito à saúde de adolescentes privados de liberdade. As diferenças existentes entre pesquisas quantitativas (objetivo) e qualitativas (subjetivo) fazem com, em geral, os pesquisadores adotem apenas uma delas para a realização de suas investigações. Essa dicotomia desconsidera que qualquer modalidade de pesquisa científica pode ser entendida como uma atividade que procura conciliar criatividade e padronização para dar suporte às sínteses explicativas dos cientistas²⁴. Compreendendo as potencialidades e limitações, tanto das técnicas quantitativas, quanto das qualitativas, a vantagem da integração consiste em retirar o melhor de cada uma para responder uma questão específica²⁵.

3.2 Desenho do Estudo

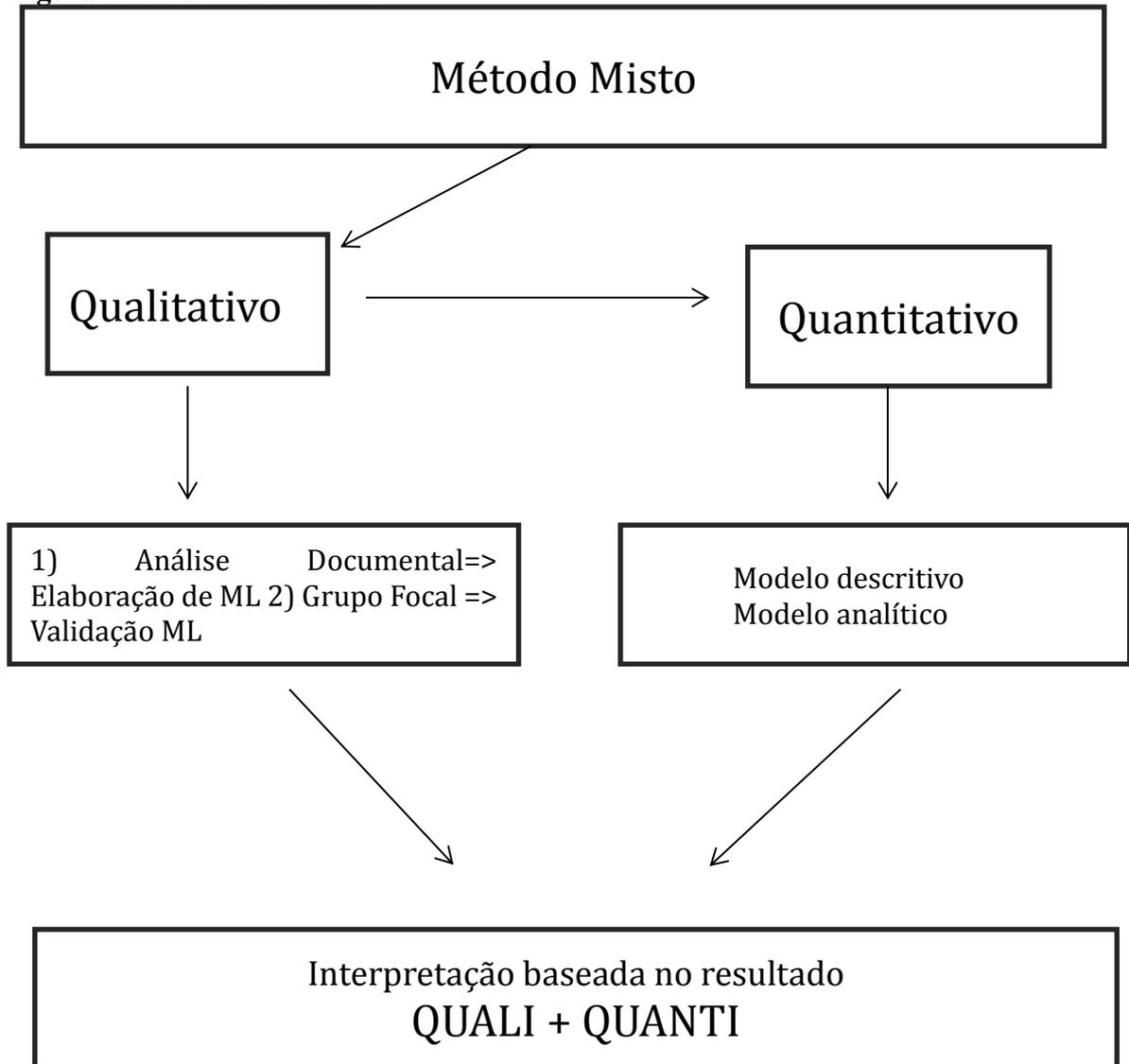
O presente estudo utilizou a triangulação de métodos, que consiste na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. A triangulação de métodos surge como uma estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista seja das variadas formulações teóricas utilizadas pelos pesquisadores ou a visão de mundo dos informantes da pesquisa utilizados de modo articulado²⁶.

É relevante ressaltar que existem variações de desenhos de estudo quando se trata de triangulação de dados. Para este estudo pretende-se utilizar o Modelo de Triangulação de Dados, *Sequential exploratory strategy* – onde o elemento qualitativo precede o quantitativo. Esse tipo de abordagem é especialmente adequado para desenvolver novos instrumentos de coleta e/ou aperfeiçoar instrumentos já existentes²⁷.

O presente estudo foi desenvolvido em duas etapas: uma etapa qualitativa, em seu momento inicial, utilizando técnica de análise documental para elaboração do modelo lógico da teoria da política, seguida de momento de validação desse modelo através de técnica de

grupo focal; e uma etapa quantitativa, dividida em dois momentos; momento inicial descritivo, a partir de método estatístico descritivo (frequência, média, desvio-padrão etc.), e momento analítico, a partir de modelo estatístico analítico. O desenho do estudo está representado na Figura 1, e cada uma dessas etapas, e seus respectivos momentos, estão detalhadas nos procedimentos metodológicos.

Figura 1 - Desenho do Estudo



Fonte: adaptado de Creswell, Clark²⁸

3.3 Processamento, Análise e Apresentação dos Resultados

Após a análise dos dados à luz do Modelo Lógico (ML). Os dados foram tabulados com a utilização do programa Microsoft Excel. A operacionalização da análise englobou as etapas de descrição, sistematização, comparação e interpretação dos aspectos considerados significativos em todo material coletado, promovendo a articulação com o ML e os achados analíticos obtidos ao longo do estudo.

3.4 Questões Éticas

Este projeto comprometeu-se a proceder dentro dos preceitos estabelecidos para pesquisas com seres humanos, respeitando a legislação em vigor no país, obtendo de forma livre e esclarecida o consentimento dos participantes e mantendo o anonimato dos indivíduos envolvidos na pesquisa, bem como se responsabilizou sobre os riscos que pudessem existir não identificados até o presente momento. O consentimento dos participantes foi obtido de forma livre e esclarecida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ofertado tanto no momento de preenchimento do questionário, de modo eletrônico, quanto no momento da atividade de grupo focal, de maneira impressa.

O estudo foi submetido para análise de ética em pesquisa através da Plataforma Brasil no dia 15/08/2018 e aprovado no dia 22/10/2018. O projeto comprometeu-se a proceder dentro dos preceitos estabelecidos para pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 12 de dezembro de 2012.

ARTIGO I: VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (Pnaisari)

Autores: Henrique Bezerra Perminio, Armando Martinho Bardou Raggio, João Paulo Almeida Brito da Silva

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari) vem sendo implementada com o objetivo de garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde para essa população. Para a construção de boas políticas públicas é fundamental que seus impactos cumpram seu papel de forma efetiva, eficaz e eficiente. A teoria de uma política é reconhecida como sua essência e é expressa quando incide sobre as causas do problema. Dessa forma, O presente estudo descreve as etapas de desenvolvimento e os resultados do processo de elaboração e validação do modelo lógico da Pnaisari, considerando a importância da concatenação entre a teoria da política e o alcance dos resultados. Como resultados, o Modelo Lógico validado exaltou a articulação intersetorial e interfederativa como elemento central e fundamental para a implementação da política. Como forma de aperfeiçoamento do modelo recomenda-se inserir os insumos envolvidos nas ações, evidenciar as ações de saúde mental, descrever os atores envolvidos nas etapas, além da organização dos produtos e resultados em metas tangíveis, separando o que é resultado do que é impacto. Apesar de todos os desafios na implementação, os objetivos e diretrizes da política devem ser realizadas por todos os municípios do país, considerando que a Pnaisari é a política do Sistema Único de Saúde para os adolescentes privados de liberdade.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde, Saúde do adolescente institucionalizado, Análise ex-ante, Modelo lógico, Intersetorialidade.

ABSTRACT

The Comprehensive Healthcare Policy for Adolescent Offenders (Pnaisari) has been implemented to ensure and expand access to healthcare for this population. For the construction of good public policies, it is fundamental that their impacts tend to fulfill their effective and efficiently role. The theory of a policy is recognized as its essence and is expressed when it focuses on the causes of the problem. Thus, the present study describes the development stages and the results of the process of elaboration and validation of the theoretical logic model of the Pnaisari policy, considering the importance of the link between the theory of the policy and the reach of the results. As results, the validated Logic Model exalted the inter-sectoral and inter-federative articulation by the three levels of governments as a central and fundamental element for the policy implementation. As a way to improve the model, it is recommendation to insert the inputs involved in the actions, highlight mental health actions, describe the actors involved in the stages and organize the products and results into tangible goals, separating what is the result of what is an impact. All municipalities of the country should implemented Pnaisari considering that is the Unified Health System's policy for adolescents and young people deprived of their liberty despite all the challenges in implementation.

Keywords: Public health policies, Institutionalized adolescent health, Ex-ante analysis, Logical model, Intersectoriality.

Introdução

Apesar da relevância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção à saúde de adolescentes, estudos recentes destacam a invisibilidade dessa população nos serviços de saúde¹⁻³. Como barreiras de acesso, ressalta-se o desconhecimento sobre os serviços de saúde e a negação do atendimento desacompanhado dos pais ou responsáveis²⁻⁴. No caso de adolescentes que estão cumprindo medidas socioeducativas, observa-se como agravante um conjunto de preconceitos e práticas punitivas que reverberam diretamente na forma como são assistidos na saúde^{3,5,6}.

Frente a esse contexto e considerando a necessidade de operacionalizar os princípios constitucionais e do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, publicaram a Portaria Interministerial nº 1426/2004, que aprova as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo, em regime de internação e internação provisória (Pnaisari). Assim, a Pnaisari vem sendo implementada com o objetivo do reconhecimento da lógica do SUS para os adolescentes em atendimento socioeducativo, fortalecendo o papel da Atenção Básica como principal coordenadora do cuidado no território³.

Apesar de alguns estudos sugerirem que a institucionalização da política fortalece a efetivação do direito à saúde dessa população, essa ainda não é a realidade em todo o país^{3,7}. Nesse sentido, a implementação necessita ser fomentada e qualificada para que o acesso ao direito à saúde de adolescentes em conflito com a lei seja realidade em todo o país³.

A construção de boas políticas e a avaliação de seus impactos tendem a constituir as bases para que a ação estatal cumpra seu papel de forma efetiva, eficaz e eficiente. Nessa perspectiva, o Estado brasileiro tem se concentrado em reformas estruturantes, e na qualidade do gasto público, o que considera a avaliação de políticas públicas com foco nos resultados e impactos⁸.

Sendo assim, a avaliação de uma política deve começar no momento de sua formulação, estruturando o que será feito para o alcance dos resultados. Essa forma de avaliação é conhecida como avaliação *Ex Ante*. A experiência em avaliação demonstra que uma das questões mais complexas é a de definir de que forma os objetivos serão transformados em produtos, estes em resultados e esses resultados, a médio e longo prazo, se consolidem em impactos⁸. A estruturação nesse formato, conhecido como Modelo Lógico (ML) otimiza tempo e recursos,

além de facilitar a definição de indicadores a serem monitorados e avaliados, favorecendo estimar o impacto de um programa⁹.

Outra estratégia importante no processo de elaboração do ML de uma política, é a validação com a equipe envolvida na implementação⁸⁻¹⁰. A validação contribui para ampliar o debate, fortalecer a implementação e a aprendizagem dos envolvidos⁹. Possibilita ainda, ampliar a validade interna do ML através da oportunidade de diálogo entre a teoria e sua crítica a respeito de convicções, experiências e conhecimento^{9,11}. Favorecendo o planejamento de estudos avaliativos^{8,11}.

O presente estudo descreve as etapas de desenvolvimento e os resultados do processo de elaboração e validação do Modelo Lógico da Pnaisari, considerando os processos de gestão e governança, e a importância da concatenação entre eles com a teoria da política para sua implementação e o alcance dos resultados.

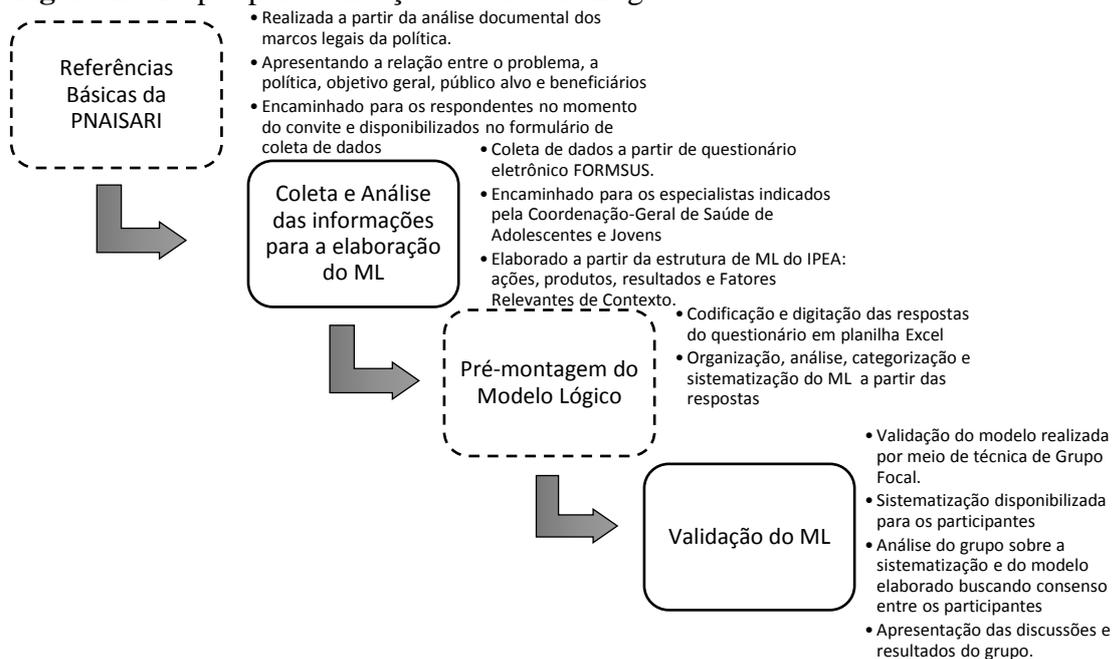
Metodologia

Trata-se de um estudo avaliativo, utilizando análise documental dos marcos normativos e de dados coletados com especialistas sobre a Pnaisari como proposta para a elaboração e validação da teoria da política. Para tanto, foi utilizado o Modelo Lógico (ML), uma metodologia bastante conhecida devido a facilidade de compreensão, rapidez do aprendizado, eficácia, além da efetividade dos resultados com reconhecimento no serviço público⁸.

O processo de elaboração e validação do Modelo Lógico da política seguiu como fundamentação metodológica, roteiro elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)¹⁰. Além desse roteiro, o estudo utilizou o Guia para avaliação de políticas ex-ante do Ipea⁸.

A pesquisa utilizou como referência para a elaboração das etapas e condução das atividades os procedimentos para modelo lógico de programas existentes¹⁰. Considerando que a Pnaisari é definida por ato normativo, sendo implementada desde 2004, e com revisões no ano de 2008 e de 2014. O processo de validação foi desenvolvido em quatro etapas, intercalando momentos de pesquisa e análise de dados (quadrados tracejados), com momentos interativos com a banca de especialistas (quadrados não tracejados). A Figura 1 descreve as etapas utilizadas na proposta de validação utilizada da pesquisa.

Figura 2 - Etapas para validação do Modelo Lógico



Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Etapa 1 – Análise documental e elaboração das referências básicas da Pnaisari

- realizada a partir dos marcos normativos da política para a identificação e sistematização das suas referências básicas objetivou explicitar os atributos que delimitam campo de atuação, público-alvo, beneficiários e objetivos. Nesta etapa analisou-se as leis, portarias, resoluções e marcos normativos que embasam e constituem a política.

Em seguida, na **Etapa 2 – Coleta e análise das informações para o desenho do programa** – aplicou-se o questionário (Apêndice A) composto de perguntas qualitativas acerca dos elementos de análise adotando como eixos ações, produtos, resultados intermediários e fatores relevantes do contexto, conforme estrutura lógica baseada em Nota Técnica Nº 06, do Ipea¹⁰ e disponibilizado de forma virtual (FORMSUS*).

Banca de especialistas

Foi solicitado à Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens participação na pesquisa e a indicação de especialistas que atuam na implementação em nível local e de pesquisadores da área considerados como informantes-chave, bem como indicações de atores

* O FORMSUS é um sistema de software livre do DATASUS, utilizado para criação de formulários com normas de utilização que asseguram a privacidade e sigilo de dados pessoais.

de diferentes setores. O rol de participantes indicados atendeu ao critério de ter experiência na temática há mais de quatro anos e conhecer a Pnaisari.

Na Etapa 3 – Pré-montagem do Modelo Lógico, após a coleta de dados, as respostas foram consolidadas e agregadas em um documento de pré-montagem do Modelo Lógico, contendo os principais elementos, em um diagrama, mantendo tanto as informações congruentes quanto as divergências ou inconsistências identificadas a serem trabalhadas no momento de validação. Ressalta-se que foi garantido o sigilo de autoria das contribuições.

Etapa 4 – Validação do Modelo Lógico, constituiu-se o grupo focal formado por especialistas convidados, pesquisador e moderador, conforme orientações de documento orientador do Ipea¹⁰, visando a neutralidade no processo. A metodologia de validação foi dividida em dois momentos: apresentação dos elementos que compõem o ML, análise do ML pré-montado e discussão sobre sua consistência.¹² As discussões foram sistematizadas, em ato, com elaboração final do modelo validado a partir das posições consensuais entre os participantes. Os itens não consensuais também constam dos resultados, por serem considerados imprescindíveis para a pesquisa.

Questões Éticas

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos partícipes, tanto por meio virtual quanto presencial, para obter a declaração do consentimento dos participantes na pesquisa. Referiu-se como benefícios individuais e coletivos provenientes do estudo, a geração de conhecimento direcionado à saúde, na lógica de retroalimentação dos atores na gestão e implementação das políticas públicas para adolescentes.

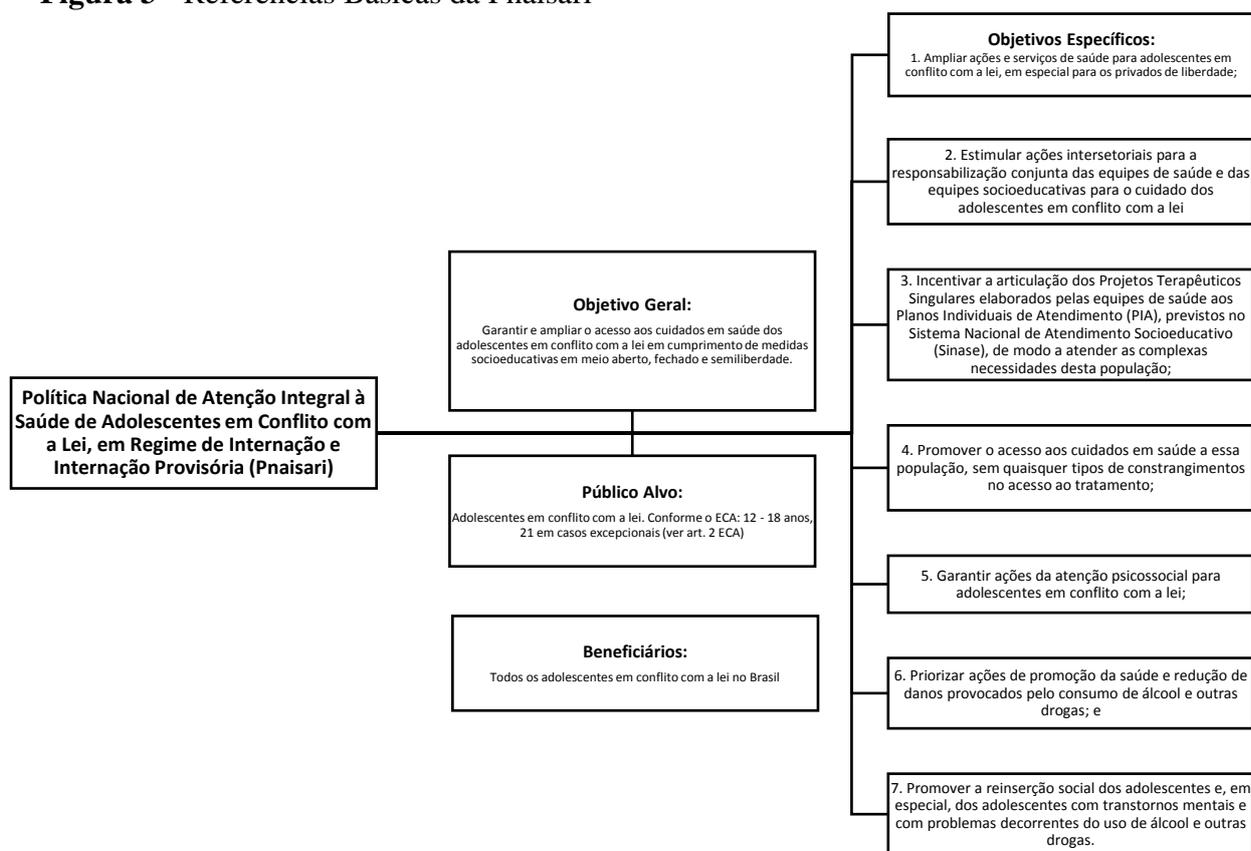
Resultados

Etapa 1 – Análise documental e elaboração das referências básicas da Pnaisari

Além das portarias que fazem parte do histórico da implementação (Portaria Interministerial 1.426/2004, Portaria MS nº 647/2008, Portarias MS nº 1.082 e 1.083/2014), integradas em ato de consolidação no ano 2017 (Portarias de consolidação nº 02 e 06/2017), foram analisadas a Lei nº 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente, e a Lei nº 12.594/2012, do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Os componentes

relativos às referências básicas foram identificados em sua normativa mais recente, Portaria de Consolidação GM/ MS nº 02/2017 – Anexo XVII. Os demais documentos apresentaram elementos importantes referentes ao histórico da política, as alterações nas estruturas de gestão e governança nesse período e o nível de interdependência com outras políticas públicas. Assim a Figura 3, apresenta as referências básicas, identificando objetivo geral, público alvo, beneficiários e os objetivos específicos da política. A Figura 3 evidencia a dimensão propositiva da Pnaisari.

Figura 3 - Referências Básicas da Pnaisari



Fonte: Adaptado de Cassiolato, Gueresi.¹³

Os objetivos da política pública devem ser tratados em termos de hierarquias ou prioridades (essencialidade)⁸, elencando-se a ampliação das ações e serviços de saúde como questão prioritária e fundamental para o atingimento de resultados. A partir das análises do levantamento e das relações entre as dimensões constitutivas da política evidencia-se que o problema inicial da política é a violação do direito à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo no Brasil.

Ademais, a Pnaisari com o objetivo de garantir os normativos já instituídos pela Constituição Federal, no SUS e no ECA, visa garantir e ampliar os cuidados em saúde reforçando em seus objetivos específicos as ações intersetoriais e articulação entre sistemas, com especial atenção às ações psicossociais e de saúde mental, e sem constrangimento.

A relação intersetorial é destacado tanto no objetivo de estimular ações intersetoriais - objetivo específico 2 da Pnaisari - quanto na referência aos instrumentos de implementação do Sinase - objetivo específico 3 da Pnaisari. Ainda sobre os objetivos específicos, as ações de saúde mental e atenção psicossocial são ressaltadas nos três últimos objetivos específicos, o que pode indicar a relevância desse eixo de ação para os cuidados em saúde.

Etapa 2 – Coleta e análise das informações para o desenho do programa

O grupo de participantes foi composto por gestores e implementadores da política, conforme solicitado à equipe do MS, de origem estadual e municipal, do estado de Goiás e do Distrito Federal, além de representantes do Ministério dos Direitos Humanos (responsável pela implementação do Sinase) e Ministério do Desenvolvimento Social (responsável pela implementação da política socioeducativa no meio aberto na época), especialistas responsáveis por estudar a política e seu processo de implementação e, gestores federais responsáveis pelo acompanhamento da política desde sua formulação (tempo de atuação). Na Tabela 1 é possível visualizar participantes, instituição a qual os participantes pertencem, e se participaram do preenchimento do formulário e do Grupo Focal.

Quadro 1 - Discriminação dos participantes da pesquisa em ambas as etapas

Lista	Instituição	Tempo de atuação	FORMSUS	Grupo Focal
Participante 1	MS	4	SIM	SIM
Participante 2	MS	4	SIM	SIM
Participante 3	MS	4	SIM	SIM
Participante 4	MS	14	SIM	SIM
Participante 5	MS	10	NÃO	SIM
Participante 6	MDH	5	SIM	NÃO
Participante 7	MDH	4	SIM	SIM
Participante 8	MDS	4	NÃO	NÃO
Participante 9	MDS	8	SIM	SIM
Participante 10	GECRIA	8	SIM	SIM
Participante 11	GECRIA	5	SIM	SIM
Participante 12	SMS-GO	8	SIM	SIM
Participante 13	SES-DF	10	NÃO	SIM
Participante 14	SECRIA	4	NÃO	NÃO
Participante 15	Especialista	10	SIM	SIM
Participante 16	Especialista	12	NÃO	NÃO

Fonte: Elaborado pelos autores.

Destaca-se que dos 16 (dezesesseis) indicados pela equipe do MS, 11 (onze) responderam o formulário até a data marcada. Como subsídio para o preenchimento do formulário foram disponibilizadas as referências básicas da política (Figura 3). As respostas dos formulários foram sistematizadas pelo pesquisador e equipe de orientação, por componentes, seguindo a proposta do formulário e do Modelo Lógico. Outro ponto que merece ser ressaltado é que todos os participantes tinham experiência com relação a temática.

Foram identificadas 43 ações, 24 produtos e 14 resultados intermediários. Observou-se que alguns participantes encontraram dificuldade em categorizar as respostas entre os eixos de ações e produtos. Nesse sentido, a sistematização buscou adequar as respostas a cada um dos eixos. Ressalta-se que foram identificadas respostas similares a cada uma das questões dentre atores de diferentes instâncias de gestão o que pode reforçar o nível de conhecimento dos participantes sobre a política.

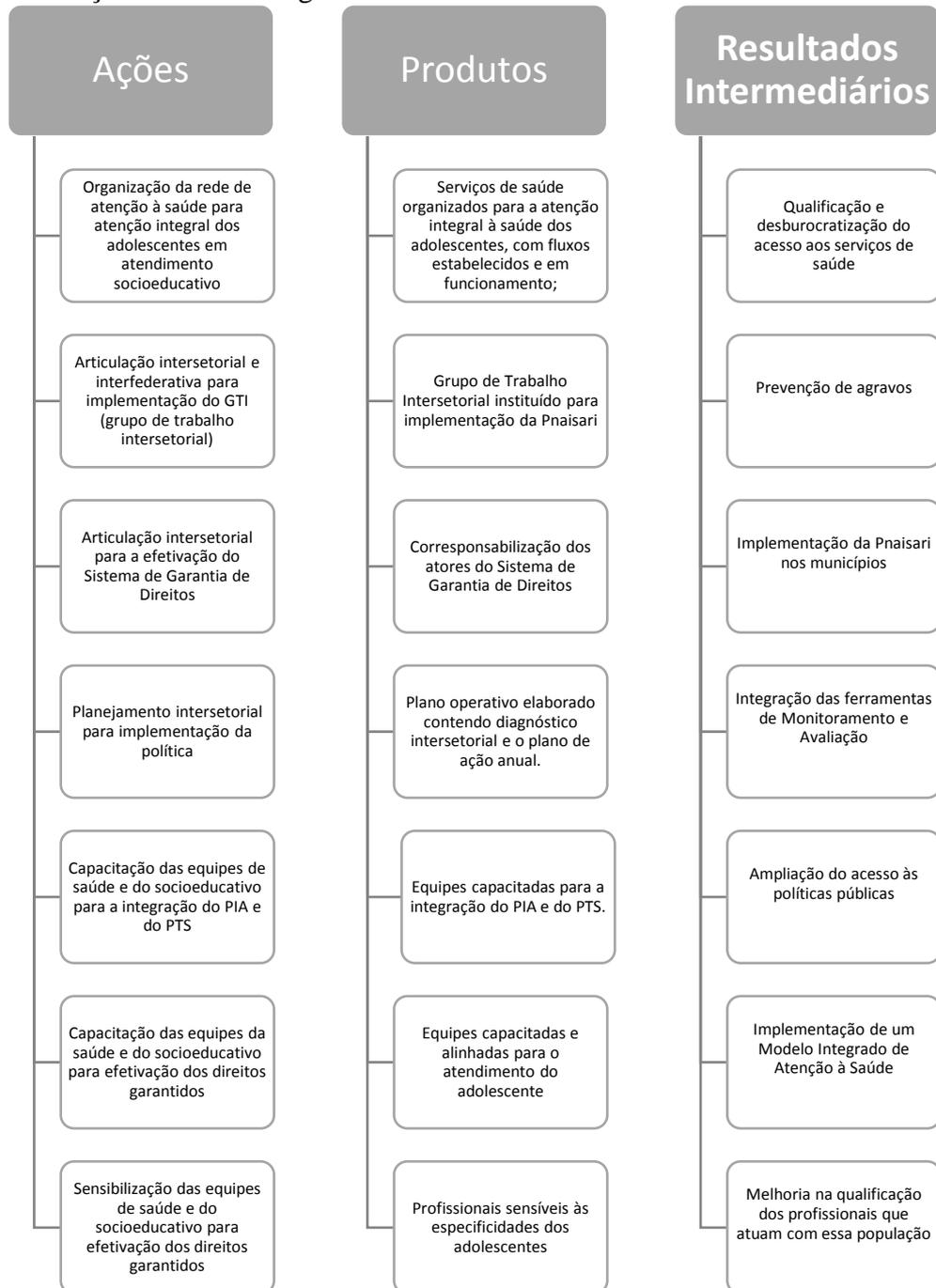
Etapa 3 – Pré-montagem do Modelo Lógico

As sistematizações foram estruturadas em duas colunas, a primeira contendo o levantamento das respostas identificadas no formulário, e a segunda coluna composta de uma proposta capaz de sintetizar o conjunto de respostas. O processo de codificação e de síntese dos dados foi orientado a partir dos objetivos específicos presentes no marco normativo, estruturados da seguinte forma: ações sintetizadas, produtos sintetizados e resultados intermediários sintetizados. A partir dessa síntese foi elaborada pré-montagem do Modelo Lógico, conforme Figura 4.

O processo de síntese buscou identificar as informações mais relevantes, através da similaridade das respostas, assim como manter os termos, verbos e expressões mais utilizados na categoria de respostas. Seguindo as diretrizes da Nota Técnica nº 06, buscou-se limitar as palavras colocando apenas um item ou ideia em cada quadro, não incluindo informações não coletadas anteriormente, além de anotar e guardar para o momento de validação as inconsistências e as informações que não puderam compor o fluxograma¹⁰. Essa última observação é especialmente relevante quando consideramos que apesar de toda síntese facilitar o processo de visualização e dar objetividade ao trabalho, questões tão caras ao desenvolvimento de um Modelo Lógico, ao mesmo tempo, pode-se acabar por desprezar vicissitudes e singularidades importantes na relação entre os atores. Assim, as respostas que derivaram cada uma das sintetizações, foram utilizadas para o momento de validação e possível debate.

Como norteadores dessa etapa, foram apresentadas as seguintes orientações, do documento supracitado, a saber: “Se alguns elementos ainda são desconhecidos ou ficaram pouco claros, aceitar trabalhar com as limitações e as informações disponíveis”, e “... reconhecer que, embora o desenho de um Programa tenha lógicas por vezes bastante complexas, a visão linear pode ser uma simplificação útil”.

Figura 4 - Esboço do Modelo Lógico

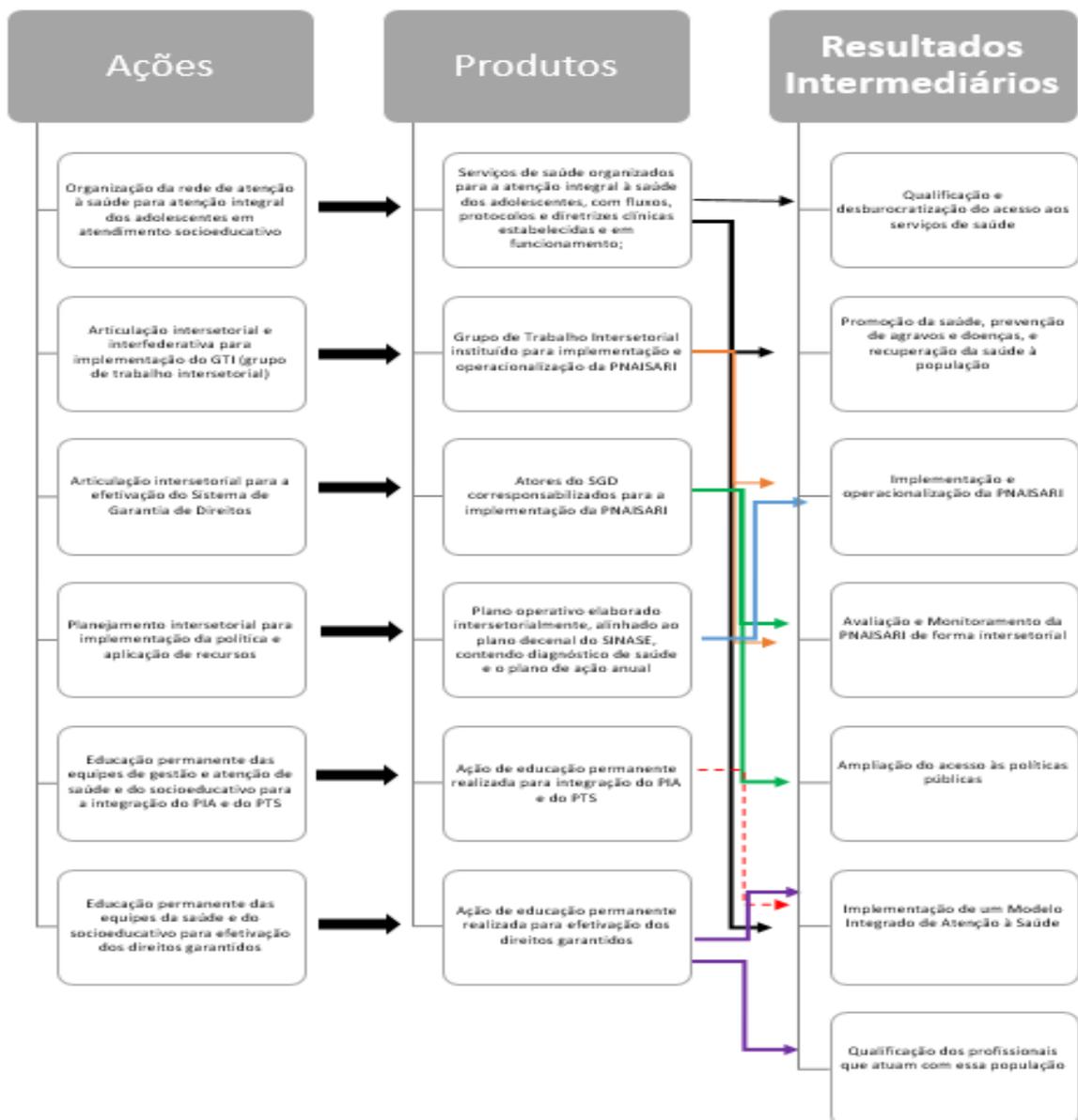


Fonte: Elaborado pelos autores.

Etapa 4 – Validação do Modelo Lógico

Os dados foram disponibilizados para os participantes antes do início da atividade do grupo focal contendo tanto as respostas dos formulários quanto as sistematizações realizadas por eixo. Dos 16 convidados, 12 participaram do grupo focal conforme Quadro 1. Salienta-se que ao responder o formulário não era obrigatório participar do grupo focal. Nesse sentido, dez pessoas estiveram presentes nos dois momentos, três conseguiram contribuir em uma das etapas e apenas três pessoas convidadas não participaram da pesquisa. Observa-se na Figura 55 o Modelo Lógico definido por consenso da banca de especialistas.

Figura 5 - Modelo Lógico validado pelo grupo focal



Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir do modelo validado, observa-se que apesar dos objetivos específicos serem orientadores tanto no processo de elaboração quanto no de validação, o ML não seguiu um número de ações específicas para cada um desses objetivos.

Destaca-se a confirmação dos diferentes atores sobre a relevância da intersetorialidade e da articulação interfederativa na implementação da Pnaisari. Das seis ações validadas pelo grupo, cinco apresentam a relação de intersetorialidade, identificadas tanto na expressão intersetorial, quanto na expressão “das equipes de saúde e do socioeducativo”. As ferramentas de gestão da política como a organização da rede, o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) e os planos operativos e de ação foram destacados pelo grupo.

Não obstante ao campo das ações, os produtos validados também apresentaram ênfase ao nível de interdependência da Pnaisari com outros atores e políticas, com destaque para o Sinase e a relevância dos instrumentos de governança e de gestão da política socioeducativa, como o Plano Decenal e o Plano Individual de Atendimento (Pia). Importante notar que a relevância dada no momento de validação, reforça o grau de corresponsabilização entre as duas políticas, exigindo uma relação governamental coordenada entre os dois setores.

Outro fator relevante na discussão do ML, foi que apesar do termo capacitação ter sido utilizado no momento de preenchimento do formulário, a banca de especialistas o substituiu pela expressão educação permanente em saúde. Entre os argumentos utilizados pela banca de especialistas, foi a necessidade de um conceito mais amplo e que fosse comum a área da saúde. A partir dessa ampliação conceitual, a ação de sensibilização foi excluída do ML pelos participantes considerando que ela é produto da educação permanente.

A aplicação de recursos ganhou relevância na discussão, reforçando a ação de coordenar a forma de financiamento da política. Conforme marco legal, o financiamento da política é um incentivo de custeio repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo do ente federado responsável pela gestão das ações da Pnaisari. O valor repassado é determinado pelo número de adolescentes atendidos em cada unidade socioeducativa. Contudo, a normativa traz informações relevantes sobre a não execução financeira, expressando que o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados.

Discussão

O ML validado exaltou a articulação intersetorial e interfederativa como elemento central e fundamental para a implementação, assim como o identificado em outras políticas

públicas^{3,7,14,15}. Dessa forma, espaços e estratégias privilegiadas para articulação e participação destes atores, de diferentes setores e instâncias da federação, como o GTI e o plano operativo e de ação, vêm sendo recomendados e descritos como facilitadores no processo de implementação de políticas públicas, auxiliando no manejo e na resolução de problemas clínicos e sanitários^{3,16-18}, além de fundamentais para os processos de planejamento, execução, monitoramento e gerenciamento dos recursos públicos. Nesse sentido, o planejamento da utilização do recurso se torna peça estratégica para sua execução conforme objeto pactuado.

No presente estudo, conceitua-se intersectorialidade, como o *“processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns”*¹⁹. A intersectorialidade vem sendo discutida enquanto modelo de gestão pública capaz de transcender aos modelos tradicionais verticalizados, fortalecer a implementação das políticas públicas, remetendo a ideia de territorialidade, equidade e efetivação de direitos sociais^{3,18,20-23}. A dificuldade de clareza na sua definição^{22,24}, agendas divergentes²⁵, baixa governabilidade dos representantes institucionais, falta de planejamento conjunto e disputas pela condução do processo são apontadas como os desafios para sua implementação e avaliação^{26,27}.

A necessidade de articulação entre diferentes atores também é destacada na perspectiva interfederativa. Embora para a aprovação das políticas públicas seja necessário a pactuação entre os entes federados, nem sempre essas relações são harmoniosas, principalmente quando se referem ao cofinanciamento e os serviços a serem executados. No caso da Pnaisari, apesar das atribuições e competências de cada esfera de governo estarem expressas em seu ato normativo, cabe ressaltar que para sua implementação é imprescindível a concatenação entre a lógica de municipalização do SUS com a do sistema socioeducativo, que se insere na esfera estadual⁶.

É fundamental que as estruturas do ML apresentem a descrição dos setores a serem responsabilizados, como nos casos em que referem as equipes de gestão e atenção, ou em que expressam a responsabilização conjunta das equipes, de saúde e do socioeducativo. Nessa perspectiva, sobre a ação nº 03, articulação intersectorial para a efetivação do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), compreende-se que a efetivação desse sistema é trabalho complexo, que exige esforço contínuo das instâncias do poder público, de diversos setores, e com a sociedade civil. Tal sistema consta do ECA com vistas à articulação e integração de várias instâncias do poder público na aplicação de mecanismos de promoção, defesa e controle

da efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal. Reforçando a importância de um desenho lógico atingível e verificável, sugere-se a equipe gerencial, responsável pela implementação do ML, revise o uso do termo SGD, buscando identificar e descrever os principais setores a serem corresponsabilizados.

Salienta-se que a expressão adotada educação permanente possui conceito definido pelo SUS, inclusive com ato normativo publicado, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, reconhecida por alguns autores, não só como uma prática de ensino-aprendizagem, mas como uma política de educação na saúde²⁸. Considerando o tamanho do objeto e os produtos relacionados é importante que seja destacado no ML qual ação, ou ações que devem ser realizadas. Sugere-se assim esse incremento visando tanto a realização da ação como seu possível monitoramento.

Importante destacar que para a boa estruturação do ML de uma política é fundamental que todas as ações sejam incluídas, considerando que esse delineamento irá impactar diretamente no eixo produtos – cada ação leva a um produto, e por conseguinte, nos resultados esperados, considerada a parte mais complexa da estruturação do ML⁸. Nessa perspectiva o delineamento das ações é fundamental para uma boa implementação e futura avaliação da política.

Como destacado na etapa de elaboração das referências básicas e de análise dos instrumentos normativos, a Pnaisari traz a relevância de demandas relacionada a atenção psicossocial e saúde mental, expressa em três dos sete objetivos. Contudo, não foi identificado uma ação específica no ML para o alcance desse objetivo. É importante considerar que as demandas de saúde mental são identificadas como uma das principais demandas de saúde nessa população²⁹⁻³⁶.

Um outro ponto que merece destaque é que a Pnaisari, prevê em seu ato normativo, a inserção de profissional (is) de saúde mental na equipe de atenção básica do território, que será referência para a unidade socioeducativa. O número de profissionais irá depender do tamanho da unidade com destaque para onze atribuições, além das ações de matriciamento.

Apesar de considerar que a organização das atividades em saúde mental esteja incluída na descrição da ação nº 01 do ML, organização da rede, sugere-se a importância de seu destaque enquanto uma ação específica no ML visando reforçar sua priorização enquanto ação estratégica, e, por conseguinte, fortalecendo sua incidência nas atividades monitoramento e avaliação da política em todas as instâncias de governo.

Por último, destaca-se que os resultados intermediários devem ser verificáveis e, portanto, não podem ser enunciados de maneira genérica^{8,10}. Inclusive, a etapa de definição dos resultados intermediários é considerada como provavelmente a tarefa mais complexa na montagem do modelo¹⁰. Apesar de exigir maior aprofundamento e esforço da equipe, esta tarefa pode servir como ferramenta para ações de avaliação e monitoramento da política, um dos resultados intermediários destacados no ML. Assim, recomenda-se como forma de aprofundamento da atividade, o detalhamento dos resultados intermediários visando seu engajamento em indicadores e metas passíveis de verificação.

O presente estudo não teve o objetivo de alcançar todas as possibilidades de análise que o processo de elaboração e de validação do ML envolveram. Contudo, pretendeu-se abordar as principais questões identificadas que possam impactar na implantação e uso do ML. Como limitações do estudo, podemos apontar para o não aprofundamento das questões relacionadas ao eixo de gestão de risco e dos fatores relevantes de contexto.

Considerações Finais

A coordenação governamental articulada, intersetorialmente e interfederativamente, é apontada tanto como estratégia central, quanto como grande desafio para a implementação da Pnaisari. Nenhum setor, política ou serviço consegue, por si só, responder à complexa tarefa da efetivação do direito à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo. Apesar da relação intersetorial está afirmada nas leis e normativas, a participação de forma horizontal de todos os atores envolvidos, desde o planejamento até a avaliação são apontados como imprescindíveis para o compromisso político e aproximação entre o universo da formulação e da efetivação das políticas, o que perpassa o próprio processo de democratização e de efetivação dos direitos sociais garantidos.

Todavia, para essa efetiva relação, algumas reflexões e questionamentos necessitam ser oportunizados nos espaços públicos, como: até onde a segurança pública e alguns setores da sociedade, de natureza hierarquizada, estão preparados para modelos de governança horizontais e dialogados? Até onde o próprio setor saúde, ainda hierarquizado, está preparado para essa discussão? Independentemente da resposta para tais perguntas é fundamental que os modelos teóricos e normatizados possam contribuir para sua evolução ganhando destaque na Pnaisari mediante sua estreita relação com direitos humanos e segurança pública, discussões ainda paradigmáticas para as políticas de Estado.

Como forma de aperfeiçoamento do modelo recomenda-se inserir os insumos envolvidos nas ações, evidenciar as ações de saúde mental, descrever os atores envolvidos nas etapas, além da organização dos produtos e resultados em metas tangíveis, separando o que é resultado do que é impacto. É fundamental que as equipes envolvidas no trabalho possam avaliar as sugestões aqui apontadas para um teste de consistência mais preciso do programa e incrementá-las para as demais etapas como o plano de monitoramento a partir da estrutura do ML.

Sugere-se ainda, a realização de novos estudos avaliativos, complementares ao apresentando, que permitam destacar aspectos relacionados aos resultados da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari), considerando seus efeitos para os adolescentes, a família e a comunidade, além de identificar a oportunidade de mais ações sejam realizadas no sentido de qualificar o desenho lógico da política.

Referências

1. Vieira RP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011;16(4):714–20.
2. Vieira RP, Gomes SHP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Participation of adolescents in the Family Health Strategy from the theoretical-methodological structure of an enabler to participation. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(2):309–16. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200309&lng=en&tlng=en
3. Perminio HB, Silva JRM, Serra ALL, Oliveira BG, Morais CMA, Silva JPAB, et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Sep;23(9):2859–68. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902859&lng=pt&tlng=pt
4. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006;22(11):2491–5. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17091187>
5. Fernandes FMB; Moreira MR; Rezende M. O direito à saúde de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Rev Saúde & Direitos Humanos*. 2008;5(5):111-126. [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/gdihs/arquivos/5C7BBCAA8FA1B03CABE3EEA25AD0663.pdf>

6. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. *Saúde em Debate*. 2015 Dez 1;39:120–31. [acesso em 2019 mai 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500120&lng=en&nrm=isso
7. Ribeiro DS, Ribeiro FML, Deslandes SF. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2018;34(3):1–11. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305015&lng=pt&tlng=pt
8. Avaliação de políticas públicas: Guia Prático de Análise *Ex Ante* [Internet]. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018. 192 p. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=32688&Itemid=433
9. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017;33(12). [acesso em 2019 maio 26] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001204001&lng=pt&tlng=pt
10. Cassiolato M, Guerese S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. *Nota Técnica, IPEA* [Internet]. 2010;(6):35. [acesso em 2019 maio 26] Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Como+Elaborar+Modelo+L?gico+de+Programas:+um+roteiro+b?sico#0>
11. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZM A. Uso de Modelos Teóricos Na Avaliação Em Saúde : Aspectos Conceituais e Operacionais. *Avaliação em Saúde Dos Modelos teóricos à prática na avaliação Programas e Sist Saúde*. 2005;41–63.
12. Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico. *Nota Técnica, IPEA* [Internet]. 2009; [acesso em 2019 maio 26] Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Como+Elaborar+Modelo+L?gico+de+Programas:+um+roteiro+b?sico#0>
13. Cassiolato M. Roteiro Para Formular Programas e organizar avaliação. *Nota Técnica, IPEA* [Internet]. 2010;(6):35. [acessado em 26 mai 19] Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf
14. Luisa M, Helena M, Maia F. O desafio da intersectorialidade no cuidado integral à saúde de adolescentes em privação de liberdade no estado do Acre. 2015;70–5.

15. Boas C, Cunha C, Carvalho R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2010;20(2):225–33. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/317>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Nucleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. v. 1. 118 p.
17. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodriguez AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Nov; 19(11):4361-4370. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10042014>.
18. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*. 2000 Jan;34(6):35-45. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346/4931>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNSPS). *Diário Oficial da União*. 13 nov. 2014.
20. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(6):1781–90. [acesso em 2019 maio 26] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601781&lng=pt&tlng=pt
21. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Soc* [Internet]. 2004 Abr;13(1):25–36. [acesso em 2019 maio 26] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100004&lng=pt&tlng=pt
22. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade?IntersetorialidadeS!. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Nov ; 19(11): 4291-4300. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>.
23. Public Health Agency of Canada, World Health Organization. *Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies* [Internet]. 2008. 40 p. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf
24. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL, Machado KM, Senna MIB. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(5):1–15. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2018000505009&lng=pt&tlng=pt

25. Nascimento S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Soc Soc* [Internet]. 2010 Mar;(101):95–120. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100006&lng=pt&tlng=pt
26. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [Internet]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 103–150. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-06.pdf>
27. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*. 2000 Nov; 34(6): 63-80
28. Ceccim RB; Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab educ saúde* [Internet]. 2009; 6(3):443–56. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
29. Silva E, Guerese S. Texto para Discussão nº 979. Adolescentes em Conflito com a Lei: Situação do Atendimento Institucional no Brasil. 2003. 103 p. [acesso em 2019 maio 26] Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0979.pdf
30. Statement P. Health Care for Youth in the Juvenile Justice System. *Pediatrics* [Internet]. 2011;128(6):1219–35. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-1757>
31. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2008 Set;47(9):1010–9. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856708600775>
32. Gergelis K, Kole J, Lowenhaupt EA. Health Care Needs of Incarcerated Adolescents. 2016 Sep:24–7.
33. Committee on Adolescence. Committee on Adolescence Health Care for Children and Adolescents in the Juvenile Correctional Care System. *Pediatrics*. 2001;107(4):799–803.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Levantamento Nacional da Atenção em Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas. [Relatório Preliminar]. 2009.
35. Kinner SA, Degenhardt L, Coffey C, Sawyer S, Hearps S, Patton G. Complex health needs in the youth justice system: A survey of community-based and custodial offenders.

- J Adolesc Heal [Internet]. 2014;54(5):521–6. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.10.003>
36. Costa NR, Silva PRF. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2017;22(5):1467–78. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501467&lng=pt&tlng=pt

ARTIGO II – A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE ADOLESCENTES EM UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E SOCIOEDUCAÇÃO

Autores: Henrique Bezerra Perminio, Armando Martinho Bardou Raggio, João Paulo Almeida Brito da Silva

RESUMO

A Pnaisari é a política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) a ser implementada por todos os entes federados que executam a política socioeducativa. Seu objetivo é garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em atendimento socioeducativo. A política é operacionalizada em intersecção com outras políticas públicas, com especial atenção à política do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). A situação de saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo e as diferentes formas de organização das unidades socioeducativas são os temas desse estudo. Trata-se de um estudo ecológico, observacional, transversal, de abordagem analítica abrangendo o sistema socioeducativo em nível nacional, utilizando dados quantitativos do sistema de monitoramento e avaliação da Pnaisari. A situação de saúde foi definida a partir de indicadores de acesso e de agravos/doenças que foram comparadas entre os grupos (sexo, modalidade e habilitação) por uma Análise de Variância (ANOVA) ou pelo teste de Kruskal-Wallis. Em suma, os resultados sugerem que a situação de saúde em unidades socioeducativas habilitadas na Pnaisari difere significativamente dependendo do grupo. Como recomendações, ressalta-se a importância que os achados possam subsidiar a implementação de políticas para essa população, auxiliando na tomada de decisão para o planejamento estratégico e o aprimoramento da rotina de monitoramento e avaliação.

Palavras-chave: Saúde do adolescente institucionalizado, Avaliação em saúde, Políticas públicas de saúde, intersetorialidade, Socioeducação, Pnaisari.

ABSTRACT

Pnaisari is a Brazilian public policy from the Brazilian Health System to be implemented by all states and municipalities for adolescents deprived of liberty. Its objective is to guarantee and expand access to health care for adolescents deprived of liberty in compliance with socio-educational policy. The policy works in intersection with other public policies, with special attention to the policy of the National System of Socio-Educational Assistance (Sinase). The theme of this study is the health situation of adolescents in deprived environments and the different structures and organizations for its implementation. This is an ecological, observational, cross-sectional, analytical approach covering the socio-educational system at the national level, using quantitative data from the monitoring and evaluation of Pnaisari system. For the comparability of the data, we calculated the proportions of each of the variables per unit of analysis. The definition of health status is on indicators of access and diseases based. The comparison of the average proportions of variables to access and diseases/disorders were between groups (sex, mode and financing) by an analysis of variance (ANOVA) or the Kruskal-Wallis test when normality assumptions is not met. In summary, the results suggest that the health situation in Pnaisari enabled socioeducational units differs significantly depending on the group. As recommendations, it emphasizes the importance that the findings can support the implementation of policies for this population, assisting in decision making for strategic planning and the improvement of monitoring and evaluation routine.

Keywords: Adolescent health, juvenile detention centre, Health evaluation, Public health policies, intersectoriality.

Introdução

A saúde é direito de todos os cidadãos brasileiros, garantido na Constituição Federal, que trata de maneira especial, ainda, a atenção a ser dada a crianças e adolescentes. A Política Nacional de Atenção Básica traz como atribuição comum de todos os profissionais de saúde: realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.)¹. Conforme o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, a população em medida socioeducativa se constitui de adolescentes, entre doze a 18 anos incompletos (21 anos excepcionalmente), que ao praticar ato infracional receberam uma “sanção”, após devido processo legal, denominada medida socioeducativa².

O ECA estabelece que o menor de 18 anos é inimputável, mas dispõe uma responsabilização para a prática de conduta considerada ilícita. As medidas socioeducativas aplicadas podem ser em meio aberto: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviço à comunidade (PSC); e liberdade assistida (LA), ou ainda, em meio fechado, que são: semiliberdade e internação em estabelecimento educacional².

Sobre as unidades de privação de liberdade, “Levantamento Anual Sinase 2016” registrou um total de 26.450 adolescentes em situação de privação de liberdade no Brasil. Em sua maioria são do sexo masculino (96%), entre 16 e 17 anos (57%) e negros (59%). A distribuição de adolescentes conforme as medidas socioeducativas, foi de 70% em unidades de internação estrita, 8% em regime de semiliberdade e 20% em internação provisória³.

Sobre o meio fechado, as medidas de internação estão sujeitas ao princípio de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, devendo ser aplicadas apenas em última instância². Elas se dividem em internação estrita e provisória. A estrita não possui prazo determinado, sendo reavaliado, no máximo a cada seis meses. Não podendo, em nenhuma hipótese, exceder o período de três anos. Sobre a internação provisória, sua natureza é cautelar seguindo os mesmos princípios da medida de internação, e que o prazo máximo e improrrogável é de quarenta e cinco dias⁴.

Sobre as características sociais, pesquisa realizada pelo Ipea e pelo Ministério da Justiça (MJ), apresenta um perfil de exclusão social entre os adolescentes privados de liberdade: 89,6% dos adolescentes não concluíram o Ensino Fundamental, 6% de analfabetos, 51% não frequentavam a escola e 66% viviam em famílias consideradas extremamente pobres. Retratou

ainda, um cenário de grave violação de direitos nas instituições de privação de liberdade, destacando que em alguns espaços, a questão de saúde como o ponto mais delicado no atendimento socioeducativo: péssimas condições de higiene, insalubridade das unidades, altos índices de infecções sexualmente transmissíveis, perfil nutricional agravado, demandas de saúde mental, problemas dermatológicos e odontológicos, além da ausência de um trabalho efetivo de atenção à saúde⁵.

Relatório realizado pelo Conselho Nacional do Ministério Público, a partir de visita *in loco* em aproximadamente 90% das unidades de internação e de semiliberdade de todo o país, registrou que a realidade das unidades está muito longe do que preconiza a Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e o modelo do ECA, informando que das 27 unidades federativas, 19 delas têm de 50% a 100% dos espaços em condições insalubres⁶.

Importante enfatizar que a perspectiva de adolescentes como sujeitos de direitos e destinatários de proteção integral da família, da sociedade e do Estado não deve ser alterada após a aplicação de uma medida socioeducativa. Na exigência de políticas públicas que respondam a estes desafios, o Ministério da Saúde formulou a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo, em regime de internação e internação provisória (Pnaisari), que vem sendo implementada desde 2004⁷.

A Pnaisari é a política do Sistema Único de Saúde (SUS) a ser implementada por todos os entes federados que executam a política socioeducativa. Seu objetivo é garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto e fechado. Ademais, é possível que o ente federado receba um incentivo de custeio para sua implementação⁸. Para isso, é necessária aprovação de instrumentos normativos, como: plano operativo e de ação contendo o diagnóstico em saúde, a organização da rede, indicação de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), pela Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens, do Ministério da Saúde, responsável pela política a nível federal. Após essa aprovação, é realizada publicação de ato normativo, no Diário Oficial da União, habilitando o ente federado para o recebimento de um incentivo que varia, a depender da média mensal de adolescentes atendidos, além de um valor específico para a semiliberdade⁹.

A política é operacionalizada em intersecção com outras políticas públicas, com especial atenção à política do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). O texto referencial do Sinase⁴ (art. 49, inc. VII) e a Lei Federal nº. 12.594/2012¹⁰ (art. 60 a 65) reforçam essa relação intersetorial entre as políticas. Destarte, a intersetorialidade e a incompletude institucional – necessidade de articulação da rede de serviços e atores das políticas sociais - são

princípios fundamentais para a construção da atenção integral ao adolescente em atendimento socioeducativo.

A necessidade de relação governamental coordenada entre os dois setores e as políticas foi destacada em estudo de validação do modelo lógico da Pnaisari (Artigo 1), que identificou a organização dos serviços, a instituição de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), a responsabilização dos atores, e a integração das ferramentas da saúde com as de socioeducação como principais ações e produtos para a devida implementação da política, e por conseguinte, a efetivação do direito à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo.

Importante destacar que apesar do direito à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo estar garantido pela legislação e suas normativas, sua efetivação passa pelo processo de implementação das políticas públicas e por sua vez, pela autonomia do ente federado nos processos de gestão e governança da política. Dessa forma, podemos observar que há diferentes configurações e formas de organização para a implementação da política.

A situação de saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo e as diferentes formas de organização das unidades socioeducativas para a implementação da Pnaisari são os temas desse estudo. Dessa forma, foram utilizados dados da política, do ano de 2018, de unidades que estavam habilitadas, considerando que para essa institucionalização junto ao Ministério da Saúde, elas realizam ações prioritárias e fundamentais para o alcance dos resultados. Entre as expectativas, espera-se colaborar com a discussão da implementação de políticas públicas para adolescentes privados de liberdade, bem como na efetivação do direito à saúde com equidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, observacional, transversal, de abordagem analítica abrangendo o sistema socioeducativo em nível nacional, utilizando dados secundários do sistema de monitoramento e avaliação da Pnaisari solicitados à Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), coletados semestralmente no ano de 2018.

O processamento das informações envolveu as etapas de tratamento e análise dos dados, a fim de corrigir erros e identificar possíveis inconsistências tendo como objetivo minimizar eventuais distorções. Como estratégia, o estudo optou por desprezar as inconsistências. Para a comparabilidade dos dados, foi realizado o cálculo das proporções de cada uma das variáveis

por unidade de análise. O total de adolescentes é calculado considerando o quantitativo de adolescentes que estavam na unidade no 1º dia do ciclo (1º de janeiro ou 1º de julho) somado ao total de adolescentes que ingressaram na unidade até o último dia do ciclo (30 de junho ou 31 de dezembro)^{***}.

Para a descrição dos dados, o presente estudo define situação de saúde através de dois eixos: acesso em saúde e agravos/doenças. O eixo acesso é formado pelos seguintes indicadores: consultas clínicas, consultas odontológicas e imunização. Como método de cálculo foi utilizada a média da proporção de adolescentes que realizaram consulta clínica e consulta odontológica, ao menos uma vez no semestre multiplicado por 100. Para imunização, considera-se a média da proporção de adolescentes que estavam com o calendário vacinal atualizado (DT antitetânica, Hepatite B, Meningocócica C, Human Papiloma Virus e Tríplice Viral) multiplicado por 100.

O eixo agravos/doenças é composto pelos indicadores dermatoses, doenças respiratórias, sífilis, HIV/AIDS e óbitos. Como método de cálculo foi utilizado a média da prevalência para cada um dos agravos multiplicado por 100, exceto para os casos de HIV/Aids, multiplicado por 1.000, e de óbitos (multiplicado por dez mil).

A seleção da amostra considerou todos os respondentes habilitados na Pnaisari no ano de 2018. Os grupos foram divididos a partir do perfil da unidade socioeducativa. O grupo sexo é formado por unidades masculinas e femininas, além de unidades mistas que realizam atendimento para ambos os sexos. Quanto a modalidade de atendimento socioeducativo, foram identificadas unidades de internação estrita, internação provisória, semiliberdade e múltipla. Como unidades de modalidade múltipla entende-se as unidades socioeducativas que realizam mais de uma modalidade de atendimento. O grupo de habilitados foi dividido a partir das informações da portaria de habilitação, publicada no Diário Oficial da União, sendo dividido em quatro categorias: semiliberdade, pequeno porte (até 40 adolescentes); médio porte (41 – 90 adolescentes); e grande porte (superior a 90 adolescentes).

As proporções médias das variáveis de acesso e de agravos/doenças foram comparadas entre os grupos (sexo, modalidade e habilitação) por uma Análise de Variância (ANOVA) ou pelo teste de Kruskal-Wallis quando os pressupostos de normalidade não foram atendidos. Quando foram detectadas diferenças entre as categorias, foi utilizado o teste de Tukey ou um teste de Dunn para verificar as diferenças entre elas. Todas as comparações foram precedidas por testes de normalidade e a verificação da homocedasticidade entre os tratamentos (variâncias

^{***} Conforme informações do instrutivo de preenchimento do formulário.

homogêneas). Além disso, foi realizada análise de correlação entre as variáveis, utilizando o teste de Correlação de Pearson. A significância desses modelos foi acessada com um teste F. Na realização desses testes empregou-se um p-valor $\leq 0,05$ para atribuir significância estatística.

Resultados

Na Tabela 1 é possível acompanhar a proporção de unidades socioeducativas e do total de adolescentes por grupos. O total de unidades respondentes, em 2018, nos dois semestres (n=173), representa 84% do total de unidades socioeducativas que estavam habilitadas no período. Observa-se a partir do perfil dos respondentes a prevalência tanto de unidades socioeducativas exclusivamente masculinas (88%), quanto da proporção de adolescentes do sexo masculino (91%).

Tabela 1 – Perfil das unidades analisadas por sexo, modalidade de medida e quantitativo de adolescentes em atendimento, Brasil, 2018

		Unidades (n=173)		Adolescentes (n=27416)			
		%	%	Média	(± DP)	Amplitude	
A3	Mistas	6	6	170	127	13	347
A1	Feminina	6	3	68	71	14	270
A2	Masculina	88	91	163	223	8	1635
B1	Estrita	32	34	169	229	16	1553
B2	Provisória	16	22	224	369	8	1635
B3	Semi	30	14	100	83	10	333
B4	Múltiplo	22	29	154	130	12	670
C1	Semi	23	14	99	82	10	333
C2	Pequeno	27	10	60	60	8	363
C3	Médio	28	30	166	127	32	708
C4	Grande	22	46	330	364	23	1635

Fonte: Elaborada pelos autores.

A maior parte das unidades respondentes se encontram na modalidade de atendimento de internação estrita, proporção que é acompanhada pela distribuição proporcional dos adolescentes (32%, 34%), respectivamente. Salienta-se que 29% dos adolescentes encontravam-se em unidades de atendimento múltiplo. No grupo habilitação é possível

observar que apesar da distribuição das unidades serem proporcionalmente equiparadas (próximas de 25%), a maior concentração de adolescentes está em unidades de grande porte (Tabela 1).

Observa-se pela amplitude dos dados que no semestre, o mínimo foi de oito adolescentes, enquanto o máximo foi de 1635 adolescentes em uma unidade de internação provisória. Apesar do número mínimo não oscilar muito entre os grupos, chama a atenção os registros do grupo habilitação, haja vista que os números mínimos registrados para o grupo C3 e C4 são inferiores ao parâmetro da média mensal dos adolescentes, 40 e 90, respectivamente (Tabela 1).

Uma outra questão relevante que merece ser destacada é que apesar dos elementos B3 e C1, se referirem a semiliberdade há discrepância nos números registrados entre eles. Após análise, foi verificado que essa discrepância está relacionada a uma unidade socioeducativa que apesar de estar habilitada na categoria de semiliberdade, informou no 2º semestre de 2018, que estava realizando atendimento para a modalidade de internação.

Na Tabela 2 é possível observar a distribuição das variáveis do eixo acesso por cada um dos grupos. Em termos gerais, na questão de acesso identifica-se que as ações de avaliação clínica são superiores (71%, \pm 32) às ações de imunização (52%, \pm 38) e de consulta odontológica (42%, \pm 31). Ressalta-se ainda, que há diferença entre o acesso à saúde dependendo do grupo. Nesse sentido, destaca-se diferença significativa entre as modalidades de atendimento socioeducativo para consultas clínicas ($H = 38,6$; $GL = 3$; $P < 0,001$), consulta odontológica ($H = 20,1$; $GL = 3$; $P = <0,001$) e calendário vacinal atualizado ($H = 15,8$; $GL = 3$; $P = 0,001$). Já no grupo habilitação, constatou-se significância para consulta clínica ($H = 18,8$; $GL = 3$; $P = <0,001$) e consulta odontológica ($H = 17,3$; $GL = 3$; $P = <0,001$).

Tabela 2 – Média e desvio padrão das ações de acesso por sexo, modalidade e padrão de habilitação, Brasil, 2018

		Clínica (%)			Odontológica (%)			Imunização (%)		
		Média	(± DP)	*	Média	(± DP)	*	Média	(± DP)	*
A1	Feminina	76,2	32,3	a	43,9	29,9	a	50,3	36,6	a
A2	Masculina	69,8	32,1	a	41,9	31,9	a	51,5	38,1	a
A3	Mistas	90,8	11,4	a	36,6	25,7	a	62,6	42,3	a
B1	Estrita	65	31	b	41,2	28,2	a	44,4	39	b
B2	Provisória	74,6	30,8	a	52,1	36,2	a	63,2	39,1	a
B3	Semiliberdade	48,7	30,6	b	24	25,9	b	32	33,3	b
B4	Múltiplo	90,7	19,4	a	48,3	30,7	a	64,2	33,7	a
C1	Semi	50,2	31,4	c	26,2	28,6	b	34,5	35,2	a
C2	Pequeno	75	31,6	b	50,7	33,3	a	62,7	36,7	a
C3	Médio	80,5	26,8	a	44,6	29,6	a	54,3	37,5	a
C4	Grande	77,2	28,5	ab	40,8	28,6	ab	50,5	39,3	a
Total		71,4	31,6		41,7	31,3		52,2	38,2	

Fonte: Elaborada pelos autores. * Médias seguidas da mesma letra, na coluna, não diferiram significativamente pelo teste de Dunn ($p > 0,05$).

Na Tabela 3 estão distribuídos os dados do eixo agravos por grupo. A média de prevalência de dermatoses é de (13%, ± 17), de doenças respiratórias é de (6%, ± 10), sífilis (2%, ± 4), HIV/Aids ($2 \times 1.000 \pm 8$) e óbitos (17×10.000 , ± 76). A prevalência de sífilis ($H = 6$; $GL = 2$; $P = 0,05$) e HIV/Aids ($H = 19,3$; $GL = 2$; $P = <0,001$) é significativamente maior em unidades exclusivamente femininas. Outro fato que chama a atenção na distribuição é que todos os óbitos foram registrados em unidades exclusivamente masculinas.

Com relação a modalidade de atendimento socioeducativo, as unidades de atendimento múltiplo apresentam a maior proporção do grupo para todas as variáveis, com significância estatística no caso das dermatoses ($H = 14,65$; $GL = 3$; $P = 0,002$), e nos casos de doenças respiratórias ($H = 11,1$; $GL = 3$; $P = 0,01$) (Tabela 3). No grupo habilitação, as unidades de médio e grande porte apresentaram as maiores médias para as proporções de dermatoses ($H=22,7$; $GL=3$; $P=<0,001$) e doenças respiratórias ($H=7,97$; $GL=3$; $P=0,04$).

Tabela 3 – Média e desvio padrão da prevalência de agravos por sexo, modalidade e padrão de habilitação, Brasil, 2018

		Dermatoses (%)			Doenças respiratórias (%)			Sífilis (%)			HIV (x1.000)			Óbito (x10.000)		
		Média	(± DP)	*	Média	(± DP)	*	Média	(± DP)	*	Média	(± DP)	*	Média	(± DP)	*
A1	Feminina	6,1	10,3	a	10,7	13,2	a	7,4	9,6	a	14,6	19,8	a	0	0	a
A2	Masculina	14,1	17,7	a	6,3	9,8	a	1,8	3,1	b	1,1	6,3	b	19,7	80,26	a
A3	Mistas	11,6	22,9	a	1,2	1,4	a	2,7	2,6	b	2,5	4,2	b	0	0	a
B1	Estrita	13,7	15,5	ab	4,7	8,2	b	2,4	4,4	a	2,4	8,5	a	8,7	36,1	a
B2	Provisória	9,2	14,7	b	4,9	8,4	ab	1,6	3,2	a	0	0	a	7	19,9	a
B3	Semi	6,8	7,9	b	5,2	8,6	b	1,4	2,5	a	3	11,1	a	21,9	80,7	a
B4	Múltiplo	19,6	23,2	a	9,3	12,1	a	2,7	4,4	a	18,1	116,3	a	27,5	110,2	a
C1	Semi	6,9	7,8	b	5,1	8,5	a	1,4	2,5	a	3	11,1	a	20,9	78,9	a
C2	Pequeno	8,8	14,6	a	3,8	6,4	a	3,1	5,7	a	3,3	11	a	6,9	35,6	a
C3	Médio	19,2	20,2	b	6,8	10,3	a	1,6	1,8	a	1	2,5	a	16,3	88	a
C4	Grande	17,9	20,8	b	9,5	12,7	a	2,3	3,9	a	0,4	1,5	a	27,4	91,6	a
Total		13,4	17,7		6,3	9,8		2,1	3,9		1,9	7,9		17,3	75,6	

Fonte: Elaborada pelos autores * Médias seguidas da mesma letra, na coluna, não diferiram significativamente pelo teste de Dunn ($p > 0,05$).

Na Tabela 4 é possível acompanhar a correlação entre o eixo acesso e o número total de adolescentes. Observa-se correlação moderada entre o total de adolescentes e o acesso à consulta odontológica, e uma relação forte entre o total de adolescentes e o número de adolescentes que acessaram ao menos uma vez consulta clínica. Correlação moderada também foi identificada entre os adolescentes que acessaram consultas clínicas e odontológicas.

Tabela 4 – Correlação entre o total de adolescentes e o eixo acesso. Brasil, 2018

	Clínica	Odontológica	Imunização
Total	0,767 *	0,546 *	0,362 *
Clínica	1	0,65 *	0,482 *
Odontológica		1	0,463 *

Fonte: Elaborada pelos autores. * Correlação significativa $p < 0,001$

Destaca-se a correlação entre as ações do eixo de agravos/doenças e o total de adolescentes que realizaram avaliação clínica. Salienta-se para correlação moderada entre o total de adolescentes e o número de dermatoses. Não foi possível identificar diferença significativa entre os agravos, ou entre as ações de avaliação clínica e os agravos (Tabela 5). Os dados de óbitos não foram inseridos na tabela por falta de significância entre as correlações.

Tabela 5 – Correlação entre o total de adolescentes, avaliação clínica e o eixo agravos. Brasil, 2018

	Clínica	Dermatológica	Doenças Respiratórias	Sífilis	HIV
Total	0,767 *	0,554 *	0,332 *	0,218 *	0,051
Clínica		0,304 *	0,491 *	0,294 *	0,18
Dermatológica			0,456 *	0,277 *	0,12
Doenças Respiratórias				0,153 *	0,04
Sífilis					0,222 *

Fonte: Elaborada pelos autores. * Correlação significativa $p < 0,001$

Discussão

Os resultados mostram que a situação de saúde em unidades socioeducativas habilitadas na Pnaisari difere significativamente dependendo do grupo. O fato da maioria dos adolescentes se concentrarem em unidades de médio e grande porte, e acessarem menos ações de saúde e apresentam maior prevalência de agravos/doenças pode indicar desafios para os implementadores da Pnaisari, exigindo atenção especial para essas questões no momento do planejamento, execução e avaliação da política.

Observa-se que metade das unidades socioeducativas e três em cada quatro adolescentes atendidos se concentravam em espaços de médio e grande porte. Essas unidades apresentaram os maiores registros para dermatoses, doenças respiratórias e óbitos, além de apontarem desafios para as ações de saúde odontológica e de imunização. Importante ressaltar que na perspectiva de um atendimento individualizado que oportunizasse a integração entre os setores, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), regulamentou que a unidade de internação deverá atender no máximo 40 adolescentes¹¹.

No grupo modalidade de atendimento socioeducativo, as unidades de atendimento múltiplo, isso é unidades que acumulam mais de uma modalidade de atendimento, representam 29% do total de adolescentes. Nessas unidades foi identificada média superior das prevalências em dermatoses, doenças respiratórias, sífilis, HIV/Aids e óbitos. Importante ressaltar que as modalidades de atendimento socioeducativo possuem diferenças significativas em sua execução, seja pelo tempo de cumprimento da medida, ou ainda pelos princípios que as orientam.

Nesse sentido, estes números podem apontar uma situação de indiferença com a lógica de separação de adolescentes, reforçada tanto nacionalmente (art. 123 do ECA), quanto internacionalmente (Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade)¹². Essa situação irregular foi constatada em relatório do Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP, informando que 56,2% das unidades visitadas não respeitavam essa separação, informando que o espaço físico insuficiente como principal causa para a não separação.¹³ Essas questões relativas ao espaço físico e a falta de infraestrutura são mazelas que afetam toda a dinâmica do trabalho, incluindo a equipe de atendimento, sendo relatadas como as principais causas para rebeliões⁶.

Sendo assim, torna-se imprescindível refletir sobre a relação entre o espaço físico e a qualidade do atendimento socioeducativo prestado. Até onde espaços superlotados, insalubres e que atendem um número elevado de adolescentes – contrário às normativas – são um desafio para a efetivação de direitos sociais básicos, como a saúde? Não é possível esperar resultados na ressocialização de adolescentes em condições de precariedade, superlotação e ociosidade.

Cabe destacar que dermatoses e doenças respiratórias são comumente encontradas em ambientes fechados e insalubres, com aglomeração de pessoas. Nesse sentido são encaradas como questões de saúde evitáveis. A ocorrência dessas demandas em adolescentes privados de liberdade, vem sendo amplamente divulgado em relatórios e estudos nacionais^{5,14,15}, e internacionais^{16,17,19-2}. Neste sentido, é necessário desenvolver ações de tratamento e de prevenção, oportunizando atividades individuais e coletivas visando minimizar a ocorrência destes eventos. A recomendação para o controle efetivo das dermatoses em saúde pública deve ser baseado em ações individuais e coletivas, tanto no tratamento quanto na educação em saúde¹⁵.

Quando se trata de unidades de semiliberdade, estas devem ser assemelhadas a moradias residenciais, localizadas em bairros comunitários, com número máximo de 20 adolescentes⁴. Inicialmente, podemos inferir que existem unidades que não estão respeitando essa regulamentação, como no caso da unidade que registrou um total de 333 adolescentes no semestre (Tabela 1).

A inserção da população de adolescentes em cumprimento de medida de semiliberdade na Pnaisari aconteceu após dez anos da primeira publicação, em 2014¹⁸. A ênfase do programa de semiliberdade é a participação do adolescente em atividades externas, prevendo programas e espaços diferenciados para o convívio⁴, ratificando a necessidade de serem inseridos na rede. Entretanto, pode-se inferir que esta organização da rede ainda é um desafio, haja vista que essas

unidades apresentaram as menores médias para o eixo de acesso, além de um número elevado de óbitos. Dessa forma, urge a necessidade de desenvolver estratégias para o acompanhamento de adolescentes através do fortalecimento e comunicação entre a rede de saúde, a unidade socioeducativa e os programas de proteção de adolescentes.

Apesar da heterogeneidade dos resultados e das diferenças entre os grupos, as correlações encontradas no eixo acesso podem indicar que as ações de avaliação clínica e odontológica são utilizadas de forma regular, podendo indicar que foram incorporadas na rotina das unidades. Os desafios do acesso a saúde bucal e de atualização do calendário vacinal dentro de unidades socioeducativas foram destacados em estudos e relatórios nacionais e internacionais^{16,17,19-21}. A atenção em saúde vem sendo discutida enquanto estratégia para a prevenção de práticas infracionais. Esses autores defendem que muitos adolescentes envolvidos com a criminalidade tem um conjunto expressivo de demandas em saúde não atendidas, que frequentemente, se transformam em barreiras para o engajamento social^{19,20,22}.

A proporção maior de adolescentes do sexo masculino corrobora com a disparidade de sexo identificada em outros levantamentos e estudos^{3,6,23}. Essa diferença está comumente associada as noções de masculinidades e de valores, tradicionais, de gênero^{***}, que reforçam a noção de agente do poder da violência, de provedor e da mentalidade patriarcal, do controle da mulher²⁴. O campo da saúde tem incorporado a perspectiva de gênero no intuito de refletir e compreender as relações e desigualdades que se estabelecem entre homens e mulheres, além dessas implicações na situação de saúde.

As desvantagens do homem quanto à saúde vão além da diferença em oito anos na expectativa de vida em relação à mulher. Para Minayo, no mundo da criminalidade, a noção do “macho violento” reforça essa perspectiva da formação do sujeito indestrutível, violento e poderoso²⁴. A diferença entre os sexos foi relatada em relatório que identificou que o risco relativo de morte para os jovens do sexo masculino é 13,52 vezes superior às adolescentes de sexo feminino²⁵. O sexo é a característica sociodemográfica com mais alta correlação com o homicídio²⁶.

Salienta-se que todos os casos de óbitos foram identificados em unidades socioeducativas exclusivamente masculinas. A maior média da proporção de óbitos foi identificado em unidades de semiliberdade, atendimento múltiplo e em unidades com média superior a 40 adolescentes por mês (Tabela 3). Relatório nacional, informou que em 2016,

*** No presente estudo, sexo é tratado como a variável de coleta de dados e gênero como categoria analítica de elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos (Scott, Joan. 1990)

ocorreram 49 óbitos em todo o Brasil, dentro (39) e fora das unidades socioeducativas (10). A principal causa de morte registrada dentro das unidades foi conflito interpessoal (17), seguido de conflito generalizado (15), suicídio (7), além de um caso de morte súbita. Nos casos fora das unidades, nove foram identificados como homicídio e um afogamento³.

A partir desse cenário constata-se que a violência, dentro e fora das unidades, é o principal fator para os casos de óbitos. Nesse sentido torna-se imprescindível ampliar ações para identificação de situações de conflito e possíveis ameaças vividas no cotidiano desses adolescentes, com o objetivo de elaborar estratégias prioritárias, de responsabilidade compartilhada dos órgãos e setores que compõem o Sistema de Garantia de Direitos e da sociedade, no esforço contínuo de efetivar a proteção integral dessa população.

A violência é um fenômeno complexo e multifacetado, reconhecido mundialmente como um problema de saúde pública e sua devida notificação é essencial para as ações de vigilância e para a organização de políticas públicas em saúde. No Brasil, os homicídios são a principal causa de morte na faixa etária de 10 a 19 anos, com destaque para o crescimento entre 2004 e 2014, de 23,1/100 mil para 31,6/100 mil²⁷. Face ao exposto, o Ministério da Saúde implantou no âmbito do SUS, o Sistema de Violências e Acidentes (VIVA) que prevê a notificação compulsória de violência contra adolescentes²⁸.

Outra questão que chamou a atenção na análise do grupo sexo, foi a diferença significativa entre as médias de sífilis e de HIV/Aids. A infecção pelo HIV e a Aids são doenças de notificação compulsória²⁹. Assim, na ocorrência de casos de infecção pelo HIV ou de Aids, estes devem ser reportados às autoridades de saúde. Dados do Ministério da Saúde, informam que entre 2006 e 2015, triplicaram os números de novos casos na faixa etária de 15 a 19 anos³⁰.

A demanda de doenças sexualmente transmissíveis também foi relatada em outros estudos^{16,17,19-21,31}. Contudo, não foi possível identificar, achados que corroborassem com essa disparidade. Inclusive, dados da população geral apontam predominância em homens na taxa de detecção para HIV/Aids para todas as faixas etárias acima de 15 anos, com distribuição de 7,0/100 mil e de 3,2/100 na faixa etária de 15-19 anos³².

Muitas questões e reflexões podem ser realizadas a partir desses achados. Inicialmente, cabe questionar se de fato isso é uma diferença na prevalência ou na detecção dos agravos. Questão que merece ser analisada na perspectiva de ações que não foram contempladas no presente estudo, como o acesso a consultas ginecológicas e realização de testagens. Ademais, torna-se fundamental o aprofundamento dessas questões através da qualificação das rotinas de monitoramento, assim como da elaboração de novos estudos e análises.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a não estratificação de grupos com características relacionadas mais diretamente a organização dos serviços de saúde. Analisar a situação de saúde, a partir dos diferentes modelos de implementação da política, considerando entre outros aspectos, a articulação (intersetorial, e interfederativa) e a Atenção Básica podem favorecer novos achados. Para o aprofundamento dessas análises, surge a necessidade de maiores investimentos de gestores e implementadores nos processos de monitoramento das políticas públicas.

Considerações Finais

O presente estudo buscou contribuir com a discussão sobre o direito à saúde de adolescentes privados de liberdade a partir da análise de dados de Monitoramento da Pnaisari. Em suma, os resultados sugerem que unidades de médio e grande porte, que acumulam mais de uma modalidade de atendimento (múltiplo) e de semiliberdade possuem maiores desafios na implementação da política, seja por questões de acesso ou de agravos/doenças. As diferenças encontradas no grupo sexo, reforçam desigualdades que se estabelecem entre homens e mulheres. Entretanto, são necessários outros estudos para compreender melhor essas diferenças.

Como recomendações, ressalta-se a importância que essas análises possam subsidiar a implementação de políticas para adolescentes em privação de liberdade, auxiliando na tomada de decisão para o planejamento estratégico e o aprimoramento da rotina de monitoramento e avaliação institucional para que sejam alcançados os resultados e impactos esperados. Como sugestão de melhoria da Pnaisari, ressalta-se a importância de um olhar atento por parte dos gestores e implementadores, na tentativa de encontrar caminhos para a operacionalização do direito à saúde de adolescentes.

Por fim, considera-se igualmente importante, analisar a situação de saúde dessa população em uma perspectiva individualizada e integrada, transcendendo o olhar das médias e das prevalências, e que os considere em sua particularidade e história de vida. Nesse sentido, o fortalecimento da capacidade de autonomia do sujeito e das ações de saúde, na direção de comportamentos e territórios saudáveis, deve ser um elemento central na discussão de estratégias para a proteção integral de adolescentes.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2017;1–34.
2. Brasil. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jul. 1990.
3. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Levantamento Anual Sinase 2016 [Internet]. 2018. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.mdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/sistema-nacional-de-medidas-socioeducativas/Levantamento_2016.pdf
4. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - Sinase. 2006. 100 p.
5. Silva E, Guerres S. Texto para Discussão nº 979. Adolescentes em Conflito com a Lei: Situação do Atendimento Institucional no Brasil. 2003;103. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0979.pdf
6. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011 : um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. 2.ed. Brasília; 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1426, de 14 de julho de 2004 [Internet]. Diário Oficial da União. 15 jul. 2004; Seção 1:23054. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004_rep.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. 2017. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. 2016;1–6.
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. [Internet]. Diário Oficial da União. 12 jan. 2012; 1–24. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm
11. Conanda B. Resolução nº 46 de 29 de outubro de 1996 [Internet]. Diário Oficial da União. 8 jan. 1996. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=95825>
12. Portugal. Ministério Público. Regras das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade. 14 de Dezembro de 1990.
13. Conselho Nacional do Ministério Público. Dados 2015. Relatório da Infância e

- Juventude – Resolução nº 67/2011 : um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. 2015;92. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Um_Olhar_mais_Atento_09.06_WEB.pdf
14. Conselho Federal de Psicologia. Conselhos Regionais de Psicologia. Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Direitos Humanos: um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. 2. ed. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/08/Direitos_Humanos_um_retrato_das_unidades_de_internacao_de_adolescentes_em_conflito_com_a_lei.pdf.
 15. Martins SL. Perfil dos adolescentes privados de liberdade em uma unidade de internação de Londrina, no ano de 2006. *Revista Terra & Cultura*. 2008 jan./jul;24(6).
 16. Shelton D. Health status of young offenders and their families. *J Nurs Scholarsh*. 2000;32(2):173–8.
 17. Vinnerljung B, Kling S, Hjern A. Health problems and healthcare needs among youth in Swedish secure residential care. *Int J Soc Welf* [Internet]. 2018;27(4):348–57. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://10.0.4.87/ijsw.12333%0Ahttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=132270221&site=ehost-live>
 18. Perminio HB, Silva JRM, Serra ALL, Oliveira BG, Morais CMA, Silva JPAB, et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Sep;23(9):2859–68. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902859&lng=pt&tlng=pt
 19. Barnert ES, Perry R, Morris RE. Juvenile Incarceration and Health. *Acad Pediatr* [Internet]. 2016;16(2):99–109. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2015.09.004>
 20. Golzari M, Hunt SJ, Anoshiravani A. The health status of youth in juvenile detention facilities. *J Adolesc Heal*. 2006;38(6):776–82.
 21. Perry RCW, Morris RE. Health care for youth involved with the correctional system. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2014;41(3):691–705. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2014.05.007>
 22. Taylor C. Review of the Youth Justice System in England and Wales. 2016. 1–56 p.
 23. Brasil. Ministério do Direitos Humanos. Levantamento Anual Sinase 2015. 2018. 23 p.
 24. Souza MC. Laços perigosos entre machismo e violência Dangerous liaisons between machismo and violence. *Cien Saude Colet*. 2005;10(1):18–34.
 25. Brasil. Ministério da Justiça. Índice de Homicídios na Adolescência - IHA 2014. 2014.

26. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da violência 2019. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA; 2019. [acesso em 2019 jan. 21]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf
27. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2015/2016 : uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti [Internet]. 2017. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016.pdf
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017. Diário Oficial da União [Internet]. 2017; [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. 2019.
30. Saúde M da. Boletim Epidemiológico Hiv Aids 2018 [Internet]. 2018. [acesso em 2019 maio 26] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
31. Peres CA, Paiva V, Silveira F, Peres RA, Hearst N. Prevenção da Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2002 Ago;36(4 Suppl):76-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000500011>. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500011&lang=pt
32. Thiengo MA, Oliveira DC, Rodrigues BMRD. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. Rev da Esc Enferm da USP. 2008;39(1):68–76.

4. RESULTADOS

O presente estudo apresenta seus resultados divididos em capítulos, em formato de artigos científicos a serem submetidos em revistas acadêmicas de relevância na área da saúde coletiva. O primeiro artigo intitulado “Validação do Modelo Lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari) ” e o segundo artigo “A situação de saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo a partir da implementação das políticas de saúde e de socioeducação” serão submetidos à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

O Modelo Lógico validado exaltou a articulação intersetorial e interfederativa como elemento central e fundamental para a implementação, assim como o identificado em outras políticas públicas^{3,7,14,15}. Dessa forma, espaços e estratégias privilegiadas para articulação e participação destes atores, de diferentes setores e instâncias da federação, como o GTI e o plano operativo e de ação, vêm sendo recomendados e descritos como facilitadores no processo de implementação de políticas públicas, auxiliando no manejo e na resolução de problemas clínicos e sanitários^{3,16-18}, conforme citados no primeiro artigo, além de fundamentais para os processos de planejamento, execução, monitoramento e gerenciamento dos recursos públicos.

Sobre a análise da situação de saúde de adolescentes privados de liberdade, os resultados mostram que a situação de saúde em unidades socioeducativas habilitadas na Pnaisari difere significativamente dependendo do grupo. O fato da maioria dos adolescentes se concentrarem em unidades de médio e grande porte, e acessarem menos ações de saúde e apresentam maior prevalência de agravos/doenças pode indicar desafios para os implementadores da Pnaisari, exigindo atenção especial para essas questões no momento do planejamento, execução e avaliação da política.

Observa-se que metade das unidades socioeducativas e três em cada quatro adolescentes atendidos se concentravam em espaços de médio e grande porte. Essas unidades apresentaram os maiores registros para dermatoses, doenças respiratórias e óbitos, além de apontarem desafios para as ações de saúde odontológica e de imunização. Importante ressaltar que na perspectiva de um atendimento individualizado que oportunizasse a integração entre os setores, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), regulamentou que a unidade de internação deverá atender no máximo 40 adolescentes¹¹, conforme citado no segundo artigo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de elaboração e validação do modelo lógico da política (Artigo 1) reforçou que a coordenação governamental articulada, intersetorialmente e interfederativamente, é imprescindível para a implementação da Pnaisari. Esse achado reforça a ideia de que nenhum setor, política ou serviço consegue, por si só, responder à complexa tarefa da efetivação do direito à saúde. Para isso, é fundamental que haja participação de forma horizontal de todos os atores envolvidos, desde o planejamento até a avaliação, evitando paralelismos e sobreposições das ações no compromisso do rompimento com o padrão histórico de violação de direitos.

A situação de saúde dos adolescentes e as diferenças identificadas entre os grupos (artigo 2), nos coloca de frente com o próprio conceito ampliado de saúde. Propondo assim, não apenas uma reflexão sobre a relação entre o espaço físico da unidade socioeducativa e a qualidade de saúde, mas acima de tudo, entre esses adolescentes e o espaço social que os permeia. Ou será que a situação irregular identificada nessas unidades, que envolve os corpos com dermatoses e doenças respiratórias, além de desafiar a própria expectativa de vida é uma questão oriunda e exclusiva desses espaços?

Como recomendações, ressalta-se a importância das estratégias de monitoramento e avaliação da política. É fundamental que o trabalho de estruturação da política e de análise da situação de saúde possa se transformar em discussões e a construção de estratégias que auxiliem o fazer público, auxiliando na tomada de decisão para que sejam alcançados os resultados e impactos esperados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Marco Legal Saúde, Um Direito De Adolescentes. Ministério da Saúde. 2005;1–59.
2. Vieira RP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. *Cogitare Enferm*. 2011;16(4):714–20.
3. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [Internet]. Edições Câmara. 1990; 207 p. [acessado em 26 mai 19] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
4. Banco Central do Brasil. Relatório Anual 2003; 55(11):2003. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/pec/boletim/banual2003/rel2003p.pdf>
5. Cerqueira D. Mapa dos Homicídios Ocultos no Brasil. Texto para Discussão [Internet]. 2014;(1884):1–64. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1848.pdf
6. Camarano AA. Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? 2014; 177–210.
7. Vieira RP, Gomes SHP, Machado M de FAS, Bezerra IMP, Machado CA. Participation of adolescents in the Family Health Strategy from the theoretical-methodological structure of an enabler to participation. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014;22(2):309–16. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200309&lng=en&tlng=en
8. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006;22(11):2491–5. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17091187>
9. Brasil. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União. 16 jul. 1990.
10. Silva E, Guerresi S. Texto para Discussão nº 979. Adolescentes em Conflito com a Lei: Situação do Atendimento Institucional no Brasil. 2003;103. [acesso em 2019 maio 26] Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0979.pdf
11. Silva E, Oliveira RM de. O Adolescente em Conflito com a Lei e o Debate sobre a Redução da Maioridade Penal: esclarecimentos necessários. Nota Técnica: O Adolescente em Conflito com a Lei e o Debate sobre a Redução da Maioridade Penal: esclarecimentos necessários. 2015. 41 p.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1426, de 14 de julho de 2004 [Internet]. Diário Oficial da União. 15 jul. 2004; Seção 1: 23054. [acesso em 2019 mai 26] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004_rep.html
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1082, 23 de maio de 2014. Diário Oficial da União. 23 maio. 2014; 48–53. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html.
14. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. [Internet]. Diário Oficial da União 2012; 12 jan. 2012; 1–24. [acesso em 2019 maio 26] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm
15. Boas C, Cunha C, Carvalho R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2010;20(2):225–33. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/317>
16. Costa NR, Silva PRF. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 May;22(5):1467–78. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501467&lng=pt&tlng=pt
17. Humanos D, Paulo F, Fagundes R, Colaboradores F, Amstalden F, Serra L, et al. Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas. 2008.
18. Conselho Nacional do Ministério Público. Dados 2015. Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011 : um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. 2015;92. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Um_Olhar_mais_Atento_09.06_WEB.pdf
19. Conselho Federal de Psicologia. Conselhos Regionais de Psicologia. Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Direitos Humanos: um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. 2. ed. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/08/Direitos_Humanos_um_retrato_das_unidades_de_internacao_de_adolescentes_em_conflito_com_a_lei.pdf.
20. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Levantamento Anual Sinase 2015. Brasília; 2018.
21. Golzari M, Hunt SJ, Anoshiravani A. The health status of youth in juvenile detention facilities. J Adolesc Heal. 2006;38(6):776–82.
22. Kinner SA, Degenhardt L, Coffey C, Sawyer S, Hearps S, Patton G. Complex health needs in the youth justice system: A survey of community-based and custodial

- offenders. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2014;54(5):521–6. [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.10.003>
23. Barnert ES, Perry R, Morris RE. Juvenile Incarceration and Health. *Acad Pediatr* [Internet]. 2016;16(2):99–109. [acesso em 2019 mai 26]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2015.09.004>
24. V Mam. Pesquisa qualitativa e psicodrama. São Paulo: Ágora; 2006.
25. Paranhos R, Figueiredo Filho DB, Rocha EC, Silva Júnior JA, Freitas D. Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*. 2016;18(42):384-411. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004221>
26. Garnelo L. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Maio; 22(5): 1115-1117. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500025>.
27. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 2014:398
28. Creswell J, Plano Clark, VL. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2007