

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

Larissa de Almeida Morais Camerino

PROCESSOS DE SAÚDE, DOENÇA E CUIDADOS A ADOLESCENTES PRIVADOS DE  
LIBERDADE:  
A importância da atenção integral no âmbito do atendimento socioeducativo

Brasília

2022

Larissa de Almeida Morais Camerino

**PROCESSOS DE SAÚDE, DOENÇA E CUIDADOS A ADOLESCENTES  
PRIVADOS DE LIBERDADE:  
A importância da atenção integral no âmbito do atendimento socioeducativo**

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de  
Governo – Brasília como requisito parcial para  
obtenção do título de mestre em Políticas  
Públicas em Saúde, Área de concentração:  
Políticas Públicas em Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jakeline Ribeiro  
Barbosa  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Francini Lube  
Guizardi

Brasília  
2022

Título do trabalho em inglês: Health, disease and care processes for adolescents deprived of liberty: importance of full care in socio-educational context.

C182p	<p>Camerino, Larissa de Almeida Morais.</p> <p>Processos de saúde, doença e cuidados a adolescentes privados de liberdade: a importância da atenção integral no âmbito do atendimento socioeducativo / Larissa de Almeida Morais Camerino. – 2022.</p> <p>105 f. : il. color.</p> <p>Orientadora: Jakeline Ribeiro Barbosa.</p> <p>Coorientadora: Francini Lube Guizardi.</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde), Brasília, 2022.</p> <p>Bibliografia: f. 102-105.</p> <p>1. Adolescente Institucionalizado. 2. Saúde do Adolescente Institucionalizado. 3. Vigilância em Saúde Pública. 4. Promoção da Saúde. I. Título.</p> <p>CDD 614</p>
-------	---

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

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443  
Biblioteca Fiocruz Brasília

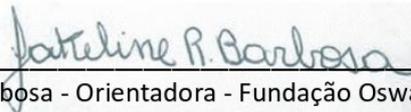
Larissa de Almeida Moraes Camerino

**Processos de Saúde, Doença e Cuidados a Adolescentes Privados de Liberdade: a Importância da Atenção Integral no Âmbito do Atendimento Socioeducativo.**

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

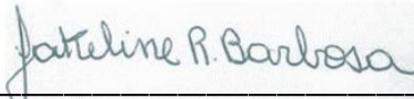
Aprovado em 29/11/2022.

BANCA EXAMINADORA



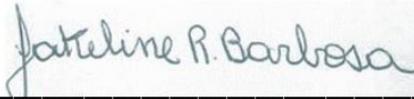
Dra. Jakeline Ribeiro Barbosa - Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

P.P



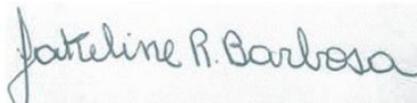
Dra. Francini Lube Guizardi – Coorientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

P.P



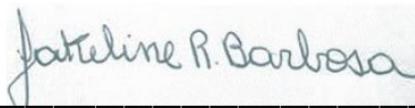
Dra. Fernanda Maria Duarte Severo – Membro Interno - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

P.P



Dra. Juliana Rochet Wirth Chaibub Paulino – Membro Externo – Universidade de Brasília - UnB

P.P



Dra. Erica Tatiane da Silva – Suplente - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao acolhimento, gentil e cuidadoso, com que minha orientadora Jakeline Ribeiro Barbosa sempre me recebeu, entendendo minhas limitações e me esperando. À professora Francini Lube Guizardi, agradeço as sugestões e a compreensão presentes em cada momento conjunto.

Aos professores e equipe de coordenação do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde pela coragem, insistência e fé no potencial de uma turma diversa, aguerrida e forte.

Aos meus colegas do NAE Flor de Mandacaru, que foram tantas vezes o anteparo necessário para continuar.

Aos colegas da Superintendência Estadual do Sistema Socioeducativo, do Centro Socioeducativo Dom Bosco, do Programa de Oportunidades e Cidadania, de cada espaço ocupacional que entende porque os olhos brilham ao falar de socioeducativo.

À minha família (pais, irmãos, sobrinhos, esposo, sogros e cunhados) que celebram cada pequena vitória sempre acreditando que essa família tem ainda muito mais a oferecer apesar de tanto já nos orgulhar.

A cada jovem do sistema socioeducativo do Estado do Ceará, não um agradecimento, mas um voto: vivam, vivam, vivam!

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo discutir a promoção e a vigilância em saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade no ambiente de um centro socioeducativo, com vistas a qualificar a intervenção prestada por essas instituições. O percurso metodológico ancorou-se em uma pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, e objetivos exploratórios e explicativos. Para tal, utilizou-se pesquisa bibliográfica em referenciais relacionados à atenção em saúde e ao atendimento socioeducativo, e pesquisa documental em prontuários, tendo por amostra a unidade socioeducativa Dom Bosco, localizada em Fortaleza, no Estado do Ceará. Realizou-se o mapeamento do perfil de adolescentes autores de ato infracional, no qual se destacam elementos de vulnerabilidade e risco social como vínculos familiares fragilizados, defasagem escolar e uso de substâncias psicoativas. Foram observadas importantes lacunas em ações de promoção e vigilância em saúde e intervenções restritas à administração de medicações. Como contribuição, são propostas recomendações ao órgão gestor da política, visando o aprimoramento do serviço, principalmente no âmbito da promoção e da vigilância em saúde, considerando a especificidade do público e do ambiente de atuação, tendo por base indicativos de agravos comuns.

Palavras-chave: Adolescente institucionalizado. Saúde do adolescente institucionalizado. Vigilância em saúde pública. Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

This study aimed to discuss health promotion and surveillance of adolescents in situations of deprivation of liberty in the environment of a socio-educational center, with a view to qualifying the intervention provided by these institutions. The methodological course was anchored in an applied research, with a qualitative approach, and exploratory and explanatory objectives. To this end, bibliographical research was used in references related to health care and socio-educational care, and documental research in medical records, having as a sample the socio-educational unit Dom Bosco, located in Fortaleza, in the State of Ceará. The profile of adolescents who committed an offense was mapped, in which elements of vulnerability and social risk stand out, such as fragile family ties, school failure and use of psychoactive substances. Important gaps were observed in health promotion and surveillance actions and interventions restricted to medication administration. As a contribution, recommendations are proposed to the policy's management body, aiming at improving the service, mainly in the scope of health promotion and surveillance, considering the specificity of the public and the operating environment, based on indications of common diseases

Keywords: Institutionalized teenager. Institutionalized adolescent health. Public Health Surveillance. Health promotion.

## **RESUMEM**

Este estudio tuvo como objetivo discutir la promoción y vigilancia de la salud de adolescentes en situación de privación de libertad en el ambiente de un centro socioeducativo, con el fin de cualificar la intervención prestada por esas instituciones. El curso metodológico estuvo anclado en una investigación aplicada, con enfoque cualitativo, y objetivos exploratorios y explicativos. Para ello, se utilizó la investigación bibliográfica en referencias relacionadas con la atención de la salud y la atención socioeducativa, y la investigación documental en prontuarios médicos, teniendo como muestra la unidad socioeducativa Dom Bosco, ubicada en Fortaleza, en el Estado de Ceará. Se mapeó el perfil de los adolescentes que cometieron un delito, en el que se destacan elementos de vulnerabilidad y riesgo social, como la fragilidad familiar, el fracaso escolar y el consumo de sustancias psicoactivas. Se observaron vacíos importantes en las acciones de promoción y vigilancia de la salud y en las intervenciones restringidas a la administración de medicamentos. Como contribución, se proponen recomendaciones al órgano de dirección de la política, con el objetivo de mejorar el servicio, principalmente en el ámbito de la promoción y vigilancia de la salud, considerando la especificidad del público y el ambiente de actuación, a partir de indicaciones de enfermedades comunes.

Palabras clave: Adolescente institucionalizado. Salud del adolescente institucionalizado. Vigilancia de la salud. Promoción de la salud.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Reprodução da página inicial de ficha de admissão do(a) adolescente na URLBM .....	64
Figura 2 Organograma do Centro Socioeducativo Dom Bosco, 2022 .....	75
Figura 3 Mapa de Fortaleza com divisão por 06 regiões administrativas .....	80

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Distribuição de adolescentes/jovens por idade, em cumprimento de medida socioeducativa no CEDB, no período de julho a agosto de 2022 .....	79
Quadro 2 – Distribuição de registros de atos infracionais por faixa etária de adolescentes e jovens em primeira entrada no sistema socioeducativo, internos no CSDB no período de julho a agosto de 2022 .....	85
Quadro 3 – Distribuição de registros de atos infracionais por faixa etária de adolescentes e jovens em segunda entrada no sistema socioeducativo, internos no CSDB no período de julho a agosto de 2022 .....	86
Quadro 4 – Distribuição de registros de atos infracionais por faixa etária de adolescentes e jovens em terceira entrada no sistema socioeducativo, internos no CSDB no período de julho a agosto de 2022 .....	86
Quadro 5 – Distribuição de registros de atos infracionais por faixa etária de adolescentes e jovens mais de quatro entradas no sistema socioeducativo, internos no CSDB no período de julho a agosto de 2022 .....	87
Quadro 6 – Frequência de adolescentes e jovens com indicação de atendimento psiquiátrico nas unidades socioeducativas de Fortaleza levantados nos meses de maio e outubro de 2022 .....	90
Quadro 7 – Total de registros de eventos relacionados a adoecimento mental, demarcados por notificações de ideação suicida, autolesão e tentativa de suicídio, nas unidades socioeducativas de Fortaleza, em 2022 .....	91
Quadro 8 – Relações de filiação registrada ou referência informada pelos jovens internos no CSDB entre julho e agosto de 2022 .....	94

## **LISTA DE SIGLAS**

APS Atenção Primária à Saúde

CCPHA Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência

CEMPHA Comitê Executivo Municipal pela Prevenção de Homicídios na Adolescência

CIDH Comissão Interamericana de Direitos Humanos

CNJ Conselho Nacional de Justiça

CSABM Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa Mota

CSAB Centro Socioeducativo Antônio Bezerra

CSC Centro Socioeducativo Canindezinho

CSCAL Centro Socioeducativo Cardel Aloisio Lorscheider

CSDB Centro Socioeducativo Dom Bosco

CSMF Centro de Semiliberdade Martir Francisca

CSP Centro Socioeducativo Passaré

CSPA Centro Socioeducativo Patativa do Assaré

CSSF Centro Socioeducativo São Francisco

CSSM Centro Socioeducativo São Miguel

DCA Delegacia da Criança e do Adolescente

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

NAI Núcleo de Atenção Integrada

PPP Projeto Político Pedagógico

PIA Plano Individual de Atendimento

PNAISARI Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade

SEAS Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo

SGD Sistema de Garantia de Direitos

SINASE Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SMS Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/Ceará

SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUS Sistema Único de Saúde

URLBM Unidade de Recepção Luis Barros Montenegro

## APRESENTAÇÃO

Desde cedo engajada em atividades profissionais no exercício das práticas do Serviço Social, tentei desenvolver, no cotidiano dos atendimentos, o vínculo como estratégia para engajamento. Com oportunidades de atuação no Sistema Único de Assistência Social e nas políticas públicas de juventude, o exercício sempre foi o de garantir que respostas fossem dadas de forma assertiva e resolutiva aos usuários finais.

Há alguns anos, recebi um convite para assumir função no atendimento socioeducativo, com adolescentes autores de atos infracionais que estavam em cumprimento de medida de internação e, portanto, privados de liberdade. A temática, embora sempre tenha pairado sobre as áreas de conhecimento que me inspiravam, até então não tinha surgido como oportunidade de trabalho. Curiosa, aceitei. Passado o processo seletivo de análise curricular e entrevista, tive a chance de vivenciar um dia de atividades, buscando referenciar-me ao serviço. Bastou esse dia. Saí do ambiente ciente de que não havia correlação com meus propósitos de trabalho e minhas condições de execução.

Anos depois, novo processo seletivo ocorreu em meio ao contexto pandêmico relacionado à Covid 19. Envoltos em trabalho remoto há meses e ansiando por mudanças de contexto, fiz nova tentativa. Aprovada, fui designada para assumir a direção de uma unidade socioeducativa destinada ao atendimento de adolescentes em medida cautelar, provisoriamente privados de liberdade enquanto aguardam decisão judicial. Indagada por chefia direta sobre o que mudou em relação à negativa anterior, a resposta foi imediata: “eu mudei”. Era hora de desconstruir a imagem que as unidades de internação tinham para mim e, em contraponto, saber o que eu poderia agregar a elas. E têm sido dias, semanas, meses de descobertas e aprendizados. Entre tantos, um que se destaca é o da generalização enquanto

falácia, dada a necessidade de atenção às individualidades. E, em um ambiente de responsabilização, a constatação da prevenção como medida necessária.

Entretantes, em 2020 e 2021, tive a oportunidade de atuar na mediação de cursos relacionados à gestão do sistema socioeducativo, justiça restaurativa, medidas em meio aberto e relação com a política de assistência social. Ofertados na modalidade virtual pela Escola Nacional de Socioeducação, a abrangência de público contemplava profissionais das mais diversas áreas de atuação e de regiões do país em atividade. Considerando os diálogos travados em fóruns de debate e outras atividades discursivas, evidenciou-se ainda mais, para mim, a necessidade de formação continuada sobre os processos de trabalho de forma embasada em referencial técnico, mas também com necessidade de comunicação com as realidades locais, considerando que, em muitas ocasiões, as posições adotadas pelos profissionais ou mostram desconhecimento sobre as diretrizes estabelecidas para atendimento, ou apresentavam alegações de que o disposto normativamente não encontrava condições de ser executado diante do que municípios e estados efetivamente ofertavam.

Combinados esses fatores da rotina laboral com a inserção no Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde, surgiu a motivação para trazer à baila a atenção integral em saúde no âmbito do atendimento a adolescentes privados de liberdade, com a intenção de qualificar o atendimento prestado, a partir de revisão da literatura disponível e da pesquisa aplicada sobre especificidades locais que podem se configurar como entraves ou potencialidades no desenrolar da prestação dos serviços. Além disso, a inserção em um ambiente de trabalho de funcionamento ininterrupto em certa medida impactou na indisponibilidade de condições para realização de pesquisa em outros espaços.

Na introdução, remete-se à relevância e aos objetivos dessa dissertação. Em seguida, resgata-se o referencial teórico-metodológico que afiança os conceitos trabalhados, agrega conteúdos à discussão e revisita textos e orientações técnicas que ancoram o exercício

profissional. Posteriormente, apresentam-se os resultados de pesquisa aplicada e as considerações finais.

Isso posto, apresenta-se essa dissertação e se convida à leitura com uma expectativa ousada diante de todo esse processo: e o que muda ao fim? Talvez a resposta seja “Nós, que trabalhamos com vós (voz)”

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA: TRAJETÓRIA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE A ADOLESCENTES E JOVENS PRIVADOS DE LIBERDADE .....	19
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b> .....	22
2.1 ADOLESCÊNCIAS E JUVENTUDES PRIVADAS DE LIBERDADE NO CEARÁ .....	22
2.1.1 Olhares sobre adolescências e juventudes privadas de liberdade .....	22
2.1.2 Contextualização do atendimento socioeducativo no Estado do Ceará .....	30
2.1.3 O novo modelo de gestão: a criação da Superintendência Estadual de Atendimento Socioeducativo (Seas) .....	39
2.2 PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO .....	48
2.2.1 Saúde, doença e cuidado: vende na farmácia? .....	50
2.2.2. Resignificando o conceito de vigilância na privação de liberdade .....	53
2.2.3 O confinamento da privação: a convivência com o Covid 19 no sistema socioeducativo .....	56
2.3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA .....	61
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	66
3.1 O CENTRO SOCIOEDUCATIVO DOM BOSCO POR QUEM O SABE .....	66
3.2 O CENTRO SOCIOEDUCATIVO DOM BOSCO POR QUEM O FAZ .....	71
3.3 O CENTRO SOCIOEDUCATIVO DOM BOSCO POR QUEM O VIVE .....	78
<b>4 RECOMENDAÇÕES AO ÓRGÃO GESTOR DA POLÍTICA</b> .....	97
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	100
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	102

## 1 INTRODUÇÃO

*“– Ele disse que eu era um tolo e não sabia o que era brincar. Eu respondi que tinha uma bicicleta e muito brinquedo. Ele riu e disse que tinha a rua e o cais. Fiquei gostando dele, parece um desses meninos de cinema que fogem de casa para passar aventuras” (1).*

Falar sobre o que se cala - e, sobretudo, sobre (a) quem se cala - é um desafio. Primeiro, haveria de se questionar o porquê do silêncio, da omissão ou da negação e, segundo, compreender-se enquanto porta-voz desse rompimento e suas responsabilidades como tal. Escolher um objeto de pesquisa sobre o que se interessa deter análise é também comprometer-se com o resultado e desdobramentos dessa, entendendo que o tempo e a dedicação despendidos urgem por um produto útil não apenas a quem a deflagrou, mas a todos aqueles que ali depositaram expectativas e realidades. Isso posto, abordar o tema de processos de saúde-doença e os cuidados no âmbito da privação de liberdade de adolescentes em conflito com a lei torna-se um desafio complexo, mas levanta uma expectativa de utilidade ao se deter olhar sobre os limites e as potencialidades que extrapolam a normativa escrita, enveredando por um caminho pouco desbravado, mas necessário de ser conhecido.

No atendimento em saúde cotidiano a adolescentes privados de liberdade, ambiente de trabalho dessa pesquisadora, percebe-se uma ação reducionista, centrada em processos de medicamentação, incipiente em registros para vigilância e monitoramento dos agravos. Sem sistemas informatizados, por exemplo, as informações ficam retidas em formulários físicos de papel, sem efetiva comunicação entre os setores técnicos, e restritos especificamente a competências e instrumentais previamente determinados. Com capacidade técnica de atendimento comprometida em razão de ausência de profissionais, a possibilidade de uma prática terapêutica de escuta mostra-se transpassada por prescrições de psicotrópicos que necessitam ser continuamente reavaliados. Sem essa comunicação de forma sistemática, oportuna, planejada e organizada, ocorre

perda de informações relevantes para um atendimento integral, bem como ausência de capacidade de prevenção, desprendendo-se daí a urgência de ações de vigilância e monitoramento condizentes com o que é proposto nas normativas vigentes sobre o tema.

É o caso, por exemplo, de um adolescente que, relacionado a um ato infracional análogo ao crime de roubo, é apreendido e apresentado à delegacia competente. Em razão de indícios de autoria e materialidade, esse adolescente é remanejado a uma unidade de recepção e triagem onde tem seus primeiros atendimentos no âmbito psicossocial e de saúde. Após alguma insistência por parte de equipe de enfermagem, aceita fazer testagem rápida para verificação de infecções sexualmente transmissíveis e recebe resultados negativos, ao mesmo tempo em que afirma que fazia uso regular de maconha quando em liberdade.

Alguns dias depois, esse adolescente é transferido para uma unidade socioeducativa de privação de liberdade, onde cumpre medida de internação ainda em caráter provisório, aguardando decisão judicial por uma internação definitiva, progressão ou liberação. Nesse espaço, em geral, divide dormitório com três, quatro, cinco outros adolescentes de sua mesma idade, compleição física, área de sociabilidade. Recebe uma quantidade ideal de refeições por dia, mas relata ansiedade, alucinações e pede por um atendimento psiquiátrico, com atribuição de medicações que possam ajudá-lo com esses sintomas de uma possível patologia.

Com a expectativa de ser liberado em, no máximo 45 dias, esse adolescente recebe uma decisão de sentença. Os primeiros dias contam, mas há mais 135 dias a frente até nova avaliação para permanência ou não. Transferido para uma unidade de internação por sentença, esse adolescente hoje ocupa um dormitório duplo, triplo no máximo e, junto dos demais, aguarda uma próxima decisão que deverá levar em conta, para além do ato praticado, sua postura e progressão dentro do ambiente socioeducativo.

Seis, sete, oito meses após sua internação, o adolescente recebe uma decisão de permanência e agora há mais meses a contar pra frente até sua próxima revisão. Foi considerado

que seu relatório técnico apontava um comportamento positivo, mas isso foi julgado ainda insuficiente para seu retorno ao convívio social.

Já são alguns meses longe do uso de substâncias entorpecentes, não há mais abstinência a considerar, mas esse adolescente insiste no relato de alucinações visuais e auditivas, falta de sono ou apetite, vontade de se machucar, ideação suicida que pode pôr fim ao sofrimento da privação. Antes, o jovem residia com a mãe, a avó e a companheira, mas os contatos diminuíram desde a apreensão pois a avó tem dificuldade de locomoção e a mãe não tem condições de arcar com transporte para a visita – a família reside não muito distante da unidade socioeducativa, mas não pode se deslocar para lá de transporte público em razão de conflitos territoriais relacionados ao local de residência. A companheira do jovem é adolescente e não tem autorização dos responsáveis para entrar na unidade, mantendo contato apenas, ocasionalmente, por telefone.

Em um atendimento solicitado junto ao setor de saúde, o jovem relata que começa a se preocupar com lesões em área íntima e que não havia comentado antes por vergonha de expor o fato à equipe técnica (majoritariamente feminina) e medo de ser exposto pela equipe de segurança, que não queria que soubessem.

Em nova testagem feita, um resultado positivo para sífilis precisa ser repassado e explicado a um adolescente que nega veementemente que tenha tido relacionamentos sexuais com outro(s) homem(ns) no ambiente de privação, que tem companheira e que só se relaciona com mulheres. A partir de então, pede apenas para não dividir mais dormitórios com pessoa(s) específica(s) ou para parar de frequentar atividades coletivas, prefere ficar sozinho em seu dormitório.

Sem a possível identificação de parceiros, sugere-se um rastreamento em massa, com testagem de todos os adolescentes internos após determinação que o exame seria necessário. E surge mais um caso, dois, três, potencialmente relacionados, de jovens que já compartilharam dormitórios nesse ou em outra unidade socioeducativa.

Em contato com familiares, adolescentes com resultado positivo para uma infecção sexualmente transmissível, mas um histórico negativo em educação em saúde, reproduzem que estão com uma enfermidade “do sangue” (sic), em decorrência de compartilhamento de roupas com outros adolescentes, ou por dormir em colchão utilizado anteriormente.

Seja a partir de um registro de agravos, da identificação de riscos ou do acompanhamento à exposições ambientais, levanta-se a relevância de ações de caráter de monitoramento como estratégia de cuidado.

Onde, em que momento, de que forma poderia ter se feito diferente? Que elementos de atenção podem se fazer presentes na rotina para atuação de forma preventiva?

Para tentarmos responder a essas perguntas, a presente dissertação teve como **objetivo geral** discutir a promoção e a vigilância em saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade no ambiente de um centro socioeducativo, com vistas a qualificar a intervenção prestada por essas instituições. Os **objetivos específicos** foram: Identificar produção bibliográfica e documental sobre atenção integral em saúde a adolescentes em situação de privação de liberdade; caracterizar perfil dos adolescentes que estejam em situação de privação de liberdade partindo de amostra de um centro socioeducativo no Estado do Ceará, sob a ótica da determinação social em saúde; discutir os cuidados em saúde identificados na execução dos acompanhamentos a adolescentes internos de um centro socioeducativo no Estado do Ceará no âmbito da vigilância em saúde; e elaborar relatório técnico para o órgão gestor da política de atendimento socioeducativo, no caso a Superintendência Estadual de Atendimento Socioeducativo do Estado do Ceará, com identificação das potencialidades de intervenção para aprimoramento da promoção integral de saúde em centros socioeducativos do Estado do Ceará.

Culminar a atividade de pesquisa em uma exposição de recomendações repousa na intencionalidade de uma intervenção, uma ação direcionada com base em inferências e necessidades identificadas.

## 1.1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA: TRAJETÓRIA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE A ADOLESCENTES E JOVENS PRIVADOS DE LIBERDADE

Com capítulos específicos sobre a prática de ato infracional e sobre os direitos do adolescente privado de liberdade, no início da década de 1990 foi emitida normativa específica (2), na qual se verifica que na prática de ato infracional podem ser aplicadas medidas socioeducativas de execução imediata (advertência ou obrigação de reparar o dano), de execução em meio aberto (prestação de serviço à comunidade, liberdade assistida ou regime de semiliberdade) ou de execução em meio fechado (internação em estabelecimento). A medida de execução em meio fechado, internação, por lei competente, só deveria ser aplicada em casos de “(...) ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa, reiteração no cometimento de outras infrações graves ou descumprimento reiterado e injustificável de medida anteriormente imposta”. Entre seus direitos, o tratamento com respeito e dignidade está determinado junto a outros tantos, listado próximo ao dever do Estado de zelar pela integridade física e mental dos internos (Brasil, 1990).

Duas décadas depois, em 2012, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) tem sua gênese com a criação de lei (3) que passou a regulamentar a execução de medidas socioeducativas adotadas quando em situação de conflito com a lei por adolescentes e jovens. Nela se dispõe que a atenção integral à saúde de adolescente em cumprimento de medida socioeducativa tem por uma de suas diretrizes “cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, e atenção aos adolescentes com deficiências”.

Em seção destinada ao atendimento desses adolescentes (com transtorno e/ou dependência), detalha-se a necessidade de avaliação multidisciplinar e multissetorial, inclusive com a possibilidade, excepcional, de suspensão de execução de medida socioeducativa quando da inclusão do adolescente em “programa de atenção integral à saúde mental que melhor atenda aos

objetivos terapêuticos estabelecidos”. Quando se depara ainda com legislação que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (4), percebe-se a quantas léguas se encontram os aspectos almejados de proteção.

Em maio de 2014, foi publicada portaria (5) que redefine diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória (Pnaisari). Tal portaria parte da necessidade de deter atenção específica à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas em meio aberto e em privação de liberdade, para além dos dispositivos já existentes até ali. Em realidade presente, considerando o sistema socioeducativo no Estado do Ceará, *locus* de atuação profissional desta pesquisadora, identificam-se ainda limites objetivos à operacionalização de promoção de atenção integral à saúde.

No ensejo do princípio de incompletude institucional do sistema socioeducativo, referenciados aqui pelo professor Antônio Carlos Gomes da Costa e seu viés de uma “articulação orgânica e permanente” para execução da política, identifica-se uma integralidade ainda aquém do indicado. Premente, a promoção de saúde requer conhecimento, diagnóstico dos agravos, vigilância. Condição peculiar entre adolescentes atendidos no sistema, a questão do uso de substâncias psicoativas, por exemplo, tem muitas vezes registro eventual de dados correlatos em processo de admissão, sistematizados em prontuários de papel, e posteriormente armazenados como “arquivo morto” quando ocorre a desinstitucionalização desses jovens. Além disso, há dificuldades de manejo do assunto ou a reprodução de estigmas e o senso comum (comum a quem e comum por quê?) de que a abstinência é a única possibilidade prevista ou de que o adolescente que faz uso de tais substâncias e, ainda mais, encontra-se apreendido por ato infracional não faz jus a “tratamentos especiais”.

O que se propõe aqui é revisitar o caminho já trilhado nas discussões e determinações sobre os processos de cuidado em saúde-doença dos adolescentes em privação de liberdade e elencar, a partir do estudo de caso de um centro socioeducativo do Estado do Ceará destinado ao

cumprimento de medida de internação sem prazo determinado, os entraves e as potencialidades desse acompanhamento no âmbito da promoção e vigilância em saúde. Válido ressaltar que a caracterização desse espaço, *per si*, torna-se um objeto à parte, com a necessidade de se destacar sua história, manejo, composição, organização e projeto pedagógico.

Dessa maneira, discutir a intervenção em saúde com o adolescente privado de liberdade requer também analisar as conceituações de saúde, de doença e cuidado e, sobremaneira, sobre os usuários a quem detenho atenção, as confluências identificadas entre eles e suas especificidades. A privação de liberdade e a culpabilização do sujeito que lá se encontra pelo cometimento de ato infracional pode, deve, define a intervenção? A “medicamentação” é a única forma de cuidado possível? Há (e quais são) outras estratégias de saúde e qual a relação dessas estratégias com o processo socioeducativo que a internação em unidade socioeducativa prevê? Essas são algumas das ponderações que pretendemos debulhar ao longo dessa pesquisa.

A presente pesquisa justifica-se, portanto, na intenção de compreender a confluência das categorias promoção de saúde, vigilância, ambiente e trabalho no atendimento prestado a adolescentes, em condição peculiar de desenvolvimento, que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco social por estarem, provisoriamente, cumprindo medida socioeducativa de internação, portanto, com restrição de liberdade. Isso posto, procura-se por meio desta pesquisa subsidiar a tomada de decisão referente ao desenvolvimento das ações de cuidado, considerando a incompletude institucional do sistema socioeducativo como um marco para o estabelecimento de estratégias intersetoriais que podem, além de garantir, promover saúde. Dessa forma, se busca responder a uma questão central: como afiançar o direito à saúde a quem teve cerceado o direito à liberdade?

## REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

### 2.1 ADOLESCÊNCIAS E JUVENTUDES PRIVADAS DE LIBERDADE NO CEARÁ

*“– Vestidos de farrapos, sujos, semi-esfomeados, agressivos, soltando palavrões e fumando pontas de cigarro, eram, em verdade, os donos da cidade, os que a conheciam totalmente, os que totalmente a amavam, os seus poetas” (1).*

Inúmeras são as produções das ciências sociais, jurídicas e de saúde sobre adolescência e juventude. Há de se pensar que tudo que podia já foi dito e que agora só temos que replicar o conteúdo discutido. Em um processo como o que aqui se propõe, (re)olhar o que foi escrito à luz de por quem se olha não deixa de ser uma experiência singular. Ler sobre conceitos que não necessariamente abarcam quem está ao seu lado ou se insurgir sobre as motivações de tanto ainda haver a fazer mesmo com tudo tão já revelado.

As adolescências e juventudes privadas de liberdade têm trajetórias que permitem, talvez, uma sistematização que as congregue. Mas, muito mais do que isso, têm projetos que não cabem em palavras, livros ou explicações; eles transcendem. Por eles, humildemente, falamos.

#### 2.1.1 Olhares sobre adolescências e juventudes privadas de liberdade

A adolescência é um período do desenvolvimento humano marcado por intensas transformações físicas e químicas, que interferem profundamente no seu estado psicológico. Em uma gama de percepções sobre esta fase da vida, muitos estudos abordam a concepção de que a adolescência é um conceito construído social e historicamente, não podendo assim ser considerado apenas relacionado às transformações biológicas e hormonais, que certamente marcam esta fase do desenvolvimento humano.

Não poucos autores e autoras dedicam-se a discutir o tema da adolescência, trazendo à tona questões que evocam uma transição para a vida adulta, período de construção de identidade.

Afirma-se (6) que:

A adolescência não é vista como uma fase natural do desenvolvimento e uma etapa natural entre a vida adulta e a infância. A adolescência é vista como uma construção social com repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem moderno e não como um período natural do desenvolvimento. É um momento significativo, interpretado e construído pelos homens. Estão associadas a ela marcas do desenvolvimento do corpo. Essas marcas constituem também a adolescência enquanto fenômeno social (6)

Dentre aspectos importantes no desenvolvimento humano, cabe aqui destacar o processo de construção da sociabilidade na adolescência, partindo de teoria que explica que o indivíduo nasce com um repertório de atributos biológicos que o ajudarão em sua inserção sociocultural e, neste contexto, apreende aspectos que o ajudam a compreender o seu mundo e, a partir de então, começa a construir significados que guiarão o seu comportamento (7). Por conseguinte, pode-se dizer que o ser humano é um ser “em contato” e suas aprendizagens dependem da relação com o outro.

Corroborando com o pensamento anteriormente aludido, (8) afirma-se que, nos períodos subsequentes ao início da história do indivíduo, as experiências vividas na infância não são excluídas, mas se complementam qualitativamente. Estas percepções e apreensões da realidade vêm se concretizando e ampliando à medida que entram em contato com outras experiências, em outros espaços, conformando sua forma de ver (bagagem de crenças, normas e valores) e de colocar-se perante o mundo. O período da adolescência é uma época em que estas vivências são intensas e o indivíduo continua elaborando outros significados em diferentes inserções.

Explica-se (8) ainda que uma destas formas de o adolescente se colocar nesta fase são as inserções em grupos, onde o sentimento de pertencimento e os aspectos simbólicos aprendidos do seu mundo sociocultural passam a impactar de forma mais contundente sua sociabilidade. Para se inserir nestes grupos é necessário conhecer um jogo de sociabilidade, as “regras do jogo”, que por

sua vez são formadas segundo microprocessos de sociabilização. É possível associar estes construtos à sociabilidade dos adolescentes autores de ato infracional, perfazendo a sua história e a maneira como se inserem no espaço institucional. Esta compreensão é imprescindível para o trabalho socioeducativo.

É importante destacar que nem sempre a adolescência foi uma fase supostamente conhecida, estudada e valorizada como ocorreu no século XX. A adolescência também não era entendida como uma fase peculiar do desenvolvimento, não tendo anteriormente o destaque dado a ela na atualidade. Chama-se atenção (9) para a tônica de conhecer o público *necessitado* (grifo da autora) da intervenção estatal quando do estabelecimento de políticas de assistência à infância:

Nestas publicações, os menores que passavam pelas mãos da justiça e da assistência são esquadrihados, classificados, medidos e interpretados. Trata-se de um enorme esforço de construção de saberes que tentam dar conta das causas da delinqüência e do abandono de crianças, dos comportamentos dos menores e das famílias, além de dar publicidade às ações institucionais e justificar ideologicamente a necessidade da intervenção junto a este grupo social (9)

No Brasil, a larga vigência das legislações menoristas ocasionou a ausência de atenção qualificada, e permitiu a ocorrência de inúmeras situações de exclusão, negação e violação de direitos, vivenciando-se um período de irregularidades (8) no que concerne ao respeito e à efetivação dos direitos deste público específico. Estes aspectos caracterizaram um cenário desprovido de efetivas políticas públicas que contemplassem as demandas infantojuvenis, que considerassem a pluralidade das situações às quais estavam expostos.

No contexto do processo de democratização e da instituição do estado democrático de direitos, as políticas públicas para crianças e adolescentes, especialmente para os jovens em cumprimento de medida socioeducativa, foram severamente criticadas, processo que gerou mobilizações e uma série de discussões em torno do tema. Essas críticas, aliadas aos avanços da normativa internacional, forneceram parâmetros para o aprimoramento das leis específicas direcionadas aos autores de ato infracional.

Assim, a partir de 1988, com a publicação da Constituição Federal, percebeu-se uma maior preocupação em efetivar políticas públicas que garantam os direitos humanos fundamentais a todo e qualquer cidadão, em especial os direcionados à criança e ao adolescente. Dessa forma, começa a se construir um novo paradigma, no qual estes sujeitos passam a ter voz e vez. Emerge a Doutrina da Proteção Integral, que considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, com prioridade absoluta, com o marco que, certo tempo depois, efetivou-se na promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Essa legislação traz o marco etário como definidor, encaixando, literalmente, a adolescência na idade de 12 a 18 anos incompletos.

Através de um amplo debate nacional sobre o adolescente em conflito com a lei, promovido por instituições de defesa dos direitos da criança e do adolescente, dos movimentos sociais organizados e de organizações não governamentais, surgiram várias questões que apontaram a necessidade de se lançar um olhar mais apurado sobre as políticas voltadas para os adolescentes que cumprem medida socioeducativa, tendo em vista as particularidades dos serviços prestados, a necessidade de atenção especial e as fragilidades da execução das políticas inerentes ao atendimento.

No ano de 2004 a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), organizaram e apresentaram a proposta do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – Sinase, que consiste em um instrumento que objetiva promover uma ação educativa no atendimento ao adolescente que cumpre medida socioeducativa, tanto as realizadas em meio aberto, quanto às restritivas de liberdade.

Nesse mesmo ano, com a criação de grupo interministerial responsável por um diagnóstico da situação dos jovens brasileiros, foi definida a Política Nacional de Juventude, coordenada pela recém-criada Secretaria Nacional de Juventude, e fomentada a criação de órgãos gestores da política em estados e municípios. No ano seguinte, o Conselho Nacional de Juventude

foi criado, referendando o reconhecimento dos direitos e capacidades dos jovens e ampliando a participação cidadã. Partindo de toda essa movimentação e pressão popular, foi sancionado, em 2013, o Estatuto da Juventude, tendo por um dos pontos altos o direito à participação social e política, além dos indissociáveis direitos à educação, saúde, profissionalização, trabalho e renda, entre outros. Destinado a pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos, o estatuto deixa claro, já no seu Art. 1º § 2º, que aos adolescentes entre 15 e 18 anos de idade aplica-se o disposto no ECA e, excepcionalmente, o contido na referida lei, quando não houver conflito com as normas de proteção integral do adolescente.

Como vimos, no ECA, a adolescência é objetivamente o período cronológico entre 12 e 18 anos incompletos. Subjetivamente, demarca-se esse processo de *adolescere* enquanto um espaço de construção de identidade, envolto em fatores psicológicos, sociais e culturais, contextualizados à capacidade de conclusão deste ciclo de vida. No tocante à juventude, a despeito da definição também preliminarmente etária (15 a 29 anos), temos que:

A realidade social demonstra, no entanto, que não existe somente um tipo de juventude, mas grupos juvenis que constituem um conjunto heterogêneo, com diferentes parcelas de oportunidades, dificuldades, facilidades e poder nas sociedades. Nesse sentido, a juventude, por definição, é uma construção social, ou seja, a produção de uma determinada sociedade originada a partir das múltiplas formas como ela vê os jovens, produção na qual se conjugam, entre outros fatores, estereótipos, momentos históricos, múltiplas referências, além de diferentes e diversificadas situações de classe, gênero, etnia, grupo etc (10).

Assim, falar sobre juventude também implica compreendê-la em sua multiplicidade e pluralidade, de forma contextualizada em relação às condições de gênero, classe social e território de pertencimento, e nos diferentes modos que isso imbrica ao vivenciar a juventude. Neste viés, apontam-se duas linhas de pensamento que, embora em abordagens diferentes, não se anulam, de “juventude como grupo social homogêneo, composto por indivíduos cuja característica mais importante é estarem vivenciando certa fase da vida” e uma segunda, pela qual nutrimos maior identificação (10):

(..) de caráter mais difuso, que, em função de reconhecer a existência de múltiplas culturas juvenis, formadas a partir de diferentes interesses e inserções na sociedade (situação socioeconômica, oportunidades, capital cultural etc.), define a juventude para muito além de um bloco único, no qual a idade seria o fator predominante. Por essa linha, vem se tornando cada vez mais corriqueiro o emprego do termo *juventudes*, no plural, no sentido não de se dar conta de todas as especificidades, mas, justamente, apontar a enorme gama de possibilidades presente nessa categoria (10, grifo do autor).

Discutir a conceituação de adolescência ou juventude, por si, não é suficiente para compreender quem ocupa esses espaços quando privados de liberdade. Projeta-se que a produção da conduta ilícita se dá, na maior parte dos casos, em um contexto de exclusão social grave e, dessa forma, não há como se furta às discussões sobre interseccionalidades e, também, de seletividades no sistema de justiça.

Compondo a estrutura da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, o Comitê de Prevenção e Combate à Violência (anteriormente intitulado Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência) liderou uma pesquisa, em parceria com o Governo do Estado do Ceará e o Unicef, além de instituições do poder público e sociedade civil, que mapeou famílias em sete cidades cearenses (Fortaleza, Juazeiro do Norte, Sobral, Maracanaú, Caucaia, Horizonte e Eusébio) que tiveram adolescentes assassinados no ano de 2015 (816 crianças, adolescentes e jovens entre 10 e 19 anos foram vítimas de homicídio no território cearense). A iniciativa parte em um contexto em que o Estado apresentava o 3º lugar no país entre aqueles com mais mortes de adolescentes e jovens entre 12 e 18 anos e Fortaleza liderava o Índice de Homicídios na Adolescência (IHA)<sup>1</sup>.

Considerando a noção de trajetória, a pesquisa buscou relacionar pontos como vínculo familiar e comunitário, redes de apoio, relação com a escola e outros equipamentos, acesso a entorpecentes. O relator do comitê, deputado Renato Roseno, destaca:

Por que são mortos? Por que matam? Existe uma relação entre violência letal e outras formas de violência, simbólicas ou não, como a destituição de ambiente afetivo e protetivo, o machismo, o racismo e a exclusão social? “Essa violência tem

---

<sup>1</sup> Com o objetivo de estimar a mortalidade por homicídio na adolescência (12 a 18 anos), expressa, para cada grupo de 1000 adolescentes que completaram 12 anos, a expectativa daqueles que não completariam 19 anos.

um álibi cínico e cruel, que é o mercado das drogas, e uma vítima ideal, que é o menino pobre e negro da periferia, resultado de uma sociedade estruturalmente desigual, machista e racista (11)

A pesquisa aborda aspectos relacionados ao seu público direto (“O Adolescente”), a família, a comunidade e o Estado. No delineamento do perfil das vítimas de homicídios, a distorção escolar e a pauperização, com aumento percentual no assassinato de jovens negros, evocando a percepção de um genocídio contra essa população. Um destaque apresentado (11) é a fragilidade na avaliação da relação entre cor e violência letal devido à subinformação desse campo nos atestados de óbito e do próprio mito da democracia racial, com dificuldade das famílias em reconhecer a negritude. Outros elementos associados são o gênero e as armas de fogo como meio de agressão, fazendo estreita correlação também a um sistema essencialmente machista:

Os dois principais determinantes de homicídios estão correlacionados. Não é por acaso que os homens são mais atingidos pela violência e que essa violência tenha como principal instrumento a arma de fogo. “O mais preocupante é que as mulheres, grandes vítimas da violência masculina, e normalmente avessas às armas, muitas vezes educam seus filhos ‘como homens’, na valorização de armas e no uso da força, sob o lema ‘homem não chora (11)

Uma constatação comum nas discussões sobre juventudes é a noção de grupo que “mais morre e mais mata”. A isso, soma-se uma constatação apresentada em diálogo com jovem em privação de liberdade retratados na referida pesquisa: ou se mata, ou se morre. Há uma percepção de banalização de “tragédias anunciadas”, no discurso comum que o envolvimento com atos ilícitos teriam apenas os caminhos da privação e da letalidade e em uma descrença dos espaços socioeducativos como possibilidade de ressocialização. Elemento relevante nesse caso é a identificação da privação de liberdade enquanto desejo das famílias como medida de contenção de jovens que apresentavam comportamento dissonante, associando a política socioeducativa a um espaço de repressão (11).

Na esteira da mudança na compreensão desse público enquanto sujeitos de direitos, enquanto pessoas em desenvolvimento, percebe-se que uma definição etária, uma normativa legal,

uma compreensão biológica são insuficientes quando empregados separadamente, necessitando de uma compreensão transversal a tais fatores, que enseje uma complementaridade de conceitos. Quando falamos em juventudes privadas de liberdade, a violência parece ser uma constante, não podendo se constituir enquanto invariante.

Desta forma, a socioeducação, entendida como processo de formação humana integral, se apresenta como uma política que prima pela educação social dos sujeitos e tem como expectativa a reprovação da conduta ilícita, conforme prevê o Sinase, mas aliada a ações que devem ter em foco o caráter pedagógico e o reconhecimento de que o adolescente é capaz de ter uma mudança de conduta. A educação social, por definição, é aquela que favorece o desenvolvimento da sociabilidade do sujeito, promovendo a sua autonomia e a sua participação crítica e construtiva no seu processo formativo. A socioeducação propõe um trabalho social reflexivo por meio de procedimentos educativos voltados para a modificação das contingências que limitam a integração social e para a geração de novas formas de interações intra e interpessoais e, como consequência, uma melhor qualidade de vida (12).

A ação socioeducativa também está fortemente consolidada na pedagogia da presença. Esta teoria pedagógica é considerada uma corrente segundo a qual o educador tem que estar sempre junto ao educando para que a aprendizagem aconteça. A origem dessa concepção está ligada na perspectiva de que o adolescente tem autonomia para falar, participar, sugerir, mas tudo em um contexto de organização e disciplina. Não se trata apenas de uma presença física, mas se fundamenta na capacidade empática e dialógica do processo educativo. É uma teoria muito defendida no sentido da presença na vida do educando estar na centralidade da ação educativa dirigida àquele em situação de dificuldade pessoal e social. A presença é o conceito primordial, o instrumento-chave e o objetivo maior desta pedagogia (13).

### 2.1.2 Contextualização do atendimento socioeducativo no Estado do Ceará

*“Ele se regenerará. Veja o título da casa que dirijo:  
Reformatório. Ele se reformará” (1).*

Se fosse questionado em uma roda despreziosa de amigos que nunca entraram em um ambiente de privação de liberdade voltado para o acolhimento de adolescentes em conflito com a lei como imaginam ser “lá dentro”, a multiplicidade de respostas talvez encontraria eco preliminar no que é transmitido na televisão, em redes sociais, na página do jornal. E o que mesmo é transmitido por meio desses canais? O motim ou o curso realizado? A agressão ou a difusão de cultura? A superlotação ou o atendimento técnico? Tecer uma discussão sobre esse local de onde falamos é abrir, literalmente, as portas para um desconhecido.

O centro socioeducativo é o espaço físico onde se materializa o cumprimento de uma medida socioeducativa de internação, ou seja, privativa de liberdade. Sob a coordenação técnica do pedagogo Antônio Carlos Gomes da Costa, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (à época) lançou em 2016 uma coleção de guias voltados para operadores do sistema socioeducativo. Um desses guias versa sobre a estrutura e o funcionamento desses ambientes e, entre outras ponderações, traz que a função das unidades deve ser a de transformação da medida socioeducativa em uma ação educativa em que o programa a ser desenvolvido torna-se a ação e o centro deve tornar-se agente dessa.

Assim, remete-se ao fato de que embora a medida seja de privação de liberdade, há uma série de outros direitos que necessitam ser permanentemente afiançados. O senso comum, principalmente em contextos de retrocessos na garantia de direitos, há de esbravejar contestando a pertinência de ações pedagógicas ao passo em que poderiam vir a diminuir o caráter sancionatório, punitivo, de uma medida em meio fechado. Isso se contrapõe à ideia básica de que não há escolha do adolescente em ocupar esse espaço, ele foi sujeito de uma decisão de internação em razão de

apuração de um ato infracional. O que cabe agora é o acompanhamento singular de seu desenvolvimento no âmbito de uma dimensão educativa no centro.

Em 2010, o Estado do Paraná<sup>2</sup>, uma referência no atendimento socioeducativo, lançou uma série de cadernos com temáticas ligadas à área. Em um deles explicita-se que a gestão de um centro socioeducativo deve guiar-se por uma base que contemple sua “concepção arquitetônica, concepção psicopedagógica, dinâmica funcional e definição de equipamentos e materiais” (14). Nestes termos, a finalidade do programa de um centro seria aquela que visa possibilitar meios de construção de novos projetos de vida, em que, aliado à reflexão sobre atos passados, se projete um futuro divergente.

Para compreender as condições hoje determinadas para atendimento socioeducativo no Estado do Ceará, há que se recorrer a contextos situacionais que culminam, inclusive, com a própria criação da Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (Seas), órgão gestor da política no Estado:

Da fase caritativa, passando pela filantropia e pelo bem-estar social, até chegar ao que denominamos “era dos direitos” é possível considerar que a trajetória da assistência ao abandono infantil passou por diferentes estratégias de ação do Estado, que, amparado no ideário jurídico-administrativo, higienista, e na assistência social, passou a criar códigos, normas disciplinares e políticas de intervenção, na tentativa de combater o problema dos diferentes abandonos (15)

Em 12 de outubro de 1927, publicava-se o Decreto nº 17.943<sup>3</sup>, que consolidava as leis de assistência e proteção a menores no Brasil, sendo a primeira lei brasileira voltada a definições de proteção da infância e adolescência. Antes, em 1922, estabeleceu-se reforma em código penal elevando a “maioridade de 09 para 14 anos”:

A pioneira lei, que foi construída com a colaboração do Senado, marcou uma inflexão no país. Até então, a Justiça era inclemente com os pequenos infratores. Pelo Código Penal de 1890, criado após a queda do Império, crianças podiam ser levadas aos tribunais a partir dos 9 anos da mesma forma que os criminosos adultos (16)

---

2 Válido e necessário ressaltar que essa linha de atuação tem sido utilizada como influência direta sobre o atual molde de atuação no sistema socioeducativo do Estado do Ceará, inclusive com a agregação de profissionais daquele para esse estado.

3 Também reconhecido como Código Melo Mattos

O Código de 1927 apontava situações possíveis como o encaminhamento à “Colônia Correccional” de “vadios, mendigos, capoeiras, que tiverem mais de 18 anos e menos de 21” e, no caso de crianças e adolescentes com idade inferior a 14 anos cujas pessoas responsáveis sejam consideradas inaptas para sua proteção, caberia a ordem de colocação em unidades de acolhimento ou confiança a pessoas ditas idôneas<sup>4</sup>.

Para essa operacionalização, surge, na década de 1940, o SAM - Serviço de Assistência ao Menor, subordinado ao Ministério da Justiça, com atuação voltada à repressão. Ainda sob esse regimento, em 1964, com a publicação da Lei nº 4.513, autorizava-se a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem) e, sob seu direcionamento, a determinação do atendimento nos Estados por meio de fundações próprias, como, no caso em pauta, a Fundação do Bem Estar do Menor no Estado do Ceará (Febemce). As fundações tinham, portanto, a execução das ações sob responsabilidade dos Estados, mas sob comando e orientação da União, por meio da Funabem, na perspectiva da Política Nacional do Bem Estar do Menor (PNBEM). Ressalta-se:

A lei que cria a PNBEM é de 1964, primeiro ano do regime militar do Brasil, mas não foi gerada pelo regime. A luta para que fosse instituída uma política voltada ao atendimento digno ao menor brasileiro, que substituísse o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), começou em 1956, quando a diretoria da ASA (Ação Social Arquidiocesana do Rio de Janeiro), a pedido de D. Helder Camara, na ocasião bispo-auxiliar deste Estado, começou a escrever o anteprojeto de lei que previa a extinção do SAM e a criação de uma nova política para as questões relacionadas ao menor (17)

O resgate da memória desse espaço ocupacional no Estado (17), destacando a perspectiva do imaginário popular centrado no espectro relacional do “menor infrator” e fomentando uma extrema estigmatização sobre a instituição, encontra ecos:

Mas foi em relação aos chamados transviados que o SAM fez fama, acusado de fabricar criminosos. No imaginário popular, o SAM acaba por ser transformar em uma instituição para prisão de menores transviados e em uma escola do crime. A passagem pelo SAM tornava o rapaz temido e indelevelmente marcado. A

---

<sup>4</sup> Abre-se espaço para menção à obra Capitães de Areia, de autoria do escritor baiano Jorge Amado, referenciada nessa dissertação, que, já em sua apresentação, reporta (quicá, para essa autora, a melhor) ilustração de crianças e adolescentes em situação de abandono e os destinos que se traçam a partir dessas vulnerações. O romance inicia com a referência a diversos pontos de vista sobre ocorrências de furtos praticadas por crianças, demonstrando a cena de redações jornalísticas, posicionamento de gestores públicos da área de segurança, familiares de jovens internos, membros do clero e, por fim, de responsável direto por uma das unidades correccionais.

imprensa teve papel relevante na construção desta imagem, pois ao mesmo tempo em que denunciava os abusos contra os internados, ressaltava o grau de periculosidade dos “bandidos” que passaram por suas instituições de reforma. Sob o regime democrático, o órgão federal frequentou as páginas de jornais e revistas anunciando os escândalos que ocorriam por detrás dos muros de seus internatos (9)

Em conformidade com os códigos de menores de 1927 e de 1979, perpassando pelas leis nº 5258<sup>5</sup> (de 1967) e nº 5439<sup>6</sup> (de 1968), a Febemce foi responsável pela execução da política de acolhimento institucional no Ceará de crianças e adolescentes a partir do ano de 1968 (durante a Ditadura Militar no Brasil), sendo extinta em 1999, já sob a égide do Estatuto da Criança e do Adolescente. Considerando a publicação do Eca, a pesquisa (17) é centrada sobre sua última década, elucidando ainda os impactos que a promulgação de uma legislação como essa tem sobre os serviços prestados.

Uma das premissas mais apontadas sobre o atendimento prestado no âmbito da privação de liberdade é a de que o ambiente compromete qualquer processo de ressocialização diante das condições existentes. Essas condições são apontadas ao afirmar sobre o Serviço de Assistência ao Menor:

[...] era um organismo cheio de vícios. As crianças e adolescentes recolhidos em suas instalações viviam em situação de abandono e desprezo. Há relatos de crueldade praticada com os menores que viviam no local. Conta-se, ainda, que alguns deles passavam diversas vezes pelo sistema e que isso fazia com que ganhassem mais “experiência” no mundo do crime (17)

A Funabem constitui-se, então, herdeira desse contexto, a considerar de suas instalações a suas práticas. Sua distinção, por outra via, caracterizava-se por sua normatização, preconizada no âmbito de suas competências na esfera de atendimento a necessidades básicas de crianças e adolescentes.

No Estado do Ceará, demarca-se o início da Febemce em 1968, com ações em Juazeiro do Norte, e com ampliação, em 1971, para os municípios de Fortaleza e Crato. Em 1996, a Febemce assume entidades coordenadas pela então Legião da Boa Vontade (LBA), extinta.

---

<sup>5</sup> Que dispunha sobre medidas aplicáveis aos menores de 18 anos pela prática de fatos definidos como infrações penais  
<sup>6</sup> Que altera a Lei nº 5258.

O atendimento prestado à ótica da Fundação não se resumia a adolescentes autores de atos infracionais, mas ao atendimento a crianças e adolescentes percebidas sejam em situação de vulnerabilidade, risco social ou em conflito com a lei, a despeito de repousar no imaginário popular a menção à Febemce enquanto “prisão de menores”. Nesta pesquisa, a atenção deter-se-á às atividades voltadas ao atendimento a adolescentes autores de atos infracionais, para tal, cabendo a referência ao Programa de Proteção Especial e, entre seus programas, o das unidades socioeducativas. À época, cabia a execução das medidas de semiliberdade, internação e liberdade assistida<sup>7</sup>, realizada em parceria com outros órgãos.

A medida de semiliberdade era executada em dois espaços da cidade de Fortaleza: Centro Educacional Aldaci Barbosa Mota (CEABM) e Centro Educacional Dom Bosco (CEDB). Na unidade Aldaci Barbosa, responsável pelo atendimento a adolescentes do sexo feminino, também havia o regime de internação, regime também existente na unidade (masculina) São Miguel<sup>8</sup>. Além dessas, funcionava a Unidade de Recepção Luis Barros Montenegro (URLBM), também conhecida enquanto Unidade de Triagem, por ser a referência na admissão e local de partida de crianças<sup>9</sup> e de adolescentes para as demais unidades:27

Antes da inauguração da Unidade de Recepção, os adolescentes eram submetidos à triagem no Centro Educacional São Jerônimo. Antes disso havia dois centros de triagem, um feminino e um masculino. O termo triagem parece-nos muito forte para ser usado em relação a adolescentes. Vem-nos a ideia de um centro de grãos, onde os bons são colocados de um lado e os ruins de outro. No entanto, a expressão torna-se adequada porque era exatamente isso que era feito na recepção (17)

7 Em Fortaleza, o processo de municipalização das medidas em meio aberto iniciou-se através da Fundação da Criança e da Família Cidadã (Funci), com criação de uma coordenação especializada para o acompanhamento às medidas e implantação de núcleos especializados de atendimento para a medida de Liberdade Assistida. Em 2008, esses núcleos foram ampliados e destinados também ao atendimento no âmbito da Prestação de Serviço à Comunidade. Seguindo recomendações do Sinase, o município de Fortaleza realizou, em 2009, por ocasião da I Conferência Municipal de Medidas Socioeducativas, discussões acerca dessa municipalização. Posteriormente, a partir de consultorias técnicas e mini-fóruns com representações das entidades da rede de defesa e dos próprios adolescentes atendidos, foi elaborado redação preliminar do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo em Meio Aberto que, apresentada ao Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - COMDICA, decide por sua aprovação, com alterações, e ratifica o processo de municipalização, em 2012

8 Registra-se ainda a existência do Abrigo José Moacir Bezerra que acolhia adolescentes em situação de vulnerabilidade e também adolescentes primários no cometimento de atos infracionais

9 A unidade recebia também crianças em situação de abandono ou vítimas de violência, sendo referenciadas para programas de proteção.

O ano de 1990 marca a instituição da unidade de recepção e do CEDB (até 1994, esse funcionaria como unidade de acolhimento institucional na modalidade de abrigo, passando então à execução da semiliberdade). Por sua vez, o Centro Educacional São Miguel (CESM), unidade inaugurada ainda na década de 80, funcionou por muito tempo como unidade única de internação, sendo reduto de ambiente com capacidade acentuadamente extrapolada de internos. Em 1997, inaugura-se o Centro Educacional São Francisco (CESF) para atender adolescentes em medida cautelar (provisória). Porém, diante da situação de superlotação e revoltas internas recorrentes no São Miguel, o CESF passa a receber também jovens em cumprimento de internação, com a ressalva de receber jovens primários, enquanto o CESM recebia, em via de regra, jovens reincidentes e com atos infracionais mais graves.

A Febemce integrava, com outras fundações, a Secretaria de Ação Social (SAS) do Estado do Ceará, criada em 1987 com o objetivo de coordenar as ações da área social do Estado. Em 1999, com a extinção<sup>10</sup> da Febemce, seu quadro de servidores é absorvido pela então Secretaria de Trabalho e Ação Social (Setas). Em 2003, a Setas retorna à assumir-se enquanto Secretaria de Ação Social, referência que duraria até 2007 quando, em nova reestruturação, passa a ser denominada Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) e apresenta, entre outras, a finalidade de coordenar e executar as ações técnicas e administrativas nas áreas de proteção integral e medidas socioeducativas, garantindo a assistência ao adolescente em conflito com a lei.

Na STDS, cabia à Célula das Medidas Socioeducativas, vinculada à Coordenadoria de Proteção Social, o acompanhamento às unidades de privação de liberdade e meio aberto. Em documento interno elaborado por equipe dessa referida célula, em 2009, apresentam-se, na cidade de Fortaleza, a URLBM, o CESM<sup>11</sup> (unidade de internação provisória destinada ao atendimento a até 60 adolescentes de 12 a 18 anos e, excepcionalmente, até os 21 anos), o CESF (unidade de

---

10 Mediante Decreto nº 26.697/99

11 A partir de 2001, os jovens acima de 18 anos foram transferidas para o recém-inaugurado Centro Educacional Cardeal Aloisio Lorscheider) e, em 2002, aqueles em internação provisória foram transferidos para o recém-inaugurado Centro Educacional Patativa do Assaré. Em 2006, o CESM troca sua natureza e passa a atender apenas adolescentes em internação provisória.

internação provisória destinada ao atendimento a até 60 adolescentes de 12 a 18 anos e, excepcionalmente, até os 21 anos)<sup>12</sup>, o CSDB (unidade de internação e internação sanção destinada ao atendimento a até 60 adolescentes de 12 a 15 anos e, excepcionalmente até os 21 anos no caso de internação sanção)<sup>13</sup>, o Centro Educacional Patativa do Assaré - CEPA (unidade de internação com capacidade para atender 60 adolescentes na faixa etária de 16 e 17 anos)<sup>14</sup>, o Centro Educacional Cardeal Aloisio Lorscheider (unidade de internação com capacidade para atender 60 jovens de 18 a 21 anos)<sup>15</sup>, o CEABM (unidade destinada ao atendimento a adolescentes do sexo feminino, de 12 a 18 anos e, excepcionalmente, até 21 anos, compreendendo as situações de internação provisória, internação, sanção e semiliberdade) e, por fim, o Centro de Semiliberdade Mártir Francisca<sup>16</sup> (unidade com capacidade para atender 40 adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos).

Além das unidades localizadas na capital Fortaleza, havia unidades de atendimento regionalizadas em Crateús, Sobral, Iguatu e Juazeiro do Norte, todas se qualificando enquanto centros de semiliberdade, inaugurados em 2002, com capacidade para 25 adolescentes e jovens de 12 a 21 anos, de ambos os sexos.

Apesar da ampliação dos atendimentos, a realidade das unidades educacionais do Estado ainda era repleta de histórico de violações. Em 2015, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH)<sup>17</sup> acolheu petição apresentada pela Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (ANCED), pelo Fórum Permanente das ONGs de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA) e pelo Centro de Defesa da Criança e do Adolescente

12 A partir de 2002, transfere-se adolescentes em internação sanção para o CEDB, mesmo destino dos sentenciados, a partir de 2006, passando a se caracterizar exclusivamente como unidade de internação provisória.

13 As instalações do CEDB funcionaram inicialmente como Centro de Recepção e Triagem Marieta Cals. Com mudanças de público, passa a atender jovens em semiliberdade e em internação provisória em 1990. Em 2000, passa a se configurar apenas como provisória, com os adolescentes em semi transferidos para a nova unidade (Mártir Francisca). Em 2002, transfere os jovens em provisória para a unidade Patativa do Assaré e recebe, do CESP, os jovens sentenciados com internação.

14 Criado em 2002 para atender adolescentes em internação provisória, modificando sua natureza em 2006, passando a caracterizar-se como unidade de internação.

15 Inaugurado em 2000, com previsão de atender jovens adultos sentenciados e adolescentes de 14 a 17 anos que tivessem maior compleição física, recebendo, em 2001, os jovens que se encontravam nas demais unidades e que já tivessem atingido 18 anos. A partir de 2006, torna-se exclusivo para internação de jovens adultos

16 A unidade foi inaugurada em espaço alugado pelo Estado, funcionando onde outrora havia uma clínica para idosos  
17 Órgão principal e autônomo da Organização dos Estados Americanos (OEA), integrante do Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos, tem entre suas atribuições a proteção dos direitos humanos no continente americano em consonância com a Convenção America sobre os Direitos Humanos (1978), ratificada pelo Brasil.

do Ceará (CEDECA Ceará), com denúncias sobre graves e recorrentes violações de direito no sistema socioeducativo.

Conforme disposto no texto da Resolução nº 71/2015, com aplicação da medida cautelar nº 60/15, em 31 de dezembro de 2015, a solicitação dos órgãos citados apresentava que:

[...] os propostos beneficiários estariam em situação de risco devido a supostas condições precárias de detenção, que supostamente incluiriam superlotação crítica, uso excessivo da força por parte dos instrutores dos centros, torturas, utilização do isolamento prolongado, abusos sexuais e falta de tratamento médico em unidades de atendimento socioeducativo do estado do Ceará. Essa situação teria levado a numerosas rebeliões e motins que teriam resultado, em 06 de novembro de 2015, no suposto assassinato de um dos adolescentes internados, como resultado da suposta ação da Polícia Militar (18)

Ressalta-se que, em 2015, o quadro de unidades do socioeducativo no Estado do Ceará já havia tido mais modificações, com a instalação das unidades Passaré (Fortaleza), José Bezerra de Menezes (2010, Juazeiro do Norte) e Dr. Zequinha Parente (2014, Sobral). As denúncias apresentadas traziam como fatos e argumentos: ocorrência de um triplo homicídio nas dependências do Centro Educacional José Bezerra de Menezes; rebeliões ocorridas no CEPA (com registro indicativo de práticas de tortura, tentativa de homicídio, ausência de condições mínimas de higiene e evasão de jovens); evasões e greve de fome em resposta a condições de tratamento no CECAL; superlotação e estupro no Passaré; estupro, lesões corporais e outras formas de tortura no CEDB; e superlotação, sinais de tortura, ausência de prestação de serviços médicos e evasões no CESM.

Notificado em abril de 2015, o Estado do Ceará solicitou prorrogação para resposta em maio, julho e agosto do mesmo ano, após apresentação de novos relatórios pelos solicitantes da ação. Em comum, denúncias sobre incidentes de tortura, superlotação, revoltas internas, fugas, sob condução de profissionais das unidades e com suposta conivência do Estado, inclusive com ação violenta por parte de forças de segurança pública quando chamadas a agir para conter processos de conflito nas unidades.

Em 23 de novembro de 2015, o Estado do Ceará respondeu à CIDH reconhecendo os desafios na execução das medidas e apresentando o Plano de Estabilização do Sistema

Socioeducativo do Ceará, com ações que incluíam uma política de recepção, centralização das vagas, infraestrutura e comitês interinstitucionais. Além disso, houve o compromisso de instalação de novas unidades socioeducativas para cumprimento de internação (no bairro Canindezinho e nos municípios de Sobral e Juazeiro do Norte) e de análise da situação processual dos adolescentes detidos, visando a possibilidade de substituição de medida privativa de liberdade por outras em meio aberto.

Frente ao uso excessivo de força por parte de profissionais do socioeducativo e das forças de segurança, propôs-se a abertura de espaço para diálogo com participação, inclusive, de familiares de adolescentes detidos e de instauração de práticas restaurativas na execução dos serviços, além de formalização de um trâmite para denúncias. Outro ponto apresentado pelo Estado foi sobre controle de entrada e saída de pessoas e materiais nas instalações, com vistoria realizada através de *scanners* corporais e detectores de metal.

Destaca-se, sobre à saúde dos adolescentes internos, a resposta:

[...] o Estado afirmou que será implementado um plano operacional estadual que garantirá o atendimento integral da saúde dos adolescentes privados de liberdade. Além disso, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, com a Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social, teriam realizado atividades para garantir o acesso a serviços de saúde pelos adolescentes, entre as quais: atendimento semanal por médicos dermatologistas; campanhas de imunização para funcionários e adolescentes; fumigação e desinfecção das unidades para a erradicação de mosquitos e outras pragas; e contratação de um médico farmacêutico para integrar a equipe de assessoria da Coordenação de Proteção Social Integral. O Estado também afirmou que teria sido instalada uma unidade de medicina legal no Complexo de Atendimento Jurídico para jovens e adolescentes (18)

Pós apresentação da resposta aos solicitantes, novas informações foram apresentadas por esses em dezembro de 2015, indicando permanência das situações de insalubridade, risco pessoal, práticas de tortura e maus tratos; citaram ainda inadequação das condições de trabalho dos profissionais, práticas de isolamento e ausência de contato com familiares, com unidades com capacidade extrapolada em 3 (três) vezes o número oficial de vagas e confinamento total de jovens a dormitórios.

Diante das informações prestadas pelas partes, a CIDH, em análise dos elementos de gravidade, urgência e irreparabilidade, julgou procedentes as reclamações apresentadas pelos solicitantes e estabeleceu como beneficiários de medidas cautelares os adolescentes internos nas unidades São Miguel, Dom Bosco, Patativa do Assaré e aqueles transferidos provisoriamente ao Presídio Militar de Aquiraz. Para tanto, em decisão, consta entre as solicitações da Comissão: adoção de medidas para salvaguardar a vida e a integridade pessoal de adolescentes detidos; condições físicas e de pessoal adequadas, além de aspectos associados à manutenção, com qualidade, da vida; implementação de programas e atividades adaptadas ao público; implementação de medidas de segurança; ações para redução do número de internos; coordenação conjunta de ações e prestação de informações sobre as ações adotadas.

Para além de possíveis sanções, o acato às denúncias e a decisão de aplicação das medidas cautelares colocavam o Estado do Ceará, em âmbito internacional, como um Estado que, por ação ou omissão, tinha práticas violadoras de direitos humanos.

### 2.1.3 O Novo Modelo de Gestão: a criação da Superintendência Estadual de Atendimento Socioeducativo (Seas)

O ano de 2015 encerrava-se com a constatação de situação de crise no sistema socioeducativo do Estado do Ceará, tendo como resposta preliminar o Plano de Estabilização do Sistema Socioeducativo apresentado e uma perspectiva de acordo de cooperação com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Em novembro de 2016, publicava-se o documento interno “Sistema Socioeducativo: perspectivas e possibilidades para um novo modelo de gestão”, elaborado com os compromissos firmados em relação à medida cautelar proferida pela CIDH.

Passo fundante, a Assembleia Legislativa do Ceará aprovou, em 09 de junho de 2016, projeto de criação de instituição exclusiva para gestão do sistema socioeducativo, decisão oficializada em 28 de junho de 2016, por meio da Lei nº 16.040, com a criação da Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (Seas), seus cargos e uma comissão para elaboração do plano estadual decenal de atendimento socioeducativo. O órgão nascia vinculado à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social, mas com autonomia administrativa e orçamentária.

Cabia à Seas, a partir de então, coordenar a gestão e a execução da política de atendimento socioeducativo no Estado do Ceará. Essa coordenação abrangia estabelecimento de diretrizes, avaliação de desempenho, execução de estudos e pesquisas e, entre outros, a implantação de metodologias relacionadas à comunicação não violenta e práticas restaurativas.

Nesse ínterim, instituiu-se também a Comissão Intersetorial do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo, com atribuição de promover as articulações internas no âmbito do poder executivo e composição, permanente, de representantes titulares e suplentes de secretarias públicas relacionados à política sobre drogas, segurança pública, trabalho e desenvolvimento social, educação, saúde, cultura, esporte, planejamento e outras integrantes da estrutura organizacional do Estado. Têm assento, enquanto convidados, o Ministério Público, Poder Judiciário, Defensoria Pública, Assembleia Legislativa e Fórum das Organizações não Governamentais de Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes.

Em desdobramento, designava-se também a criação de uma comissão para elaboração do Plano Estadual Decenal de Atendimento Socioeducativo, com representações afins da Comissão Intersetorial e representantes de conselhos profissionais e de direitos. Com prazo para realização, o plano deveria ainda ser submetido à consulta pública antes de passar para aprovação pelo Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. Por fim, se estabelecia também a avaliação ao plano, em intervalos de até 03 (três) anos.

A lei de criação da Seas define também o quadro de cargos efetivos da estrutura administrativa das unidades, contemplando, enquanto analistas socioeducativos, profissionais das áreas de formação em Serviço Social, Psicologia, Direito, Pedagogia e Administração, e, com exigência de nível médio de ensino, socioeducadores. Em dezembro de 2016, através da Lei nº 16.178, normatizou-se a criação desses cargos, definindo quantidade, vencimentos, atribuições e qualificação, com ingresso por meio de concurso público de provas ou provas e títulos. Na referida lei, se previu ainda avaliação de capacidade física (para socioeducadores) e psicológica, exame toxicológico, investigação social e participação em curso de formação profissional, todos com caráter eliminatório.

No documento do novo modelo de gestão, apresentado à CIDH, as palavras do governador à época, Camilo Sobreira de Santana, abordavam o lançamento do Pacto por um Ceará Pacífico, destinando recursos e ampliando esforços para combate ao fenômeno da violência, e apontavam as primeiras providências no sentido da reorganização como a determinação de regimento interno das unidades socioeducativas e a criação de núcleo especializado na Defensoria Pública do Estado para atendimento a jovens e adolescentes em conflito com a lei, além das já citadas providências de criação da Seas e suas comissões.

Em perspectiva de análise contextual, o aludido documento afirma a trajetória do atendimento socioeducativo imerso em “concepções arcaicas e marcadas pelo modelo correcional repressivo e assistencialista, próprios da Doutrina da Situação Irregular” e que, embora aponte avanços (em referência à Proposta de Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei, resolução nº 41/2022 do CEDCA-CE), não representa ruptura com os paradigmas anteriores, com práticas dissonantes ao discurso normativo. Em menção ao contido nos relatórios apresentados à CIDH, reconhece uma realidade vivenciada em unidades socioeducativas que vão de encontro aos preceitos normativos, mas destaca necessidade de compreensão da crise de forma contextualizada a uma convergência de ações e omissões pelos diversos órgãos do sistema de garantia de direitos,

como a superlotação dos espaços. Nesse sentido, o Estado se coloca como responsável, mas conclama as demais instâncias de proteção, defesa e garantia de direitos para reordenamento das ações.

Enquanto ações de sua competência, o Ceará propunha a regionalização do atendimento socioeducativo, com obras para novas unidades em municípios de grande porte na região centro-sul, a criação de uma central de regulação de vagas e atuação conjunta com o sistema de justiça para averiguação de documentos e processos, implantação de corregedoria para apuração de ocorrências e denúncias, e substituição de sistemática de contratação de colaboradores, contratados por meio de seleção pública simplificada com prova escrita, análise de currículo e investigação social.

Destaque a ser feito aos “planos de intervenção”, propostos com objetivo de reorganização das unidades e implementação do novo modelo de gestão, contemplando transformação da cultura institucional, estabelecimento de rotinas básicas de segurança e administrativo-pedagógicas, construção de portarias de segurança e ações de intervenção e padronização de instrumentos metodológicos de acompanhamento, como mapas de alojamento, cronogramas de atividades.

Reunindo práticas e buscando experiências no restante do país, esse momento foi marcado também pela vinda de representações de vários cantos do país, com menção às figuras do Padre Agnaldo Soares Lima (de Brasília, diretor executivo da Rede Salesiana Brasil), de Francisca Silva (de São Paulo, mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) e de Roberto Bassan Peixoto (Rio de Janeiro/Paraná, ex diretor do Instituto de Ação Social do Paraná e Subdiretor do Departamento Geral de Ações Socioeducativas do Rio de Janeiro) na qualidade de colaboradores na equipe de organização, transição e implantação do novo modelo de gestão. Agregando passagens reconhecidamente exitosas na gestão de medidas socioeducativas, essa equipe de “transição” colaborou para o estabelecimento de parâmetros de gestão voltados para

o alcance de uma comunidade socioeducativa, caracterizando dispositivos como diagnóstico permanente, assembleias, projeto pedagógico e avaliação participativa.

Passados seis anos da criação da Seas, completados em junho de 2022, verifica-se uma realidade distinta daquela que desencadeou essa construção, mas ainda carente de avanços mais significativos. As equipes atuais de gestão dos centros socioeducativos em Fortaleza apresentam conformação baseada na legislação pertinente, com composição multidisciplinar e profissionais contratados através de seleção pública ou selecionados por meio do estabelecimento de parceria com organização da sociedade civil (OSC) para gestão compartilhada dos centros. A direção é exercida por profissional nomeado enquanto Orientador de Célula (ou tipologia diversa de cargo público com equivalência de remuneração), de livre nomeação e exoneração, selecionado em consonância com a exigência de formação em nível superior compatível com a função, comprovada experiência e reputação ilibada, a quem compete responder diretamente pela administração da unidade, estando a ele subordinados às demais instâncias.

Compondo a equipe de referência na gestão<sup>18</sup>, há uma padronização de funções e competências administrativas, técnicas e de segurança. Administrativamente, há o cargo de gerência, a quem cabe a responsabilidade pelo controle de insumos e bens, manutenção e zelo da unidade e gerenciamento da mão de obra, sob supervisão colaborativa com coordenadores administrativos, profissionais selecionados, em via de regra, por experiência de trabalho no processo socioeducativo ou com juventudes. Como apoio técnico, há uma coordenação técnica, função que deve ser ocupada por profissional com conhecimentos teóricos e capacidade de acompanhamento às demandas de apoio processual e articulação intersetorial. Por fim, a Coordenação de Segurança é exercida por profissional a quem cabe atuar desde o planejamento à supervisão das atividades, trabalhando para garantir a execução das rotinas com foco na segurança dos adolescentes, profissionais e visitantes.

---

<sup>18</sup> A conformação sugerida encontra, atualmente, exceção na unidade socioeducativa de semiliberdade, em que não há previsão de coordenação técnica por se considerar a priorização por atividades externas e os quantitativos reduzidos de adolescentes em atendimento. Mas a disponibilização de profissional com essa competência é, inclusive, demanda reivindicada por direções que ocupam função nesse tipo de acompanhamento de medida.

As funções de coordenação administrativa e coordenação técnica são de livre indicação pela gestão socioeducativa a partir de processos seletivos próprios. A função de gerência é compartilhada com organização da sociedade civil responsável pela co-gestão da unidade. Já o cargo de coordenação de segurança é, em geral, ocupado por profissional socioeducador(a) com atividades na unidade e indicado pela direção como apto(a) para o desenvolvimento da função, cabendo anuência da indicação por representante superior.

A partir de editais públicos, em 2017 e 2021, se instituiu abertura de inscrições destinadas ao preenchimento de vagas nas funções temporárias de nível superior para Assistente Social, Psicólogo e Pedagogo, e de nível médio para Socioeducador. Atualmente, não há previsão de advogado presente na unidade, mas a referência de profissional designado para acompanhamento ao centro na equipe da Central de Regulação de Vagas.

Contratadas por meio da OSC que participa da gestão compartilhada do Centro, profissionais de enfermagem atuam em plantões diurnos, alternadamente, e garantem o atendimento básico de saúde aos adolescentes internos. Com periodicidade semanal, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, um médico pediatra atendia socioeducandos com apresentação de agravos que demandam atenção especializada, porém, em meados de julho, essa parceria foi interrompida e os atendimentos eletivos encaminhados para a rede de saúde. Com periodicidade mensal, uma médica psiquiatra atendia os casos referenciados pela equipe de psicologia que necessitem de avaliação para possível prescrição de tratamento farmacológico, porém esse atendimento foi interrompido por desligamento da profissional e ausência de outro em condições de inserção na modalidade de contratação (por cooperativa).

Atividades profissionalizantes e de arte, cultura e esporte são realizadas por instrutores de ofícios. Esses instrutores, contratados via OSC, estão na unidade diuturnamente, com tempo para planejamento e execução de atividades de forma continuada.

Administrativamente, a equipe conta ainda com equipe de apoio técnico responsável pelo acompanhamento às necessidades de assessoramento à equipe de gestão, organização de documentação, arquivo, almoxarifado, gestão de pessoas e outros serviços inerentes à função. Por fim, uma equipe operacional composta por porteiro, motoristas (categorias B e D), auxiliares de serviços gerais, auxiliar de manutenção, cozinheiras e lavadeiras tem também seu rol de atribuições definidos para a boa execução de recepção, transporte, limpeza, zeladoria, alimentação e rouparia.

Na execução das atividades, parâmetros orientadores da gestão são normatizados pela Lei do Sinase (3), destacando-se gestão participativa, assembleias e comissões temáticas (ratificados no plano de gestão da Seas). Para tanto, há documentos estruturantes que devem nortear a rotina, como regimento interno, grade de atividades (cronograma), formulários de controle de alojamento. Salutar ressaltar que a gestão de uma unidade socioeducativa deve primar pela organização metódica, instituição de rotina e disciplina claras, porém, menciona-se ainda que:

[...] o bom funcionamento do centro depende da observação e da avaliação continuadas da realidade, para que possam ser definidas as prioridades do momento. Isso implica em seguir um planejamento maleável, contendo ações alternativas para serem utilizadas quando necessário. Uma instituição totalmente voltada para seres humanos não funciona como uma máquina previsível, pois podem surgir alterações das mais diversas, desde conflitos em função da chegada de um novo adolescente, até problemas na organização da rotina diária devido à falta de um professor que adoeceu. Nesses momentos, pode ser preciso modificar toda a rota, improvisando atividades ou usando espaços alternativos (14).

Assim, verifica-se a necessidade de conhecimento e compreensão desse espaço de trabalho, estudo e intervenção para que, além da norma, se relacione à prática, sem o que se torna letra morta, sem operacionalização e desconexa.

No Estado, estão em funcionamento 11 unidades socioeducativas na capital (contando com a unidade de recepção) e outras 08 no interior do Estado (Juazeiro do Norte, Sobral, Crateús e Iguatu), em diferentes *modus operandi*. Ressalte-se que, como um dos direitos do adolescente privado de liberdade, está a determinação que o mesmo permaneça internado na mesma localidade ou naquela que seja mais próxima ao domicílio de seus pais ou responsáveis (2).

O trânsito do adolescente pelo atendimento socioeducativo inicia-se na sua apreensão, por força de segurança pública, que deve apresentar o mesmo à instância judiciária. Nesse ínterim, o adolescente fica sujeito a ocupar espaço na Unidade de Recepção Luis Barros Montenegro - URLBM (se referenciado em Fortaleza ou região metropolitana), unidade de transitoriedade que deve garantir atendimento inicial enquanto aguarda-se decisão. Neste equipamento, há previsão de atendimento em saúde, psicossocial e previsão de insumos básicos como alimentação, alojamentos em condições adequadas de habitabilidade e vestuário.

Previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (Art. 88, V), as diretrizes da política de atendimento a crianças e adolescentes apontam para a: “integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial a adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional”. Dessa perspectiva, parte-se dos Núcleos de Atendimento Integrado (NAI), consistindo na regulamentação do primeiro atendimento ao adolescente a quem se atribui prática de ato infracional, com especial atenção para um atendimento assertivo e integrado e que afiance direitos.

Por meio da recomendação nº 87, de 20 de Janeiro de 2021, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) apontou orientações para o atendimento inicial a ser prestado preferencialmente em um mesmo equipamento público, com integração operacional dos órgãos do Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e da Assistência Social, assim como do órgão gestor da política estadual de atendimento socioeducativo.

Em junho de 2022, foi inaugurado o Núcleo de Atendimento Integrado da Criança e do Adolescente do Ceará, no espaço onde já funcionava a Delegacia da Criança e do Adolescente, a URLBM e a vara de execução das medidas socioeducativas do Estado. Com o advento do NAI, o espaço passa a contar ainda com núcleos da Perícia Forense (Pefoce), do Ministério Público, da

Defensoria Pública e de secretarias da prefeitura de Fortaleza e de demais órgãos do Estado, relacionados preliminarmente às áreas de Educação, Saúde e Assistência Social.

Decidida a aplicação de medida socioeducativa de internação ou semiliberdade, ou cautelar de restrição de liberdade, o adolescente deve ser transferido da URLBM para uma das unidades socioeducativas, de acordo com exposição pela Central de Regulação de Vagas do Estado (CRV), partindo de critérios como idade, compleição física e gravidade da infração que devem ser novamente respeitados na entidade responsável.

Em Fortaleza, quatro unidades socioeducativas estão destinadas ao cumprimento de medida cautelar (internação provisória): Centro Socioeducativo São Francisco, Centro Socioeducativo São Miguel, Centro Socioeducativo Passaré e Centro Socioeducativo Antônio Bezerra. Dessas, a unidade Antônio Bezerra foi a última instalada, tendo direcionamento atual para atendimento a adolescentes em cumprimento de primeira medida socioeducativa, com proposta metodológica de atendimento a menor número de jovens, com preferência por atividades coletivas e com enfoque restaurativo. Quando de seu estabelecimento, porém, a unidade configurava-se como unidade de atendimento a socioeducandos em tratamento para Covid-19 que, após confirmação de diagnóstico em suas respectivas unidades de origem, cumpriam quarentena nesse local. Com o arrefecimento do quadro pandêmico, aumento da cobertura vacinal e redução dos resultados positivos, a unidade teve sua proposta de atendimento modificada.

De uma unidade de internação provisória, há, em geral, três possíveis determinações: decisão de cumprimento de medida de internação, determinação de cumprimento de medidas de meio aberto (LA ou PSC) ou semiaberto (semiliberdade) e, por fim, a possibilidade de esgotamento de tempo na medida cautelar sem determinação judicial em contrário, o que impele à liberação do adolescente por decurso do prazo de permanência. Nessa circunstância, o adolescente é entregue sob responsabilidade da família ou de responsável designado enquanto aguarda julgamento do processo originário. No caso da medida de internação, deve ser procedida a transferência para

unidades destinadas a esse fim: Centros Socioeducativos Canindezinho, Cardeal Aloisio Lorscheider, Dom Bosco ou Patativa do Assaré, novamente de acordo com os critérios definidos para alocação das vagas.

## 2.2 PROMOÇÃO, VIGILÂNCIA E ATENÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

*“– Um mês de orfanato bastou para matar a alegria e a saúde de Dora. Nasceu no morro, infância em correrias no morro. Depois a liberdade das ruas da cidade, a vida aventureira dos Capitães da Areia. Não era uma flor de estufa. Amava o sol, a rua, a liberdade.” (1).*

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, milhares de participantes discutiram durante cinco dias um assunto comum: o que era saúde e como se conseguiria garantir sua prestação. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe elementos dessa discussão que envolveu sociedade civil e governo e que, de forma participativa e representativa, declarou que:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária. (19)

Nesse período, perdurava instituído o Código de Menores de 1979. Ao longo de seus 123 artigos, a palavra *saúde* é mencionada unicamente no artigo 2º, quando se qualifica a situação irregular enquanto privação de “condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente” em razão da omissão, impossibilidade ou maus-tratos por pais ou responsáveis, caminhando até a caracterização por desvio de conduta ou a infração penal.

Dois anos depois da conferência, em 1988, a publicação da Constituição da República Federativa do Brasil evocava, em seu artigo 6º, o que se entenderia por direitos sociais, portanto

extensíveis e irrestritos. Modificados por três emendas constitucionais (números 26, 64 e 90), esses direitos foram se delineando, amplificando e firmando espaços, estando, porém, o direito à saúde alicerçado desde o primeiro momento. No tocante a crianças e adolescentes, vem o referencial do artigo 227 e sua determinação de dever da família, sociedade e Estado de assegurar direitos, com prioridade absoluta, sobretudo à vida.

Alguns anos depois, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente deflagrou o rompimento com o viés punitivo e discriminatório então vigente no Código de Menores, especificando a disposição da proteção integral à criança e ao adolescente e definindo-os enquanto em condição peculiar de pessoas em desenvolvimento. Como tais, tornam-se sujeitos de direitos referentes “à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (2).

A pauta saúde, antes negligenciada, agora se evidencia enquanto direito fundamental, do nascimento ao desenvolvimento. O acesso à saúde se apresenta sob a perspectiva de integralidade nas linhas de cuidado à criança e ao adolescente por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS) em estruturação, objetivando ações e serviços para “promoção, proteção e recuperação da saúde” (20).

Essa mudança de conceituação apresenta viés efetivamente transformador sobre o papel do Estado, ancorando-se agora na proteção de crianças e adolescentes, buscando minorar discriminações e práticas segregatórias. Mas e quando a segregação ocorre por ato do adolescente? Ao adolescente privado de liberdade por cumprimento de medida socioeducativa de internação, como garantir o acesso à saúde? Sobre a atenção integral à saúde a esse público, se traz:

A assistência e a promoção da saúde do adolescente no contexto institucional da medida socioeducativa de privação de liberdade constituem grande desafio, problema complexo, gerado por múltiplas causas, especialmente pela: fragmentação das ações no atendimento socioeducativo, dificuldade de articulação da rede de saúde, frágil articulação da saúde na ação de socioeducação e persistência da lógica prisional que embasa o tratamento dessas pessoas (21)

Cada um desses itens, seja partindo da fragilidade de articulação da rede ou da lógica do encarceramento e culpabilização dos sujeitos, requer atenção e apresenta elementos necessários à discussão.

### 2.2.1 Saúde, doença e cuidado: vende na farmácia?

A lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, instituída em 2012, busca ordenar os processos que permeiam o acompanhamento da medida socioeducativa, da apuração a sua execução. Parte de um entendimento objetivo: a política socioeducativa se relaciona a outros campos de atuação e deles demanda corresponsabilização. Isso posto, o Sinase tem por princípio fundamental a incompletude institucional, considerando que o adolescente, embora privado do direito à liberdade, não deixa de ser sujeito de direitos outros, como saúde, assistência social e educação. Isto porque, apenas assim é possível concretizar a almejada proteção integral, objetivo maior do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), no qual se incluem ações de proteção sob três eixos: promoção, defesa e controle social, com participação das esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), dos poderes públicos (Executivo, Legislativo e Judiciário) e da sociedade civil (3).

Ora, no ambiente socioeducativo de cumprimento de medida em meio fechado (internação), cabe à entidade (no caso, o centro socioeducativo) garantir aos adolescentes condições de “acessibilidade, habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, vestuário e alimentação suficientes e adequadas à faixa etária dos adolescentes e cuidados médicos, odontológicos, farmacêuticos e saúde mental”. Porém, como a execução de medidas em meio fechado pertence à competência das esferas estaduais de governo, faz-se necessário conciliar com os aspectos de municipalização de sistemas como o de saúde pública. Nesse contexto, a intersectorialidade não se apresenta como uma possibilidade de atuação, mas como uma prerrogativa (22). Dessa forma, cabe

aos programas de execução das medidas socioeducativas uma forte articulação com demais serviços, programas e projetos de forma integrada, buscando garantir os atendimentos necessários para a efetivação do direito.

Seja há mais de 30 anos, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, ou há outros quase 10 anos, com a publicação do Estatuto da Juventude, o direito à saúde de adolescentes e jovens é evocado enquanto direito fundamental mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o desenvolvimento em condições dignas de existência:

Adolescentes e jovens constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. Seu ciclo de vida particularmente “saudável” evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e comportamentos que os vulnerabilizam e podem conduzir para situações de violência e adoecimento. Fundamental ainda considerar riscos produzidos pelo contexto social de desigualdades, resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação relacionados à pobreza, baixa escolaridade, exposição a diversas formas de violência (23).

A diretriz da atenção integral em saúde e o entendimento da necessidade de se promover o desenvolvimento de ações articuladas fez do Estatuto da Juventude mais um marco que ratifica a importância da promoção da saúde. Isso exigiria uma visão sistêmica na atuação, em uma perspectiva multiprofissional, principalmente para lidar com temas sobre saúde sexual e reprodutiva e uso e abuso de substâncias psicoativas. Uma visão sistêmica em saúde (24) “significa que ao falar em mundo interno da pessoa é preciso referir-se ao mundo social no qual ela se constitui”. Assim, a integralidade no cuidado não pode restringir-se à saúde como antônimo de doença, sendo determinada tanto por sua condição biológica como pelas circunstâncias em que está inserido.

Concepções e explicações sobre o processo saúde-doença enquanto construções de seu tempo histórico têm apontado, já no século XIX, duas abordagens sobre o assunto: doenças por contágio e doenças por condição social (25). Nesse ínterim, o avanço da concepção biológica passa a se sobrepor à social ao passo em que logra êxito com a utilização de vacinas, por exemplo, para controle dos casos de adoecimento recorrentes. Porém, o aumento de doenças crônico-degenerativas em contraponto aos quadros infecto parasitários tem colocado em xeque essa concepção unicausal,

demonstrando-a insuficiente para a explicação da ocorrência de doenças. Aponta-se que no fim da década de 1960 houve a proeminência da concepção da determinação social em saúde, como uma abordagem que “(...) busca superar o biologicismo e a linearidade da relação causa-efeito, propondo a articulação de todos os processos presentes na produção das doenças, porém de forma hierarquizada” (25).

No entendimento que a saúde tem uma determinação social, a promoção de saúde relaciona-se a essa mudança de visão e conceitua-se como um instrumental conceitual, político e metodológico, analisando e atuando sobre as condições sociais inerentes à melhoria da qualidade de vida. No contexto da epidemia de aids, em meados da década de 1980, com a rotulação de “grupos de risco”, (26) se traz à discussão a noção de vulnerabilidade enquanto resultante de um conjunto coletivo, de elementos contextuais que elevariam a possibilidade de infecção e adoecimento, caracterizando-se por dimensões individuais, sociais e institucionais. Todos podem adoecer, mas o adoecimento e sua causa é diferente para cada indivíduo em relação direta com o ambiente, acesso e oportunidades.

No debate contemporâneo de saúde como ausência de doença, saúde como bem-estar e como valor social, a promoção de saúde demanda ações intersetoriais coordenadas, não se restringindo a um “setor de saúde”. Mais do que isso, o conceito de saúde como direito se encontra inscrito nos marcos legais nacionais sob um viés contextualizado, como descrito no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde: “(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde, das formas de organização social e de produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (19). Esse conceito ampliado de saúde fundamenta o conceito de saúde previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Nessa, o Sistema Único de Saúde é previsto para garantir o direito à saúde, por meio do acesso, em modelos de atenção e de organização do sistema com o referencial ampliado de saúde.

Na noção de saúde adotada no SUS entende-se que a produção de saúde não se dá somente com as ações restritas deste núcleo, tipicamente as de prevenção de agravos e doenças e as de intervenções curativas, como os tratamentos restritos à prescrição medicamentosa e à realização de exames. Nessa concepção ampliada entende-se que a saúde integral é composta e promovida de inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à cultura. Portanto, na perspectiva da saúde integral e do direito à saúde, o SUS preconiza o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção do bem-estar físico, mental e social. Nas políticas setoriais, enfatiza a Atenção Básica e em especial as ações de educação em saúde. Quando levamos em consideração contextos específicos de vulnerabilidade, como adolescentes em privação de Liberdade, há ainda a maior necessidade de se resgatar essa perspectiva de promoção da saúde (27)

Tal viés se apresenta ratificado na Política Nacional de Promoção da Saúde, que afirma uma estratégia de articulação transversal, ampliando o foco para os fatores que colocam em risco a saúde da população e a relação de tais fatores com as necessidades, territórios e culturas do país. A política busca efetivar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e promovam a participação e o controle social nas políticas públicas.

### 2.2.2 Ressignificando o conceito de vigilância na privação de liberdade

A literatura sobre o tema traz a atenção em saúde como um aspecto relevante no acompanhamento socioeducativo dos jovens, destacando-se como mais prevalentes os processos de adoecimento relacionados a infecções sexualmente transmissíveis, acometimentos dermatológicos e agravos em saúde mental. Em relação a estes últimos, observa-se o excesso de prescrição de psicotrópicos e a importância de uma atuação intersetorial no processo de acompanhamento. Aponta-se, ainda, uma “assimetria” entre o dito normativo e o cotidiano da rotina de unidades de internação e internação provisória, com a persistência de violações de direitos (28) (29), pelo que se propõe então esse olhar “de dentro dos muros”, buscando o tangível e explorando as potencialidades.

Nesse sentido, conhecer os perfis dos usuários atendidos torna-se elemento primordial para uma correta identificação de demandas majoritárias, sem incorrer na falácia da generalização,

mas abrindo espaço para o despertar da vigilância em saúde do adolescente privado de liberdade. Parte-se do princípio de uma atenção generalista em saúde para crianças, adolescentes e jovens, em uma unicidade que, na prática institucional do sistema socioeducativo, não contempla necessariamente esse público, em condição de maior vulnerabilidade. Percebe-se um descompasso entre a produção de conteúdo e a capacidade concreta de atendimento integral, como é o caso de adolescentes privados de liberdade por conflito com a lei.

De uma premissa de incompletude institucional do sistema de atendimento socioeducativo, responsável direto pela gestão das unidades que acolhem esse público, identifica-se um lapso ainda considerável entre o que se propõe em força de lei e o que se consegue realizar em razão de circunstâncias como as condições de atendimento e segurança, com articulações intersetoriais ainda frágeis e envoltas em processos informais de diálogo e delimitação de fluxos. Princípio organizacional do sistema socioeducativo, essa noção de incompletude institucional evoca a necessidade de complementariedade entre políticas setoriais, sem a qual a proteção integral é comprometida; ou seja, há necessidade de integralidade entre políticas para que se eleve o adolescente, esse indivíduo em condição peculiar de desenvolvimento, a sujeito de direitos, com prioridade absoluta.

De acordo com o capítulo V da lei do Sinase (3), a atenção integral à saúde apresenta como uma de suas diretrizes a “[...] inclusão de ações e serviços para a promoção, proteção, prevenção de agravos e doenças e recuperação da saúde”. Na discussão de modelos de atenção em saúde, se debate os referenciais que estruturam processos de trabalho em saúde (30), segundo o que uma “transformação do modelo de atenção, para ser concretizada, exige a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas, nas três dimensões (gerencial, organizativa e técnico-assistencial ou operativa)”, explicando, ainda, que:

Tudo isso é necessário, porém não suficiente para a transformação propriamente dita do modelo de atenção. Esta exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de

trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuários dos serviços (30)

Nessa perspectiva, se passa a discutir a prevenção de riscos e agravos e estratégias para promoção de saúde, modificando o olhar dos “efeitos” para as “causas” das doenças. Com contribuições na área de saúde, ambiente e trabalho, a proposta de uma Vigilância da Saúde surge no viés de integração de práticas de saúde no âmbito de distritos sanitários, com intencionalidade voltada à melhoria de condições de vida das populações.

Relatam-se divergências sobre os termos vigilância da/na/em saúde e remetendo-se à sistematização sugerida por outros estudos, traz-se três vertentes possíveis de entendimento na conceituação de vigilância da saúde: equivalente a análise de situações de saúde, enquanto proposta de integração institucional entre as vigilâncias epidemiológicas e sanitárias e como proposta de redefinição das práticas sanitárias (31).

Há ainda menção à uma equivocada sinonímia entre vigilâncias “da” e “em” saúde, com destaque aos dois termos carregarem consigo uma projeção de ações menos fragmentadas, apontando à frente a questão de necessidade de diálogo e pontes entre as vigilâncias. Nesse ínterim, discutir promoção, vigilância e atenção em saúde no âmbito do sistema socioeducativo passa então por essas prerrogativas conjuntas, de entender o público, o ambiente e ratificar de que estado de saúde falamos, restando-nos identificar seus meios de viabilização.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (Pnaisari) traz como marco referencial do Sinase os conceitos de atenção integral à saúde e visão ampliada das práticas sanitárias voltadas ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. Entre seus eixos, a promoção de saúde e prevenção de agravos requer conhecimento da realidade, do cotidiano desses jovens para uma ação orientada diante das condições de exequibilidade.

O princípio da atenção integral é a organização e estruturação de um atendimento referenciado na rede de atenção à saúde, seja na atenção básica<sup>19</sup> ou na especializada, compreendendo, inclusive, que a privação de liberdade desses jovens é um momento transitório, não determinante. Nesse viés, extrai-se o disposto sobre a vigilância em saúde, que pressupõe “[...] práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (32).

No caso do meio fechado, é preconizado que todas as unidades socioeducativas tenham como referência uma equipe da atenção básica, com estabelecimento de fluxos, produção de informações e dados epidemiológicos, necessitando, indefinidamente, de uma rede articulada e integrada de pessoas envolvidas, com comunicações assertivas e fluidas.

A atenção extensiva às famílias também se faz fundamental nesse processo, para que procedimentos iniciados quando da privação não sejam negligenciados quando da desinstitucionalização e, mais ainda, que o conhecimento sobre os aspectos de vida sejam considerados na análise das influências sobre os adoecimentos. Não há outro meio, portanto, de ressignificar a vigilância no âmbito do sistema socioeducativo sem, sobremaneira, buscar-se o conhecimento sobre as especificidades de seu público, a sistematização de informações, o monitoramento de dados. Vigiar é prevenir, prática necessária em um ambiente tão responsivo.

### 2.2.3 O confinamento da privação: a convivência com a Covid 19 no sistema socioeducativo

Declarada em março de 2020, a pandemia da Covid 19 evidenciou uma crise sanitária de proporção global, quando a tomada de medidas ou a ausência delas impactou direta e diferentemente um número incomparável de pessoas.

---

<sup>19</sup> A despeito de não aprofundar questão nessa escrita, aponta-se a imprescindibilidade de se discutir os “incentivos financeiros” repassados pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações no âmbito da atenção em saúde para jovens em conflito com a lei.

No Estado do Ceará, a situação de emergência em saúde foi decretada em 16 de março de 2020, por meio do Decreto nº 33.510. Entre suas medidas, estava a suspensão (à época, por 15 dias) de visitas em unidades prisionais ou de internação do sistema socioeducativo do Estado. Poucos dias depois, o Decreto nº 33.519 intensificava as medidas para enfrentamento da infecção e iniciavam-se as medidas de isolamento social e quarentena. O serviço público estadual tinha estendido ponto facultativo, mas o serviço essencial continuava lá. Entre esses, o sistema socioeducativo necessitava, rapidamente, proceder a um processo de reorganização interna em meio a uma reestruturação administrativa e pedagógica e demonstrar, a seus funcionários, que o cuidado podia ser mantido em meio à tormenta.

Em maio de 2020, foi instituído o plano de contingência para infecção do novo coronavírus no âmbito dos centros de atendimento socioeducativo do Estado do Ceará, por meio da Portaria nº 50/2020, visando orientar procedimentos e rotinas na prevenção e controle da Covid 19. Então, processos administrativos, como reuniões e monitoramentos, saíram do presencial para um acompanhamento virtual, com comunicações remotas. Treinamentos sobre uso correto de equipamentos de proteção individual (EPIs) também eram realizados a distância, assim como esclarecimentos sobre fatores de risco, cuidados e outras medidas de prevenção e controle.

Cabia às equipes técnicas das unidades socioeducativas o reforço ao apoio psicossocial de jovens e familiares, por meio de ligações ou comunicações via aplicativo de mensagens eletrônicas. À equipe de saúde do trabalhador, o reforço ao apoio psicossocial dos profissionais e acompanhamento dos agravos. De forma operacional, foram definidas responsabilidades para o órgão gestor, funcionários em geral e responsáveis administrativos pelas unidades socioeducativas. Em conferência dos documentos, a valorização da cessão e manejo de equipamentos de proteção individual como requisito maior de segurança, além dos processos de higienização.

Os EPIs eram distribuídos para os funcionários de acordo com exposição e local de atendimento, classificando-se as unidades, neste contexto, em centros com paciente Covid-19,

unidades de porta de entrada e quarentena, e unidades de internação, internação provisória e semiliberdade regulares. Nessas últimas, a ressalva de que profissionais que tivessem acesso a adolescentes em área de isolamento deveriam reforçar a utilização dos equipamentos de proteção.

De forma convencional, o uso de máscaras foi recomendado a todos os profissionais e em todos os espaços. De forma complementar, a recomendação de máscaras N95 para equipe de saúde de todas as unidades e para profissionais em atuação em unidade com pacientes Covid-19, com exceção de profissionais da administração e cozinha. Outros EPIs listados eram: avental descartável, óculos ou protetor facial, touca descartável, propés e luvas descartáveis, sendo esses de liberação mais restrita.

O primeiro ano da pandemia trouxe uma situação alarmante de ausências de profissionais. Com a orientação de autorização de afastamento em caso manifesto de sintomas, o absenteísmo elevou-se rapidamente, evocando necessidade de estratégias para proteção dos profissionais e garantia dos serviços. Uma das possibilidades pensadas foi a mudança das escalas de plantão da equipe de socioeducadores.

Inicialmente projetadas para intervalos de 12h de trabalho por 36h de descanso, houve proposição de alteração para uma escala híbrida, com finalidade de diminuir a frequência de deslocamento dos profissionais e, assim, diminuir os riscos de exposição para todas as partes: 12h de trabalho por 48h de descanso seguidas por 24h de trabalho por 48h de descanso. Preliminarmente, essa ideia foi rejeitada por parte das equipes de socioeducadores em razão, principalmente, dos turnos de 24h, considerando que muitos profissionais acumulavam funções em período oposto ao trabalho nos centros, mas, aprovada pela maioria, a escala entrou em vigor.

Internamente, rotinas foram alteradas nos processos de escolarização, qualificação e esporte e lazer, com diminuição de jovens por atividade e obrigatoriedade de uso de máscaras nas atividades coletivas. As atividades escolares eram realizadas de forma totalmente remota, com exposições virtuais e apoio metodológico das equipes pedagógicas das unidades.

Com a suspensão das visitas, o contato familiar passou a ocorrer também de forma virtual, com contatos telefônicos ocorrendo uma vez por semana em tempo determinado de chamada para garantir viabilidade de contato por todos os jovens.

Entre as medidas tomadas, houve a remodelação das unidades, como citado, com a definição de uma unidade socioeducativa como unidade de quarentena, em que os jovens recém-admitidos deveriam permanecer por tempo mínimo de 14 dias antes de serem transferidos para as demais unidades. A estratégia visava identificar casos suspeitos, com manifestação de sintomas, e, por meio de aplicação de testes, proceder a isolamento evitando disseminação. Adolescentes que recebiam resultado positivo para infecção eram transferidos para outra unidade, com ala específica para receber os casos confirmados.

Nas demais unidades, casos suspeitos eram alocados em dormitórios mais afastados, com testagem feita na própria unidade por profissional designado para esse fim. Enquanto aguardavam o resultado, os casos suspeitos de Covid-19 ficavam isolados, sem participação em atividades coletivas. A família era informada do isolamento e comunicada das intercorrências.

Válido mencionar que algumas unidades dispunham de três, quatro até cinco dormitórios possíveis de serem utilizados para esse distanciamento, outras dispunham de um ou dois. Com o aumento dos casos, isso acarretava em jovens compartilharem o mesmo espaço enquanto aguardavam resultado de testes, mesmo estando em diferentes fases de uma possível infecção.

No caso de profissionais com suspeita de contágio por Covid-19, considerando inclusive os índices de afastamento, o protocolo foi alterado ao longo do processo, não sendo mais possível a ausência apenas pela manifestação de sintomas, mas justificada apenas com documentação médica. Os testes eram garantidos por meio de insumos cedidos pela secretaria de saúde para o atendimento socioeducativo e, no caso de positividade, o profissional permanecia afastado por tempo recomendado, devendo retornar apenas com autorização médica.

O plano de vacinação contra Covid-19 no município de Fortaleza estabelecia grupos prioritários divididos em 04 “fases”. Considerando a fase 01, inicial, contemplando profissionais de saúde, houve registro de movimentação das equipes técnicas das unidades para tentarem se “enquadrar” e assim antecipar processo de imunização, não sendo facultado esse entendimento por parte dos setores responsáveis. Dessa forma, os profissionais que não se encaixassem também nas demais caracterizações (etárias ou portadoras de comorbidades), aguardavam ansiosamente pela fase 04, que contemplaria funcionários do sistema prisional (e, por extensão, do socioeducativo), além dos próprios jovens privados de liberdade.

Com o assunto discutido coletivamente, foi apresentado aos jovens a chegada da vacina, sendo amplamente aceita. Em força-tarefa, profissionais do sistema municipal de saúde deslocaram-se de forma escalonada para as unidades socioeducativas e vacinaram, em 1ª dose, os jovens internos, sendo a unidade socioeducativa Dom Bosco a primeira a realizar a vacinação em massa.

Posteriormente a esse primeiro ciclo coletivo de vacinação dos jovens internos, foi estabelecido cronograma sistemático de imunização para aplicação de primeira dose e definido protocolos para aplicação de segunda dose e reforço, já considerando também o arrefecimento dos casos positivos e a ampliação da cobertura vacinal.

Por sua vez, para os profissionais, conferia-se rotineiramente as novas listagens de agendamento, buscando garantir que todos conseguissem êxito. Com levantamentos contínuos de efetivação da vacinação, percebia-se resistência de parte (pequena) de profissionais que se furtavam à imunização. A esses, foi exigido que apresentassem justificativa formal para o fato.

Traz-se esse relato à presente pesquisa com a proposta de compreensão de contexto quando da discussão sobre os resultados encontrados.

### 2.3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

O estudo teve como premissa uma abordagem qualitativa. Sua análise parte de “[...] um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação” (33), com apontamento ao verbo compreender como base da análise qualitativa, evocando a condição de se colocar “no lugar do outro” ao mesmo tempo em que se baliza as contradições que perpassam esses entendimentos:

Ao buscar compreender é preciso exercitar também o entendimento das contradições: o ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses. Interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e também está presente nela: toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. A interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice-versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido (33).

A decisão por uma abordagem qualitativa está diretamente ligada ao significado da pesquisa em relação à amostra definida. O estudo foi realizado no município de Fortaleza (CE), no Centro Socioeducativo Dom Bosco, unidade de internação sem prazo determinado localizado no bairro Passaré. A inserção no local teve início em junho de 2021, quando, por questões de trabalho, houve a transferência de posto desta pesquisadora, para atuação no referido centro como Orientadora de Célula (diretora). Sendo assim, esse local foi escolhido por conveniência, representando uma forma de garantir acessibilidade na execução da pesquisa, ao mesmo tempo em que buscava afiançar devolutiva útil para o ambiente pesquisado. Nesse ínterim, buscou-se identificar as possibilidades de realização da pesquisa, com apresentação da proposta ao núcleo estadual da Escola de Socioeducação, responsável pela liberação de pesquisas na área no Estado, e aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da Fiocruz Brasília.

A metodologia adotada foi de levantamento bibliográfico e documental, com utilização de dados secundários extraídos dos prontuários de acompanhamento a adolescentes restritos de

liberdade e sob a tutela do Estado, no Centro Socioeducativo Dom Bosco, e outros disponibilizados pelo núcleo de saúde da Seas.

Para contextualizar o local da pesquisa foi realizada busca documental em registros institucionais sobre a constituição desse espaço, desde sua criação até os dias atuais, incluindo referências não publicadas, produzidas internamente por órgão administrativo responsável pela área. Buscando elementos de percepção externa sobre esse mesmo ambiente, foi realizado uma busca simples, por aproximação nominal (palavras-chave relacionadas: centro educacional dom bosco, centro socioeducativo dom bosco, unidade dom bosco ceará, centro dom bosco febemce), em periódicos e publicações disponíveis em site de buscas Google, tentando identificar notas de imprensa e comunicações institucionais sobre a unidade.

Outras referências foram buscadas primariamente a partir de documentos de legislação específica e correlata ao público atendido, tendo necessidade de vinculação com o discutido nas leis do Sinase, ECA e SUS/Pnaisari.

A identificação da literatura foi realizada ao longo de todo o período da pesquisa, em material físico e digital, sem limitação temporal de conteúdo selecionado, objetivando traçar paralelos entre produções de diferentes períodos. De fevereiro a julho de 2022, foi realizada busca em base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, selecionadas pela concentração e disponibilização de textos completos de artigos e dissertações publicadas. As buscas de literatura envolveram produções ligadas a adolescências e juventudes; atenção, promoção e vigilância em saúde; e privação de liberdade, com seleção de publicações que apresentassem indicativos de convergência entre duas ou mais categorias indicadas (vigilância em saúde e privação de liberdade; juventudes e atenção em saúde; adolescências e privação de liberdade)

Para caracterizar o perfil dos adolescentes que estavam em situação de privação de liberdade no período de julho a agosto de 2022 na unidade socioeducativa Dom Bosco, utilizou-se

como critérios de inclusão a existência de prontuários abertos para acompanhamento de adolescentes internos e o registro de pelo menos 01 atendimento pelos setores de pedagogia, enfermagem, psicologia ou serviço social. Foram excluídos da pesquisa prontuários de adolescentes desligados do processo de internação ou sem informação de atendimento no período definido para coleta de dados.

Considerando a vinculação entre pesquisa e espaço de atuação, optou-se por uma pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, com análise a partir da compreensão e interpretação da realidade e objetivos exploratórios e explicativos. Como processo da pesquisa para coleta de dados, buscou-se registrar as impressões iniciais, as percepções de comportamento, inclusive destacando as consonâncias ou discordâncias de postura e fala (33).

Como benefícios almejados, essa pesquisa visou contribuir para o aprimoramento de ações atinentes ao contexto cotidiano de intervenção, provocando reflexão sobre as capacidades de melhoria das atividades e proposições, fluxos e procedimentos para maior a efetividade das demandas apresentadas.

Como riscos relacionados à pesquisa, identificou-se uma possível resistência à abordagem do tema pela pesquisadora por estar em posição de gestão da referida unidade socioeducativa, devido a uma percepção de conflito de interesses, ou mesmo a uma ressalva por parte das equipes técnicas em permitir o acesso às informações coletadas.

Nesse sentido, buscou-se reduzir os riscos a partir de uma exposição didática sobre os objetivos e intencionalidades da pesquisa e possibilidade de acompanhamento de suas etapas. Porém, algumas informações individuais referentes aos atendimentos de enfermagem e psicologia não puderam ser acessadas em razão do sigilo e ética profissional. Desses serviços, as informações foram disponibilizadas de forma agrupada, mediante acompanhamento do núcleo de saúde da Seas, com dados conforme o monitoramento realizado especificamente. Dados referentes ao uso de

entorpecentes foram extraídos da ficha de admissão, na qual há declaração inicial prestada pelos internos.

A ficha de admissão dos adolescentes apreendidos segue um modelo padrão (Figura 1), a qual é preenchida no momento da sua admissão na URLBM. Nesse instrumental, são coletados dados básicos de identificação (dados pessoais, documentos apresentados durante a admissão, ato infracional atribuído) e informações iniciais sobre estado físico e psicológico do adolescente: indicativos de agressão, hematomas, exames de corpo de delito, atendimento hospitalar e estado emocional (calmo, agressivo, comunicativo, apático, sob efeito de substâncias psicoativas).

**Figura 1** – Reprodução da página inicial de ficha de admissão do(a) adolescente na URLBM

**ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL  
UNIDADE DE RECEPÇÃO**



FOTO  
3X4

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Nº DO PROCESSO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

COMARCA DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

ORIGEM:

( ) DCA

ENTRADA:

( ) UNIDADE DE RECEPÇÃO LUIZ BARROS MONTENEGRO

Data de Admissão na Unidade de recepção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. DADOS PESSOAIS:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

FILIAÇÃO:

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

ETNIA:

( ) Branco ( ) Pardo

( ) Preto ( ) Amarelo

( ) Indígena

Ao analisar as fichas dos adolescentes admitidos na unidade socioeducativa Dom Bosco, percebeu-se uma incompletude dos campos, principalmente entre as variáveis de preenchimento não obrigatório, mas identificadas a partir de um atendimento específico prestado ao adolescente.

A partir dos dados disponíveis nessa e nas demais fontes de informação institucional, foram extraídos dados referentes à idade, território de sociabilidade, escolaridade, relação familiar, primariedade ou reincidência no cometimento de atos infracionais, tempo privado de liberdade, declaração de uso de substâncias e registros de evoluções de atendimento no tocante à saúde física e mental.

Vale destacar que o acesso aos prontuários e a coleta de dados ocorreu após anuência da SEAS e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Fiocruz Brasília. A própria pesquisadora, também trabalhadora do local do estudo, foi quem coletou os dados em horário diferente de seu expediente regular de atividades.

Para a compilação e análise dos dados quantitativos, foi utilizado planilha eletrônica, que permitiu sua organização e classificação. Na apresentação das informações, visando garantir a confidencialidade de dados que pudessem levar à identificação pessoal, optou-se por fazer registros ora simples, ora agregados, sem comprometer a apresentação de indicadores obtidos para discussão. Além disso, manteve-se em sigilo a identidade dos adolescentes e de todos os profissionais da referida unidade socioeducativa, conforme os princípios éticos estabelecidos na Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Considerando o contexto da pandemia por Covid-19, foram ainda asseguradas medidas sanitárias para segurança dos envolvidos nesta pesquisa, com garantia de utilização de materiais de proteção individual como uso de máscaras e higienização das mãos com sabonetes antissépticos e dos objetos com álcool em gel, afiançando ainda manutenção de distanciamento físico e outros protocolos sanitários estabelecidos e necessários.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 O CENTRO SOCIOEDUCATIVO DOM BOSCO POR QUEM O SABE

*“– Vinha a notícia: Ontem a polícia baiana lavrou um tento. Conseguiu prender o chefe do grupo de menores delinquentes conhecidos pelo nome de “Capitães da Areia”. Por mais de uma vez este jornal tratou do problema dos menores que viviam nas ruas e da cidade dedicados ao furto.” (1).*

O Centro Socioeducativo Dom Bosco funciona em um prédio localizado à Rua Eldorado, 800, bairro Passaré, na cidade de Fortaleza (CE). Como visto, o imóvel já acolheu ambiente de triagem de adolescentes em dita “situação irregular”, passando depois ao atendimento de adolescentes em cumprimento de medida de semiliberdade e internação provisória e posteriormente ao atendimento da medida socioeducativa de internação (sanção e sem prazo determinado). A unidade destina-se a adolescentes de 12 a 16 anos, primários na decisão de internação por cometimento de atos infracionais e aqueles cujo ato seriam considerados como de mais leve gravidade.

O centro localiza-se no denominado “complexo”, por agregar, de forma vizinha, quatro unidades socioeducativas: Centro Socioeducativo Dom Bosco vizinho ao Centro Socioeducativo Passaré, sem passagens internas, mas com muro divisório comum; e Centros Socioeducativos São Francisco e São Miguel, com estruturas individuais, mas entrada comum. Em dezembro de 2017, com publicação de portaria da Seas nº 091, passou a ser adotado o entendimento de que, priorizando-se a manutenção do adolescente em região próxima ao domicílio de seus familiares ou responsáveis, as unidades de internação não comportam unidades exclusivas por tipo de medida, salvaguardando-se a separação entre “sentenciados e não sentenciados” e excetuando, nessa perspectiva, a execução de medida socioeducativa de semiliberdade. Nessa perspectiva, há jovens em cumprimento de internação em todas as unidades do complexo, mas apenas o Dom Bosco é destinado especificamente para esse fim.

Assim, a unidade CSDB tem-se mantido enquanto uma unidade de internação por sentença sem prazo determinado, com adolescentes compreendidos entre 12 a 18 anos, alocados em 28 dormitórios de convivência com capacidade preferencial de 02 adolescentes em cada, observadas as questões de compleição física, idade, gravidade de ato e territorialidades.

O endereço da unidade remete à localidade Passaré, em Fortaleza. Segundo dados georreferenciados pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, o bairro tem uma área de 7,19km<sup>2</sup> e uma população residente de 50.940 pessoas, com densidade de 7.089 hab/km<sup>2</sup>. O índice de desenvolvimento do bairro é de 0,225, ocupando a 96<sup>a</sup> posição em um total de 119 bairros da capital. Destaca-se que, na dimensão de longevidade, que busca refletir as condições sociais, o bairro ficou entre os 10 piores do município (Secretaria de Desenvolvimento Econômico de Fortaleza, 2010). A área é predominantemente residencial, com existência de pequenos comércios e prédios públicos voltados à prestação de serviços. Há um ecoponto<sup>20</sup>, uma policlínica e 03 Unidades de Atenção Primária em Saúde, sendo a UAPS Alarico Leite a referência para as unidades socioeducativas do território. No bairro, há informação de 11 equipamentos educacionais. Não há equipamentos da política de Assistência Social e houve a inauguração recente da Areninha Jardim União, referenciado à área do entorno. Como marcos do bairro, registra-se o Parque Ambiental do Passaré e a Clínica Veterinária Jacó, único espaço de atendimento veterinário público mantido pela gestão municipal. Bem próximo à unidade socioeducativa, estão as comunidades Riacho Doce e Rosalina, áreas com estigmas enraizados na cidade em razão de registros de insegurança pública.

No relatório apresentado pela comissão interamericana de Direitos Humanos (55), a unidade é diretamente citada entre aquelas consideradas com adolescentes em situação de gravidade e urgência. Relatos de visitas de inspeção em 2013 e 2014 constataram atos de tortura, lesões corporais e suposto crime de estupro sob consentimento de outros profissionais, além de uma rebelião em fins de 2014, que teria sido contida com intervenção policial em uso desmedido de força.

---

<sup>20</sup> Local mantido pela prefeitura municipal para descarte voluntário de resíduos sólidos e coleta seletiva.

Em 2015, novo relato traz informação de presença policial sem conhecimento dos órgãos de justiça e reiteração em práticas de tortura. Em novembro desse mesmo ano, em visita do Conselho Nacional do Ministério Público na unidade, teria sido identificada a ausência de atividades escolares e profissionalizantes e a ausência de insumos básicos, como colchões, água potável, além de alegada incapacidade técnica dos profissionais e presença superior à capacidade instalada. Em dezembro do mesmo ano, o Mecanismo Nacional de Combate à Tortura teria identificado no Dom Bosco ala destinada a medida disciplinar de isolamento com presença de 12 jovens há cerca de 07 dias<sup>21</sup>.

Entre os últimos elementos apresentados, fala-se de rebeliões ocorridas entre outubro a dezembro daquele ano, com queimas de colchões por ausência de atividades recreativas, fugas e tentativa de fuga de jovens e retaliação por parte de profissionais com privação de água e comida. Diante dos fatos, os adolescentes internos no (à época) Centro Educacional Dom Bosco são considerados beneficiários da medida cautelar apresentada pela Comissão Interamericana.

De forma a identificar a historicidade da unidade sob diferentes vieses, levantamento documental buscou menções ao Centro Socioeducativo Dom Bosco em notas de imprensa e comunicações institucionais, encontrando-se:

2012: Notícia institucional (Conselho Nacional de Justiça) sobre inspeção a unidades socioeducativas do Estado do Ceará, entre essas ao Centro Educacional Dom Bosco, reconhecido como uma das mais superlotadas do Estado<sup>22</sup>.

2013: Notícia de imprensa sobre motim no Centro Educacional Dom Bosco iniciado por meio de uma discussão em sala de aula, com intervenção de Corpo de Bombeiros e Grupo de Ações Táticas Especiais (Gate)

---

21 No Regimento Interno em vigência (2015), a medida disciplinar de “restrição do adolescente ao dormitório” era destinada ao cometimento de transgressões graves e com tempo máximo previsto de cinco dias.

22 Segundo dados da vara de Execução de Medidas Socioeducativas do Tribunal de Justiça do Ceará, havia, à época, 170 adolescentes internados na unidade (repisa-se, com capacidade para 60)

2014: Notícia de imprensa sobre ação civil pública conjunta entre Defensoria Pública e Ministério Público do Estado do Ceará com solicitação de interdição do Centro Educacional Dom Bosco.

2015: Notícias de imprensa sobre ocorrência de conflitos na unidade socioeducativa Dom Bosco nos meses de agosto, novembro e dezembro de 2015, com relato de rebelião, fuga de internos e intervenção de força policial, e notícia institucional da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará sobre audiência pública para discussão de condição de trabalho de agentes socioeducadores por iniciativa de políticos de oposição ao governo.

2016: Notícias institucionais da Associação Nacional das Defensoras e Defensores Públicos de força-tarefa para atendimento e orientação jurídica de internos do Centro Socioeducativo Dom Bosco<sup>23</sup> e da Fian Brasil (Organização pelo Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas) sobre a reunião de grupo de trabalho com participação dos petionários na denúncia apresentada à CIDH e representantes do governo brasileiro, para apresentação do contexto atual do sistema socioeducativo do Ceará

2017: Notícias institucionais, sendo uma do Conselho Nacional dos Direitos Humanos e outra da CIDH sobre missão em Fortaleza para monitoramento do cumprimento do disposto nas medidas cautelares determinadas, e menção em notícias de veículo de imprensa sobre chacina ocorrida na unidade de semiliberdade Mártir Francisca com referência à resposta da Seas de total implementação das medidas cautelares relativas às unidades socioeducativas, entre essas o CSDB.

2018: Notícias institucionais de parceria da Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo com o Basquete Cearense, para implantação de um centro de Treinamento de basquete como parte das atividades do Programa Esporte Gera Ação, em

---

<sup>23</sup> Destaca-se a notícia: “A intervenção constatou dois pedidos de unificação de medidas socioeducativas, sete pedidos de extinção de medidas de meio aberto, três pedidos de extinção ou progressão de medida, quatro relatórios em atraso, além de dezenove adolescentes sem carta de guia, cuja atuação necessitará de se ingressar com habeas corpus. ‘O previsto era que 40 processos fossem analisados, entretanto, devido ao desfalque da equipe de agentes socioeducativos, concluímos 25 desses”.

consonância com o disposto no Ceará Pacífico, e de participação de jovens do CSDB em oficina de pinhole em parceria com o Museu da Imagem e do Som

2019: notícia institucional de oficina de grafite com adolescentes do CSDB em atividade na sede da Vice-Governadoria do Estado, em nova iniciativa do Pacto por um Ceará Pacífico.

2020: notícias institucionais de parceria entre a Seas e o Núcleo de Fitoterápicos da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, com realização de atividades de uma Farmácia Viva nas dependências da unidade, e dos encaminhamentos em razão da disseminação do vírus da Covid-19, como realização de contatos familiares via videochamada em razão de suspensão de visitas presenciais, além de manifestação da Defensoria Pública do Ceará sobre providência no âmbito do sistema socioeducativo, com recomendações no tocante ao Dom Bosco para prevenção sanitária. Identificada também notícia de imprensa sobre casos identificados como positivo em testagem de profissionais para Covid-19.

2021: notícia de veículo de imprensa sobre decisão da Justiça Estadual do Ceará de reforma e controle de lotação em unidades socioeducativas de Fortaleza, estando o CSDB entre essas e notícia institucional de formação de turma do Projeto Jovens Profissionais do Futuro, em parceria da Seas e entidade não governamental Rede Cidadã

2022: notícia institucional do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará informando a inclusão de centros socioeducativos (entre eles o Dom Bosco) em processo de ampliação de seções eleitorais destinada ao atendimento de pessoas privadas de liberdade.

Desvela-se, desse levantamento, lapso temporal com ausência de informações sobre o atendimento das unidades socioeducativas (com concentração de notícias no biênio 2015-2016), prevalência de informações por veículos de imprensa sobre ações de conflito e incidência de notícias institucionais com perspectiva de ações positivas nos últimos anos.

A relação entre mídia e os processos de responsabilização dos adolescentes em conflito com a lei surge também como um indicador para aprofundamento da reflexão, na intencionalidade de acompanhar como coberturas que tendem a visões negativas do processo influenciam debates, por exemplo, sobre a redução da maioria penal a partir de retratações distorcidas do público e, em viés sensacionalista, estimulam práticas estritamente punitivas como enfoques de intervenção (34). Há, inclusive, argumentação que aponta para construções editoriais baseadas em mitos, com presença de uma exposição reducionista, que ora negligencia o debate sobre o sistema, ora potencializa uma reação de medo generalizado que demandaria ações ostensivas em reação (35).

### 3.2 O CENTRO SOCIOEDUCATIVO DOM BOSCO POR QUEM O FAZ

O projeto político-pedagógico da aludida unidade (publicado em 2022) traz como objetivo geral a possibilidade de um processo socioeducativo de forma integral, embasado em uma missão que aponta a promoção do processo socioeducativo através de ações que visem à integralidade no desenvolvimento dos adolescentes, almejando que esses possam contribuir socialmente de forma autônoma e responsável.

O Centro Socioeducativo Dom Bosco conta com uma média de 110 funcionários, entre socioeducadores, equipes técnicas e profissionais administrativos. Por se tratar de uma unidade destinada à execução de medida de internação, tem um fluxo de admissões relativamente baixo, com cerca de 2 a 4 jovens recepcionados a cada 10 dias.

Com o objetivo de afiançar a garantia de direitos no atendimento socioeducativo, a unidade estabelece como metas o atendimento multidisciplinar em prazo máximo de 24h após a entrada no Centro, encaminhamentos direcionados para o atingimento do pactuado nos planos individuais de atendimentos (Pia), atendimento semanal aos internos, oferta regular de insumos relacionados à integridade física dos atendidos, atenção às famílias, reuniões sistemáticas em

perspectiva de governança participativa e oferta de educação continuada para os profissionais e, por fim, estabelecimento de parcerias institucionais que auxiliem nos fluxos e atendimento das demandas existentes.

As fases do atendimento socioeducativo no Dom Bosco iniciam-se pela recepção, realizada, em geral, por profissional da área de segurança, que orienta sobre a rotina da unidade e, junto de responsável administrativo, acompanha o recebimento de insumos básicos como uniforme, rouparia, colchão e kit de higiene pessoal. O atendimento técnico inicial é realizado com determinação de equipe de referência, que deverá acompanhar o jovem durante todo seu processo de internação. Nesse momento, deve ser garantido contato com família ou responsável legal. À área pedagógica cabe conferência de informações escolares do jovem e encaminhamentos de matrícula e à área de saúde a verificação inicial de estado físico, com identificação de processos de doença pré-existentes. A partir daí, os adolescentes são alocados em dormitórios seguindo critérios como compleição física, histórico infracional, territórios de sociabilidade e apontamento de questões específicas como necessidades de atenção diferenciada.

A unidade apresenta estrutura física comportando 06 alas de convivência, área administrativa e pedagógica. As alas de convivência são distribuídas da seguinte forma: ala de admissão VI (dormitório único, com capacidade máxima para 03 adolescentes), ala disciplinar V (05 dormitórios com capacidade para 02 adolescentes em cada dormitório) e alas de integração I a IV (cada uma com 07 dormitórios e capacidade para 02 adolescentes em cada dormitório). A capacidade instalada da unidade é definida com base nas suas alas de integração, totalizando 56 adolescentes ou jovens.

As alas de integração seguem um sistema de progressão, em que cada fase corresponde a uma lotação específica: Atendimento Inicial (Ala I), Intermediária (Ala II), Semi Referência (Ala III) e Referência (Ala IV). Em exemplo: o jovem recém admitido na unidade é acolhido na Ala VI, onde passa a acompanhar a rotina da unidade enquanto tem seus primeiros atendimentos garantidos

por equipe multidisciplinar e acompanhamento por equipe de segurança. Posteriormente, esse jovem é alocado na Ala I, iniciando seu processo de avaliação do plano individual. A passagem, ou progressão, para as alas seguintes é precedida por discussões coletivas, envolvendo direção, equipes técnicas e socioeducadores, que discorrem sobre o comprometimento demonstrado com a execução da medida e emitem parecer sobre possibilidade do jovem “ascender”<sup>24</sup>.

A todos os internos das alas de integração é garantido acesso à sala de aula, para processo de escolarização e lazer, além de inserção gradual em oficinas de arte e cultura conforme a disponibilização de vagas e possibilidade de encaixe no cronograma de atividades, com a ressalva de limitação de interação em ambientes coletivos. A “progressão” para as demais alas resulta na participação em atividades com maior número de adolescentes, inserção em práticas regulares de esporte e profissionalização e, na fase de “referência” ou conclusiva, projetando-se uma possibilidade de retorno à convivência familiar e comunitária com o encerramento da medida de internação, esse jovem pode participar de atividades externas (desde que não haja determinação judicial em contrário) e tem um tempo diário mais preenchido com atividades diversas.

Nesse aspecto, se traz à visão discussão sobre a capacidade de autonomia dos indivíduos em instituições como os centros socioeducativos, visto a imposição de restrição a tomadas de decisão em consonância com a instituição de rotinas e procedimentos padronizados (36). Na perspectiva apresentada de um sistema de progressões baseado em comportamentos apresentados e com a pesquisa imersa em uma observação ativa, essa reflexão traz de volta estranhamentos que o cotidiano finda por esconder. Esses espaços, sem uma atuação voltada para a atenção às demandas individuais, que permita essa atribuição concreta de sentido ao atendimento prestado, remonta à padronização de posturas “aceitáveis”. Mesmo no acompanhamento às medidas em meio aberto (37), percebe-se ainda processos de intervenção socioeducativos próximos à estrutura semelhante ao processo penal adulto, com liberdades vigiadas a partir de condicionantes de bom comportamento como escolarização, inserção no mundo do trabalho, restrição de convivências, horários definidos

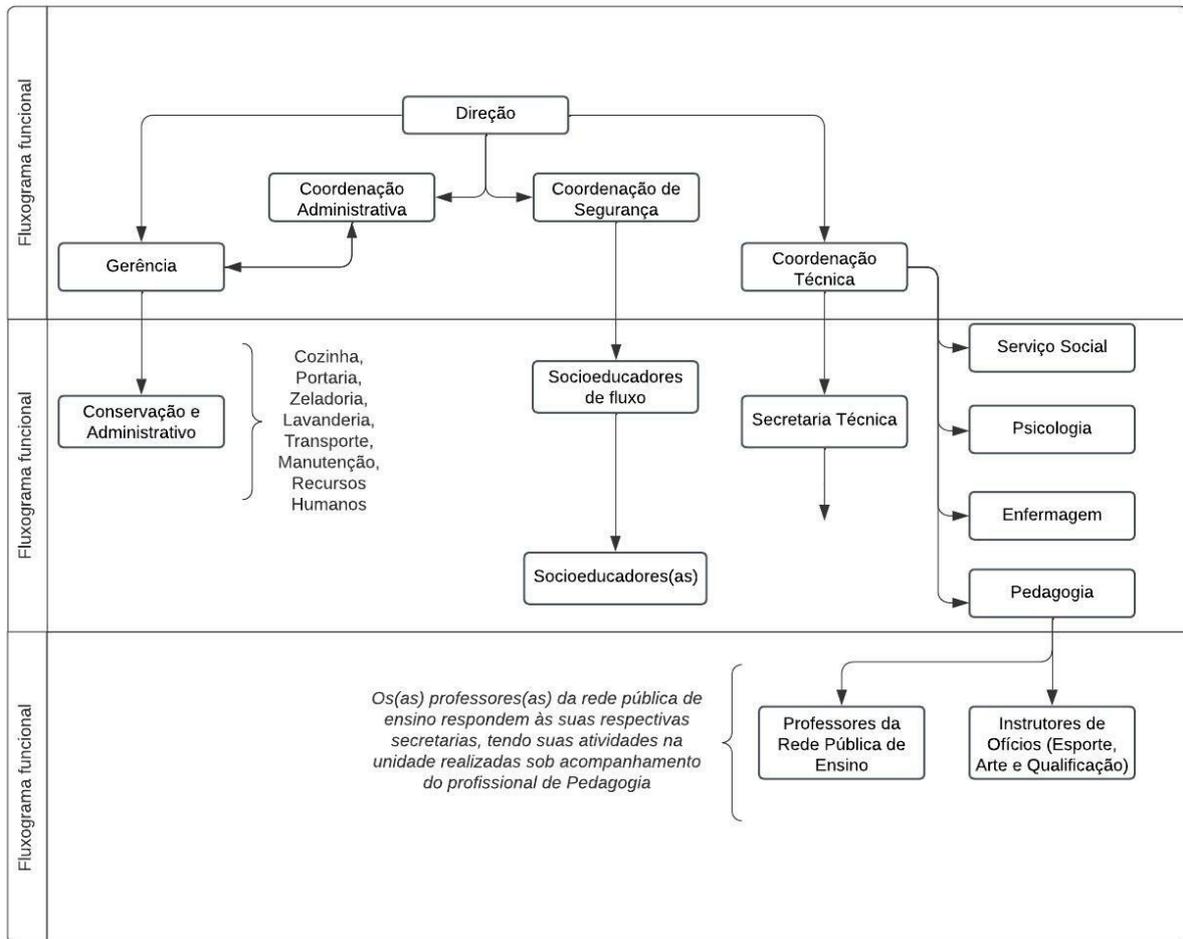
de recolhimento e afastamento de consumo de substâncias entorpecentes. Nesse sentido, podemos fazer um paralelo com o conceito de instituição total, que caracteriza espaços de concentração de pessoas segregadas, com rotinas definidas institucionalmente. Essa conceituação, proposta por Goffman (1987), traz ainda um indicativo de constituições, em geral, de sistemas de privilégios, em que se bonifica ou penaliza a partir da (in)adequação a comportamentos padrões. Voltaremos a isso adiante. Um questionamento salutar sobre a padronização de posturas esperadas refere-se à discussão sobre as necessidades de adaptação metodológica a jovens que, por ventura, apresentem uma trajetória de garantias básicas afiançadas. Nesse caso, ao que dirigir a atenção? Surge daí a sugestão de aprofundamento analítico sobre as intencionalidades de sentido no acompanhamento das medidas socioeducativas.

Os atendimentos técnicos são realizados por um profissional de pedagogia e dois profissionais de enfermagem (que referenciam toda a unidade), quatro profissionais de psicologia e quatro de serviço social que, na perspectiva de atendimentos em dupla, devem referenciar cerca de 14 adolescentes cada. Uma coordenadora técnica é responsável pelo acompanhamento direto desses profissionais

A equipe de segurança é coberta por socioeducadores e dois coordenadores de segurança que ocupam o cargo de socioeducador somados à gratificação especial por desempenho. Esses coordenadores estabelecem, entre os demais socioeducadores, a definição de profissionais de fluxo, que auxiliam na mobilidade das atividades durante os turnos de serviço, profissionais responsáveis pelas vistorias corporais e profissionais responsáveis por cobertura às demandas administrativas (rouparia, higiene ou alimentação). Os turnos de serviço são definidos com base em escala 12/36h, com turmas definidas para plantões diurnos e noturnos.

O organograma da instituição segue como exposto a seguir (Figura 2):

**Figura 2 - Organograma do Centro Socioeducativo Dom Bosco, 2022**



Fonte: autoria própria

A instabilidade dos profissionais é um assunto pungente, com demanda contínua por concurso público que promova uma maior estabilidade nas funções. O quadro de servidores temporários, em geral, distribui-se por profissionais de longa data de atuação no sistema e aqueles que chegaram ao sistema com a primeira seleção temporária, de 2017, e que desconheciam, em via de regra, sua estruturação. Há um largo (mal) entendimento do espaço socioeducativo enquanto espaço prisional e, por conseguinte, equívoco quanto ao papel do socioeducador, confundido com o de policiais penais. Questões como uso de equipamentos individuais de defesa pessoal e o direito a

porte de arma são debatidos principalmente entre os profissionais que entraram mais recentemente no sistema.

Na contramão de um viés repressivo, se enseja fortalecer práticas restaurativas no atendimento socioeducativo, como o projeto Abraços em Família, que ocorre uma vez ao mês na unidade e conta com momentos de acolhida aos familiares, apresentação de temas centrais de discussão conforme calendário social acordado, momento de confraternização entre socioeducandos e famílias e refeição conjunta, buscando fortalecer uma rede de apoio aos jovens.

Outra proposta de atendimento são as Assembleias, espaços de diálogo coletivo com intencionalidade de despertar o protagonismo juvenil. As Assembleias são espaços já apresentados e reafirmados aos jovens como momento de discussão não de casos individuais, mas de reivindicações e orientações que repercutem na rotina da unidade como um todo e ocorrem, preferencialmente, de forma quinzenal, com um representante por dormitório, contemplando média de sete jovens por cada ala. Um exemplo é a discussão para redefinição de cronogramas de atividades em razão do acréscimo ou supressão de uma ação, alterações no fornecimento de algum insumo de higiene pessoal, reafirmação de compromissos coletivos com zelo e conservação dos espaços, entre outros.

Outro grande avanço percebido no processo socioeducativo foi a determinação de comissões disciplinares como estruturas deliberativas na tomada de decisões. As comissões disciplinares são espaços de apresentação de situações individuais relacionadas com práticas transgressoras, com garantia de direito de ampla defesa e discussão técnica dos casos, para deliberação sobre a aplicação de medidas disciplinares compatíveis com o feito, mas, sobretudo, com o acompanhamento do jovem envolvido. Além disso, também discutem-se no espaço questões como escolha de jovens para práticas externas, participação em atividades ou demandas específicas, como autorização para contatos fora da rotina estabelecida. No CSDB, as comissões ocorrem ordinariamente duas vezes por semana, com presença da direção, coordenação técnica, técnicos de

referência e coordenação de segurança ou socioeducador designado. Nas comissões disciplinares também se define mudança de ala ou dormitórios dos socioeducandos, fazendo com que o compartilhamento de informações e posições potencialize uma maior assertividade nos procedimentos.

No espaço, são executados cursos de aperfeiçoamento e qualificação profissional, nas áreas de informática e culinária. Outras oportunidades de qualificação podem ocorrer, inclusive, de forma externa, com decisão de indicação de jovens em fase conclusiva de referência e após deliberação na comissão disciplinar.

No eixo de atividades culturais, esportivas e de lazer, são garantidos momentos com periodicidade compatível ao desenvolvimento de atividades pontuais ou continuadas. Há uma sala de jogos com acesso a jogos de tabuleiro e uma quadra poliesportiva apta para o desenvolvimento de atividades esportivas de contato, como futsal e basquete. Além disso, são estimuladas ações de leitura, passeios culturais, oficinas de música e capoeira.

A espiritualidade também é um ponto válido de mencionar para conhecimento das rotinas. Em conformidade com as normativas vigentes, é assegurado aos adolescentes receberem assistência religiosa, de acordo com crença manifesta e desde que assim desejem. Em 2020, a Seas instituiu a Portaria nº 133 que regulamenta a prestação de assistência religiosa no interior das unidades socioeducativas. Essa é uma atividade voluntária, com cadastramento das pessoas envolvidas e cronograma acordado de atividades. Rotineiramente, as ações ocorrem aos fins de semana, com prevalência de voluntários de religiões evangélicas. Há, majoritariamente, aceitação dos jovens nas ações realizadas.

A estrutura física, ausência de profissionais nas funções existentes, demora na apuração e responsabilização de profissionais envolvidos em situações de indisciplina e fragilidades na rede de proteção são fatores elencados como dificuldades para a qualificação dos serviços na unidade.

### 3.3 O CENTRO SOCIOEDUCATIVO DOM BOSCO POR QUEM O VIVE

Em 2015, a Secretaria-Geral da Presidência da República, a Secretaria Nacional de Juventude e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial produziram um diagnóstico sobre o perfil da população carcerária no Brasil, resultando no lançamento da publicação Mapa do Encarceramento: os jovens no Brasil. Em capítulo destinado a adolescentes em medidas socioeducativas no Brasil, as referências recaem sobre a historicidade do acompanhamento das medidas socioeducativas na ótica de quem eram os maiores sujeitos dessa, destacando a “criminalização da juventude pobre e negra” (38).

Com base em dados referentes aos anos de 2011 e 2012, extraídos do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, apresenta-se o Estado do Ceará em 20o lugar na taxa de adolescentes em medidas socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade (por 100 mil habitantes), porém, o Estado teve a segunda posição na incidência de jovens no meio fechado de um ano para o outro, sendo as duas primeiras situações (internação e internação provisórias) determinadas, em média, em 5 vezes mais decisões que medida de regime semiaberto.

À época, o ato infracional mais recorrente no país foi o roubo (representando 39% dos casos), seguido por tráfico (27%) e homicídio (09%). No Estado do Ceará, a sequência<sup>25</sup>, de forma decrescente, contempla atos análogos a crimes de roubo, homicídios, porte de arma de fogo, furto, tentativa de homicídio, latrocínio e estupro. Retira-se da publicação a referência que, entre outros, instiga a prosseguir em busca de informações mais detalhadas:

Com esses dados verifica-se, primeiramente, a escassez de dados relativos ao sistema de justiça juvenil, especialmente, sobre os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas restritivas de liberdade. Percebe-se que a coleta de informação sobre o perfil destes adolescentes, quando ocorre, restringe-se somente aos dados superficiais, como o ato infracional cometido e o número de adolescentes por unidades. Inexistem informações sobre, por exemplo, o perfil racial e etário, que possibilitariam a análise de qual a faixa etária da maioria destas pessoas (38).

---

<sup>25</sup> Desconsidera-se, aqui, atos agrupados e em quantidade ínfima para caracterização individual, sendo classificados como “outros”.

Assim, parte-se da relevância de produzir dados que lancem projeções sobre esses perfis, identificando variantes e convergências que permitam intervenções direcionadas.

A presente caracterização parte de uma amostra de 54 adolescentes internos na unidade socioeducativa Dom Bosco, entre julho e agosto de 2022. Dos dados iniciais pesquisados extrai-se algumas informações que apresentamos e discutimos em sequência.

A unidade apresenta jovens com idades de 13 a 20 anos, com maior concentração na faixa etária de 15 a 17 anos. Jovens adultos, entre 18 e 20 anos, representam cerca de 18% da capacidade. Considerando definições institucionais, jovens a partir de 18 anos devem, prioritariamente, ser transferidos para unidade socioeducativa Cardeal Aloisio Lorscheider. Porém, em casos específicos (como risco à segurança pessoal, participação em atividades formativas ou presença de familiares na mesma unidade, por exemplo), pode-se justificar sua permanência por um tempo maior nas demais unidades.

**Quadro 01** - Distribuição de adolescentes/jovens por idade, em cumprimento de medida socioeducativa no CEDB, no período de julho a agosto de 2022

<b>Idade</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>
Nº de Jovens	00	02	04	13	16	09	09	00	01	00

Do universo pesquisado, temos um indicativo de maioria de origem de residência na cidade de Fortaleza, referente a 62% do total (33 adolescentes ou jovens). Geograficamente, esses números estão equilibrados entre as regionais I e II (11% em cada) e prevalentes nas regionais V (19%) e VI (14%); os menores percentuais estão nas regionais III (5%) e IV (2%).

Em 2021, a divisão administrativa da cidade passou das 07 regionais anteriormente determinadas para 12 novas áreas, delimitando ainda a definição de 38 territórios de atuação. Tendo em vista uma parca produção bibliográfica e documental que permita fazer correlações com base nessa nova divisão administrativa, optou-se aqui por manter a base de referência em seis secretarias regionais mais a regional centro (Figura 3).

**Figura 3 - Mapa de Fortaleza com divisão por 06 regiões administrativas**



Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE  
 ([https://desenvolvimentosocial.fortaleza.ce.gov.br/images/Mapa\\_Regionais\\_Fortaleza.pdf](https://desenvolvimentosocial.fortaleza.ce.gov.br/images/Mapa_Regionais_Fortaleza.pdf))

Demais internos apresentam informações de origem de residência em outras comarcas (31%, representando 17 adolescentes), com relevância para os municípios de Caucaia e Maracanaú<sup>26</sup>, ou não têm informação de residência anterior registrada, com registros de acolhimentos institucionais.

Sobre a historicidade da violência na cidade e a sua relação com o público jovem, pesquisa de 1999 (39), capitaneada pela Unesco e com apoio do Laboratório de Estudos da Violência (LEV) da Universidade Federal do Ceará (UFC), foi realizada entre os meses de novembro de 1998 a março de 1999, a partir da necessidade de discussão dessa problemática de juventude e violência, considerando essa juventude enquanto vítima e enquanto agressora.

<sup>26</sup> Os três municípios listados (Fortaleza, Maracanaú e Caucaia) estão no escopo do Previo.

Colocando em questão a insegurança na cidade, houve consenso de destaque negativo por todo o segmento respondente (a apresentação metodológica da pesquisa frisa a expectativa de grande diversidade entre aqueles envolvidos), mas, para aqueles em maior situação de vulnerabilidade econômica, a insegurança aparece também relacionada ao desrespeito e à discriminação por parte das forças de segurança estatais, percebendo-se, inclusive, mudança de postura dessa parcela, assumindo uma perspectiva mais taciturna e reativa. Sobre o ir e vir na cidade, brota a determinação de fronteiras que definem e limitam a mobilidade, sendo o ponto de deslocamento territorial identificado como perigoso, com uma ressalva: aos “jovens do centro”, o temor de trânsito na periferia. Aos “jovens da periferia”, o temor de adentrar espaços em disputa com grupos rivais e violência policial.

Em capítulo específico para a discussão da relação entre juventude e violência (39), há destaque para os jovens como vítimas preferenciais. Em análise considerando diferenças entre classes e gênero, a demarcação de homens sendo, proporcionalmente, mais vitimados que mulheres e com marcadores distintos de agressão relacionado à classe econômica, com sinalização de assaltos/furtos com maior incidência nas classes A e B enquanto discriminação e agressão física apresentam maior incidência nas classes D e E.

Cerca de uma década depois, em 2010, foi apresentado relatório resultado das atividades de pesquisa executada em parceria com a Fundação Universidade Estadual do Ceará (40) sobre criminalidade e violência na cidade de Fortaleza. Além das questões territoriais, a pesquisa reafirmou um dado alarmante para o público em pauta: 60% dos homicídios entre 2007 e 2009, em Fortaleza, recaiam sobre a população jovem, entre 15 e 29 anos.

Sobre homicídios no triênio 2007-2009, há concentração de casos nas regionais VI e V em quase três vezes mais do que nas demais regionais, com alguns destaques: a regional V, já estigmatizada como área violenta, concentra também um grande número de organizações sociais públicas e privadas atuantes na área das políticas sociais; a regional VI, também popularmente

conhecida como marginalizada, destacando-se como a maior regional de Fortaleza em território e, proporcionalmente, com elevada falta de infra-estrutura.

Como dito, a maior proporção de casos letais de violência recaíram sobre a população jovem. Outras caracterizações trazem esses jovens enquanto do sexo masculino, solteiros e com baixa escolaridade. Dado que chama atenção nessa caracterização é sobre a ocupação das vítimas, restando maioria delas como empregadas formal ou informalmente.

Sobre ocorrências recorrentes em sistemas de informação policial, projeta-se declínio nos casos de furtos e roubos nas regionais V e VI, ao passo em se percebe aumento na regional II, sinalizando, talvez, deslocamento das ocorrências relacionadas a bens materiais com concentração em regional de Fortaleza com maior concentração de riqueza, refletido no mais alto IDH da cidade. Em contraponto, as regionais V e VI lideravam o ranking de lesão corporal, relações conflituosas e mortes violentas, evidenciando territórios em maior conflito<sup>27</sup>.

Passada nova década, em março de 2021, matéria do jornal Diário do Nordeste (41) trouxe reflexão sobre a “geografia do crime” na cidade, relacionando áreas do município com piores índices de desenvolvimento humano (IDH) e maior número de crimes violentos letais intencionais (CVLIs) em 2020. Nas áreas integradas de segurança 2, 3 e 9, há o maior registro de mortes violentas e o ponto comum de baixos IDH; essas três áreas concentram os bairros Canindezinho, Parque Presidente Vargas, Planalto Ayrton Senna, Genibaú e Siqueira (todos da secretaria regional V) e os bairros Conjunto Palmeiras e Jangurussu (ambos da regional VI).

Como abordado anteriormente, parte-se de uma perspectiva estigmatizada de que essas áreas seriam mais propensas à reprodução de práticas criminosas, sendo extremamente necessários a leitura e o conhecimento das condições sociais de construção e acesso a oportunidades nesses territórios, como proposto nessa correlação com o IDH das localidades citadas e nas referências anteriores de marcadores sociais como determinantes.

---

<sup>27</sup> Essa informação apresenta estreita correlação à pesquisa de 1999 que indicava marcadores de agressão patrimonial com maior incidência nas classes A e B e de agressão física nas classes D e E

Nesta trajetória de mudanças de práticas criminosas na cidade, evoca-se o aumento da criminalidade sobre a população infanto-juvenil pobre que, sem oportunidades, torna-se ainda mais vulnerável à cooptação por grupos criminosos armados para inserção em ações delituosas, com percepção de inserção mais precoce e com atos de maior ameaça ou violência a pessoas.

Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, do Laboratório de Estudos da Violência, aborda as transformações sociais do crime em Fortaleza (42). Da realidade de nascimento e fortalecimento de coletivos de presidiários a acordos relacionados a “áreas de varejo do mercado ilegal de drogas”, fomenta-se, em exemplo, o grupo carioca intitulado Comando Vermelho (CV) que, em enfrentamento a outras facções, fortalece uma “defesa armada das circunscrições de atuação do tráfico, o que proporcionou o surgimento das dinâmicas internas de vigilância e punição” (42). De São Paulo, a partir de organizações internas na Casa de Custódia de Taubaté, com intenção de combater as opressões do Estado no sistema prisional, eclode o Primeiro Comando da Capital (PCC), saindo do sistema para as ruas. Somado a essas organizações, surge a referência da Família do Norte (FDN), constituída no interior do sistema prisional do Amazonas e reivindicando, para si, a atuação em ações nacionais e internacionais de tráfico de drogas.

Essas três facções (CV, PCC e FDN) fortaleceram ações no Estado do Ceará com alianças e integrações diferenciadas para cada grupo. Localmente, em “resistência aos grupos de forma”, emerge um grupo novo, marcado pela juventude de seus membros e autonomia de ações, denominado Guardiões do Estado (GDE):

Em suas primeiras ações, a facção cearense procurou não apenas consolidar o domínio dentro do sistema prisional, mas também nas ruas, com medidas de proibição de assaltos, punindo com tiros nas mãos e nas pernas os que ousavam desobedecer às suas diretrizes. Em suas manifestações públicas, integrantes da GDE destacam, como explicou um interlocutor, que o “[...] tempo das gangues em Fortaleza acabou, agora é facção e todos têm que respeitar”. A consolidação da GDE é fundamental para compreensão de como as maneiras de fazer o crime em Fortaleza foram objeto de transformações, pois, em torno dela, foram instituídas alianças e resistências em um intrincado jogo de rivalidades (42).

Essas condições e contradições na cidade repercutem nos espaços de sociabilidade dos jovens hoje internos nas unidades socioeducativas do Estado, influenciando seus acessos e vinculações à rede de serviços. Questionados sobre eventual limitação de circulação territorial, 48% afirmaram restrição de circulação em áreas sob influência de forças não estatais identificadas com a organização criminosa “Guardiões do Estado”. Outros 50% afirmaram restrição de circulação em áreas sob referência identificada com organização criminosa “Comando Vermelho”. 02% informaram total limitação de circulação territorial.

Estudo sobre fatores de risco que estariam envolvidos na explicação de vinculação de jovens a grupos criminosos (que vão desde o próprio território como ambiente de desproteção social, ausência de vinculação a redes institucionais de proteção, baixa interação familiar, convívio com pessoas envolvidas em práticas ilícitas e outros) ressalta que “em contrapartida, ainda são escassas as pesquisas que dão ênfase a variáveis que podem funcionar como fatores de proteção sobre a afiliação de jovens a gangues de rua” (43). É como se buscássemos continuamente contextualizar o dano, sem ainda conseguirmos deter atenção sobre sua redução.

Entre teorias associadas ao cometimento de atos infracionais, há a ideia funcionalista, relacionada à falta de controle social; culturalista, em menção à identificação de modos de vida e ação reativos a uma situação dominante; de rotulagem alicerçada sob representação social da pessoa criminosa; de oportunidades para o crime e, ainda, de expressão reativa à frustração no atendimento das necessidades. Não obstante, se reforça a necessidade de abordar a prática ilícita de forma relacional com a desigualdade estrutural (44), daí a preocupação de conhecer trajetórias.

Quando observados os históricos institucionais relacionados ao cometimento de atos infracionais pelos adolescentes e jovens internos no CSDB no período pesquisado, identifica-se o seguinte:

**Quadro 2** – Distribuição de registros de atos infracionais por faixa etária de adolescentes e jovens em primeira entrada no sistema socioeducativo, internos no CSDB no período de julho a agosto de 2022

Faixa etária	Qtde	Atos infracionais majoritariamente tipificados <sup>28</sup>			
		Roubo qualificado	Homicídio qualificado	Latrocínio	Tráfico de drogas
12 - 14a	03	03	00	00	00
15 - 17a	08	05	04	00	01
18 - 20a	05	01	02	02	01

Os dados de primeira entrada mostram uma relação entre a participação de adolescentes mais novos em atos tipificados como de grave ameaça ou violência à pessoa; porém, considerando ser esse um indicador preliminar para a própria tomada de decisão pela privação de liberdade, cabe o indicativo de uma correlação dessa amostra em relação aos outros universos possíveis, como o total de adolescentes apreendidos no período no Estado. Em toda monta, percebe-se uma proporcionalidade alarmante em relação à letalidade dos atos praticados.

Quando nos dirigimos a adolescentes e jovens em segunda entrada no sistema socioeducativo, deparamo-nos com uma amostra de 14 internos. Desses, 03 já haviam recebido anteriormente decisão de medida de internação e, em novo ato, foram novamente sentenciados, e 09 já haviam recebido decisões de cumprimento de medidas em meio aberto (08 de Liberdade Assistida e 01 de Prestação de Serviço à Comunidade).

Aqui, aproveitamos para ressaltar a diferença entre entrada no sistema e reincidência, considerando a reincidência a partir da repetição de tomada de decisão judicial desfavorável à manutenção de liberdade em razão de atribuição de cometimento de ato infracional. Considerando tanto decisões anteriores de privação de liberdade ou de acompanhamento em meio aberto, destaca-se a reiteração de condutas delituosas por internos já vinculados anteriormente a processos

<sup>28</sup> A soma de atos tipificados não necessariamente equivale à quantidade de jovens na faixa etária definida considerando que o mesmo adolescente ou jovem pode ser acusado por mais de um ato apontado.

institucionalizados de responsabilização, o que lança inquietações sobre a metodologia dos trabalhos desenvolvidos que se somam às inquietações anteriores sobre os determinantes sociais relacionados aos territórios de sociabilidade desses jovens.

**Quadro 3** – Distribuição de registros de atos infracionais por faixa etária de adolescentes e jovens em segunda entrada no sistema socioeducativo, internos no CSDB no período de julho a agosto de 2022

Faixa etária	Qtde	Reinc.	Atos infracionais majoritariamente tipificados			
			Roubo qualificado	Homicídio qualificado	Associação criminosa	Tráfico de drogas
12 - 14a	01	00	01	00	01	01
15 - 17a	11	03	09	01	05	01
18 - 20a	02	00	00	02	00	01

Essas questões ficam ainda mais latentes quando se projetam sobre adolescentes e jovens em terceira apreensão, com um destaque que faremos a seguir:

**Quadro 4** – Distribuição de registros de atos infracionais por faixa etária de adolescentes e jovens em terceira entrada no sistema socioeducativo, internos no CSDB no período de julho a agosto de 2022

Faixa etária	Qtde	Reinc.	Atos infracionais majoritariamente tipificados			
			Roubo qualificado	Homicídio qualificado	Associação criminosa	Tráfico de drogas
12 - 14a	01	01	01	00	00	01
15 - 17a	08	02	07	01	03	05
18 - 20a	02	02	02	00	00	00

A amostra apresentou informações de jovens com número elevado de apreensões e considerável índice de reincidência (45%), mas com a menor proporcionalidade de atos tipificados como crimes letais, estando em maioria os atos contra o patrimônio e aqueles análogos ao crime de tráfico de drogas. Informa-se que 62% desses jovens receberam anteriormente decisões de cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto.

Registra-se ainda jovens com mais de quatro apreensões, com máximo identificado de sete apreensões. Para fins de parametrização, esses dados estão agrupados abaixo:

**Quadro 5** – Distribuição de registros de atos infracionais por faixa etária de adolescentes e jovens mais de quatro entradas no sistema socioeducativo, internos no CSDB no período de julho a agosto de 2022

Faixa etária	Qtde	Reinc.	Atos infracionais majoritariamente tipificados			
			Roubo qualificado	Homicídio qualificado	Associação criminosa	Tráfico de drogas
12 - 14a	01	00	01	00	01	00
15 - 17a	11	05	10	01	04	03
18 - 20a	01	00	01	01	00	00

Extremamente próximo ao perfil identificado imediatamente antes, apresenta-se uma prevalência de apreensões relacionadas a atos contra o patrimônio. Em outro aspecto, aponta-se que cerca de 40% desse público já passou anteriormente por medida de internação e 85% do total já receberam decisão de medidas em meio aberto.

Do total analisado, chama atenção, à primeira vista, a prevalência de casos de roubo qualificado em relação aos atos investigados, aparecendo em 76% dos casos, seguido pelos casos de homicídio qualificado, responsável por 20% das determinações de internação. Como vimos, esse excerto assume outro viés quando detemos análise sobre jovens cumprindo medida de internação em sua primeira apreensão, apresentando uma vinculação a atos ilícitos já sob alta gravidade.

Outro ponto que merece destaque é o fato de 24% do universo pesquisado ser reincidente no cumprimento de medida em meio fechado, com nova apreensão e determinação de recolhimento próximas à data de liberação anterior, e da identificação de 52% dos adolescentes e jovens já terem recebido, anteriormente, determinação de cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto, sob execução dos Centros de Referência Especializados da política de Assistência Social.

Diante desses números, emerge lógico questionamento sobre a eficiência do atendimento socioeducativo nos processos de ressignificação e efetividade para a ruptura com ciclos de práticas delituosas. Aqui, destacamos duas questões: a intersectorialidade na perspectiva da incompletude institucional socioeducativa e o próprio significado do cumprimento das medidas socioeducativas.

Como vimos, a política socioeducativa se ancora na premissa de responsabilização pedagógica, diferenciando-se de um caráter exclusivamente punitivo. Há de se repreender o ato e buscar reeducar o autor para uma formação cidadã e autônoma. Para tal, a suficiência ou insuficiência do sistema socioeducativo é apontada ainda na gênese do Sinase, quando da constituição de um sistema de garantia de direitos que requisitava a necessidade de aproximação e articulação entre os poderes executivo, judiciário e sociedade civil organizada.

Aqui, o princípio organizacional de incompletude institucional estabelece uma relação direta: a ação integrada é o meio de proteção integral; sem isso, a intervenção é estritamente cerceadora. Essa é, portanto, a distinção paradoxal entre as lógicas prisionais e a da atuação sob a noção da incompletude institucional, em que essa última visa, sobremaneira, processos de desinstitucionalização (45). Nessa distinção, há inviabilidade de uma sociedade sem prisões enquanto não se eliminam as causas da violência.

A medida socioeducativa possui tempo de revisão de seis em seis meses, o que define esse período como um “ciclo” de permanência para os jovens. Na unidade, no período pesquisado, 66% dos adolescentes estavam privados de liberdade entre 01 a 04 meses, enquadrando-se como em um primeiro ciclo de acompanhamento. Outros 16% dos jovens estavam entre 04 e 06 meses de internação, o que caracteriza jovens em período avaliativo de ciclo, ou seja, com posicionamento das equipes técnicas sobre manutenção, progressão ou extinção de medida socioeducativa referente ao período em curso. Os demais 18% dos adolescentes ou jovens estavam com tempo na unidade

superior a 06 meses, tendo já encerrado ciclos avaliativos, mas recebido decisões de permanência na situação de privação de liberdade.

Um ponto a destacar é o entendimento do tempo de reavaliação a cada 06 (seis) meses como um tempo máximo, não como uma condição mínima obrigatória. A medida socioeducativa, normativamente, pode ser revista a qualquer momento em caso de elementos relacionados à autoria do ato infracional ou outros ligados ao processo de acompanhamento.

Ponto central dessa discussão, foram buscados indicadores de saúde física e mental dos adolescentes. Como apresentado, houve limitação de acesso a dados individualizados de acompanhamento, sendo a maior parte das informações obtidas de forma agrupada, a partir de monitoramentos existentes por núcleo de saúde da Seas. Individualmente, por meio de dados coletados a partir de informação inicial prestada pelos jovens sobre uso de entorpecentes, 54% negaram fazer uso e 46% afirmaram o uso de substâncias psicoativas.

O adoecimento físico e mental no ambiente de privação de liberdade é fator preponderante a ser apresentado. No âmbito do acompanhamento à saúde mental, trabalhamos com base em levantamentos realizados pelo núcleo de saúde da Seas de adolescentes com necessidade de atendimento psiquiátrico<sup>29</sup> nas unidades socioeducativas da capital (Fortaleza) e de notificações de eventos relacionados a agravos na área. As notificações são alimentadas pelas equipes de enfermagem de cada unidade socioeducativa em documento compartilhado com referido núcleo, onde são indicados casos de ideação suicida, lesão auto infligida e tentativa de suicídio. Não há, neste período, casos registrados de suicídios nas unidades socioeducativas.

O período dos referidos levantamentos difere e apresenta-se de forma objetiva, sem maiores informações cruzadas. A despeito de dificultar inferências mais detalhadas, os dados permitem uma aproximação com a área e possibilitam algumas reflexões:

---

<sup>29</sup> O atendimento especializado por psiquiatria é indicado por atendimento de equipe de psicologia da unidade, por continuidade de atendimento iniciado antes da internação ou em caso de incidência de agravo agudo.

**Quadro 6** – Frequência de adolescentes e jovens com indicação de atendimento psiquiátrico nas unidades socioeducativas de Fortaleza levantados nos meses de maio e outubro de 2022

Unidade	Adolescentes com indicação de atendimento psiquiátrico [%(n)]	
	Maio/22	Out/22
CSMF	0% (0)	23% (03)
CSAB	0% (0)	0% (0)
CSP	19% (09)	29% (15)
CSSM	21% (08)	18% (08)
CSSF	33% (17)	33% (14)
CSABM	50% (15)	54% (19)
CSCAL	48% (32)	42% (29)
CSPA	21% (11)	19% (10)
CSC	35% (28)	26% (20)
CSDB	34% (18)	32% (17)
Média	26%	28%

Referências em literatura internacional apontam para relação entre adolescentes em situação de restrição de liberdade e um conjunto expressivo de problemas na esfera da saúde mental, com maior prevalência de transtornos identificados em meio fechado do que em meio aberto (46). Os dados apresentados no quadro 6 versam sobre regimes de privação ou de restrição de liberdade, mas há evidências de prevalência nas unidades CSCAL e CSABM de indicativo de necessidade de atendimento psiquiátrico para o público interno e de prevalência de eventos em ambientes como CSCAL e CSPA (unidades de internação que concentra faixas etárias acima de 17 anos e com incidência de cometimento de atos infracionais mais graves) e na unidade CSABM, unidade de referência de população LGBTQIAP<sup>30</sup>.

30 A Seas lançou, em 2022, portaria interna de nº 021 que estabelece parâmetros de acolhimento e atendimento a lésbicas, gays, bissexuais, travestis, queer, intersexo, axessual, pansexual e outros grupos de variações no âmbito do atendimento socioeducativo do Estado

**Quadro 7** – Total de registros de eventos relacionados a adoecimento mental, demarcados por notificações de ideação suicida, autolesão e tentativa de suicídio, nas unidades socioeducativas de Fortaleza, em 2022

Unidade	Eventos (Ideação, autolesão, tentativa de suicídio) <sup>31</sup>						Total de eventos
	Janeiro a Junho/2022			Julho a Outubro/2022			
	I	A	T	I	A	T	
CSMF	0	0	0	0	0	0	0
CSAB	7	0	1	0	0	1	09
CSP	0	0	0	0	1	1	02
CSSM	1	1	0	0	0	1	03
CSSF	0	1	4	1	2	4	12
CSABM	0	6	2	0	4	11	23
CSCAL	1	5	4	0	0	6	16
CSPA	0	6	2	0	5	5	18
CSC	0	1	0	0	1	1	03
CSDB	0	0	3 <sup>32</sup>	0	0	0	03
Total	09	20	16	01	13	30	-

Salutar a identificação de ausência de eventos registrados na unidade de restrição de liberdade (CSMF) e a não identificação de necessidade de atendimento para internos na unidade CSAB, a despeito do maior registro nesse centro de eventos de ideação suicida entre jovens de todas as unidades no primeiro semestre, o que demandaria uma atenção a esses casos para compreensão de contexto.

Sobre o componente de saúde mental, o estabelecimento normativo da Pnaisari aborda o desenvolvimento de ações de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede de atenção

31 Destaca-se publicação da portaria interna nº 023/2019 - Seas, que dispõe sobre a prevenção do suicídio nos centros socioeducativos do Estado do Ceará, com definição de fluxos e instrumentos.

32 Todos os registros versam sobre o mesmo indivíduo

psicossocial. Outro ponto a ser destacado é a exposição regulamentada do Sinase que relaciona os eventuais tratamentos de saúde mental a adolescentes e jovens com base no preconizado pela lei 10.216/2001, em uma perspectiva claramente antimanicomial.

A assistência farmacêutica está determinada nos planos operativos da Pnaisari, sendo os municípios responsáveis pela distribuição dos medicamentos da relação nacional de medicamentos essenciais (Rename) para os centros socioeducativos. Operativamente, há uma dispensa mensal de medicamentos distribuídos pela própria Seas a partir do fornecimento pela Secretaria Municipal de Saúde. Medicamentos com princípios ativos destinados ao trato de febres e dores diversas são de disponibilização regular. Da mesma forma, há uma distribuição regular de vermífugos e antifúngicos, além de medicação para o tratamento de úlceras gástricas e infecções respiratórias, com reflexos em narinas e garganta<sup>33</sup>. No caso de ausência de medicação com indicação clínica, sejam de alto custo ou não padronizados pelo município, há autorização para compra por entidade responsável pela co-gestão do centro socioeducativo através de pedidos mensais ou emergenciais encaminhados pelas equipes de enfermagem dos centros socioeducativos.

Medicamento psicotrópico é preferencialmente fornecido diretamente pela rede pública de saúde após referenciamento do caso. Quando de sua indisponibilidade e embasados também por indicação psiquiátrica, o medicamento é adquirido em caráter de urgência, destacando-se indicações para agravos como ansiedade, depressão, esquizofrenia e psicose. Em âmbito neurológico, há registro de casos de epilepsia. Importante destacar que não se recomenda a prescrição de medicamentos “tarja preta”, a não ser em casos em que já existam tratamentos prévios e que seja necessário manter a continuidade do mesmo.

Em 2008, um levantamento nacional da atenção em saúde mental dos adolescentes privados de liberdade realizado pelo Ministério da Saúde apontou para utilização, de modo extensivo e cumulativo, de prescrição de medicações psiquiátricas no atendimento do público. Com

---

<sup>33</sup>Entre agravos físicos identificados, destaque para infecções de pele e número elevado de outros registros de dor física, como dores de cabeça e intestinal, além de infecções respiratórias. Questões como higiene pessoal e insalubridade dos espaços de dormitório podem ser apontados como determinantes.

dados de estudo do Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea) sobre excesso de prescrição de psicotrópicos, destaca-se, inclusive, a possibilidade de manejo como instrumento de controle sobre os corpos (28) e em análise da utilização de medicamentos psicoativos por adolescentes do sexo feminino internadas no Brasil, (47) destaca-se que os avanços normativos trazidos com a Pnaisari não alcançam o risco da medicamentação elevada nas unidades.

Uma reflexão extraída da observação é a posse desses medicamentos como “moeda de troca” dentro das unidades ou como forma de suplantar um consumo de substâncias entorpecentes. Essa prática tem sido combatida com orientação contínua pelas equipes de saúde e com administração supervisionada no manejo, mas ainda é registrado um número considerável de escapes, sendo os medicamentos controlados, itens usualmente encontrados em processos internos de vistoria não agendada.

Tais números despertam a reflexão sobre o processo de medicamentação dos adolescentes e jovens em privação de liberdade em detrimento de práticas alternativas e ampliadas de cuidado, referendadas na Resolução nº 177/2015 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) que dispõe sobre o direito de não submissão à excessiva medicamentação. A resolução recomenda

[...] protocolos clínicos que privilegiem alternativas não medicalizantes, considerando aspectos pedagógicos, sociais, culturais, emocionais e étnicos que envolvam trabalhos com a família, profissionais e comunidade, por meio de abordagem multiprofissional e intersetorial, promovendo práticas de educação e promoção da saúde.

Essas primeiras análises permitem tanto refletir sobre a caracterização de um perfil ligado ao cometimento dos atos infracionais, como transcender o olhar para além do ato, na perspectiva de estabelecer relações entre o cometimento de prática infracional e o contexto de vinculação, ou ausência de vinculação, a contextos institucionais, familiares e comunitários. As relações sociais, de parentesco, consanguinidade ou afinidade, trazem elementos também válidos à observação, dispostos a seguir:

**Quadro 8** – Relações de filiação registrada ou referência informada pelos jovens internos no CSDB entre julho e agosto de 2022

Filiação registrada <sup>34</sup>	Qtde	Referência informada			
		Mãe	Pai	Ambos	Outros
Mãe e Pai	39	21	02	03	13
Mãe	15	09	00	00	06

A infecção por Covid-19, classificada como uma pandemia no início de 2020, teve seus impactos sentidos diretamente pelos jovens em privação de liberdade e seus familiares. Como medidas de proteção, foram traçados protocolos específicos desde a admissão dos jovens, regras de contato e outras medidas de prevenção para evitar a disseminação do vírus, a exemplo da suspensão das visitas.

Os jovens que atualmente estão na unidade socioeducativa, com tempo médio de permanência de 04 meses, sentem os efeitos de uma flexibilização causada pela diminuição dos casos e avanço da vacinação contra COVID-19. Há cerca de um ano, visitas familiares, que foram totalmente suspensas durante o pico de casos da doença 2020/2021, foram retomadas de forma gradual, com tempo e presença limitada, além de providências quanto ao distanciamento social e uso de equipamentos de proteção individual. Já em 2022, com novas alterações dos decretos estaduais de enfrentamento à pandemia, os processos de visita foram retomados em sua totalidade.

Enquanto as visitas estavam suspensas, o contato dos jovens com seus familiares era realizado por meio de videochamadas ou ligações convencionais. Quando em videochamadas, apesar das orientações em contrário, o contato era muitas vezes inadvertidamente modificado - o que era direcionado para uma fala jovem e familiar tornava-se uma fala comunitária em que era factível a identificação de um número considerável de interlocutores. Com a retomada das visitas familiares<sup>35</sup>, a proporcionalidade de participação feminina no acompanhamento aos jovens tornou-

<sup>34</sup> Nenhum jovem da amostra apresentou filiação informada apenas sob o registro paterno

<sup>35</sup> As visitas familiares estão regulamentadas pela Portaria nº 63/2017, que dispõe sobre as normas, rotinas e procedimentos para realização de visitas nos centros socioeducativos. Em setembro de 2020, foi publicada a portaria nº

se mais uma vez evidenciada, como demonstrado na identificação dos vínculos de sociabilidade com mãe e pai. Entre aqueles que, com filiação informada de pai e mãe, afirmam não residir com nenhum, tem-se, em geral, outras figuras femininas como mães, avós e madrinhas como responsáveis, evidenciando o contingente de famílias chefiadas por mulheres. Daqueles que apresentam informação de filiação apenas materna, mas afirmam não residir com genitora, a vinculação se dá para além dos casos citados acima, com companheiras ou unidades de acolhimento institucional. Tal qual outros marcadores surgidos ao longo da pesquisa, percebe-se um indicativo de possível aprofundamento posterior sobre esses dados segundo uma leitura feminista decolonial.

O processo de escolarização nas unidades socioeducativas do Estado segue a estrutura padrão proposta pela Seas em parceria técnica institucional com as secretarias estadual e municipais de Educação. A todos os(as) jovens deve ser garantida a matrícula, seja com a manutenção de matrícula feita quando em liberdade, seja com matrícula afiançada em escola de referência da unidade socioeducativa.

No atendimento a jovens em internação provisória, considerando a expectativa de decisão em até 45 dias, há disponibilização do Projeto Recomece, metodologicamente proposto para fortalecer o vínculo com o processo de educação sem, necessariamente, seguir continuidade formal de conteúdo, podendo ser (re)iniciado a qualquer momento por jovens admitidos. No caso do atendimento a jovens em cumprimento de medida de internação, caso do CSDB, esses jovens são inseridos em atividades educacionais de jovens e adultos (EJA) ou em ensino regular, conforme seriação apresentada.

Os jovens internos na unidade socioeducativa Dom Bosco tem atualmente disponíveis quatro salas de aula por turno, sendo duas sob responsabilidade da secretaria municipal de educação (anos iniciais) e Seduc (anos finais e Ensino Médio), com uma frequência diária às atividades de 98% e a seguinte distribuição de discentes:

---

123/2020, que institui plano de retomada gradual de visitas familiares, considerando o avanço nas fases para retomada de atividades no Estado.

- 19 jovens estão matriculados nos anos finais do Ensino Fundamental na modalidade Educação de Jovens e Adultos.

- 33 adolescentes estão matriculados nas ações de ensino regular, com referências de: Letramento/Alfabetização (03), 2º ao 5º ano do Ensino Fundamental I (05), 6º e 7º ano do Ensino Fundamental II (09), 8º e 9º ano do Ensino Fundamental II (09), 1º ano do Ensino Médio (05), 2º ano do Ensino Médio (01) e 3º ano do Ensino Médio (01)

- 02 jovens estão aguardando avaliação para diagnóstico escolar e matrícula na rede de ensino.

O atendimento escolar a adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa tem amparo normativo na resolução nº 03 do Conselho Nacional de Educação, de 2016, onde se expõe a escolarização como estratégia de reinserção social, articulada à reconstrução de projetos de vida e à garantia de direitos. No caso do Estado do Ceará, há um termo de cooperação técnica entre a Seas e as secretarias municipais (Fortaleza, Juazeiro do Norte e Sobral) e estadual de educação. Há perspectiva de 200 dias letivos/ano, mas a rotina das unidades socioeducativas, em especial relacionada às questões de segurança, tem interferência direta nesse compromisso. A questão da segurança em um ambiente de privação é também apontada por professores como limitante ao desenvolvimento de atividades, como, por exemplo, na restrição de entrada de objetos. Por outro lado, a limitação de discentes por sala apresenta uma conformação positiva por jovens e docentes, que afirmam uma capacidade de maior atenção e dedicação individual (48).

Além das atividades escolares, outras oportunidades pedagógicas, de formação profissional e de arte e cultura são ofertadas na unidade, com cursos de Informática e Culinária, contemplando uma média de 30% dos adolescentes por período de turma e oficinas de música e capoeira atingindo média de 60% de outros adolescentes.

## 4 RECOMENDAÇÕES AO ÓRGÃO GESTOR DA POLÍTICA

Considerando a proposta de apresentação de um relatório técnico ao órgão gestor da política de atendimento socioeducativo, com a finalidade de apresentar o que foi identificado como potencialidades de intervenção para aprimoramento da promoção integral de saúde em centros socioeducativos de privação de liberdade no Estado do Ceará, venho apresentar as informações introdutórias e de contexto para a definição de ações, furtando-se aqui à necessidade de repeti-las salvo na necessidade de produto a ser elaborado à parte. Cabe, porém, sistematização de informações indispensáveis para o reforço à que se destina essas ações, com o seguinte detalhamento:

### 5.1 Do Objeto

Promoção de atendimento integral em saúde nas unidades socioeducativas de acompanhamento às medidas de internação, internação provisória e semiliberdade do Estado do Ceará

### 5.2 Público

Adolescentes e jovens entre 12 e 21 anos de idade incompleta em privação de liberdade

### 5.3 Das inferências

Casos de adoecimento mental em processo contínuo, destacando necessidade de apoio psicossocial e, em casos específicos, referência psiquiátrica. Sendo essa referência externa ao contexto da privação de liberdade, torna-se salutar evidenciar os processos de interação medicamentosa em um ambiente fechado, inclusive, destacando-se a possibilidade de distorções na utilização dos medicamentos.

Casos de infecção respiratória e com considerável taxa de transmissibilidade, associadas a ambientes insalubres. Nesse mesmo sentido, agravos de pele, em geral relacionada a coceiras, decorrentes de picadas de insetos e outras pragas.

Casos de infecções sexualmente transmissíveis na manutenção de relações sexuais entre homens ou entre mulheres, sem barreiras de proteção.

Casos de dores física, como cabeça e estômago, também em ato contínuo, representando processo constante de medicação, sem análise da causa ou fatores potencializadores (para além do ambiente).

#### 5.4 Das recomendações

- Definição de setor de saúde com competência de acompanhamento à saúde do adolescente, com equipe multiprofissional com reconhecida experiência na área e composição permanente no quadro de servidores da instituição.

- Instituição de prontuários eletrônicos com informações das áreas técnicas de atendimento nas unidades socioeducativas, possibilitando acesso contínuo ao histórico do(a) jovem.

- Estabelecimento de sistema de notificação e monitoramento de agravos a partir do estabelecimento de uma matriz de informações comuns, destacando-se as incidências de adoecimentos mentais, infecções respiratórias, infecções dermatológicas e infecções sexualmente transmissíveis.

- Alocar, no quadro permanente da Escola Estadual de Socioeducação, profissionais aptos à produção de dados e indicadores.

- Incremento de ações de vigilância sanitária, com regularidade de processos de dedetização e controle de pragas.

- Cooperação técnica entre os órgãos gestores das políticas de saúde (municipal e estadual) e da política de atendimento socioeducativo, para fortalecimento de fluxos de atendimento

de jovens em privação de liberdade por equipes destacadas no âmbito da atenção básica em saúde (Pnaisari)

- Potencialização das ações de educação em saúde, para adolescentes e trabalhadores, versando ainda sobre práticas alternativas de cuidado em relação ao processo de medicamentação.

- Estabelecimento de alternativas à assistência farmacêutica com a qualificação das práticas integrativas e complementares em saúde incluindo medicamentos fitoterápicos e projeto de Farmácia Viva

- Ações de educação sexual, com esclarecimento sobre práticas sexuais consentidas e orientação sobre assédio, abuso e exploração, garantindo espaço seguro de escuta e sigilo.

- Fornecimento de insumos de proteção, buscando desmitificar tabus sobre homens que fazem sexo com homens e mulheres que fazem sexo com mulheres em ambientes confinados.

- Criação de protocolos, desde a admissão inicial, para adolescentes e jovens com informação de uso abusivo de substâncias entorpecentes, em perspectiva de redução de danos e abstinência.

- Fortalecimento da Pnaisari nos municípios onde há unidades socioeducativas em meio fechado (Fortaleza, Sobral e Juazeiro do Norte) na qualificação de fluxos de saúde para a rede Sus, sobretudo no campo da saúde mental.

- Qualificação das equipes de saúde das unidades socioeducativas para utilização de ferramentas de informação do Sistema Único de Saúde, como o sistema de informação de agravos de notificação (Sinan), o sistema de informações do programa nacional de imunizações, entre outros.

- Fomento à discussão de cofinanciamento estadual para a Pnaisari, ampliando e qualificando as ações de atenção primária em saúde mental para os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício proposto para essa pesquisa exigiu um processo de distanciamento dos espaços, funções e relações, pois discutir saúde na privação de liberdade, estando imersa no mesmo ambiente, requer uma reflexão sobre os processos que ora facilitam, ora obstaculizam a atenção almejada em razão de um cotidiano marcado por práticas históricas de negação de direitos.

São tantos “nãos”, em tantas mãos, que urge questionar a quem interessa e ao que se presta às negligências nas assistências prestadas. Fato concreto é, diante do histórico do atendimento socioeducativo no Estado do Ceará, a certeza de avanços no compromisso com a prestação do serviço, com a intencionalidade de um acompanhamento com perspectiva pedagógica, sem desconsiderar o caráter de responsabilização. Percebe-se uma intenção não apenas de correção daquilo que expôs o Estado do Ceará como um ente violador, mas de engajamento na transformação do passado em um futuro promissor.

Não obstante, sabe-se os propósitos a que esse atendimento se destina estão arraigados a um conjunto de entes. O princípio da incompletude institucional lança luz a indispensáveis palavras que necessitam, continuamente, ganhar força: intersetorialidade, articulação, multidisciplinaridade.

Parte fundamental, as famílias precisam ser olhadas de forma participativa, não passiva e, menos ainda, inquisitória e punitiva. Com potencial de principais cuidadoras, necessitam ser apoiadas e instrumentalizadas para promover essa atenção, ou então reduzem-se a reprodutores de vulnerabilidades.

O protagonismo juvenil necessita ser discutido sem o temor de despertar lideranças, influências “negativas”. Em um ambiente controlado, com cronograma de cada fazer, de cada vestir, de cada comer, como entender que esses jovens estarão prontos para um retorno social ativo, em que o controle de si volta para alguém que foi privado dele? Necessita-se prover meios de ampliar os espaços de discussão, de leitura, de acesso à informação, de orientação e diálogo, de voz.

Por fim, espera-se, com a pesquisa em tela, deflagrar processos qualificados de diálogo sobre atenção e vigilância em saúde a adolescentes privados de liberdade, orientado por material técnico, embasado nas diretrizes legais e nas condições operacionais, com identificação das possibilidades de melhoria nos fluxos instituídos, assim colaborando para a garantia de direitos de acesso à saúde, à informação e à vida com dignidade, qualificando o atendimento prestado no ambiente de privação na projeção de uma reinserção social potencializada.

## REFERÊNCIAS

- 1 Amado J. *Capitães da Areia*. 92ª edição. Rio de Janeiro: Editora Record, 1988.
- 2 Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990
- 3 \_\_\_\_\_. Lei n.12.594, de 18 de Janeiro de 2012. *Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 jan. 2012
- 4 \_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 abr. 2001.
- 5 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. *Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 mai. 2014.
- 6 Bock AMB. *A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores*. Psicologia Escolar e Educacional [online]. 2007, v. 11, n. 1 [Acessado 26 Junho 2021], pp. 63-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100007>>
- 7 Ferrari M. Lev Vygotsky, o teórico do ensino como processo social [Internet]. *Nova Escola*. 01 out de 2008. [acesso em 27 mai 2022]. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/382/lev-vygotsky-o-teorico-do-ensino-como-processo-social>.
- 8 Souza C. *O desenvolvimento humano nos grupos*. Escola Nacional de Socioeducação. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www.ens.ceag.unb.br>
- 9 Rizzini I, Rizzini I. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2004
- 10 Esteves LCG, Abramovay M. Juventude, Juventudes: pelos outros e por elas mesmas. In: Abramovay M, Andrade ER, Esteves LC (Org.). *Juventudes: outros olhares sobre a diversidade*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; Unesco 2007.
- 11 Ceará. Cada vida importa. *Relatório final do Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência*. Fortaleza: Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, 2016. Disponível em: <<https://cadavidaimporta.com.br/publicacoes/>>. Acesso em: 02 dez. 2021
- 12 Costa ACG. *Socioeducação*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasília, 2006.
- 13 \_\_\_\_\_. *Pedagogia da Presença – da solidão ao encontro*, 2ª Edição, Modus Faciendi, Belo Horizonte, 2001.

- 14 Paraná. Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. *Cadernos de Socioeducação: gestão de Centro de Socioeducação*. Curitiba-PR. Imprensa Oficial do Paraná, 2010.
- 15 Miranda H. Política Nacional do Bem-Estar do Menor e a Aliança para o Progresso. *Revista Conhecer* [Internet]. 3º de agosto de 2020 [acesso em 12 de junho de 2022];10(25):143-58. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/view/3498>
- 16 Westin R. *Crianças iam para a cadeia no Brasil até a década de 1920*. Senado Notícias, 2015. Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/07/07/criancas-iam-para-a-cadeia-no-brasil-ate-a-decada-de-1920#:~:text=O%20C%C3%B3digo%20de%20Menores%20trouxe,1979%2C%20criado%20pela%20ditadura%20militar>>. Acesso em 27/06/2022.
- 17 Oliveira LB. *FEBEMCE: entre meninos e histórias. Um resgate da memória da Fundação do Bem-estar do Menor do Ceará*. 2007. 82f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza-CE, 2007.
- 18 Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Resolução 71/2015, de 31 de dezembro de 2015: adolescentes privados de liberdade em unidades de atendimento socioeducativo de internação masculina do estado do Ceará, referente ao Brasil*. Disponível em: <<https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2015/MC60-15-PT.pdf>>. Acesso em: 23 junho de 2022.
- 19 Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*, 1986. BRASIL. Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (I PND- NR), 1986.
- 20 Ayres JRCM. et al. *Caminhos da Integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde*. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.
- 21 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 2010; 20(2):225-233.
- 22 Freitas LO, Miranda MR. Intersetorialidade entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema de Justiça: tensões e disjunções. *Revista Direitos, Trabalho e Política Social*. [S. l.], v. 5, n. 9, p. 110-128, 2019. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/8912>. Acesso em: 13 ago. 2022.
- 23 Brasil. Ministério da Saúde. *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018
- 24 Vieira SR, Rosemburg CP. *A integralidade numa rede de proteção social ao adolescente: uma reflexão a partir do pensamento de Giles Lipovetsky*. Saude soc. [online]. 2010, vol. 19, n.1, pp. 127-134.
- 25 Moreira, MC. *Determinação Social da Saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2013

26 Ayres JRCM et al. *Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde*. Tratado de saúde coletiva. Tradução . São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ, 2009. Acesso em: 27 jun. 2022.

27 Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 1990

28 Perminio HB et al. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação*. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2018/Jun). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-de-adolescentes-privados-de-liberdade-uma-analise-de-sua-implementacao/16837?id=16837>

29 Bessa FMF et al. *A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional*. Saúde em Debate, vol. 39, diciembre, 2015, pp. 120-131 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil

30 Teixeira CF. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006.

31 De Seta, MH et al. Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processos de trabalho. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV (org). *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.199-237. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12562&Tipo=B>

32 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: MS, 2017c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 14 abr. 2022.

33 Minayo MCS. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2012, v. 17, n. 3 [Acessado 19 Julho 2021] , pp. 621-626. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Epub 13 Nov 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

34 Esteves LC, Costa LM, Cal DGR. *Mídia e maioria penal: programa Estação Direitos e a construção de um contradiscurso em defesa de crianças e adolescentes*. Emancipação, 21, 1–25. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.21.2116438.031>

35 Andí. *A mídia brasileira e as regras de responsabilização dos adolescentes em conflito com a lei*. Análise Crítica. Brasília: ANDI, 2013.

36 Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 2a ed. São Paulo: Perspectiva, 1987

37 Antonio AM, Taborda F. *A medida de semiliberdade: monitorar, controlar e punir*. Revista de Políticas Públicas [Internet]. 2019;23(1):27-44.

38 Brasil. Presidência da República. *Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil* / Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. - Brasília: Presidência da República, 2015

39 Barreira C. et al. *Ligado na Galera – juventude, violência e cidadania na cidade de Fortaleza*. Brasília: Unesco, 1999.

40 Fortaleza. Universidade Estadual do Ceará. *Cartografia da Criminalidade e da Violência na cidade de Fortaleza*. Fortaleza: FUNECE, 2010.

41 Borges M. *Geografia do crime: áreas de Fortaleza com piores IDHs concentram maior número de homicídios em 2020*. Diário do Nordeste, Fortaleza, 11 março 2021. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/seguranca/geografia-do-crime-areas-de-fortaleza-com-piores-idhs-concentram-maior-numero-de-homicidios-em-2020-1.3057840>

42 Paiva LFS. *Aqui não tem gangue, tem facção: as transformações sociais do crime em Fortaleza, Brasil*. Caderno CRH, v. 32, n. 85, p.165-184, abr. 2019.

43 Farias JWF. *Afiliação de adolescentes e jovens a facções criminosas: Fatores psicossociais de risco e proteção*. 2020. 165f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Fortaleza (CE), 2020.

44 Faleiros VP. *Criminalidade, desigualdade social e penalização de adolescentes e jovens*. Revista Direito, Estado e Sociedade, n 20, Brasil, 2021.

45 Garutti S, Oliveira RCS. *Da instituição total à incompletude institucional: tecendo redes*. Argumentos - Revista Do Departamento De Ciências , v. 14, n,2 Montes Claros, 2017.

46 Costa NRS, Silva PRF. *A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 5

47 Silva PRF, Gama FLC. *Atenção em saúde mental para adolescentes femininas em Unidades Socioeducativas: dilemas de governança e medicamentação*. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. spe7 [Acessado 13 Novembro 2022] , pp. 62-74.

48 Araújo MEA, Silva MAL. Educação Formal nos Centros Socioeducativos do Estado do Ceará. *Inovação & Tecnologia Social*, 1(1), 36–51