



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro

Daiane Carvalho de Oliveira

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em
Conflito com a Lei (PNAISARI) no Estado do Rio de Janeiro: um estudo
exploratório das contribuições da Economia Política Marxista na
compreensão do Estado e das políticas de saúde no século XXI**

Rio de Janeiro

2022

Daiane Carvalho de Oliveira

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) no Estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório das contribuições da Economia Política Marxista na compreensão do Estado e das políticas de saúde no século XXI

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Rio de Janeiro

2022

Daiane Carvalho de Oliveira

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) no Estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório das contribuições da Economia Política Marxista na compreensão do Estado e das políticas de saúde no século XXI

Aprovada em 9 de março de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista

Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ

Profa. Dra. Marcia Silveira Ney (suplente)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Artur Monte Cardoso (suplente)

Instituto de Estudos de Saúde Coletiva - UFRJ

DEDICATÓRIA

À todas as pessoas que sonham com uma sociedade justa e igualitária

AGRADECIMENTOS

*“Vou mostrando como sou
E vou sendo como posso
Jogando meu corpo no mundo
Andando por todos os cantos
E pela lei natural dos encontros
Eu deixo e recebo um tanto...
(Canção de Novos Baianos)*

As reflexões compartilhadas nas próximas páginas são frutos de muitos encontros que tive nesta vida, encontros com pessoas e com ideias que foram essenciais na minha formação, não falo em formação profissional, estou falando na minha formação como ser social, da minha visão social de mundo.

Agradeço a Deus e a todos os seres de luz pelo dom da vida, de permanecer com saúde diante de uma crise sanitária e humanitária que ceifou a vida de muitos.

Agradeço a minha família pelo apoio, torcida e dedicação.

Sou grata pelo amor, amizade e cumplicidade que recebo do meu companheiro de vida, sonhos e de luta. Anderson te agradeço com amor!

Agradeço aos meus filhos Pedro e Estela por todo aprendizado e amor. Ser mãe de vocês enche a minha vida de esperança, força e amor.

Sou feliz e grata aos bons amigos que a vida me proporcionou.

Agradeço aos adolescentes do DEGASE e a população usuária das políticas de saúde e assistência social por dá sentido a esse trabalho.

Agradeço aos companheiros de trabalho do DEGASE e da Secretaria Municipal de Assistência Social de Itaguaí pela troca, reflexão e trabalho compartilhado voltado à garantia de direitos sociais.

Agradeço imensamente ao meu orientador, nosso querido Dadá. Obrigada por todas as reflexões que as nossas conversas me proporcionam, pela sua generosidade ao ensinar e pelo estímulo e apoio a minha vida acadêmica. Um verdadeiro amigo!

Agradeço a disponibilidade da banca na colaboração à construção crítica e necessária a esse estudo. Aos professores Tatiana Wargas e Paulo Henrique, obrigada.

A todos com carinho e reconhecimento os meus agradecimentos.

RESUMO

OLIVEIRA, Daiane Carvalho. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) no Estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório das contribuições da Economia Política Marxista na compreensão do Estado e das políticas de saúde no século XXI.** 2022. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O estudo buscou explorar o papel do Estado na condução Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei - PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro a partir das contribuições da Economia Política Marxista. Argumenta-se que o Estado é um espaço relacional, complexo e contraditório permeado pela disputa de visões sociais de mundo e que a implementação de políticas públicas, incluindo as políticas de saúde, ocorrem em torno do conflito distributivo. No estudo de caso da PNAISARI foi evidenciado que a publicação das portarias 1.082 e 1.083 levou a indução da descentralização da política aos municípios contribuindo no reconhecimento do direito à saúde dos adolescentes em atendimento socioeducativa e na responsabilidade sanitária do município perante as unidades socioeducativas reforçando o princípio da incompletude institucional previsto no SINASE. O processo de descentralização da política aos municípios foi caracterizado pela baixa participação da Secretaria Estadual de Saúde levando a pactuações interfederativas frágeis e com baixa interlocução entre os gestores da saúde e do socioeducativo na corresponsabilização pela saúde dos adolescentes. Neste cenário, ainda persistem os problemas estruturais do SUS que dificultam ou mesmo impossibilitam a atenção integral à saúde desta população. Desta forma, concluiu-se que consolidar o direito à saúde dos adolescentes envolve considerar a determinação social da saúde que condiciona a vida e a saúde dos adolescentes e de suas famílias. E, ainda, necessariamente o enfrentamento a ideologia neoliberal que impossibilita a conformação de um modelo de proteção social no Brasil.

Palavras-chave: Economia Política Marxista, Estado Capitalista, PNAISARI

ABSTRACT

OLIVEIRA, Daiane Carvalho. **National Policy on Comprehensive Health Care of Adolescents in Conflict with the Law in the State of Rio de Janeiro: Exploratory Study on the Contributions of the Marxist Political Economy to the Comprehension of the State and Health Policies in the 21st Century.** 2022. 90 p. Dissertation. Master in Collective Health) – Institute of Social Medicine, State University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The present study explored of the State in steering the National Policy on Comprehensive Health Care of Adolescents in Conflict with the Law (PNAISARI) in the State of Rio de Janeiro the contributions of the Marxist Political Economy. It discusses that the State is a relational, complex, and contradictory permeated by the dispute of different ideological views and that the development of public policies, including health policies, happens in the context of a distributive conflict. In the case study of the PNAISARI, it became evident that the publication of resolutions 1.082 e 1.083 led to the decentralization to municipalities contributing in the acknowledgement of the right to health of the adolescents under socio-educational measures and in the sanitary responsibility of the municipalities. The decentralization process of the health system to the municipalities was characterized by a low commitment of the State Secretary of Health leading to fragile negotiations and little dialog between health and socio-educational public managers in the commitment to adolescent's health. In this context, the structural problems of the SUS that limits the possibilities of comprehensive and universal care. As conclusions, the dissertation reaffirms that the right to health of adolescents includes confronting the social determinants of health that deeply influence their lives and health, fighting against the neoliberal ideology that impedes the development of universal social protection in Brazil.

Key words: Marxist Political Economy, Capitalist State, PNAISARI

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de Adolescentes por Estado no Sistema Socioeducativo em 2017	44
Gráfico 2 - Três atos infracionais mais relevantes em 2017	45
Gráfico 3 - Distribuição de adolescentes por sexo e região do Brasil.....	46
Gráfico 4 - Raça/Etnia do Adolescente no Sistema Socioeducativo	48

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1- Ciclo Descrição/Explicação - Compreensão/Interpretação - Intervenção/Ação Transformadora	27
Quadro 1 - Alterações das Portaria Interministerial nº 1,426/20024, Portaria SAS/MS nº 647/2008 Portarias GM/MS nº 1082/2014 e nº 1083/2014, Brasil, 2014.....	61
Quadro 2 – Unidades Socioeducativas do DEGASE distribuídas por municípios habilitados na PNAISARI.....	69
Quadro 3 – Composição do Grupo de Trabalho Intersetorial e destinação de uso dos recursos financeiros de custeio	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CF - Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

COOSIRS - Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social

CRIAAD - Centros de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente

DEGASE - Departamento Geral de Ações Socioeducativas

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IAPS - Institutos de aposentadoria e Pensão

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

NOBs – Normas Operacionais Básicas

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISARI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei

SAPV - Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade

SEEDUC - Secretaria de Estadual de Educação

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGD - Sistema de Garantia de Direitos

SGAIS - Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde

SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivos.....	16
1.2 Apontamentos sobre o Método de Pesquisa.....	16
2. AS CONTRIBUIÇÕES DA ECONOMIA POLÍTICA MARXISTA NA COMPREENSÃO DO ESTADO E DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO SÉCULO XXI	20
2.1- Economia Política do Setor Saúde Brasileiro no século XXI	23
3. POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	28
3.1 Notas sobre a trajetória da Política de Saúde e da Política de Socioeducação no Brasil pós Constituição de 1988	31
4. PNAISARI: CONTEXTO DO ESTUDO DE CASO.....	38
4.1- A população de adolescentes e jovens em conflito com a lei no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro.....	41
4.2- Breve histórico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI)	53
4.3- A Política de Socioeducação e Saúde no Estado do Rio de Janeiro	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
6- REFERÊNCIAS.....	84

1 – INTRODUÇÃO

A presente dissertação é fruto da minha trajetória profissional como assistente social atuando nas políticas públicas de Assistência Social, Saúde e Socioeducação no trabalho voltado aos adolescentes e suas famílias. Neste percurso profissional com inserção em diferentes espaços institucionais, foi possível comprovar o distanciamento entre os marcos normativos que definem os direitos da população infanto-juvenil e a realidade concreta de suas vidas. Essa marcada pela desigualdade social e violação de direitos, fruto da desproteção social e da retração do Estado em políticas públicas universais. Em razão deste cenário, apesar desses adolescentes serem alvo de diferentes políticas públicas, as ações focalizadas do Estado não garantem o princípio da proteção integral previsto na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da criança e do Adolescente.

No ano de 2013 fui aprovada no concurso do Departamento Geral de Ações Socioeducativas – DEGASE e lotada no Centro de Atendimento Intensivo - CAI-Baixada, unidade socioeducativa de internação para adolescentes do sexo masculino e localizada no município de Belford Roxo/RJ. Minha inserção como assistente social na equipe multidisciplinar de saúde mental do socioeducativo era direcionada ao atendimento e acompanhamento dos adolescentes em sofrimento psíquico, uso abusivo de substâncias psicoativas e com transtornos mentais e de suas famílias. Neste período inicial já foi possível identificar as lacunas para o acesso e permanência dos adolescentes do DEGASE na Rede de Atenção à Saúde do SUS, na RAPS – Rede de Atenção Psicossocial e a relevância de considerar a centralidade da determinação social na compreensão das condições de saúde desta população.

No ano de 2014 ocorre a redefinição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei – PNAISARI com publicação das portarias nº1.082 e nº1.083 pelo Ministério da Saúde - MS. Com a publicação das portarias, a equipe da Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens do MS inicia um processo de indução da política promovendo espaços e reuniões intersetoriais entre os profissionais da saúde e da socioeducação. Desta forma, eu passo a participar desses espaços como integrante da equipe de saúde mental do DEGASE com uma atuação inicialmente voltada ao acompanhamento da implementação da política no município de Belford Roxo/RJ, e posteriormente, no ano de 2015 eu passo a integrar a equipe da Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social do DEGASE atuando como articuladora intersetorial junto a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde no acompanhamento da implementação e monitoramento da política no âmbito estadual.

Ao longo desses anos diferentes fatores de natureza econômica, política, cultural, institucional e organizacional se apresentaram ora como entraves ora como possibilidades à implementação da PNAISARI nos municípios e a sua materialização em ações de saúde voltadas aos adolescentes do socioeducativo. Esses movimentos de avanços e retrocessos não se constituiu de forma linear ao longo dos anos, esse movimento é relacional e cíclico, levando há realidades sociais complexas e contraditórias.

Para exemplificar, posso descrever avanços da política no âmbito do reconhecimento dos direitos humanos desta população e no fortalecimento dos princípios da Universalidade central ao SUS e da Incompletude Institucional essencial a organização do SINASE. Todavia, em diferentes momentos foi possível identificar os limites e conflitos em torno da definição nas atribuições e responsabilidades dos entes federativos na condução da política, levando a situações de carência assistencial e negativa de acesso dos adolescentes aos serviços de saúde.

Inserida e atuando nesta realidade pude identificar na observação empírica e no aprofundamento teórico da temática que os trabalhadores e os operadores das políticas de saúde privilegiam os arranjos políticos locais e a reorganização de processos de trabalho institucionais como alternativas aos entraves postos à implementação das políticas públicas. E ainda, em sua maioria, consideram a atuação profissional técnica qualificada, supostamente neutra e científica como condição central nos resultados das políticas públicas, relativizando as dimensões ético-político e teórico-metodológica que direcionam o uso das técnicas para determinada finalidade. Esse viés analítico ainda tende a desconsiderar a complexidade e a contradição das relações sociais, políticas e econômicas permeadas por diferentes visões sociais de mundo que conformam a ação dos atores do Estado, assim como os elementos estruturais e conjunturais de organização do Estado na sociedade capitalista.

Diante desta complexa realidade que envolve o trabalho nas políticas públicas no âmbito do Estado, considero urgente que os sujeitos políticos e os profissionais comprometidos com a transformação social e com a garantia de direitos tenham um alinhamento teórico-metodológico e ético-político com um referencial que possibilite a descrição, compreensão da realidade social com uma intencionalidade de ação transformadora (LEVCOVITZ, 2021).

O caminho analítico proposto não desconsidera a importância dos sujeitos políticos na condução das políticas públicas, e tão pouco se confunde com o fatalismo que atribui a inércia dos sujeitos aos estrangimentos macroestruturais da sociedade capitalista, ao contrário é parte da premissa que é *“indispensável conhecer para transformar”*, sendo imprescindível compreender o Estado enquanto um espaço vivo, dinâmico, complexo e contraditório onde os

sujeitos políticos, a partir de suas visões de mundo, disputam a hegemonia para consolidarem projetos de sociedade materializados em políticas públicas.

Nesta perspectiva, esse estudo se inscreve em linha de pesquisa sobre a Economia Política do Setor Saúde no Brasil do século XXI e se propõe a descrever e explicar o papel do Estado no desenvolvimento de políticas sociais concretas explorando as categorias analíticas e o marco teórico do Materialismo Histórico Marxista. Trata, pois, de proposta que ultrapassa os limites temporais do mestrado, e objetiva construir etapas fundamentais para serem aprofundadas no Doutorado, para o qual fui aprovada e selecionada para início no 1º semestre de 2022.

Está organizada em 3 partes:

- Um estudo teórico exploratório da bibliografia sobre o Estado e a Política Social no capitalismo, segundo a abordagem da Economia Política Marxista
- Uma descrição da política concreta que se propõe a analisar futuramente com base no instrumental do Materialismo Histórico Marxista: a PNAISARI
- Considerações finais e apontamentos iniciais de caminhos de pesquisa para o aprofundamento do estudo no Doutorado

O estudo de caso descritivo sobre a PNAISARI se justifica em decorrência de sua relevância para população infanto-juvenil e para os gestores que atuam na implementação de políticas públicas, em particular a política de saúde e a política socioeducativa. Conforme normatizado na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, essa população possui prioridade absoluta na destinação de recursos e na implementação de políticas públicas visando sua proteção integral e a garantia de seus direitos. **Portanto, a universidade pública é um espaço central e estratégico na produção de conhecimento que pode contribuir nas definições e direções assumidas pelo Estado.**

Ainda como relevância ao desenvolvimento deste estudo, há o cenário de baixa produção científica destinada a temática da saúde de adolescentes em conflito com a lei. Tal afirmação foi evidenciada em revisão integrativa de literatura realizada por Constantino et al. (2017), entre 2001 e 2013, identificado que além da baixa produção científica, os trabalhos realizados abordam predominantemente as questões relativas à saúde mental. Análises das condições de saúde física dos adolescentes, assim como do processo de implementação das

políticas públicas destinadas a essa população e das competências interfederativas são temas negligenciados até mesmo pela literatura da área da saúde pública.

É relevante dizer que o estudo se propõe a construir um caminho inicial de aproximação com a temática e não tem a pretensão de apontar verdades absolutas, pois parte da premissa que a produção do conhecimento é sempre inacabada e os processos de compreensão da realidade social são dinâmicos e em permanente construção. Contudo, há a intencionalidade de contribuir com a qualificação do processo de implementação da PNAISARI em curso no país e no Estado do Rio de Janeiro na perspectiva de avançar na consolidação do direito à saúde dos adolescentes em atendimento socioeducativo.

1.2- OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi descrever e explicar o papel do Estado na condução da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro explorando as contribuições da Economia Política Marxista.

Para tanto, contemplou os seguintes objetivos específicos:

- Identificar categorias analíticas do Materialismo Histórico/Economia Política Marxista que apoiem a compreensão do papel do Estado na condução da PNAISARI;
- Descrever o processo de implementação da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro a partir da redefinição da política com a publicação das portarias 1.082 e 1.083 de 2014 do Ministério da Saúde;
- Identificar movimentos dinâmicos e contraditórios do processo de implementação e monitoramento da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro para contribuir com sua qualificação e aprimoramento.

1.3- APONTAMENTOS SOBRE O MÉTODO DE PESQUISA

O presente estudo de natureza teórica e exploratória tem como objeto o papel do Estado na condução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei – PNAISARI, a partir da publicação das portarias nº 1.082 e nº 1.083 pelo Ministério da Saúde no ano de 2014. Explora, portanto, as possíveis contribuições do referencial teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético e análises baseadas na

economia política marxista na busca alcançar o conhecimento teórico e concreto do objeto de estudo.

Para Marx, de acordo com Netto (2011), o conhecimento teórico é o próprio conhecimento do objeto em sua estrutura e dinâmica real de existência que independe do desejo e vontade do pesquisador. Sendo a “*reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa*”. Em outras palavras, o conhecimento real do objeto ultrapassa o estágio inicial da descrição de sua aparência e avança na compreensão de sua essência, ou seja, o conhecimento da estrutura e dinâmica do objeto envolve mediações com a totalidade social.

Ainda, segundo as interpretações de Netto (2011), o método de Marx é um movimento dialético e ontológico vinculado a realidade social que pressupõe uma **relação ativa do sujeito/pesquisador no conhecimento teórico do objeto**. Neste processo de conhecimento, o pesquisador analisa detalhadamente o objeto, partindo da observação do real e do concreto, extrai os dados e eleva ao campo do pensamento projetando abstrações, a ação intelectual e reflexiva capaz de retirar do objeto as suas determinações concretas a partir da sua mediação com a totalidade social, assim **o concreto é a síntese de múltiplas determinações, contraditórias e com raízes histórico estruturais**.

Michael Lowi (1985) apresentando a totalidade enquanto categoria analítica de interpretação da realidade aponta que não se trata de um estudo de toda realidade, mas a compreensão da realidade social “*como um todo orgânico, estruturado, no qual não se pode entender um elemento, um aspecto, uma dimensão, sem perder a sua relação com o conjunto*”. Assim, a utilização da noção de totalidade em um estudo considera que o objeto em análise é interligado e determinado com as diferentes dimensões da vida social, principalmente pelas dimensões econômico-sociais.

“A categoria de totalidade significa (...), de um lado, que a realidade objetiva é um todo coerente em que cada elemento está, de uma maneira ou de outra, em relação com cada elemento e, de outro lado, que essas relações formam, na própria realidade objetiva, correlações concretas, conjuntos, unidades, ligados entre si de maneiras completamente diversas, mas sempre determinadas”. (LUKÁCS, 1967, p.240 citado por FONTES, 2015, p.161)

A natureza ontológica presente no materialismo histórico-dialético aponta para finalidade deste método voltado a descrever e explicar o objeto com a finalidade de uma ação transformadora, reconhecendo a indissociabilidade entre a teoria, método e ação humana. Portanto, o presente estudo busca explorar as contribuições das **categorias analíticas da totalidade, contradição e mediação** visando o conhecimento do objeto como **primeira etapa da construção do ciclo Descrição/Explicação - Compreensão/Interpretação -**

Intervenção/Ação Transformadora proposto por (LEVCOVITZ, 2021) nos estudos sobre Economia Política do Setor Saúde no século XXI.

O período escolhido para a realização do estudo compreende os anos de 2014 até 2020. Essa escolha se justifica devido a publicação pelo Ministério da Saúde das portarias 1.082 e 1.083 no ano de 2014 que redefine as diretrizes da PNAISARI e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde da população de adolescentes em conflito com a lei. Contudo, recorrendo a historicidade foi realizado um exercício comparativo entre as portarias da PNAISARI publicadas a partir de 2004 buscando uma análise preliminar das mudanças e continuidades no conteúdo da política considerando como eixos de análise: objetivo, articulação interfederativa, financiamento, modalidade de atendimento socioeducativo, assistência à saúde, instâncias de controle social e acompanhamento e avaliação.

A reflexão teórica se baseou em textos selecionados intuitivamente em diálogo com o orientador, muitos dos quais leituras das disciplinas do mestrado, sobre materialismo histórico-dialético, economia política do setor de saúde, Estado dependente e políticas sociais.

Para o estudo de caso da PNAISARI, a técnica de pesquisa utilizada foi a revisão bibliográfica e documental. A primeira foi realizada tendo como fonte de dados a plataforma SciELO, o portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o Google Acadêmico, considerando as publicações do período de 2004 a 2020. Houve a utilização das **palavras-chaves: saúde do adolescente, medida socioeducativa, jovens em conflito com a lei, adolescentes e PNAISARI** visando identificar a produção acadêmica relacionada com a temática da saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo e da implementação da PNAISARI no Brasil.

O tópico que apresenta o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população de adolescentes e jovens em conflito com a lei no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro utilizou como fonte de dados os seguintes documentos:

- Levantamento Anual do SINASE de 2017, publicado pelo Ministério de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos;
- Pesquisa Trajetórias de Vida de Jovens em Situação de Privação de Liberdade no Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro, publicado pela Universidade Federal Fluminense – UFF junto a ASIST/DEGASE;
- Investigação sobre a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei Privados de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro, publicado pela

A pesquisa documental considerou o levantamento e análise de documentos oficiais formulados em âmbito federal, estadual e municipal referentes a PNAISARI no período entre 2014 e 2020, como: leis, as portarias 1.082/2014/MS e 1.083/2014/MS, decretos, editais, manuais, notas técnicas, relatórios de gestão, atas das reuniões do GTI, deliberações da Comissão Intergestores Bipartite – CIB e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - COSEMS e os Planos Operativo e os Plano de Ação Anual da PNAISARI dos municípios do Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Duque de Caxias, Belford Roxo, Nilópolis, Macaé, Volta Redonda, Barra Mansa, Campos do Goytacazes e Teresópolis.

Esta dissertação se propõe a uma primeira etapa de aproximação com o objeto, cuja completude ultrapassa os limites temporais do mestrado, não tendo a pretensão de apontar verdades absolutas. O próprio método do materialismo histórico-dialético descarta a possibilidade do conhecimento como verdades absolutas e acabadas, situando o conhecimento de um determinado objeto a um determinado momento histórico, visto que a realidade social se encontra em constante transformação mediada pela ação humana. Contudo reconhecer que o conhecimento do objeto em análise é condicionado historicamente e necessita de um processo permanente de investigação não corrobora com a hipótese do conhecimento e da verdade como resultado de interpretações subjetivas.

Dito isso, assumo antecipadamente as limitações do presente estudo, seja em decorrência das possíveis lacunas na descrição e interpretação do objeto, da complexidade em analisar um processo ainda em curso no tempo presente (a condução da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro), das limitações pessoais imposta da sobrecarga de trabalho advinda da associação entre mãe-trabalhadora-pesquisadora que foi intensificada diante do cenário da pandemia do Covid-19, e, ainda da própria imperfeição humana.

2 - AS CONTRIBUIÇÕES DA ECONOMIA POLÍTICA MARXISTA NA COMPREENSÃO DO ESTADO E DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO SÉCULO XXI

O Estado é uma construção histórico-social e a sua compreensão envolve o entendimento de sua origem e funcionalidade na sociedade. Engels (1884) aponta a origem do Estado como sendo um produto da formação social, aparentemente acima dos interesses antagonicos e conflitantes das classes sociais a fim de garantir a ordem e evitar a sua corrosão.

“É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da "ordem". Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela se distanciando cada vez mais, é o Estado.” (ENGELS trad. KONDER, 188: 1984).

Esse antagonismo irreconciliável entre as classes sociais é resultante do modo de produção capitalista que separa a força de trabalho dos demais fatores de produção. Os trabalhadores, classe social que não possui os meios de produção é obrigada a vender sua força de trabalho aos capitalistas, classe social detentora dos meios de produção. A venda da mercadoria força de trabalho é a condição imposta aos trabalhadores à manutenção de suas necessidades de subsistência, e os capitalistas, na compra da força de trabalho, se apropriam da riqueza socialmente produzida. Essa contradição de interesses entre capital e trabalho encontra no Estado - como espaço político, administrativo e jurídico - o agente regulador e mediador necessário a reprodução capitalista. (Harvey, 2005).

Na compreensão da origem do Estado a partir da teoria da Economia Política Marxista, essa organização política, administrativa e jurídica não se configura como um terceiro neutro na mediação dos antagonismos entre as classes sociais, mas sim como parte das estruturas de reprodução social capitalista assegurando as condições necessárias à troca das mercadorias e a exploração da força de trabalho. Entretanto essa compreensão não condiciona o Estado exclusivamente e imediatamente como mero instrumento de domínio e vontade da burguesia, mas como **um espaço complexo e contraditório permeado pelas lutas de classes e pelas dinâmicas das relações sociais em disputa.** (PACHUKANIS, 1988; MASCARO, 2013).

Considerando o Estado como um espaço vivo, dinâmico, complexo e contraditório onde os antagonismos sociais fruto do modo de produção capitalista são regulados e não extintos,

suas estruturas e configurações se explicam a partir da luta de classes. As contradições entre capital e trabalho não necessariamente se expressam na luta direta entre as classes sociais, sendo o Estado ora tomado pelos interesses imediatos da burguesia e ora como representante dos interesses da classe trabalhadora, seu movimento não é linear, é dinâmico, relacional e contraditório, expressando direta e indiretamente interesses divergentes tanto na luta política como no interior de suas instituições.

Neste sentido, o mesmo Estado pode atender os interesses da classe trabalhadora, como por exemplo na garantia de legislações de proteção ao direito do trabalho e ainda, ao mesmo tempo legislar a favor da rentabilidade do capital, consolidando assim a sua função na manutenção da hegemonia voltada à reprodução capitalista.

“O Estado não é a forma de extinção das lutas em favor de uma classe, mas sim da manutenção dinâmica e constante da contradição entre as classes. Sua forma política não é resolutoria das contradições internas do tecido social capitalista, sendo, antes, a própria forma de sua manifestação, constituindo alguns de seus termos e mesmo de seus processos mais importantes. Assim, não se há de pensar na forma política estatal e na luta de classes como dois polos distintos ou excludentes num mesmo todo social. Na mesma dinâmica das lutas de classes capitalista estabeleceu-se a forma política estatal”. (MASCARO, 2013, p 60)

Segundo Jessop (2007), considerando a interpretação de Poulantzas da análise do conceito de Estado e hegemonia em Gramsci, aponta que o Estado deve ser tratado como um conjunto estrutural específico com efeitos na reprodução do capitalismo, sendo em sua forma normal *“um território soberano baseado nas regras da lei no qual a(s) classe(s) dominante(s) não detinha(m) o monopólio formal do poder de classe”*.

Neste sentido, no capitalismo não há uma dominação de classes imediata pela aplicação direta da força como em modos de produção anteriores, essa dominação ocorre através da hegemonia como exercício de liderança política, intelectual e moral do poder de classes, onde o Estado capitalista de forma relacional assume a função de mediação e organização da hegemonia do bloco no poder, produzindo um “efeito unificador” entre os sujeitos formalmente livres e iguais na esfera política, mas estruturalmente desiguais nas relações econômicas.

“Um bloco no poder é uma relação orgânica de longo prazo que se estende pelos campos econômico, político e ideológico e sua durabilidade depende da capacidade de uma classe de transformar seus interesses econômicos num projeto político que faz avançar os interesses comuns de todas as classes dominantes através da exploração econômica e da dominação política”. (JESSOP, 2007, p. 110)

O bloco no poder é constituído como unidade contraditória de classes e frações de classes que se organizam para a manutenção da coesão social e da hegemonia necessária a

reprodução da sociedade capitalista. **O Estado enquanto estrutura histórico-social é a instância onde se expressa de forma complexa a dominação, o consenso e a luta de classes, sendo o poder estatal determinado neste movimento relacional e contraditório.**

Os sujeitos políticos a partir de seus interesses econômicos, políticos e de visões sociais de mundo disputam a hegemonia para consolidarem projetos de sociedade no âmbito de um Estado ampliado, assim a dimensão ideológica ou cultural é relevante na compreensão das relações e tensões existentes na definição de um projeto de sociedade e à obtenção do consenso necessário à implementação de políticas públicas. (GRAMSCI, 2001; FONTES, 2015; FALLEIROS, 2015; CASTRO, 2015).

“O que Gramsci chamou de “Estado ampliado” corresponde, portanto, a uma unidade dialética na qual diferentes projetos, expressando conflitos no interior das classes dominantes e/ou entre as classes sociais, estão presentes e buscam conformar o conjunto da população para a organização do trabalho e da vida característica das sociedades urbano-industriais capitalistas. O conceito de hegemonia corresponde, assim, à direção ético-política e econômica obtida pela classe dominante, ou sua fração dirigente, envolvendo, necessariamente, a busca pelo consenso. Isso significa que, de alguma maneira, os interesses subalternos precisam ser levados em consideração, ainda que mantida sua condição dominada”. (FONTES & FALLEIROS & CASTRO, 2015, p.166)

O padrão de intervenção do Estado assume formas e modo de funcionamento distintos conforme o momento histórico e as relações sociais, políticas, culturais e econômicas vigentes. No período do século XIX o padrão de intervenção predominante do Estado capitalista foi baseado no liberalismo tendo como princípio o trabalho como mercadoria e a livre regulação do mercado. O papel central do Estado esteve direcionado à garantia da liberdade, do livre comércio e do reconhecimento dos direitos civis orientados a proteção à vida, à liberdade individual e os direitos de segurança e propriedade (MARSHALL, 1967; BEHRING, 2010; BOSCHETTI, 2010).

No final do século XIX e início do século XX, a organização e luta da classe trabalhadora alinhada aos movimentos socialistas, o sufrágio universal garantindo igualdade no exercício do direito ao voto entre trabalhadores e proprietários e a grande crise do capital em 1929 foram fatores determinantes para a mudança de um modelo exclusivamente de Estado liberal, passando para uma coexistência com o modelo de Estado Social com o surgimento das políticas sociais do Welfare State.

O surgimento das políticas sociais não ocorreu de forma universal, simultânea e homogênea entre os países capitalistas, sua formatação e abrangência esteve relacionada ao grau de desenvolvimento das forças produtivas presentes em cada país e à capacidade de

organização de sua classe trabalhadora, levando ao um desenvolvimento gradual e diferenciado na implementação de políticas sociais.

Esping-Anderson (1991) descreve e analisa esse desenvolvimento gradual e diferenciado entre as políticas sociais levando a três tipos de Welfare State nos países capitalistas. Uma síntese desta classificação: tipo liberal com a conformação de políticas focalizadas de assistências aos pobres e as populações de baixa renda, reformas sociais limitadas associadas a ética do trabalho, critérios rigorosos para acesso aos benefícios, sendo o tipo de Welfare State predominante nos Estados Unidos, Canadá e Austrália; o tipo conservador-corporativista com base no modelo Bismarckiano, políticas com regimes corporativos e limitada capacidade redistributiva e manutenção das diferenças de status sociais, sendo predominante na Áustria, França, Alemanha e Itália; o tipo social-democrata com a conformação de políticas sociais universais com a desmercantilização dos direitos sociais e dos benefícios, incorporando todas as camadas da sociedade em sistemas universais, sendo predominante nos países escandinavos.

Contudo, não cabe neste tópico um estudo aprofundado do surgimento e dos tipos de políticas sociais nos países capitalistas, mas a compreensão de sua origem como parte do processo relacional e contraditório da dinâmica entre Estado e sociedade civil determinados pelo contexto de acumulação capitalista e da luta de classes. Essa premissa leva à necessidade da permanente análise da dinâmica do Estado buscando identificar os seus elementos constituintes e quais os processos sociais, relacionais e contraditórios marcam sua conformação no tempo presente.

2.1- Economia Política do Setor de Saúde Brasileiro no século XXI

A produção acadêmica com abordagem macroeconômica sobre Economia Política do setor saúde no Século XXI voltado à análise e compreensão do papel do setor saúde nas economias capitalistas contemporâneas, nas políticas públicas e nos sistemas de proteção social é rarefeita, com baixa presença nas publicações da área de saúde coletiva e desperta pouco interesse entre a maioria dos intelectuais, pesquisadores e profissionais vinculados ao campo da Saúde Coletiva brasileira. Tal constatação foi evidenciada em pesquisa realizada por Levcovitz (2021), sendo paradoxal com a tradição teórica, política e institucional do campo da saúde coletiva, responsável por ampla produção acadêmica de abordagem macroeconômica a partir da compreensão da categoria da totalidade social que levou a construção da “Grande Narrativa” indispensável a materialização da reforma sanitária brasileira.

Segundo Levcovitz (2021), “a “Grande Narrativa” foi construída envolvendo a pluralidade ideológica e epistemológica característica do campo da Saúde Coletiva formado pela interdisciplinaridade e que “não limitou a articulação orgânica e integradora na produção acadêmica intelectual voltada à compreensão, interpretação e intervenção técnico-político-institucional na política de saúde.”

Essa produção acadêmica desenvolveu análises e compreensões sobre as condições de vida, trabalho e saúde da população, das políticas públicas, das relações de poder no setor saúde, do papel central do Estado no desenvolvimento econômico e social e de outros temas que contribuíram como base do projeto ideológico e político de constituição do Sistema Único de Saúde, originando uma compressão sobre o setor e a política de em saúde intrinsecamente relacionada aos contextos socioeconômico e político-ideológico e às tradições culturais e intelectuais do país na época. Contudo, esse não é mais o cenário da produção acadêmica no campo da Saúde Coletiva brasileira.

O presente tópico não busca discorrer sobre os interesses e motivações intelectuais que permeiam o campo da saúde coletiva na atualidade e tão pouco busca compreender as intencionalidades individuais dos pesquisadores nas escolhas dos seus objetos de análise. O objetivo é explorar, ainda que de forma preliminar, as contribuições e a importância dos estudos de abordagem macro analítica, vinculados a Economia Política Marxista do setor saúde na compreensão das complexas e contraditórias determinações sociais, políticas e econômicas que ameaçam e/ou favorecem a sustentabilidade do SUS e a condução da PNAISARI enquanto uma política nacional de saúde.

Esse caminho vem sendo percorrido por autores tradicionais da saúde coletiva, (GADELHA, 2003; LEVCOVITZ, 2021, VIANA et al., 2005), que apontam a relevância de retomar o uso das categorias analíticas da Economia Política “na compreensão do Estado brasileiro, do desenvolvimento econômico e social e das macropolíticas nacionais de proteção social”. E, ainda, alertam acerca da inadequação do enfoque neoclássico tradicional da economia, predominante nos estudos da Economia da Saúde no Brasil como referencial analítico, uma vez que “reduzem a explicação dos fenômenos econômicos ao processo oferta-procura-preço”(Idem), defendendo a neutralidade científica dos resultados e desconsiderando os processos históricos. Sendo, portanto, um referencial teórico incompatível com a trajetória da saúde coletiva brasileira e com o próprio processo de reforma sanitária que foi constituído de cunho político-ideológico de defesa da universalização do direito à saúde.

“[...] o enfoque neoclássico tradicional de economia, largamente predominante na análise econômica atual, inclusive no campo da saúde – o que parece estranho, considerando a tradição teórica, de corte político e institucional, em saúde coletiva –,

se mostra inadequado ao se concentrar na alocação de recursos escassos – que, segundo essa corrente, define o próprio objeto da ciência econômica –, focalizando situações estáticas ou de crescimento em condições de equilíbrio.” (GADELHA, 2003)

A Economia Política Marxista considera as relações de produção na sociedade capitalista como processos histórico-sociais, complexos e contraditórios constituídos por forças coletivas e instituições sociais em permanente movimento e mudança. Assim, é a partir das categorias analíticas da historicidade, totalidade e dialética que se encontram as ferramentas para compreender o setor saúde como parte das relações de produção capitalista e iniciar um movimento coletivo de construção de um novo projeto político-pedagógico para a saúde coletiva brasileira comprometida com os princípios da reforma sanitária.

Conforme descreve Levcovitz, 2021.

“Entendo que é na Economia Política marxista, “como ciência teórica (voltada para o estudo das leis de movimento dos vários modos de produção), e simultaneamente, como ciência histórica, convertendo a teoria econômica em análise histórica”, que podemos encontrar os fundamentos conceituais e metodológicos para um novo projeto político-pedagógico para a saúde coletiva brasileira, por abordar a realidade sob uma perspectiva simultaneamente histórica, econômica, política e sociológica, especialmente no contexto de “alargamento do campo de análise [que] obriga-nos a repensar a questão da unidade teórica do pensamento marxista e seu movimento analítico como uma proposta holística, mas não como um resultado acabado”.

Nesta perspectiva, o uso do referencial teórico-metodológico da Economia Política marxista na análise do setor saúde no século XXI possibilita a descrição e explicação das mudanças e transformações que ocorrem nas políticas e nos sistemas de saúde ao longo dos anos, e suas interações e interfaces com as demais políticas de proteção social, a compreensão e interpretação desses processos sócio-históricos como resultado de múltiplas determinações e a intervenção e transformação dos processos sócio-históricos a partir de distintas visões sociais de mundo.

Ana Luiza Viana (2005) também aposta no referencial teórico-metodológico da Economia Política como sendo o adequado na compreensão dos processos complexos e contraditórios que permeiam o setor saúde nas relações de produção capitalista. Sendo a saúde simultaneamente parte de um modelo de proteção social, mercadoria e bem econômico e espaço de acumulação de capital. Assim como o papel central do Estado na regulação dos conflitos de interesses presente nessas diferentes dimensões que constituem o setor saúde no cenário contemporâneo.

“Marco ou referencial teórico de como a saúde pode ser vista à luz da economia política: complexidade e contradição entre os movimentos simultâneos de desmercantilização do acesso e mercantilização da oferta/ provisão, ao lado da constituição (recente) de um campo de acumulação de capital em saúde, expresso pela formação do complexo industrial da saúde.” (VIANA, 2005)

No campo da saúde coletiva brasileira retomar a análise de temas da Economia Política do setor saúde envolve um movimento ético-político de buscar compreender e intervir em fatores que simultaneamente fortalecem e enfraquecem os princípios do SUS. Assim, ao mesmo tempo que a saúde enquanto política pública de um modelo de proteção social atua na desmercantilização do acesso e na garantia de sua efetivação como direito social, no âmbito da oferta de serviços vem ocorrendo um processo crescente de mercantilização do setor, seja no assalariamento dos profissionais ou na comercialização de seguros de saúde. E, ainda, como espaço de acumulação de capital envolvendo a formação do Complexo Econômico-Industrial de Saúde, em especial nos ramos farmacêutico e de equipamentos eletroeletrônicos.

Além da compreensão desses processos complexos, contraditórios e dinâmicos é essencial a sustentabilidade do SUS direcionar os olhares e reflexões para o papel central do Estado na regulação dos conflitos de interesses presente nessas diferentes dimensões que constituem o setor saúde no cenário contemporâneo e como agente estratégico no desenvolvimento social e econômico do país, fator indispensável a conformação e manutenção da saúde como parte de um sistema de proteção social universal.

Levcovitz (2021), enquanto intelectual orgânico da saúde coletiva brasileira que esteve e está ao longo de sua trajetória profissional, acadêmica e política atuando, conforme o denominado por Paim de triedro ideologia-saber-prática, oferece caminhos analíticos e reflexivos nesta direção, apontando a pertinência do arsenal teórico-metodológico-político da Economia Política marxista para uma trajetória acadêmico-intelectual politicamente engajada no desenvolvimento de pesquisas no setor saúde que considerem as dinâmicas cultural-científica, político-institucional, técnico-econômica e sistêmico-operacional.

Esse caminho proposto é alinhado ao pensamento de Antônio Gramsci que aponta a relação entre Estrutura e Superestrutura para pensar e intervir no campo da saúde coletiva a partir da materialização do **Ciclo Descrição/Explicação - Compreensão/Interpretação - Intervenção/Ação Transformadora** (Figura 1).

Nesta perspectiva, **o presente estudo se inscreve em linha de pesquisa sobre a Economia Política do Setor Saúde no Brasil do século XXI e se propõe a explorar as categorias analíticas e o marco teórico do Materialismo Histórico Marxista para descrição, interpretação e compreensão do papel do Estado no desenvolvimento de políticas sociais**, tendo como caminho a realização de um estudo exploratório em uma política saúde concreta: a PNAISARI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, buscando a descrição e explicação dos elementos histórico-estrutural com as relações políticas, sociais, culturais e econômicas vigentes no período de implementação

da política, afastando-se de interpretações imediatas e parciais da ação do Estado e privilegiando identificar os embates entre interesses conflitantes, o impacto das forças econômicas e políticas, o conteúdo da política em análise, as consequências de sua implementação para a sociedade e as modalidades de intervenção estatal.

Figura 1 . Ciclo Descrição/Explicação - Compreensão/Interpretação - Intervenção/Ação Transformadora



Fonte: Levcovitz, 2021

3. POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

O desenvolvimento do capitalismo no Brasil foi impulsionado pela aliança entre a burguesia agroexportadora e a burguesia industrial nascente através da modernização conservadora que não rompeu com elementos centrais da estrutura social e econômica anterior, sendo marcado pelo colonialismo, escravismo, pela industrialização tardia e por uma economia primário-exportadora voltada prioritariamente a atender os interesses externos. Esses elementos definiram no país um modo de produção capitalista dependente e subordinado na divisão internacional do trabalho que acarreta a superexploração da força de trabalho na periferia capitalista. (PRADO JR, 1945; MARINI, 1973; FERNANDES, 1975; BRETTAS, 2020).

“A dependência precisa ser pensada a partir do estabelecimento de relações de produção desiguais entre países que, ao absorverem transferências de valor produzidos por outros, reforçam as desigualdades regionais. Ao mesmo tempo, economias dependentes produzem uma riqueza que é apropriada no exterior, criando uma dinâmica interna própria e produtora de desigualdades no interior destes países, os quais erguem sua estrutura produtiva, econômica, social e cultural segundo exigências externas” (BRETTAS, 2020, p 96)

A inserção desigual e dependente na divisão internacional do trabalho é compensada pelo capitalista da periferia no processo produtivo e na apropriação dele, levando a superexploração da força de trabalho no pagamento de baixos salários, na intensificação da jornada de trabalho, na precarização e uberização do trabalho e no poder de compra dos salários abaixo do nível estabelecido nos países centrais. Essa formação econômica-social subordinada e dependente permanece inalterada e é aprofundada na égide do capital financeiro com o endividamento público e o aprisionamento dos governos aos interesses do capital. “*São os novos condicionantes da práxis do capital que reforçam o caráter histórico da atualidade da dependência sob a consigna da superexploração e do superendividamento*”. (TRASPADINI, 2014).

Dando continuidade ao entendimento da política social como uma das formas de mediação do Estado na relação entre capital e trabalho é relevante compreender que a formação econômica e social do Brasil teve e tem desdobramentos na conformação das classes sociais e do Estado brasileiro, trazendo limites à implementação de políticas públicas amplas e universais conforme visto no modelo de Welfare State nos países de capitalismo central.

No Brasil, considerando a historiografia oficial, as primeiras iniciativas de política social foram no formato segmentado e destinada à trabalhadores de setores estratégicos com a promulgação da lei Eloy Chaves que institui a partir de 1923 as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), e posteriormente os Institutos de aposentadoria e Pensão (IAPS) que no período

de 1933/1943 conformam de um arranjo institucional e um modelo de financiamento próprios de uma política pública embrionária da previdência social brasileira. (OLIVEIRA E FLEURY TEIXEIRA, 1986; LEVCOVITZ, 1997; BEHRING, 2010; BOSCHETTI, 2010).

A inauguração do Estado brasileiro assumindo um papel de interventor na economia foi impulsionada pela grande crise do capital de 1929/1932 que enfraqueceu econômica e politicamente as oligarquias agroexportadoras e possibilitou uma mudança na correlação de forças no interior das classes dominantes, contribuindo para o advento da “Revolução de 30” e de uma agenda modernizadora para o país que incrementou a industrialização e regulamentou as relações de trabalho com a promulgação de uma legislação trabalhista e social.

Essa iniciativa de regulação estatal da relação capital-trabalho permitiu o controle da atividade sindical e enfraquecimento do movimento operário. *“Buscando transformar a luta de classes em colaboração de classes, e o impulso à construção de um Estado social, em sintonia com os processos internacionais, mas com as nossas mediações internas particulares”*. (BEHRING, 2010, p. 106).

A promulgação em 1943 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT marca a regulamentação das relações de trabalho e o reconhecimento de direitos por parte do Estado por meio de um modelo corporativista e segmentado. Em relação ao setor saúde, a ação estatal **se intensifica** na década de 30 com intervenção na saúde pública através de campanhas sanitárias para enfrentar epidemias e na implantação de instituições do tipo sanatórios ou asilos para tratamento de tuberculose e hanseníase.

A assistência médico-hospitalar esteve centrada na prática liberal da medicina previdenciária e na filantropia destinada aos pobres e indigentes. Desta forma, a expansão da proteção social no Brasil ocorreu de forma excludente, segmentada e seletiva associada aos períodos autoritários, em um primeiro momento no Estado Novo e posteriormente da ditadura empresarial-militar do pós-1964.

No período ditadura empresarial-militar do pós-1964 a restrição dos direitos civis e políticos foi acompanhada do avanço dos direitos sociais por meio da expansão e modernização das políticas sociais previdenciárias. Ocorre em 1966 a unificação e centralização da Previdência Social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1971 ocorre a ampliação da previdência para os trabalhadores rurais com Funrural, em 1972 a cobertura para as empregadas domésticas, em 1973 para os trabalhadores autônomos e em 1974 a garantia de uma renda mensal de meio salário-mínimo para os idosos pobres. Contudo, ao mesmo tempo em que as políticas públicas foram impulsionadas pelo Estado, houve a abertura para iniciativa privada dos setores da saúde, da previdência e da educação.

Essas medidas de ampliação das políticas sociais associadas ao chamado “milagre brasileiro” que possibilitou o aumento do acesso ao consumo pela classe média, contribuindo para legitimidade e adesão de parcela da sociedade ao regime autoritário. (FALEIROS, 2000).

A proteção social como política pública no Brasil surge inspirada na concepção “Bismarckiana” de seguro com regime de capitalização mediante contribuição prévia com organização segmentada e benefícios reduzidos e diferenciados, afastando-se do modelo de seguridade social “Beveridgiano” de cobertura universal de políticas sociais como direito de cidadania implementado no modelo de Welfare State em países de capitalismo central.

Desta forma, apesar do avanço na expansão dos serviços e a incorporação de novos grupos como beneficiários, esse modelo aprofundou o distanciamento social e econômico entre as classes sociais limitando o desenvolvimento de um projeto de solidariedade baseado na universalidade dos direitos.

Segundo Levcovitz (1997) a “abertura lenta, gradual e segura” do governo Geisel possibilitou nos anos de 1974 e 78 o reaparecimento de espaços e formas de organização na sociedade civil voltada à contestação do modelo vigente e de disseminação de novas ideias políticas que contribuíram para as reformas setoriais nas políticas públicas. A crise econômica internacional com o choque do preço do petróleo teve impactos no projeto modernizador-conservador tensionando a permanência do regime autoritário brasileiro e abrindo caminho à transição democrática.

O cenário político que se inaugura em 1974 segue na década de 80 como um amplo movimento de redemocratização da sociedade brasileira e aspiração de ideais reformistas e reincorporação progressiva dos direitos democráticos.

No setor saúde houve o fortalecimento do projeto teórico-conceitual e político-ideológico da Reforma Sanitária brasileira que avança na direção de um projeto de saúde universal normatizado no plano legal com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e instituído como política pública na implementação do Sistema único de Saúde. (DRAIBE E AURELIANO, 1989; LEVCOVITZ, 1997; BEHRING, 2010).

As compreensões e análises do desenvolvimento da política social no Brasil e, em particular da política de saúde foram abordados em ampla produção teórica que contribuiu para o entendimento de sua trajetória histórica e dos elementos econômicos, políticos, sociais, culturais e institucionais que conformam a ação do Estado na implementação das políticas públicas. A produção intelectual analítica, reflexiva e propositiva de autores nacionais como Fleury, 1986; Draibe, 1989; Fiori, 1995; Levcovitz, 1997; Behring, 2010; Boschetti, 2010; Baptista, 2012 e Brettas, 2020 convidam a olhar para política de saúde como integrante de um

modelo de proteção social no âmbito do Estado e da sociedade civil permeado por disputas de projetos antagônicos e conflitantes.

Nesta perspectiva, a análise da implementação da política pública de saúde no âmbito do Estado brasileiro necessita tanto da compreensão dos elementos histórico-estruturais que conformam a ação do Estado como das mediações necessárias à compreensão do conjunto das relações sociais que configuram o tempo presente, sendo imprescindível, portanto, identificar os impactos no Estado e na sociedade brasileira do atual estágio de desenvolvimento capitalista na égide do capital financeiro com o aprofundamento dos antagonismos na relação capital e trabalho e com o avanço das políticas neoliberais de retração do Estado social, assim como buscar compreender quais as correlações de forças presentes nos espaços políticos, sociais e institucionais na disputa de projetos societários que tem na implementação de políticas públicas um caminho à sua materialização.

3.1 Notas sobre a trajetória da Política de Saúde e da Política de Socioeducação no Brasil Pós-Constituição de 1988

A redemocratização da sociedade brasileira e a promulgação da Constituição Federal de 1988 inaugura um novo modelo de proteção social no país pautado nos princípios da solidariedade, obrigatoriedade, da suficiência e da supletividade, princípios alinhados aos valores que orientam a conformação de um estado de bem-estar social.

A Seguridade Social constituída pela previdência, saúde e assistência social representa uma das principais conquistas sociais normatizada constitucionalmente sendo organizado conforme os objetivos da universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbana e rurais, seletividade e distributividade, irredutibilidade do valor do benefício, equidade na forma de participação no custeio, diversidade na base de financiamento e caráter democrático e descentralização administrativa.

Contudo, a normatização da Seguridade Social brasileira não ocorreu acompanhada das condições econômicas e políticas favoráveis à sua consolidação enquanto política pública voltada à proteção social, levando assim, a um distanciamento entre um direito constitucional e a sua materialização na oferta de políticas e serviços públicos.

A adoção do modelo neoliberal de ajuste fiscal e das “reformas” ou “contrarreforma” do Estado nos processos de privatizações das empresas públicas, abertura de setores estratégicos da economia ao capital externo, o fortalecimento da ideologia “anti-Estado” que nega o papel central do Estado como provedor da proteção social e agente estratégico para o

desenvolvimento econômico levou a recém-criada Seguridade Social ao um status de agenda inconclusa. (TEIXEIRA, 1991; FLEURY, 2004; MOTA, 2009; BEHRING, 2010).

Considerando o direito à saúde, há o seu reconhecimento constitucional no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. Esse artigo redefine em marcos legais provisão dos serviços de saúde fundado na lógica do seguro para um sistema universal, igualitário e redistributivo baseado no modelo de seguridade, e ainda, o Art. 198 aponta sua organização regionalizada e hierarquizada considerando as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação.

Segundo Levcovitz (1997), houve tensões e conflitos na implementação dos dispositivos constitucionais na política de saúde com um paradoxo entre a formulação de um modelo de proteção social universal, solidário e redistributivo e a hegemonia neoliberal com as prescrições do “Consenso de Washigton” acarretando um processo de fragmentação da seguridade na omissão do Executivo na submissão de projetos de legislação complementar necessários à regulamentação dos novos dispositivos que foram instituídos dois anos após a constituinte com a lei 8080/90 que dispõe da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da lei 8142/90 a gestão participativa no SUS e da transferência intergovernamentais de recursos financeiros.

Contudo tais leis não definiram concretamente o financiamento do SUS, fixação de percentuais vinculados ao orçamento da Seguridade Social e os mecanismos e critérios de transferências entre União, estados e municípios, ameaçando e inviabilizando a consolidação do princípio da universalidade da cobertura e do atendimento.

Assim, a universalidade é considerada como ausência de barreiras de acesso aos serviços e ações do sistema de saúde, através da igualdade formal de direitos. Formulada originalmente em sociedades com alto grau de homogeneidade distributiva da renda, a transposição do princípio da universalidade para países com perfil de desigualdades econômicas e sociais estruturais como o Brasil exige amplas políticas públicas para que a igualdade formal possa se aproximar da igualdade real, através da busca sistemática de redução das desigualdades inter-regionais e socioeconômicas. (LEVCOVITZ, 1997, p.48)

Em decorrência das tensões e conflitos presentes no processo de implementação do SUS, os limites impostos pelo ajuste fiscal de cunho neoliberal, e a presença ideológica e material do projeto de saúde privatista articulado ao mercado vem inviabilizando a consolidação dos princípios e diretrizes defendidos no projeto de Reforma Sanitária e normatizado na CF de 1988. Durante esses mais de 30 anos de implementação do SUS permanece em disputa e

convivência no âmbito do Estado e na sociedade tanto do projeto da Reforma Sanitária, como do projeto de saúde voltado ao mercado.

Houve avanços e retrocessos em ambos os projetos de acordo com a conjuntura econômica, política e social vigente e das estratégias político-institucional e técnico-administrativa adotadas que conformaram as características do sistema de saúde no país. Dentre as estratégias técnico-administrativas no sentido de avançar com a organização e estruturação do SUS é possível apontar durante os anos 90 as NOBs – Normas Operacionais Básicas, como instrumentos de regulação do processo de descentralização e nos anos 2000, no âmbito político-institucional, há reestruturação do Ministério da Saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde e da Secretaria de Gestão Participativa.

Não cabe no escopo deste estudo um resgate histórico no sentido de abordar detalhadamente as diferentes ações e estratégias que conformaram o SUS, tão pouco aprofundar a análise dos fatores e aspectos estruturais e conjunturais que impossibilitaram a real consolidação do SUS constitucional, mas considerar as contribuições das análises dos processos do passado para a compreensão do tempo presente. Desta forma, a análise da implementação de uma política nacional de saúde, no caso do presente estudo, a PNAISARI, pressupõe além da análise do conteúdo da política, das etapas do seu processo de implementação, da compreensão dos conflitos existentes entre diferentes visões de mundo, é necessário também olhar para as características na atualidade do SUS enquanto espaço concreto onde é garantido ou negado o direito à saúde.

A política de socioeducação assim como a política de saúde também tem sua gênese na CF de 1988 que normatiza atuação do Estado e da sociedade brasileira a partir de novo olhar e compreensão da infância e adolescência, substituindo a doutrina da situação irregular presente no Código de Menores pela doutrina da proteção integral, incorporando a concepção de direito e cidadania para a população infanto-juvenil. O artigo 227 da CF é elucidativo em relação ao reconhecimento dos direitos das crianças e adolescentes e a sua garantia em absoluta prioridade definindo como responsáveis o Estado, a sociedade e a família.

“Art. 227 - É dever da família, da sociedade em geral e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”(BRASIL, 1988)

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8069, de 13 de julho de 1990 – ECA, enquanto legislação especial aborda de forma mais completa os princípios constitucionais, estabelecendo a concepção de proteção integral e da prioridade absoluta visando o

reordenamento da ação do Estado, da família e da sociedade no reconhecimento das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos, a sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento.

A condição peculiar do adolescente como pessoa em desenvolvimento significa que esses sujeitos possuem todos os direitos atribuídos aos adultos, mas sendo aplicáveis de acordo com a sua idade, grau de desenvolvimento físico e psicossocial e a sua capacidade de compreensão e autonomia. Em virtude da sua condição peculiar, o ECA prevê a aplicação de medidas socioeducativas como responsabilização aos adolescentes que pratiquem ato infracional, esse corresponde a conduta análoga a descrita como crime ou contravenção penal. É relevante sinalizar que a prática de um ato infracional durante a adolescência é considerada como um fenômeno complexo de multicausalidade envolvendo fatores sociais, políticos, econômicos, culturais, ambientais e a subjetividade dos indivíduos. Neste estudo, o ato infracional é compreendido como expressão da questão social, “*o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, marcada pela luta entre classes e destas com o Estado*” (IAMAMOTO, 2007).

Em consonância com a doutrina da proteção integral prevista na CF de 1988 e no ECA, as medidas socioeducativas deverão ser organizadas e implementadas objetivando um duplo sentido, sancionatório/responsabilização e pedagógico/protetivo e a sua aplicação deverá considerar as circunstâncias e a gravidade do ato infracional praticado, a capacidade física e mental do adolescente em cumpri-la. E, ainda, não anula a condição do adolescente como sujeitos de direitos universais e integrais e a responsabilidade do Estado em prover sua proteção social através garantia do acesso as políticas públicas indispensáveis a efetivação de um desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (BRASIL, 1990)

O Estado tem um papel central na proteção social destinada as crianças e adolescentes e no enfrentamento das desigualdades sociais existentes na sociedade capitalista que vulnerabilizam a trajetória de vida desses sujeitos colocando-os em situações de risco social que contribui na prática do ato infracional. Desta forma, à medida que se avança na implementação de políticas públicas voltada à proteção social, há o fortalecimento do Estado Social em detrimento do Estado Penal, esse voltado a contenção social dos “perigosos” e “criminosos”, é alimentado pelo neoliberalismo com a retração do Estado, o aumento do desemprego, da precarização do trabalho e da miserabilidade. Considerando a contenção social da “delinquência juvenil” como forma de “responsabilização”, é prevista a aplicação das medidas socioeducativas destinada aos adolescentes infratores.

No ano de 2006 o CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente aprovou o SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, documento fruto de um amplo movimento democrático de diferentes setores da sociedade brasileira e do sistema de garantia de direitos que contou com a participação da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), buscando regulamentar os parâmetros e diretrizes para execução das medidas socioeducativas em consonância com os preceitos normativo da CF de 1988, do ECA e dos tratados e convenções internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário.

Dando continuidade à implementação da política socioeducativa no Brasil, no ano de 2012, após 6 anos de sua aprovação pelo CONANDA, o SINASE é instituído pela Lei 12.594 visando a normatização em âmbito nacional das bases organizativas do sistema socioeducativo. Sendo estabelecido os princípios, regras e critérios de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo que envolve a execução de medida socioeducativa nos programas de atendimento estaduais, distrital e municipais.

O SINASE especifica as competências da União, dos Estados e dos Municípios definindo as atribuições de cada ente da federação e a corresponsabilização tripartite no planejamento, implementação e financiamento dos programas de atendimento socioeducativo. Os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, nas três esferas de governo definem anualmente o percentual de recursos do Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente a serem aplicados no financiamento das ações, esses recursos são provenientes do orçamento fiscal e da seguridade social.

Considerando Art. 35 do SINASE, a execução das medidas socioeducativas reger-se-á pelos seguintes princípios:

- “I – legalidade, não podendo o adolescente receber tratamento mais gravoso do que o conferido ao adulto;
- II - excepcionalidade, favorecendo-se meios de autocomposição de conflitos;
- III - prioridade a práticas ou medidas que sejam restaurativas;
- IV - proporcionalidade em relação à ofensa cometida;
- V - brevidade da medida;
- VI – individualização (idade, capacidades e circunstâncias pessoais do adolescente);
- VII - mínima intervenção (necessário para a realização dos objetivos da medida);
- VIII - não discriminação do adolescente;
- IX - fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários no processo socioeducativo (BRASIL, 2012).”

A normatização desses princípios busca garantir os direitos humanos do adolescente autor de ato infracional durante a aplicação da medida socioeducativa e o respeito a sua dignidade. Desta forma, fortalece a dimensão pedagógica prevista no ECA e favorece o

desenvolvimento pessoal e social do adolescente visando um processo de responsabilização que envolva a aquisição de competências e habilidades para a vida social, o exercício da cidadania e o acesso as políticas públicas.

A incompletude institucional é um princípio organizativo previsto no SINASE de importante relevância no acesso e articulação entre as políticas públicas, uma vez que responsabiliza as políticas setoriais na prestação das ações e serviços destinados aos adolescentes.

Conforme aponta o 10º princípio:

“A incompletude institucional revela a lógica presente no ECA quanto à concepção de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais para a organização das políticas de atenção à infância e à juventude. A política de aplicação das medidas socioeducativas não pode estar isolada das demais políticas públicas. Os programas de execução de atendimento socioeducativo deverão ser articulados com os demais serviços e programas que visem atender os direitos dos adolescentes (saúde, defesa jurídica, trabalho, profissionalização, escolarização etc.)” (BRASIL, 1990a)

Em relação ao direito à saúde, o SINASE considerando a incompletude institucional e a intersetorialidade define a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia da atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens em atendimento socioeducativo em meio aberto, fechado e restrição de liberdade. Nesta premissa, o acompanhamento em saúde dos adolescentes deve acontecer prioritariamente nos serviços e programas ofertados pelo SUS no território, na busca da universalidade e da integralidade do atendimento.

Conforme o Capítulo V, seção I, Art.60.

I - previsão, nos planos de atendimento socioeducativo, em todas as esferas, da implantação de ações de promoção da saúde, com o objetivo de integrar as ações socioeducativas, estimulando a autonomia, a melhoria das relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias;

II - inclusão de ações e serviços para a promoção, proteção, prevenção de agravos e doenças e recuperação da saúde;

III - cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, e atenção aos adolescentes com deficiências;

IV - disponibilização de ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

V - garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrarreferência, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS);

VI - capacitação das equipes de saúde e dos profissionais das entidades de atendimento, bem como daqueles que atuam nas unidades de saúde de referência voltadas às especificidades de saúde dessa população e de suas famílias;

VII - inclusão, nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS, bem como no Sistema de Informações sobre Atendimento Socioeducativo, de dados e indicadores de saúde da população de adolescentes em atendimento socioeducativo; e

VIII - estruturação das unidades de internação conforme as normas de referência do SUS e do SINASE, visando ao atendimento das necessidades de Atenção Básica”.

Desta forma, a política de socioeducação se organiza em articulação com as demais políticas públicas e serviços destinados a população infanto-juvenil e com o Sistema de Garantia de Direitos – SGD que congrega diferentes instâncias de participação intersetorial nos eixos de promoção, defesa e controle da efetivação dos direitos de crianças e adolescentes.

Assim, a consolidação de uma política socioeducativa envolve diretamente a efetivação de um modelo de proteção social, onde cada política pública de forma intersetorial assume sua responsabilidade perante essa população. Neste entendimento, a intersetorialidade é compreendida para além da atuação profissional integrada em processo de trabalho em redes, mas como princípio a ser considerado na formulação, financiamento e execução de políticas públicas.

“A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas. Supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população.” (YASBEK, 2014, p. 98)

É inegável os avanços no campo legislativo normatizando os direitos da população infanto-juvenil no Brasil, inclusive da população de adolescentes em conflito com a lei na definição das diretrizes e princípios da política socioeducação e de sua implementação principalmente a partir do ano de 2006. Contudo, a sua efetiva implementação com a garantia de todos os direitos concernente aos adolescentes permanece distante do cotidiano das unidades de socioeducação no país.

4- PNAISARI: CONTEXTO DO ESTUDO DE CASO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) visa articular e integrar os serviços de saúde aos princípios previstos no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) em consonância com os marcos normativos que asseguram os direitos da população infanto-juvenil. A publicação da Portaria Interministerial Nº 1.426 de 2004 foi o primeiro movimento em âmbito nacional de adequação das ações de saúde destinada a esse público, reconhecendo o cenário de violação de direitos das unidades de privação de liberdade, em especial, a negação do direito à saúde normatizado na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.069/90 que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Dando continuidade a esse processo de normatização e adequação da política de saúde destinada aos adolescentes em conflito com a lei houve novas publicações pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos, a portaria nº 647/2008 e as portaria nº 1.082/2014 e nº 1.083/2014. A portaria 1.082 redefine as diretrizes da PNAISARI e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da política. Tendo como objetivo geral *“garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade”*.

A formulação de políticas públicas por parte do Estado atua na realização material de um direito normatizado constitucionalmente, no caso específico da PNAISARI, o direito à saúde de adolescentes em conflito com a lei. Contudo, dados da realidade vem demonstrando a limitação do Estado em cumprir o seu papel de efetivar direitos através da implementação de políticas públicas. Desta forma é relevante buscar descrever e compreender os elementos históricos, econômicos, políticos e sociais que condicionam a atuação do Estado em cumprir seu papel constitucional.

Nesta direção, **pretende-se realizar um estudo exploratório a partir do uso das categorias analíticas da Economia Política Marxista**, acerca do processo de implementação da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro, **privilegiando a identificação do CONFLITO DISTRIBUTIVO/CONTRADIÇÕES E MEDIAÇÕES presentes na condução desta política e permeado por diferentes visões sociais de mundo.**

Portanto a **DESCRIÇÃO/EXPLICAÇÃO** realizada na presente dissertação constitui a primeira etapa do ciclo “**Descrição/Explicação - Compreensão/Interpretação - Intervenção/Ação Transformadora**”, buscando uma aproximação e interpretação da realidade e dos fenômenos **sociais sustentados na categoria da TOTALIDADE social, da historicidade e da dialética, afastando-se da mera descrição da aparência imediata e caminhando na interpretação das múltiplas determinações que conformam essa realidade**, no caso, a condução desta política do Estado do Rio de Janeiro.

O processo de implementação de políticas públicas envolve relações interfederativas, respeitando a organização política administrativa do país prevista na CF de 1988, onde a União, Distrito Federal, Estados e Municípios são entes federativos com autonomia administrativa. Assim, a implementação de uma política nacional de saúde no modelo descentralizado depende da repartição de competências, atribuições e de encargos administrativos nos três níveis de governo. Nesta repartição tripartite, a implementação da PNAISARI no ERJ é de competência do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do RJ e das Secretarias Municipais de Saúde como parte das políticas setoriais que conformam o SUS.

No caso da implementação da PNAISARI as relações interfederativas ultrapassam o âmbito do SUS, pois trata-se de uma política destinada aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, o que envolve necessariamente a integração entre as políticas de saúde e a política de socioeducação. Neste cenário, além dos gestores do SUS nos três níveis de governo, atuam os gestores do socioeducativo, no caso do ERJ a Secretaria Estadual de Educação - SEEDUC e o Departamento Geral de Ações Socioeducativas – DEGASE, e, ainda, os integrantes do poder judiciário por intermédio do Tribunal de Justiça do ERJ, o Ministério Público e a Defensoria do ERJ e a participação da sociedade civil com os Conselhos de Direitos, associações e fóruns da população usuária da política (adolescentes e suas famílias), militantes de direitos humanos, partidos políticos e outros atores que interagem nas instituições e nos espaços públicos.

Essa interação entre os diferentes atores sociais constitui relações dinâmicas, complexas e contraditórias permeadas/mediadas por visões sociais de mundo que conformam tanto relações de disputa como de cooperação, portanto, relações de disputa de hegemonia.

Dito isso, uma primeira premissa a ser considerada é que não há neutralidade técnica nos processos de implementação de políticas públicas, o que há necessariamente são conflitos distributivos.

Nesta perspectiva, o processo de condução da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro envolve um campo de disputa em prol da garantia do direito à saúde dos adolescentes em atendimentos socioeducativos, onde esses diferentes atores sociais em distintos espaços institucionais e na esfera do espaço público atuam na efetivação de um objetivo em “comum”, a garantia do direito à saúde. Todavia, um objetivo “comum” não define de imediato um campo de unidade de ação que busque a materialização deste direito na vida dos adolescentes, inclusive o próprio significante “saúde” também é um campo de disputa conceitual e ideológica permeado por visões sociais de mundo. Em outras palavras, não basta um discurso retórico de defesa de direitos ou mesmo a seu reconhecimento na formulação das políticas nacionais de saúde, é preciso mais, envolve o comprometimento com projeto político-ideológico da reforma sanitária brasileira.

A DESCRIÇÃO/EXPLICAÇÃO deste MOVIMENTO DINÂMICO, COMPLEXO E CONTRADITÓRIO na condução da PNAISARI no ERJ é um ponto central de análise deste estudo exploratório, uma vez que se pretende contribuir na efetivação do direito à saúde dos adolescentes, torna-se imprescindível a identificação de quem são os aliados na construção deste caminho.

Sendo assim, compartilho que a compreensão de saúde defendida neste percurso, toma como base o texto constitucional presente na CF de 1988 no Art. 196 como sendo o “*resultado de políticas sociais e econômicas que visem à redução da doença e ao acesso universal e igualitário de suas às ações e serviços*”. E, ainda, em consonância com o Art. 3º da Lei. 8080/90:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990)

Essa compreensão leva ao entendimento da política de saúde como parte de um modelo de proteção social integrado às demais políticas públicas, conformando a seguridade social brasileira. O caminho para a consolidação do direito à saúde dos adolescentes envolve o fortalecimento do Estado social e não apenas o acesso focalizado aos serviços de saúde ou

ações específicas. Em outras palavras, partimos do entendimento que a oferta de ações e serviços de saúde não é suficiente para efetivação do direito à saúde em sua dimensão ampliada e constitucional, o que envolveria um conjunto de ações integradas de natureza política, econômica e social conduzidas pelo Estado, ou seja, necessariamente enfrentando o modelo neoliberal hegemônico.

Nesta perspectiva, esse tópico foi organizado da seguinte forma: no primeiro momento, apresentaremos o perfil socioeconômico e epidemiológico da população de adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, entendendo que a população alvo da política é um grupo primordial integrante do conflito distributivo e que avançar na consolidação do seu direito envolve trazer visibilidade para as suas condições de vida e saúde; posteriormente faremos um breve histórico da PNAISARI, recorrendo a categoria da historicidade devido a sua relevância na compreensão do tempo presente e por fim, realizaremos uma análise preliminar do processo de condução da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro.

4. 1 A população de adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro

A adolescência é um conceito polissêmico constituído por diferentes visões e interpretações de mundo, no marco normativo brasileiro a dimensão cronológica é central na definição conceitual da adolescência, o Estatuto da Criança e do Adolescente delimita como o período da vida de 12 aos 18 anos incompletos. Já a Organização Mundial da Saúde - OMS considera a adolescência como o período da vida entre 10 e 19 anos e a juventude entre 15 e 24 anos de idade.

A adoção do critério cronológico contribui como referência na elaboração e aplicação das legislações, na investigação sociodemográfica e epidemiológica e na elaboração de políticas públicas destinadas aos adolescentes, mas é insuficiente para a compreensão da totalidade dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que marcam a passagem da infância à vida adulta. Assim, a compreensão do que é a adolescência se constitui em um campo multidisciplinar de análise com diferentes definições que se complementam.

No campo sociológico, diferentes autores compreendem a adolescência como uma construção histórica e social, envolvendo processos complexos e contraditórios. Assim a sua compreensão vem mudando ao longo do tempo de acordo com as relações sociais, culturais, políticas, econômicas vigentes em cada sociedade. E, ainda, envolve um processo permanente e contínuo de investigação das relações sociais e como os sujeitos vivenciam as suas trajetórias a partir das questões de classe social, gênero, raça/etnia e orientação sexual.

A filósofa Marilena Chauí (1987) contribui nesta compreensão:

“Os sujeitos sociais nunca são dados, são postos por práticas sociais determinadas, por formas da sociabilidade, da relação intersubjetiva, grupal, de classe social, da relação com o visível e o invisível, com o tempo e o espaço, com o possível e o impossível, com o necessário contingente”.

Nesta perspectiva é possível considerar que existem diferentes formas de vivenciar a adolescência como algo único de cada trajetória pessoal, mas essas experiências e singularidades serão determinadas na objetividade das condições materiais concretas de reprodução da vida. Essa compreensão convida a olhar para a trajetória de vida dos adolescentes e jovens como práticas sociais que precisam ser contextualizadas e não como escolhas individuais isoladas.

Na sociedade capitalista as relações sociais são mediadas pela lógica da produção e circulação de mercadorias, com a tendência de padronização de comportamentos e práticas sociais. Essa padronização é acentuada pelo processo de globalização com intensificação dos fluxos de comunicação e do uso das mídias sociais entre os adolescentes e jovens, conformando um padrão ideal de adolescência realizado no consumo de mercadorias.

Contudo, devido as desigualdades sociais, parte significativa desses sujeitos ficam de fora do ciclo de consumo e experimentam essa fase da vida pelo viés da carência e da falta de acesso as condições essenciais a uma vida com dignidade.

Esse tópico pretende contextualizar e compreender, ainda que de forma preliminar, a trajetória de vida dos adolescentes que se encontram em cumprimento de medida socioeducativa no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, a partir da análise do perfil sociodemográfico e as condições de saúde desta população, sendo apresentados e analisados os dados e informações publicados no ano de 2019 nos seguintes documentos:

- Levantamento Anual do SINASE de 2017, publicado pelo Ministério de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos;
- Pesquisa Trajetórias de Vida de Jovens em Situação de Privação de Liberdade no Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro, publicado pela Universidade Federal Fluminense – UFF junto a ASIST/DEGASE;
- Investigação sobre a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei Privados de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro, publicado pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

No Brasil segundo estimativa populacional do ano de 2016, tendo como base o Censo Demográfico Brasileiro de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, havia aproximadamente 34 milhões de adolescentes e jovens no país, o que representa aproximadamente 15% (quinze por cento) de toda a população brasileira. Dentre esse quantitativo populacional, o Levantamento Anual do SINASE de 2017 identificou vinte e seis mil, cento e nove (26.109) pessoas na faixa etária entre 12 e 21 anos em privação ou restrição de liberdade em estabelecimentos socioeducativos no Brasil.

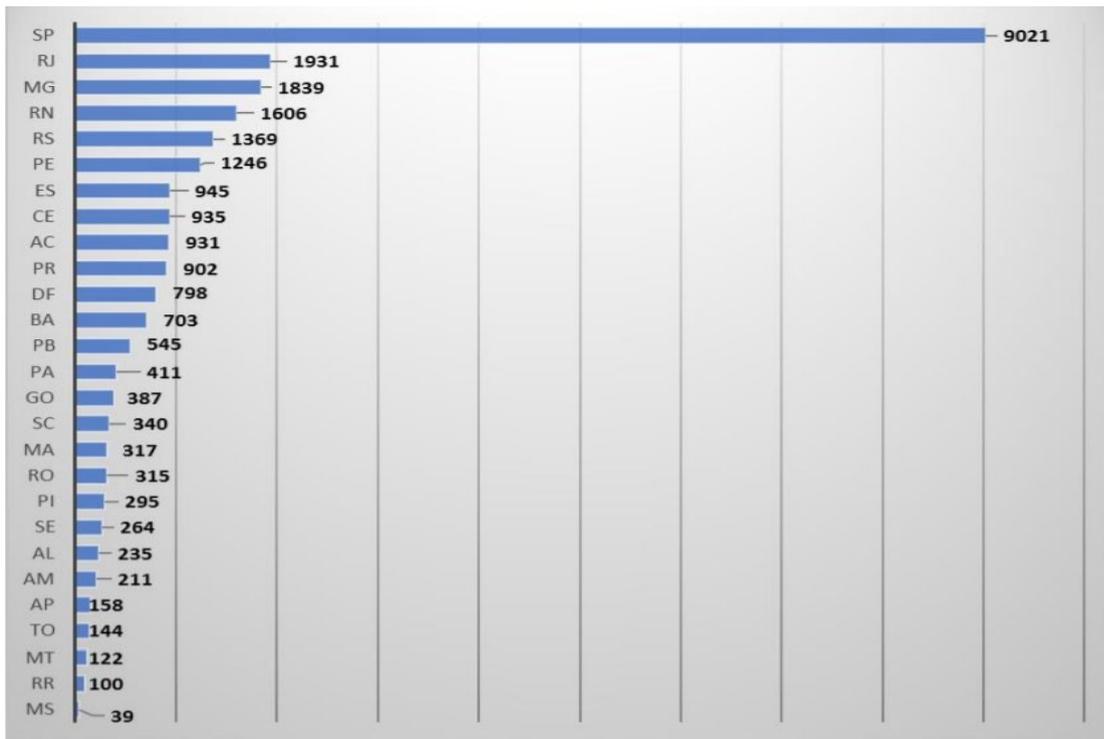
A Região Sudeste concentra o maior número de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação provisória, internação e semiliberdade, sendo os Estados de São Paulo (SP) e do Rio de Janeiro (RJ) os que apresentam maior número, respectivamente com nove mil e vinte um (9021) e mil novecentos e trinta e um (1931) adolescentes em privação ou restrição de liberdade (Gráfico 1).

Esses dados revelam que o número de adolescentes e jovens envolvidos com prática de atos infracionais que levam à restrição e privação de liberdade é baixo, menos de 1% (um por cento) se comparado à população absoluta de adolescentes e jovens no país. Essa realidade contradiz o discurso do aumento da violência e criminalidade associada a periculosidade juvenil.

Mario Volpi (1997) analisou esse fato, denominando-o de o “mito do hiper dimensionamento”, quando os meios de comunicação, principalmente a mídia sensacionalista, trata de considerar que os atos infracionais praticados por adolescentes

representam uma grande ocorrência de crime no país e que são revestidos de grave ameaça e violência à vida.

Gráfico 1. – Distribuição de Adolescentes por Estado no Sistema Socioeducativo em 2017



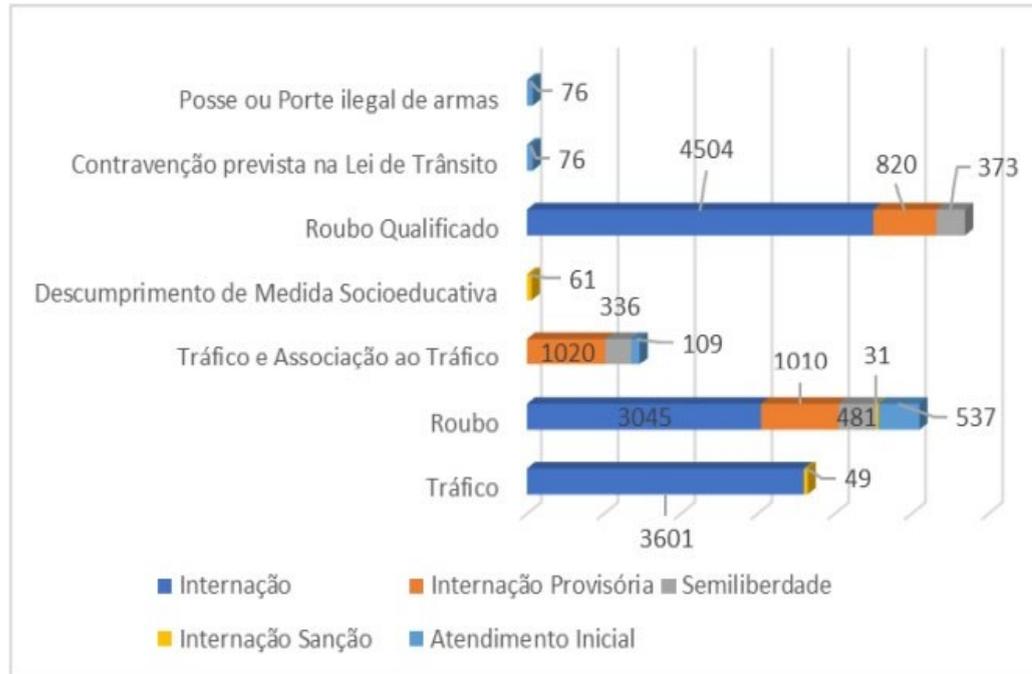
Fonte: Pesquisa do Levantamento Anual SINASE.

A manipulação das informações desconsiderando os dados oficiais e sem contextualizar os fatores que envolvem a prática de um ato infracional na adolescência contribuem com a sensação de insegurança social justificando ideias punitivista e servindo aos interesses de setores da sociedade que legitimam a sobreposição de um Estado Penal em relação a um Estado social, como o caso do apelo social pela redução da maioria penal prevista no Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 171, ao estabelecer a inimputabilidade para os menores dos atuais dezoito para dezesseis anos.

O Levantamento Anual do SINASE 2017 identificou o roubo qualificado, roubo e tráfico de drogas como sendo os três tipos de atos infracionais de maior prevalência cometidos por adolescentes em privação e restrição de liberdade, comprovando assim o “mito do hiper dimensionamento”, uma vez que esses atos infracionais não são atos contra a vida, mas sim ligados ao acesso a patrimônio, renda e consumo, evidenciando sua relação

com as estruturais de desigualdades sociais presentes na sociedade capitalista e com suas expressões acentuadas na sociedade brasileira devido sua condição de capitalismo dependente.

Gráfico 2 - Três atos infracionais mais relevantes em 2017



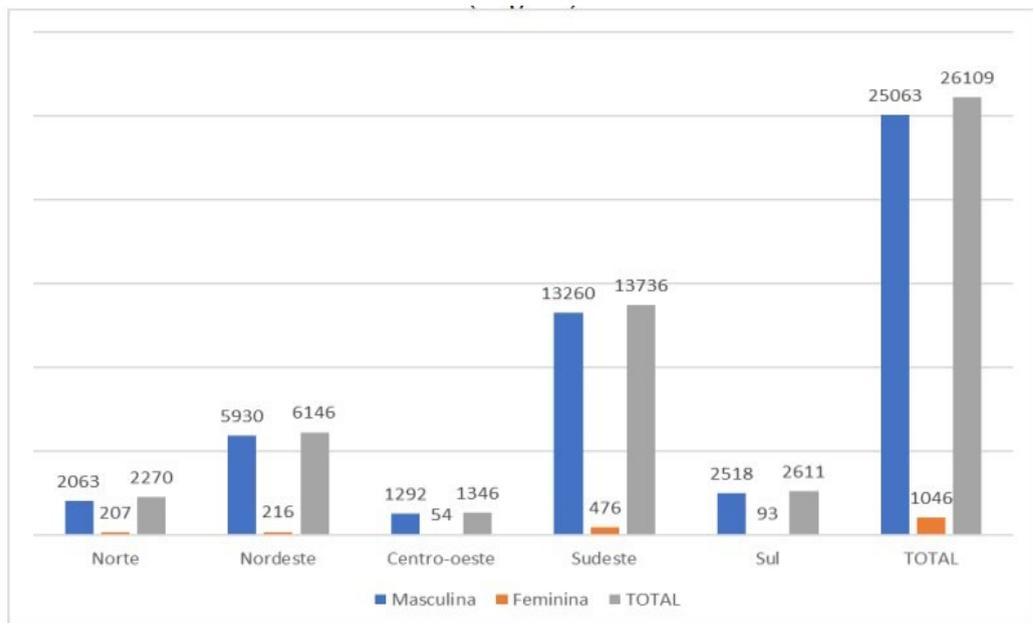
Fonte: Pesquisa Levantamento Anual SINASE.

A relação estabelecida entre parcela da juventude brasileira e o tráfico de drogas neste estudo é compreendida como uma relação de trabalho inserida no ciclo de produção, circulação e comercialização de mercadorias ilícitas voltado ao lucro e acumulação do capital, considerando que os adolescentes envolvidos com o tráfico de drogas como mão de obra, utilizada prioritariamente na comercialização das substâncias no mercado de varejo com relações de trabalho precarizadas e ficando com parcela pequena do lucro gerado.

As estimativas de Teixeira (2016) apontaram que o mercado ilegal da maconha, cocaína, crack e ecstasy no Brasil fature anualmente cerca de 14,5 bilhões de reais, enquanto relatos de adolescentes apontam um valor aproximado de 3 a 5 mil reais de renda mensal recebida no comércio varejista de drogas.

O Levantamento Anual do SINASE de 2017, assim como e dos anos anteriores, e a Pesquisa Trajetórias de Vida de Jovens em Situação de Privação de Liberdade no Sistema Socioeducativo no Estado do Rio de Janeiro identificou a grande prevalência dos adolescentes do sexo masculino cumprindo medida socioeducativa. Esse dado aponta a importância de compreender quais os fatores que colocam os homens adolescentes e jovens frente a uma maior vulnerabilidade e risco associado a prática de ato infracional e as questões de violências.

Gráfico 3 – Distribuição de adolescentes por sexo e região do Brasil



Fonte: Pesquisa do Levantamento Anual SINASE.

Segundo os números disponibilizados na edição de 2021 do Atlas da Violência publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, essa população também é a que mais apresenta risco de ser vítima de homicídio. Essa correlação entre violência letal e o masculino não é uma particularidade do contexto brasileiro, é presente também no cenário global evidenciado por dados de diferentes pesquisas, como apontado no Estudo Global sobre homicídios realizado pela Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2019). Esse estudo também identificou o continente americano como o lugar onde a maior parte das mortes por arma de fogo é fruto dos conflitos e da ação do crime organizado.

Desta forma, compreender a violência e a sua correlação com o masculino pressupõe inseri-la no movimento de produção e reprodução do capitalismo. Sendo a violência um fenômeno social multifacetado com formas e sentidos diversos, de acordo com cada momento histórico e organização social, portanto um produto das relações sociais e não um fenômeno individual. E, ainda, é necessário considerar a divisão sexual do trabalho e os papéis sociais atribuídos aos gêneros masculino e feminino no processo de organização social que gerou relações desiguais de poder entre homens e mulheres e formas específicas de violências vivenciadas a partir do seu lugar de gênero.

As informações contidas no Atlas da Violência (2021), além de identificarem o maior risco entre os homens jovens serem vítimas de violência, evidenciam a raça e etnia como marcador que eleva as taxas de mortes violentas, colocando **os jovens negros entre as pessoas que mais são assassinadas no Brasil**. Esse cenário não é exclusividade entre os homens, **as mulheres negras também apresentam taxa de mortalidade por violência maior em comparação as mulheres brancas**, evidenciando a herança escravocrata da formação social e econômica do país que mantém o racismo em sua estrutura de organização e reprodução social.

No cenário socioeducativo, essa realidade se reproduz e pode ser evidenciado nos dados do Levantamento Anual do SINASE onde **os adolescentes negros e pardos foram identificados como sendo a maioria entre os adolescentes que se encontram em restrição ou privada de liberdade**, revelando que o sistema de justiça criminal atua baseado em critérios raciais e em preconceitos sociais, tornando a população negra o alvo preferencial de suas ações (SINHORETTO; BATITUTTI; MOTA, 2014).

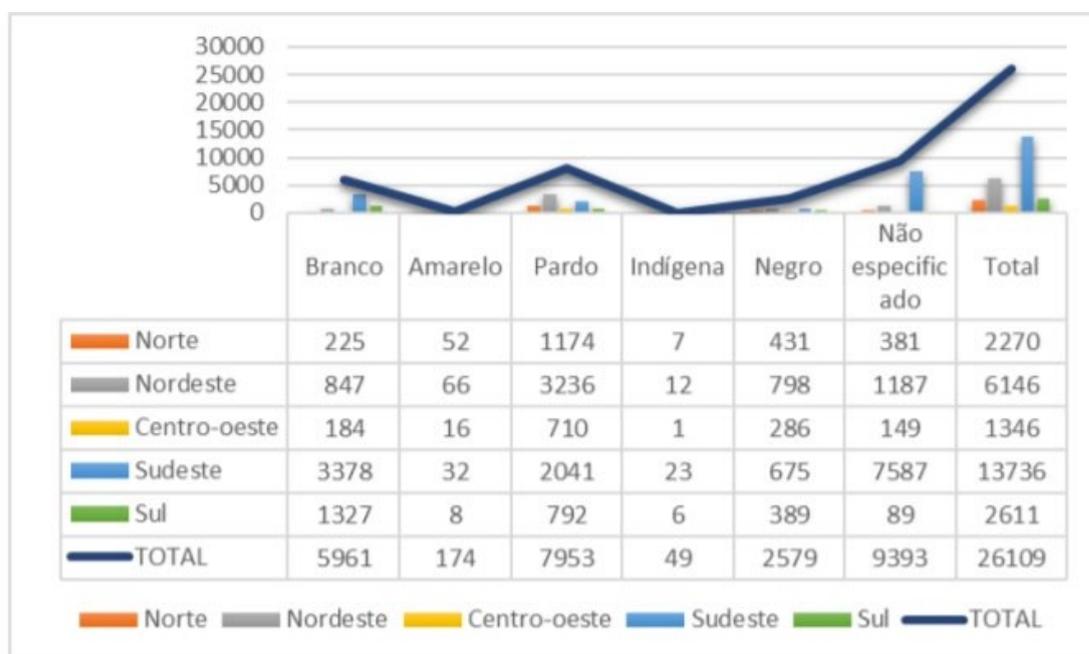
O Estado penal compatível com a racionalidade neoliberal atua na disciplina e na contenção social dos corpos indesejáveis, a parcela populacional deixada de fora do ciclo de produção e reprodução do capital.

Para a população de adolescentes em conflito com a lei, o sistema de justiça criminal é revertido em sistema socioeducativo normatizado com diretrizes e princípios alinhados a doutrina da proteção integral de crianças e adolescentes, mas que na realidade se apresenta de forma focalizada tendo como corte de intervenção o gênero, a raça e a classe social (Gráfico 4).

A Pesquisa Trajetórias de Vida de Jovens em Situação de Privação de Liberdade no Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro e a Pesquisa Investigação sobre a Saúde

de Adolescentes em Conflito com a Lei Privados de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro identificaram o **perfil socioeconômico, faixa etária, raça/etnia, sexo e escolaridade dos adolescentes privados de liberdade no DEGASE semelhantes ao perfil nacional apresentado no Levantamento Anual do SINASE.**

Gráfico 4 – Raça/Etnia do Adolescente no Sistema Socioeducativo



Fonte: Pesquisa do Levantamento Anual SINASE.

Em síntese, a maioria é do sexo masculino, negro, na faixa etária entre 15 e 17 anos, não concluíram o Ensino Fundamental e estão cursando o segundo segmento deste, a renda per capita das famílias se situa entre de R\$ 146,00 (cento e quarenta e seis reais) e R\$ 500,00 (quinhentos reais). A maioria tem experiência de trabalho precário entre os 10 e 15 anos, são moradores de territórios com a presença de conflito armado e foram apreendidos por terem cometido os atos infracionais análogos a roubo e tráfico de drogas.

Esses dados evidenciam que a maioria dos adolescentes são oriundos de famílias de baixa renda conformando uma trajetória de infância e adolescência marcada pela carência recursos materiais básicos indispensáveis uma vida digna, saudável e protegida.

Portando, no sistema socioeducativo brasileiro e no fluminense encontramos adolescentes e jovens que antes de atuarem como violadores de direitos praticando atos infracionais vivenciaram situações de violações de direitos em suas vidas. Sendo assim, a

violência não se enfrenta exclusivamente com encarceramento, mas sim com efetivação de direitos sociais através da implementação de políticas públicas universais consolidando um modelo de proteção social que, apesar de ter sido normatizado nas legislações, ainda é distante da realidade de muitas famílias.

Considerando os dados referentes a escolaridade dos adolescentes é possível identificar uma defasagem entre idade e ano escolar, o que aponta para abandono e/ou repetência. Dentre as causas que levam ao abandono escolar citados na pesquisa, foram: baixo rendimento escolar, conflitos com professores e alunos, frequência irregular, situações de violências vivenciadas na escola, início de atividades de trabalho, a falta de acompanhamento familiar e a criminalidade de alguns territórios impedindo a circulação pelos espaços públicos. As causas identificadas apontam para **múltiplas determinações que envolvem tanto o ambiente escolar e relacionamentos interpessoais como questões macroestruturais de violência urbana e condições socioeconômicas.**

Ainda considerando a trajetória escolar dos adolescentes, a pesquisa Trajetórias de Vida de Jovens em Situação de Privação de Liberdade no Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro identificou que apesar das altas taxas de distorção idade-série, 14,62% dos adolescentes estavam frequentando o Ensino Médio e atualmente a maioria encontra-se matriculada em estabelecimento de ensino dentro das unidades socioeducativas. O retorno ao ambiente escolar representa a garantia formal do direito a escolarização previsto na CF 1988 e no ECA, mas não é suficiente para garantir a proteção social de adolescentes e jovens.

Em relação aos dados referente a inserção no mercado de trabalho foi identificado que as famílias dos adolescentes estão em situação de desemprego, subemprego e uberização, inseridas em relações de trabalho com precariedade, desproteção e sem vínculo previdenciário. A reprodução desta realidade abarcou os adolescentes com trajetórias de inserção precoce no mundo do trabalho, entre 10 e 15 anos de idade, desenvolvendo atividades sem proteção e com riscos à saúde e à vida. Dentre essas atividades informais de trabalho foram identificados o tráfico de drogas, construção civil, serviços gerais e atividades associadas ao comércio varejista no próprio território de moradia.

Essas trajetórias precoces no mundo do trabalho em atividades desprotegidas evidencia um cenário de violação de direitos, uma vez que o trabalho infantil é proibido na CF de 1988, mediante a Emenda Constitucional nº 20 aprovada em 15 de dezembro de 1998 e o ECA

apenas permite o trabalho na condição de aprendiz a partir dos 14 anos e os programas de aprendizagem devem promover profissionalização e possuir caráter pedagógico.

Distante dessa realidade protetiva, grande parte dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa estavam inseridos em uma das piores formas de trabalho segundo a Convenção nº 182 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, *“Utilização, demanda e oferta de criança para atividades ilícitas, particularmente para produção e tráfico de drogas conforme definidos nos tratados internacionais pertinentes”*.

A efetivação de um modelo de proteção social integral da infância e adolescência envolve a consolidação da seguridade social brasileira, normatizado constitucionalmente mais ainda longe da realidade social concreta. Contudo, além da formulação e integração de políticas públicas é preciso que essas políticas sejam geradores de sentido, significado e oportunidades para os adolescentes, e isso envolve o seu reconhecimento como sujeitos de direitos e não apenas como público-alvo das ações e programas sociais focalizados. Nesta direção, os espaços destinados aos adolescentes devem ser pensados e organizados de modo a propiciar sua participação, estimular sua autonomia, acolher suas expectativas e angústias, fortalecer seus sonhos e contribuir na construção de projetos de vida saudáveis e felizes.

Compreender os fatores socioeconômicos que afetam os adolescentes e jovens e que vulnerabilizam socialmente sua trajetória de vida envolve o entendimento da saúde para além dos aspectos biológicos, sendo produto das determinações sociais, políticas, econômicas, culturais, ou seja, a saúde é produto das formas de organização social. Dessa forma, podemos afirmar que há determinação social no processo saúde-doença e que as desigualdades sociais geram adoecimento e morte dos sujeitos.

O Informativo PNAISARI (2015-2017), documento elaborado pelo Ministério da Saúde, apresenta a sistematização dos indicadores de saúde das unidades socioeducativas dos estados e municípios habilitados na política. Os indicadores de saúde estão organizados nos seguintes eixos: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, Saúde Mental, Promoção da Saúde e Violências. As informações são coletadas semestralmente e preenchidas pelos gestores municipais e estaduais da saúde e do socioeducativo.

Foram identificadas as seguintes condições de saúde:

“...entre os principais agravos à saúde dessa população foi informada as proporções de 11,4% dermatoses; 6,7% infecções respiratórias; 1,4% Infecção Sexualmente transmissíveis – Sífilis; 0,11% Infecção Sexualmente transmissíveis – HIV. Entre os adolescentes em acompanhamento de saúde mental foi informado 6,45% com

diagnóstico de transtornos mentais; 8,2% transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 14,3% adolescentes em uso de medicação psicotrópica. No eixo de violências foi informado 0,08% de óbito; 2,03% notificações de violência e 0,81% de notificações de tentativa de suicídio”.

A pesquisa Investigação sobre a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei Privados de Liberdade no ERJ, apoiada pela Rede de Políticas e Modelos de Atenção à Saúde - PMA da Fundação Oswaldo Cruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP/Fiocruz, identificou as principais condições de saúde enfrentadas pelos adolescentes no DEGASE.

“25,6% apresentam problemas de pele; 17,7% possuem asma; 3,2% apresentam tuberculose; 13,2% têm problemas emocionais e de comportamento; 9,1% possuem deficiências físicas; 3,2% são deficientes visuais; 6,8% são deficientes auditivos; 7,8% possuem deficiências mentais; 2,4% apresentam lesões físicas permanentes; 6,2% possuem deformidade de perna ou coluna; 34,7% realizam atividade física regular na instituição.”

As condições de saúde dos adolescentes privados de liberdade no DEGASE apresentam similaridades com aquelas apresentadas pela população de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no país e com a população brasileira de adolescentes de um modo geral, onde os principais agravos à saúde são decorrentes de causas evitáveis que poderiam ser prevenidas. Todavia, a prevalência das dermatoses e das infecções respiratórias entre os adolescentes em privação e restrição de liberdade apresenta causalidade com o cenário institucional das unidades socioeducativas com condições sanitárias insalubres e estrutura arquitetônica que não favorece a circulação de ar e a luminosidade nos alojamentos dos internos.

O Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ), vinculado à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, durante a realização de visitas periódicas nas unidades socioeducativas do DEGASE identificou esse cenário de violação de direitos e descumprimento de normas nacionais e internacionais de proteção aos adolescentes. Essas informações foram sistematizadas no Relatório Anual de 2018. “*Dentre os aspectos observados, podemos destacar: precárias condições físicas, condições de higiene e salubridade ruins, mau cheiro, vários relatos acerca de enfermidades adquiridas pelos adolescentes devido à situação do lugar (doenças de pele)*”. (MEPCT/RJ/2018).

O Relatório Anual do MEPCT/RJ relata ocorrência de óbito de adolescente por uso indevido de medicamento psicotrópico, casos de lesão corporal entre os adolescentes, castigos

físicos por parte de agentes públicos e situações de negligência envolvendo a prestação de socorro em situações de conflito generalizado.

Essa realidade denuncia a omissão do Estado em cumprir a sua responsabilidade legal de preservar a vida e dignidade humana do adolescente, violando o seu direito fundamental à vida. A morte de adolescentes sob custódia do Estado, episódios de tortura, negligência de atendimento à saúde e outras situações inaceitáveis expõem o “Estado de coisas inconstitucionais”, onde a legalidade se esvazia de significado, onde o direito de matar, de deixar viver ou expor à morte são práticas institucionalizadas. Para o filósofo camaronês Achille Mbembe essa realidade é denominada como necropolítica.

A necropolítica como políticas de morte tem parte de sua conformação na ação bélico-militar, intensamente utilizada na chamada “guerra as drogas” e principalmente no ataque ao comércio varejista que ocorre nos territórios periféricos, onde parte importante da mão de obra envolve o trabalho de adolescentes, em grande maioria homens, negros, pardos e pobres, esses são o alvo prioritário da necropolítica. Além da intensificação das ações bélico-militar e do fortalecimento do Estado penal, a política da morte também atua através do abandono e da negligência, ou seja, formas de deixar morrer.

Nas formas de deixar morrer, as políticas econômicas neoliberais de ajuste fiscal e de ataque as políticas públicas, em especial, as políticas de redução das desigualdades sociais e de fortalecimento do Estado social, atua como mecanismo de necropolítica. A racionalidade necropolítica neoliberal vem sendo compreendida e descrita em sua relação com os ataques às políticas de seguridade social com o congelamento de investimentos e recursos nas políticas públicas universais essenciais a proteção social e a garantia de uma vida com dignidade humana.

Em outras palavras, sendo direta e objetiva, o neoliberalismo e a ausência de políticas públicas universais mata, e não é preciso fazer deduções sobre quem vem morrendo, pois os documentos apresentados e analisados no decorrer deste tópico deixaram evidente que as políticas de morte e de encarceramento apresentam corte racial, de gênero e classe social.

4.2 Breve histórico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI)

Em âmbito nacional, apenas no ano de 2004 o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres inicia o processo de construção de uma política nacional voltada a saúde da população de adolescentes em conflito com a lei com a publicação da Portaria Interministerial Nº 1.426. O conteúdo da portaria cita os artigos 196 e 227 da Constituição Federal que trata do direito à saúde e da responsabilidade do Estado e da prioridade absoluta destinada a população infanto-juvenil e, ainda considera outros artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA materializando um primeiro movimento do Estado de aproximação do marco normativo com a política de saúde, aprovando as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade em regime de internação e internação provisória.

A demora de 14 anos do Ministério da Saúde na formulação de diretrizes da atenção integral à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa demonstra um período de descaso com essa população, apesar dos adolescentes serem considerados alvo de prioridade absoluta na CF de 1988 e no ECA. Esse distanciamento temporal entre os marcos normativos e a formulação de uma política pública evidencia o papel da ação política como elemento central nas definições de prioridades e na destinação de recursos, fatores indispensáveis à implementação de políticas públicas.

A ação política é constituída por um conjunto de atores sociais com interesses diversos e por vezes antagônicos, e em um ambiente democrático a participação popular e o controle social são formas possíveis de conciliar esses interesses na direção do bem comum. A própria CF de 1988 e a Lei 8080/90 preveem a participação popular e o controle social na formulação e fiscalização das políticas públicas. Contudo, na realidade brasileira marcada pela prática do clientelismo, da baixa cidadania e do elevado grau de desigualdade social, garantir essa participação popular é um grande desafio.

Neste cenário na grande maioria das vezes, as definições de prioridades, a destinação de recursos, o conteúdo das políticas e as suas metodologias de implementação ocorrem em espaços com baixa participação popular, ficando as principais decisões e escolhas nas mãos do grupo político hegemônico, marcando a ausência de um modelo de democracia participativa no Brasil.

Dito isso, é possível apontar a relação de causalidade entre a publicação da portaria Interministerial Nº 1.426 de 2004 que instituiu a PNAISASI com um período de um governo progressista ligado a luta por direitos da classe trabalhadora.

Esse período marca o primeiro governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 – 2006) pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e representou um momento em que houve a formulação de diversas políticas públicas em consonância com o marco normativo da CF de 1988, até então negligenciadas por governos anteriores. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS - 2004), instituída pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e, em 2005 o SUAS – Sistema Único de Assistência Social demonstram a prioridade deste governo na formulação de políticas nacionais destinada as populações em vulnerabilidade social e no fortalecimento de um modelo de proteção social.

A Portaria Interministerial Nº 1.426/2004 avança na direção de reconhecer o direito à saúde dos adolescentes em atendimento socioeducativo como parte de um modelo de proteção social onde o governo nacional assume a responsabilidade de indução da política e cria mecanismos de articulação e corresponsabilidade entre as políticas públicas de saúde e socioeducação na implantação da PNAISARI. E, ainda, define o acompanhamento da política em âmbito nacional através da Comissão de Acompanhamento.

É relevante sinalizar que a existência de uma comissão em âmbito nacional não significa centralização da política e redução da participação dos entes federativos das três instâncias de governo, ao contrário, significa assumir a nível central a responsabilidade de indução e coordenação das ações de uma política nacional.

A participação e descentralização da política fica evidenciada na composição da Comissão de Acompanhamento. A Comissão de Acompanhamento foi organizada intersetorialmente e formada por representantes do Ministério da Saúde, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CNS - Conselho Nacional de Saúde e pelo FONACRIAD - Fórum Nacional de Dirigentes Governamentais de Entidades Executoras da Política de Promoção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

O termo intersetorialidade defendido intensamente na atualidade como sendo a integração entre as políticas públicas voltadas a resolução de questões complexas e de

multicausalidade não foi citado explicitamente na portaria 1.426/2004, como aconteceu nas portarias posteriores. Todavia, essa foi a única portaria da PNAISARI que teve formato interministerial, sendo publicada conjuntamente pelo Ministério da Saúde, Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Secretária Especial de Políticas para as Mulheres e definição de alocação de recursos dos três setores na implantação da política.

Desta forma, chamo atenção para necessária integração e corresponsabilidade das políticas públicas (intersectoriedade) através mecanismos concretos de aplicação na conformação de um modelo de proteção social universal. Contudo, o termo intersectoriedade vem sendo amplamente citado nas políticas de saúde como processo de trabalho e em discursos retóricos que contribuí mais na responsabilização dos profissionais no âmbito dos serviços e nas articulações micropolíticas e pouco na corresponsabilização dos gestores das diferentes políticas públicas em assumirem objetivos, competências e financiamento compartilhados e voltados para a conformação de políticas universais como parte de um modelo de proteção social universal.

A portaria 1.426/2004 aponta como uma das prioridades a promoção da saúde e o desenvolvimento de ações socioeducativas voltadas ao estímulo a autonomia, melhorias das relações interpessoais e o fortalecimento de rede de apoio aos adolescentes e suas famílias, ações preventivas e cuidados do desenvolvimento e crescimento adolescente, saúde mental, atenção aos agravos psicossociais, atenção aos agravos associados ao uso de álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos e ações de saúde sexual e saúde reprodutiva. E, ainda, a garantia do acesso do adolescente aos vários níveis de atenção à saúde sendo incluída na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e a alocação de recursos financeiros para adequação de espaço físicos das unidades socioeducativas e a aquisição de equipamentos visando o estabelecimento de unidades de saúde que atendam aos requisitos da Atenção Básica.

Dando continuidade ao processo de normatização da política de saúde destinada aos adolescentes em conflito com a lei, o Ministério da Saúde instituiu algumas portarias ao longo dos anos com vistas à adequação às novas legislações e as demandas que surgiram. Em 2008 ocorreu a publicação da portaria nº 647 pelo Ministério da Saúde que atualiza a anterior no sentido de considerar o documento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE aprovado em 2006, a Portaria GM/MS Nº 648/2006, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica e, ainda, a Portaria GM/MS Nº204/2007, que regulamenta o

financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, assim como define que a atenção integral a saúde do adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória será parte do bloco de financiamento da Atenção Básica.

Essa portaria aprova as normas para a implantação e implementação da PNAISARI e apresenta um conteúdo mais extenso e detalhado sendo composta por quatro anexos:

Anexo I - Normas para a Implantação e Implementação da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória;

Anexo II - Parâmetros para construção, ampliação ou reforma de Estabelecimento de Saúde em Unidades de Internação e Internação Provisória;

Anexo III - Plano Operativo Estadual; e

Anexo IV - Termo de Adesão.

A primeira mudança evidenciada foi a alteração do modelo interministerial presente na portaria 1.426/2004: a portaria nº647/2008 foi publicada exclusivamente pelo Ministério da Saúde através da Secretária de Atenção à Saúde, configurando-se em um instrumento mais voltado à operacionalização e qualificação das ações e menos como instrumento de pactuação política.

Nesta direção, esta portaria descreve detalhadamente as ações de saúde a serem desenvolvidas no âmbito da promoção e da proteção da saúde, das práticas educativas, da prevenção de agravos e da assistência à saúde, inclusive descreve as ações de saúde específicas para as adolescentes mulheres. Além da definição das ações prioritárias é descrita na portaria a equipe mínima de profissionais de saúde voltada ao acompanhamento dos adolescentes, sendo formada por: médico ou Médico Saúde da Família ou Hebeatra, Enfermeiro ou Enfermeiro Saúde da Família, Cirurgião Dentista ou Cirurgião Dentista de Saúde da Família, Psicólogo clínico ou Psicólogo Social e Assistente Social.

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB é a instância responsável pela elaboração do Plano Operativo Estadual, documento que prevê as ações de saúde visando o acesso do adolescente aos vários níveis de atenção à saúde considerando os princípios da integralidade e universalidade. As ações descritas no Plano Operativo Estadual pactuadas na CIB devem constar na Programação Pactuada e Integrada – PPI e o monitoramento e avaliação realizado através de relatório de gestão elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e enviado ao Ministério da Saúde. Anteriormente, o acompanhamento da implementação das ações era

realizado pela Comissão de Acompanhamento com reuniões quadrimestrais. O Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente são as instâncias de controle social responsáveis pela aprovação do Plano Operativo Estadual e pela fiscalização da implementação da política.

Essa portaria, diferentemente da anterior, sinaliza a importância da intersetorialidade no planejamento e desenvolvimento das ações e recomenda a integração do serviço de saúde com outros setores e políticas, citando como exemplo a cultura, esportes, trabalho e educação.

Contudo, a Comissão de Acompanhamento da PNAISARI enquanto espaço concreto intersetorial prevista na portaria de 2004 foi suprimida, ficando as ações interssetoriais como competência dos profissionais que atuam nas políticas, ou seja, intersetorialidade como processo de trabalho. Inclusive esse tópico surge como objetivo específico na portaria 1.082/2014 que aponta *“estimular ações interssetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei”*.

O Anexo II da portaria, que trata dos parâmetros para construção, ampliação ou reforma de estabelecimentos de saúde em unidades de internação e internação provisória, busca a adequação da ambiência dos espaços físicos considerando a humanização do atendimento voltado a realização de ações de saúde da atenção básica no interior das unidades socioeducativas. O acesso do adolescente à assistência de média e alta complexidade será na rede do SUS e o cálculo das necessidades desta população é incluído na Programação Pactuada Integrada (PPI).

No ano de 2014 houve duas novas publicações pelo Ministério da Saúde, a portaria N° 1.082 redefinindo as diretrizes da PNAISARI e estabelecendo novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da política, incluindo as medidas socioeducativas de restrição de liberdade e as de meio aberto e a portaria N° 1.083 que instituiu o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes.

Essas publicações apresentam consonância com a Lei n° 12.594/2012 que institui o Sistema Nacional de Atendimento (SINASE) e com demais políticas de saúde: a Portaria n° 4.279/GM/MS/2010 que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Portaria n° 1.459/GM/MS/2011 que institui no SUS a Rede Cegonha; a Portaria n° 2.488/GM/MS/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção

Básica (PNAB) e a Portaria nº 3.088/GM/MS/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial.

Em relação as competências interfederativas, a portaria 1.082/2014 apresenta significativas alterações no que tange as etapas de habilitação, operacionalização e monitoramento da PNAISARI. A responsabilidade pela elaboração do Plano Operativo anteriormente atribuída a Secretaria Estadual de Saúde, tendo a CIB como instância de pactuação, passa a ser ter responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, tendo Grupo de Trabalho Intersetorial – GTI como espaço responsável pela elaboração dos planos operativos e de ação, assim como do acompanhamento e monitoramento da política.

Em relação ao financiamento, ocorre atualização dos valores e inclusão das unidades de semiliberdade como aptas a receberem os recursos. Esse financiamento através de recursos de custeio é repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo do ente federado responsável pela gestão das ações da PNAISARI. E ainda, ocorre mudança na instância de controle social onde o CMDCA – Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente passa a ser o órgão responsável pela aprovação e fiscalização do Plano Operativo Municipal e o Conselho Municipal de Saúde apenas precisa receber a ciência da habilitação do município na política.

A portaria 1.082/2014 inclui três anexos:

Anexo I – Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Interfederativas, descrevendo as atribuições da equipe de saúde do SUS e das equipes de saúde do socioeducativo;

Anexo II – Plano Operativo, documento com vigência de quatro anos que estabelece as diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, média e alta complexidade; e

Anexo III – Plano de Ação Anual, documento com os compromissos entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes.

O objetivo geral previsto na portaria 1.082/2014, *“garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade”* amplia a população alvo da política incluindo os adolescentes em medida socioeducativa em meio aberto, contudo não define a inclusão das ações de saúde para essa medida socioeducativa no Plano Operativo e

não cita as competências das Secretarias Municipais de Assistência Social, responsáveis pela execução das medidas socioeducativas em meio aberto.

Considerando o capítulo III da PNAISARI, a atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade deve ocorrer prioritariamente na Atenção Básica do município, coordenadora do cuidado e responsável pela inserção dos adolescentes na RAS - Rede de Atenção à Saúde. Essa recomendação considera princípios previstos no SINASE, em particular o princípio da incompletude institucional que responsabiliza as políticas setoriais pelo atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Sendo assim, a responsabilidade no atendimento à saúde dos adolescentes é do SUS, inclusive a portaria atual suprime as orientações referentes aos parâmetros arquitetônicos de espaços de saúde e recomenda que as unidades socioeducativas sejam referenciadas a uma unidade de atenção básica no território.

Segundo a portaria 1.082/14 a organização das ações de saúde deve considerar os princípios do respeito aos direitos humanos, da condição peculiar do adolescente como pessoa em desenvolvimento, a garantia do acesso universal, a integralidade, atenção humanizada, enfrentamento ao estigma e preconceito e a responsabilidade sanitária da gestão municipal. Esses princípios, descritos como prioritários na organização das ações e dos serviços de saúde, estão em consonância com as diretrizes do SINASE e buscam enfrentar as barreiras de acesso do adolescente aos serviços do SUS, já que o preconceito e estigma da periculosidade atribuída a essa população acaba afastando-os dos espaços de saúde.

No que tange à equipe de saúde, a principal alteração foi a inclusão do profissional de saúde mental na equipe de referência da atenção básica. Esse profissional pode ter formação em psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem ou terapia ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental. Essa substituição retira da composição de equipe mínima o psicólogo e o assistente social previstos na portaria anterior e limita a inclusão desses como profissionais de saúde mental.

A inserção do profissional de saúde mental foi justificada na portaria devido a privação de liberdade apresentar risco à saúde mental levando o adolescente ao sofrimento psíquico e devido a saúde mental ser apresentada como uma das principais demandas de saúde desta população. Desta forma, o profissional de saúde mental, através do matriciamento dos casos, possibilita a inserção do adolescente na Rede de Atenção Psicossocial garantindo a

continuidade do cuidado em saúde e contribuindo para a mudança do modelo pautado na lógica da medicalização excessiva presente nas instituições totais.

É inegável a contribuição do profissional de saúde mental no acompanhamento dos adolescentes privados de liberdade, entretanto, suprimir o assistente social da equipe mínima de saúde reduz o potencial de compreensão dos determinantes sociais presentes no processo de saúde e adoecimento desta população, inclusive na compreensão dos determinantes sociais que impactam nas questões referentes a saúde mental, sendo preciso avançar, por exemplo, na compreensão dos impactos da pobreza e da violência urbana na infância e adolescência e a sua repercussão na saúde física e mental desses sujeitos.

Em outras palavras, é possível manter a sanidade mental nascendo, crescendo e vivendo em territórios com confrontos diários onde a morte é assunto cotidiano? E viver na escassez ou na falta do alimento? É possível nascer preto em um país marcado pelo racismo estrutural e não sofrer? Será realmente o uso de drogas o maior causa nos casos de saúde mental?

As respostas não estão dadas e não competem ao presente estudo, mas chamo atenção para baixa produção acadêmica e escassez de pesquisa voltada às condições de saúde desta população, visto que a maioria das publicações trata de questões referentes à saúde mental associadas ao uso de álcool e outras drogas utilizando a metodologia de estudo de caso e/ou relato de experiências. A realização de pesquisa em âmbito nacional que correlacione o perfil socioeconômico e epidemiológico dos adolescentes possibilitaria a identificação das suas reais condições de saúde, retirando da invisibilidade elementos centrais que favorece a compreensão dos determinantes sociais que impacta na saúde desses sujeitos.

No ano de 2017 a PNAISARI foi republicada na Portaria de Consolidação nº02 de 03 de outubro no anexo XVII, Capítulo I a V e anexo de 1 a 3. Essa republicação não alterou as diretrizes da política prevista nas portarias 1.082 e 1.083 de 2014, entretanto, neste mesmo ano ocorre a publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 2.436 que “*Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde*”. A Atenção Básica é descrita na PNAISARI como a coordenadora do cuidado e responsável pela inserção dos adolescentes na RAS, garantindo sua saúde integral.

As principais alterações no conteúdo das Portarias da PNAISARI foram organizadas no Quadro 1- Alterações das Portaria Interministerial nº 1,426/20024, Portaria SAS/MS nº

647/2008 e Portarias GM/MS nº 1082/2014 e nº 1083/2014, tendo como eixo de análise comparativo: o objetivo, articulação interfederativa, financiamento, modalidade de atendimento socioeducativo, assistência à saúde, instâncias de controle social e acompanhamento e avaliação.

Quadro 1 - Alterações das Portaria Interministerial nº 1,426/20024, Portaria SAS/MS nº 647/2008 e Portarias GM/MS nº 1082/2014 e nº 1083/2014, Brasil, 2014

Eixo de análise	Portaria Nº 1.426/2004	Portaria nº 647/2008	Portarias 1.082 e 1.083/2014
Objetivo	Aprovar as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei.	Aprovar as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes	Redefine as diretrizes da PNAISARI. Institui o incentivo financeiro de custeio da PNAISARI.
Articulação Interfederativa	Três Níveis de governo CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.	Comissões Intergestores Bipartite – CIB Estadual	Descentralização para os municípios e excepcionalmente possibilidade de habilitação estadual.
Financiamento	Ministério da Saúde, Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Transferências tanto para o fundo estadual ou municipal de saúde conforme pactuação na gestão das ações.	Bloco de financiamento da Atenção Básica, no componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB VARIÁVEL. Transferências tanto para o fundo estadual ou municipal de saúde, com repasses trimestrais.	baseado nos parâmetros da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), repasse para o fundo municipal/estadual conforme habilitação.
Modalidade de atendimento socioeducativo	Internação e Internação provisória	Internação e Internação provisória	Internação, Internação provisória, Semiliberdade e meio aberto.
Assistência à saúde	Estabelecimento de unidade de saúde no interior das unidades socioeducativas que atenda às necessidades da Atenção Básica garantindo o acesso aos demais níveis de atenção à saúde.	Estabelecimento de unidade de saúde no interior das unidades socioeducativas que atenda às necessidades da Atenção Básica garantindo o acesso aos demais níveis de atenção à saúde.	Cuidado em saúde preferencialmente na Atenção básica do território, com a responsabilidade de coordenadora da atenção à saúde e inserção do adolescente na RAS.
Instâncias de controle social	Aprovação do Plano Operativo Estadual da PNAISARI	Aprovação do Plano Operativo Estadual da PNAISARI	Aprovação do Plano Operativo Municipal da PNAISARI

	Conselho Estadual de Saúde e Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. No caso dos municípios assumirem a gestão das ações de saúde - Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente.	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Estadual de Saúde.	Conselho Municipal de Direitos da Criança e do adolescente – CMDCA Ciência ao Conselho Municipal de Saúde
Acompanhamento e Avaliação	Âmbito nacional - Comissão de Acompanhamento.	Comissões Intergestores Bipartite – CIB	GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial do município.

Fonte: Elaboração própria com dados do Ministério da Saúde

Compartilhando da análise de Perminio (2018), a iniciativa do Ministério da Saúde a partir do ano de 2004 de normatização da PNAISARI reconhece o direito à saúde dos adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa no Brasil e a garantia do seu atendimento no Sistema Único de Saúde, contribuindo na visibilidade desta população nos serviços de saúde e no fortalecendo da doutrina da proteção integral. Contudo, persiste um cenário no Brasil de violação de direitos de crianças e adolescentes onde os marcos normativos protetivos tomam forma apenas parcialmente na vida desses sujeitos, sendo imprescindível analisar a implementação desta política como integrante de um modelo de proteção social que avança ou retrocede conforme a capacidade de atuação e direção assumida pelo Estado.

4.3. A Política de Socioeducação e Saúde no Estado do Rio de Janeiro

O Departamento Geral de Ações Socioeducativas – DEGASE foi criado no governo de Leonel Brizola pelo Decreto nº 18.493/1993 como órgão do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro. Ao longo dos anos esteve vinculado a diferentes Secretarias de Estado, como: Secretaria de Justiça e Interior, de Justiça, de Direitos Humanos, de Ação Social e desde o ano de 2008 encontra-se vinculado à Secretaria Estadual de Educação – SEEDUC.

O DEGASE é responsável pela execução das medidas socioeducativas previstas no ECA de restrição e privação de liberdade nas modalidades de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade aplicadas pelo Poder Judiciário. As medidas socioeducativas em

meio aberto de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade foram descentralizadas sendo executadas pelas Secretarias Municipais de Assistência Social.

A criação do DEGASE representou um primeiro movimento a nível estadual de adequação da execução de medidas socioeducativas aos marcos normativos previsto na CF de 1988 e no ECA, possibilitando avançar na construção de uma nova cultura institucional alinhada a perspectiva dos direitos humanos sustentada na doutrina da proteção integral, enfraquecendo a visão “menorista” e punitivista presente no antigo Código de Menores. Todavia, esse movimento não ocorre de forma linear com a substituição da doutrina da “situação irregular” de crianças e adolescentes para o da “proteção integral”, ao contrário, envolve um **movimento dinâmico, relacional, complexo e contraditório de permanente disputa entre diferentes visões sociais de mundo na conformação da política de socioeducação.**

O DEGASE herda a estrutura física da extinta Fundação Centro Brasileiro para Infância e Adolescência e mantém em sua política institucional traços do seu passado vinculado as prerrogativas do Código de Menores que se reconfigura no presente sustentado na lógica da segurança. Seu cenário institucional é marcado por uma dinâmica relacional e contraditória entre os princípios alinhados aos direitos humanos que conformam a base legal da política de socioeducação com uma herança punitivista, de vigilância e responsabilização excessiva que se expressam em práticas violentas. Pode se dizer que **o DEGASE é um espaço contraditório de garantia de direitos e ao mesmo tempo de violação de direitos de adolescentes.**

Atualmente, a estrutura física do DEGASE para a execução das medidas socioeducativas é formada por 9 (nove) Centros de Socioeducação de Internação (privação de liberdade) e 16 (dezesesseis) Centros de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente – CRIAAD (semiliberdade). O SINASE aponta que a estrutura física das unidades deverá considerar o projeto pedagógico específico de cada programa de atendimento e impede a formação de complexos socioeducativos. Contudo, os parâmetros arquitetônicos das unidades do DEGASE não respeitam na totalidade as orientações previstas no SINASE, inclusive no município do Rio de Janeiro existe um complexo socioeducativo no bairro da Ilha do Governador com a presença de cinco dos nove Centros de Socioeducação de Internação.

A formação de complexo socioeducativo acarreta limites concretos à consolidação dos princípios do SINASE, principalmente referentes ao respeito aos direitos humanos,

incolumidade, integridade física, segurança e incompletude institucional. Esses princípios estão diretamente associados ao direito à saúde, uma vez que o respeito aos direitos humanos envolve a garantia de condições dignas de vida durante o cumprimento da medida socioeducativa, a incolumidade envolve a defesa e preservação da integridade física e mental do adolescente incluindo as condições de habitabilidade, salubridade, segurança, alimentação e cuidados de saúde e a incompletude institucional define que os adolescentes devem ser atendidos pelas políticas públicas e serviços disponíveis no território, ou seja, nas unidades assistenciais do SUS.

Em consonância com o princípio do SINANE de municipalização das medidas socioeducativas, as unidades do DEGASE estão distribuídas em 14 (quatorze) municípios do Estado: Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Belford Roxo, Nilópolis, Cabo Frio, Macaé, Volta Redonda, Barra Mansa, Nova Friburgo, Campos e Teresópolis.

A municipalização do atendimento socioeducativo visa fortalecer e garantir a convivência comunitária e familiar do adolescente no seu processo socioeducativo. É importante esclarecer que a municipalização prevista no SINASE, disposta no Inciso I do artigo 88 do ECA, não apresenta o mesmo significado de descentralização político-administrativa conforme o Direito Administrativo: o seu conteúdo é programático na organização e distribuição das unidades socioeducativas priorizando que o atendimento ocorra próximo aos limites geográficos dos municípios sem a obrigatoriedade de haver unidades socioeducativas em todos os municípios.

A estrutura organizacional do DEGASE é formada pela direção geral e coordenações com competências específicas, mas com atuação interligada voltada à execução das medidas socioeducativas de privação e restrição de liberdade. A direção geral do DEGASE, setor de maior hierarquia do departamento, na maioria vezes esteve designada à servidores da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Esse perfil se manteve inclusive com a vinculação do órgão a secretaria de educação, apontando uma predominância do olhar da segurança em detrimento da educação.

As coordenações são subordinadas a direção geral e seus coordenadores nomeados segundo escolha do diretor geral, atualmente estão organizadas da seguinte forma: Coordenação de Comunicação Social, Coordenação de Recursos Humanos, Coordenação de Execução de Medidas Socioeducativas, Coordenação Administrativa e Financeira,

Coordenação de Segurança e Inteligência, Coordenação de Tecnologia da Informação, Sistemas e Comunicação, Coordenação de Educação, Cultura, Esporte e Lazer e a Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social.

A Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social - COOSIRS é o setor responsável pela gestão em saúde do DEGASE, organizada em divisões específicas: Divisão Biomédica incluindo a medicina, odontologia, enfermagem, nutrição, farmácia e terapia ocupacional; Divisão de Psicologia, Divisão de Serviço Social e o Núcleo de Saúde do Trabalhador. A atuação da COOSIRS envolve o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, intersetorial e interfederativa com articulação com os setores que compõem o Sistema de Garantia de Direitos e das políticas públicas, em especial com a política de saúde, visando à garantia do direito à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Considerando as diretrizes das portarias da PNAISARI publicadas a partir de 2004 pelo Ministério da Saúde, no interior das unidades socioeducativas cabe o desenvolvimento de ações de saúde no âmbito da atenção básica, e ainda, deve-se priorizar a realização do cuidado em saúde no território buscando fortalecer o princípio da incompletude institucional e garantir a integralidade.

Desta forma, cabe a COOSIRS prioritariamente contribuir na implementação da PNAISARI no sentido de garantir o acesso do adolescente aos serviços de saúde do SUS e realizar a gestão e a organização do cuidado em saúde intramuros. Contudo, o Relatório de Avaliação dos Serviços de Saúde das Unidades de Internação e Internação Provisória, elaborado no ano de 2012 pela Área Técnica de Populações Privadas de Liberdade da Superintendência de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde identificou outro cenário.

“Ausência de protocolos e fluxos de atendimento na atenção básica, ausência de ações educativas de promoção e prevenção nas unidades de maneira continuada, ausência das notificações das doenças de notificação compulsória, os imunobiológicos do esquema vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde não eram ofertados regularmente, equipe de saúde fragmentada, **necessidade de elaboração do Plano Operativo**”. (ZEITOUNE, 2016: 91)

Não cabe ao objetivo deste trabalho realizar uma análise dos fatores que levaram ao cenário descrito, primeiro devido o recorte temporal que propõe o estudo exploratório da implementação da PNAISARI demarcando o período de 2014 a 2020 com a redefinição da política a partir da publicação das portarias nº 1.082 e nº 1.083 no ano de 2014; segundo pela

dificuldade no levantamento de bibliografia e documentos referentes aos períodos anteriores que pudessem servir como material analítico.

Todavia, o breve histórico da PNAISARI realizado no tópico anterior possibilita levantar algumas hipóteses: a ausência do Plano Operativo Estadual definido nas portarias nº 1.426/2004 e na Portaria SAS/MS nº 647/2008 aponta para o descaso do Estado, em particular da Secretaria Estadual de Saúde com a agenda referente à saúde dos adolescentes privados de liberdade; o Plano Operativo Estadual deveria ter sido elaborado na CIB – Comissão Intergestores Bipartite e incluir as competências das Secretarias Municipais de Saúde destinadas a atenção integral à saúde desta população, a ausência do respectivo documento pode apontar para o baixo poder de indução da SES desta agenda na realidade dos municípios e a falta da implementação da PNAISARI contribuiu na formação do cenário descrito de descontinuidade do cuidado e atenção à saúde fragmentada.

No ano de 2012, buscando alterar esse cenário, a COOSIRS adota um modelo de gestão participativa, pautada no planejamento e no reconhecimento dos princípios previstos no SUS e no SINASE, promovendo uma reorganização da atenção à saúde dos adolescentes visando a integralidade do cuidado e o respeito as diretrizes da PNAISARI. Essa ação foi possível a partir da combinação de um modelo de gestão e da realização de concurso público no ano de 2012 com o provimento de vagas para diferentes cargos, garantindo o efetivo de um corpo técnico de servidores estatutários e qualificados no sistema socioeducativo. (ZEITOUNE, 2016; OLIVEIRA, 2020).

“Organizou e adequou os serviços de saúde nas unidades socioeducativas, construindo rotinas e fluxos, com ações planejadas de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a garantir o acesso do adolescente a todos os níveis de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Às adolescentes gestantes é garantida a assistência pré-natal, perinatal e ao parto e o direito à permanência com o recém-nascido... O foco principal do trabalho tem sido o desenvolvimento de ações voltadas para o fortalecimento dos vínculos com os dispositivos de saúde dos municípios... Os avanços foram conquistados por meio de reuniões intersetoriais, onde são feitos pactos de ações e fluxos, que culminaram na assinatura dos Planos Operativos em vários municípios”. (ZEITOUNE, 2018: 27)

A publicação das portarias nº 1.082 e nº 1.083 redefinindo as diretrizes da PNAISARI e instituindo o incentivo financeiro de custeio levou a Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (CGSAJ/DAPES/SAS/MS) a iniciar um movimento de indução da PNAISARI nos estados e municípios. Desta forma, nos dias 29 e 30 de abril de 2014 foi realizada uma oficina intersetorial da PNAISARI sob coordenação do Ministério da Saúde com a participação da

Secretaria Estadual de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde dos municípios do Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Belford Roxo, Nilópolis, Cabo Frio, Macaé, Volta Redonda, Barra Mansa, Nova Friburgo, Campos e Teresópolis, ambos com unidades socioeducativas em seu território e com o DEGASE.

A portaria nº 1.082 altera as relações interfederativas de implementação da PNAISARI, possibilitando a habilitação direta do município e a transferência dos recursos de custeio financeiro diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Assim, o objetivo central da oficina foi apresentar as novas diretrizes da política trazendo visibilidade para agenda e promovendo a sensibilização dos atores municipais a assumirem a responsabilidade sanitária das unidades socioeducativas localizadas no seu território, ou seja, efetivar a descentralização da política apostando nas ações de matriciamento em âmbito municipal como procedimento estratégico promissor na garantia da atenção à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. (PERMINIO; 2018).

As mudanças nas relações interfederativas de implementação da PNAISARI alteram o espaço de pactuação políticas, ocorrendo a substituição da CIB – Comissão Intergestores Bipartite pelo GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal. O GTI torna-se o espaço a ser instituído em âmbito municipal voltado a implementação e monitoramento da PNAISARI e a elaboração do Plano Operativo Municipal e do Plano de Ação. Esses documentos visam estabelecer as diretrizes para a implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, e de Média e Alta Complexidade e descrever os compromissos firmados entre gestores da saúde e do socioeducativo e a definição de suas competências na garantia da atenção à saúde dos adolescentes. A aprovação desses documentos pelo CMDCA – Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente é condição para habilitação do município na política e para o recebimento do recurso de custeio financeiro.

Com a redefinição das diretrizes da política, **a Secretaria de Estado de Saúde perde a centralidade na condução do processo de implementação da política e essa agenda se torna ainda mais invisível no âmbito estadual.** Por outro lado, no cenário institucional do DEGASE, a COOSIRS traz a indução da política como uma das ações prioritárias de gestão visando o fortalecimento do princípio da incompletude institucional e compreendendo que

efetivar o direito à saúde desta população perpassa garantir o seu acesso aos serviços do SUS e integralidade da atenção à saúde.

Nesta direção, foram realizados os Encontros Regionais de Saúde¹ visando o fortalecimento das ações intersetoriais na indução da PNAISARI e a realização do levantamento da atenção integral à saúde do adolescente².

“A metodologia de trabalho utilizada pela CSIRS priorizou o enfoque da educação permanente em saúde, valorizando as experiências locais desenvolvidas pelos profissionais da socioeducação e da rede de saúde na perspectiva da promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa e buscou, em articulação com os atores envolvidos neste processo, a adequação dessas ações às diretrizes e fluxos de atendimento estabelecidos nas portarias Nº 1.082 e Nº 1.083 de 23 de Maio de 2014” (ZEITOUNE, 2016, p.96)

A atuação técnica da COOSIRS/DEGASE na condução deste processo de trabalho foi reconhecida na segunda edição do Laboratório de Inovações sobre Saúde de Adolescentes e Jovens (2014/2015) organizada pela Coordenação Geral da Saúde dos Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Opas - Brasil no relato de experiência “Implantação da PNAISARI no âmbito do novo DEGASE” no eixo temático de Integralidade das ações de saúde para adolescentes no sistema socioeducativo, e ainda, na publicação do documento Linha de Cuidados em Atenção Integral à Saúde da Adolescente e do Adolescente em Conflito com a Lei: Orientações para Gestores e Profissionais (DEGASE, 2018).

O processo de implementação da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro, ainda em curso, envolve uma relação interfederativa e intersetorial entre o Estado e os municípios, cada ente federativo com competências próprias voltadas a garantia da atenção integral à saúde dos

¹ Esses encontros descentralizados ocorreram nos seguintes Pólos Regionais: Norte e Região Serrana, abrangendo os Municípios de Campos dos Goytacazes, Macaé, Nova Friburgo e Teresópolis; Região Litorânea, abrangendo os Municípios de Cabo Frio, Niterói e São Gonçalo; Médio Paraíba, abrangendo os Municípios de Barra Mansa e Volta Redonda; Baixada Fluminense, abrangendo os Municípios de Belford Roxo, Nilópolis, Nova Iguaçu e Duque de Caxias; Região Metropolitana, abrangendo o Município do Rio de Janeiro envolvendo, assim, todas as unidades socioeducativas do DEGASE.

² O levantamento da Atenção Integral à Saúde do Adolescente visava identificar e compreender as rotinas e procedimentos de saúde realizados nas unidades de internação, rede de serviços de saúde utilizada pelas unidades de internação e unidades de semiliberdade, as equipes de trabalho e as dificuldades e potencialidades de cada unidade socioeducativa.

adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. A definição das competências de cada ente federativo e dos setores de saúde e socioeducação estão normatizadas nas portarias da PNAISARI, mas a materialização das competências em ações concretas envolve um processo permanente de pactuação política, seja pela mudança dos gestores e profissionais das políticas setoriais, pelas alterações no conteúdo da política ao longo dos anos ou pelo surgimento de novas necessidades e demandas de saúde dos adolescentes. Esse movimento permanente de pactuação política necessário envolve relações dinâmicas, complexas e contraditórias tanto de cooperação como de disputa na condução da PNAISARI no ERJ.

Atualmente a gestão PNAISARI no ERJ é da competência do Ministério da Saúde por intermédio da Coordenação de Garantia da Equidade, da Secretaria de Estado de Saúde por intermédio da Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade (SAPV), criada em 2019, vinculada a Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde (SGAIS), da Secretaria de Estado de Educação por intermédio da COOSIRS/DEGASE e das Secretarias Municipais de Saúde. Essa configuração apresentou mudanças ao longo dos anos revelando o movimento dinâmico e contraditório que envolve a implementação de políticas públicas. Essas mudanças ocorreram nos três níveis de governo marcando alterações organizacionais na condução da agenda e permeadas por disputas entre diferentes visões sociais de mundo.

Considerando o acervo de documentos oficiais da PNAISARI formulados no período de 2014 a 2020, como: portarias 1.082/2014 e 1.083/2014, decretos, manuais, notas técnicas, relatórios de gestão, atas das reuniões do GTI, Planos Operativo, Plano de Ação Anual, deliberações da Comissão Intergestores Bipartite – CIB e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – COSEMS/RJ, foi identificado o estado da arte da PNAISARI no ERJ buscando descrever o quantitativo e a modalidade de unidades socioeducativas do DEGASE distribuídas entre os municípios e o status de habilitação de cada município pelo Ministério da Saúde, apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Unidades Socioeducativas do DEGASE distribuídas por municípios habilitados na PNAISARI

Município	Unidades do DEGASE	Portaria de habilitação
Rio de Janeiro	(04) Unidades de Internação e Internação provisória masculina; (01) Unidade de internação e internação provisória feminina; (04) Unidades de semiliberdade Masculina;	GM/MS Nº 3.626, de 21/12/2020

Volta Redonda	(01) Unidade de Internação masculina e Internação provisória; (01) Unidade de semiliberdade Masculina;	GM/MS Nº 130, de 11.02.2015
Campos do Goytacazes	(01) Unidade de Internação masculina e Internação provisória; (01) Unidade de semiliberdade Masculina;	GM/MS Nº 753 de 27/03/18 e Nº 2241 de 27/07/18
Belford Roxo	(01) Unidade de Internação masculina;	GM/MS Nº 1357, de 08.09.2015
Nova Friburgo	(01) Unidade de Internação masculina e Internação provisória;	Não habilitado
Barra Mansa	(01) Unidade de semiliberdade masculina;	GM/MS Nº 527, de 24.03.2020
Macaé	(01) Unidade de semiliberdade masculina;	GM/MSNº 2.823, de 24.10.2017
Cabo Frio	(01) Unidade de semiliberdade masculina;	Não habilitado
Niterói	(01) Unidade de semiliberdade masculina;	GM/MS Nº 2825 de 27/09/18
São Gonçalo	(01) Unidade de semiliberdade masculina;	GM/MS Nº 753 de 27/03/18
Teresópolis	(01) Unidade de semiliberdade masculina;	GM/MS Nº 2.842, de 24.10.2017
Nilópolis	(01) Unidade de semiliberdade feminina;	GM/MS Nº 881, de 30.06.2015
Duque de Caxias	(01) Unidade de semiliberdade masculina	GM/MS Nº 752 de 27/03/18
Nova Iguaçu	(01) Unidade de semiliberdade masculina	Não habilitado

Fonte: Elaboração própria com dados do Ministério da Saúde

Observando as informações do Quadro 2 é possível verificar que 11 (onze) municípios encontram-se habilitados na PNAISARI pelo Ministério da Saúde com recebimento de recursos financeiros de custeio, sendo eles: Belford Roxo, Campos do Goytacazes, Volta Redonda, Barra Mansa, Teresópolis, Nilópolis, Duque de Caxias, Macaé, Niterói, São Gonçalo e Rio de Janeiro. Os municípios de Nova Friburgo, Nova Iguaçu e Cabo Frio ainda não foram habilitados na política. Não houve uma uniformidade no ano de habilitação dos municípios pelo Ministério da Saúde, demonstrando diferenças da capacidade estadual de indução da agenda e de descentralização da política aos municípios.

No momento não foi possível realizar uma análise detalhada dos diferentes fatores que conformam cada realidade municipal levando a momentos distintos de habilitação na PNAISARI: uma análise deste porte envolveria um novo estudo com a necessidade de acesso a acervo documental e pesquisa bibliográfica de cada município. E, ainda, a baixa produção acadêmica sobre a temática da PNAISARI e a cultura institucional brasileira que privilegia a oralidade nas reuniões investido pouco na produção de registros, atas e documentos dificulta os estudos desta natureza. Todavia, compartilho algumas observações extraídas do escasso

material que tive acesso no sentido de contribuir com novos estudos e possibilitar um aprofundamento da temática.

Primeiro, chamo atenção para o ano de habilitação dos municípios, Volta Redonda, Belford Roxo e Nilópolis foram os primeiros a serem habilitados pelo Ministério da Saúde em 2015 um ano após a publicação das portarias 1.082 e 1.083. Em 2016 ano de eleições municipais, não houve habilitação o que aponta como um possível limitador de pactuações políticas, as demais habilitações ocorreram entre os anos de 2017 a 2020

O município do Rio de Janeiro com o maior quantitativo de unidades socioeducativas em seu território, inclusive com a presença de um complexo socioeducativo no bairro da Ilha do Governo, teve recente habilitação na PNAISARI em dezembro de 2020 e até o presente momento ainda há 3 (três) municípios não habilitados, revelando a complexidade que envolve as definições de competências interfederativas e como o processo de implementação da PNAISARI no ERJ ainda é recente e pouco priorizado na agenda de saúde.

Um segundo elemento de observação diz respeito ao protagonismo do DEGASE na indução da política: as atas de reuniões do período de 2014 a 2016 citam o DEGASE a frente dos processos de articulação e pactuações política nos municípios, onde a equipe da COOSIRS junto aos diretores e equipes técnicas das unidades socioeducativas realizavam reuniões com os gestores municipais de saúde visando a sensibilização da agenda e a apresentação das portarias da PNAISARI.

Essas reuniões aconteciam *in loco* e muitas se desdobraram em visitas as unidades socioeducativas possibilitando aos gestores municipais de saúde e aos profissionais conhecerem a realidade institucional das unidades e a população alvo da política. Entretanto, a participação da Secretaria Estadual de Saúde nessas reuniões era irregular e com a presença de profissionais de áreas técnicas diversas sem uma coordenação efetiva na indução e na descentralização da política.

A tímida participação da Secretaria Estadual na coordenação da implementação da PNAISARI pode ser evidenciada na ausência de ações técnicas destinada a indução da política. No período de 2014 a 2019 não houve nenhuma publicação de nota técnica, instrutivo de implementação da política, cartilhas, guia ou manuais sobre a PNAISARI e os eventos com a participação da SES foram organizados pelo socioeducativo como: II Seminário de Saúde

Mental, Álcool e outras Drogas e o I Seminário da Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com Lei organizado pelo DEGASE por intermédio da Escola de Gestão Socioeducativa Paulo Freire e da Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social realizados no ano de 2015.

Na direção de avançar na descrição dos elementos indispensáveis ao estudo analítico da implementação da PNAISARI no ERJ foi identificado a configuração do GTI - Grupo de Trabalho Intersetorial de cada município buscando apresentar os atores sociais e setores presentes neste espaço. O GTI é o espaço destinado a elaboração do Plano Operativo e do Plano de Ação, documentos indispensáveis na institucionalização da política visto que a aprovação destes documentos pelo CMDCA e envio ao Ministério da Saúde é condição para habilitação dos municípios.

A composição dos Grupo de Trabalho Intersetoriais sugere a heterogeneidade da gestão municipal da política, sendo identificadas as áreas técnicas de Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Mental e a Coordenação de Atenção Básica como sendo os setores mais envolvidos na agenda da PNAISARI. Em relação a Secretaria Estadual de Saúde não foi identificada a sua participação no GTI de todos os municípios, quando houve participação foi por intermédio da Coordenação de Atenção Básica e da Superintendência de qualidade. O socioeducativo teve participação no GTI de todos os municípios por intermédio da COOSIRS e dos profissionais das unidades socioeducativas e ainda foi identificado nos municípios de Nilópolis, Macaé, São Gonçalo e Duque de Caxias a participação do CMDCA – Conselho Municipal da Criança e do Adolescente.

Nenhum município teve seu GTI formalizado por publicação e a maioria dos seus participantes são profissionais com atuação técnica na área, com baixa autonomia de decisão nos espaços institucionalizados de pactuação interfederativa, como: Comissões Intergestores Bipartite – CIB ou no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, acarretando uma baixa institucionalização da PNAISARI na agenda da saúde e limitando a articulação intersetorial entre os gestores da política e consequentemente a integração entre as equipes da saúde e do socioeducativo no âmbito dos processos de trabalho.

Assim, o GTI representa um espaço fértil de integração de equipes de trabalho dos setores saúde e socioeducação voltado ao planejamento conjunto de ações que busque enfrentar os preconceitos e reconhecer o direito à saúde dos adolescentes, contribuindo efetivamente na redução das barreiras de acesso aos serviços do SUS em âmbito municipal.

Por outro lado, vem apresentando uma atuação limitada no uso de recursos financeiros de custeio e na atuação intersetorial entre os gestores no planejamento e execução de ações que considerem os determinantes sociais da saúde e busquem enfrentar as causas que levam a privação de liberdade, adoecimento e morte dos adolescentes.

Segundo a portaria N° 1082/2014, os municípios habilitados estão aptos ao recebimento mensal do incentivo financeiro de custeio e a forma de utilização do recurso deverá constar no Plano Operativo Municipal. Além do recebimento dos recursos financeiros custeio instituídos pela portaria 1.083/2014 a população de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa é contabilizada no piso da atenção básica e a Secretaria Estadual de Saúde tem competência no financiamento tripartite das ações e serviços previstos na PNAISARI.

Os valores dos recursos financeiros de custeio foram definidos considerando a modalidade de medida socioeducativa e o quantitativo de adolescentes em atendimento socioeducativo. Para os municípios com unidades socioeducativas de semiliberdade, independentemente do número de adolescentes atendidos, o valor mensal é R\$ 3.208,50: para os municípios com unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória que atendam 40 (quarenta) adolescentes ou menos o valor mensal é R\$ 7.486,50: para os municípios com unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória que atendam mais de 40 (quarenta) e até 90 (noventa) adolescentes o valor mensal é R\$ 8.556,00 e para os municípios com unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória que atendam mais de 90 (noventa) adolescentes o valor mensal é R\$ 10.695,00.

Observando os Planos Operativos Municipais, foi possível identificar uma predominância na indicação do uso de recursos de custeio no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, capacitação e educação permanente e contratação de profissionais de saúde mental. Entretanto, entre os municípios habilitados na PNAISARI, apenas os municípios de Volta Redonda e Duque de Caxias realizam a execução dos recursos de custeio em ações destinadas exclusivamente ao socioeducativo. Foi verificado, ainda, a disparidade na capacidade assistencial e na regularidade das ações entre os municípios, apontando a importância da participação da Secretaria Estadual de Saúde no financiamento tripartite da política.

No Quadro 3 estão identificados os participantes do GTI de cada município e as ações de saúde planejadas para o uso dos recursos financeiros de custeio da PNAISARI descritas nos Plano Operativos Municipais.

Quadro 3 – Composição do Grupo de Trabalho Intersetorial e destinação de uso dos recursos financeiros de custeio

Município	GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial	Utilização dos recursos financeiros de custeio
Rio de Janeiro	<p>Secretaria Municipal de Saúde Subsecretaria de Regulação, Controle e Avaliação, Contratualização e Auditoria Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde / SUBPAV Superintendência de Saúde Mental Superintendência de Atenção Primária</p> <p>Secretaria Estadual de Saúde Superintendência de Atenção Básica Superintendência de Qualidade das Unidades de Saúde Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos</p> <p>Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Divisão Biomédica Divisão de Psicologia Divisão de Serviço Social</p>	<p>Nas atividades previstas no bloco da Atenção Básica; Contratação pontual de profissionais para ações específicas; Ações de promoção e prevenção à saúde; Produção de material educativo e áudio visual.</p>
Volta Redonda	<p>Secretaria Municipal de Saúde Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental Coordenação da Atenção Básica</p> <p>Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Centro de Socioeducação Irmã Asunción de La Gásdara Ustara Centro de Recursos Integrados de Atendimento - CRIAAD</p>	<p>Ações de promoção e prevenção da saúde do adolescente e capacitação em educação em saúde; Contratação de do profissional de saúde mental para matriciamento;</p>
Campos do Goytacazes	<p>Secretaria Municipal de Saúde Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental Coordenação da Atenção Básica Programa de Atenção Integral de Criança e Adolescente – PAISCA</p> <p>Secretaria Estadual de Saúde Superintendência de Atenção Básica Superintendência de Qualidade das Unidades de Saúde</p> <p>Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social</p>	<p>Ações de promoção e prevenção da saúde do adolescente;</p> <p>Capacitação em educação em saúde;</p>

	Centro de Socioeducação Professora Marlene Henrique Alves Centro de Recursos Integrados de Atendimento - CRIAAD	
Belford Roxo	Secretaria Municipal de Saúde PAISMCA - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Coordenação de Saúde Mental Secretaria Estadual de Saúde Superintendência de Qualidade das Unidades de Saúde Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Centro Atendimento Intensivo de Belford Roxo	Contratação de um profissional de saúde mental, compra de insumos e materiais educativos.
Barra Mansa	Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Atenção Básica Secretaria Estadual de Saúde Superintendência de Atenção Básica Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Centro de Recursos Integrados de Atendimento - CRIAAD	Ações de promoção e prevenção da saúde do adolescente e capacitação em educação em saúde;
Macaé	Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Atenção Básica Centro de Referência do Adolescente – CRA Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Centro de Recursos Integrados de Atendimento - CRIAAD	Ações de promoção e prevenção da saúde do adolescente e capacitação em educação em saúde;
Niterói	Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Atenção básica Secretaria Estadual de Saúde Superintendência de Atenção Básica Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Centro de Recursos Integrados de Atendimento - CRIAAD	Ações de promoção e prevenção da saúde do adolescente e capacitação em educação em saúde;
São Gonçalo	Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Saúde Mental Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Centro de Recursos Integrados de Atendimento - CRIAAD	Ações de promoção e prevenção à saúde dos adolescentes e capacitação de recursos humanos;

Teresópolis	Secretaria Municipal de Saúde Subsecretaria de Atenção Básica Coordenação de Saúde do Adolescente Coordenação de Saúde Mental Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Centro de Recursos Integrados de Atendimento - CRIAAD	Recurso destinado à atenção Básica de Saúde Família Fonte Santa (UBSFSS) e pela equipe do CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infantil.
Nilópolis	Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Atenção Básica Coordenação de Saúde Mental Coordenação de Saúde Oral Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Centro de Recursos Integrados de Atendimento - CRIAAD	Ações de promoção e prevenção à saúde dos adolescentes e capacitação de recursos humanos;
Duque de Caxias	Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Atenção Básica Coordenação de Saúde do Adolescente Coordenação de Serviço Social Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA Departamento Geral de Ações Socioeducativas Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social Centro de Recursos Integrados de Atendimento - CRIAAD	Contratação do profissional de saúde mental para matriciamento; Ações de promoção e prevenção à saúde dos adolescentes e capacitação de recursos humanos;

Fonte: Elaboração própria com dados dos Planos Operativos Municipais.

A implementação da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro através da sua institucionalização nas agendas municipais vem caminhando na direção da garantia do direito a saúde dos adolescentes, reconhecendo-os como usuários dos serviços do SUS e possibilitando avançar em modelo de cuidado à saúde extramuros voltado à integralidade e continuidade da atenção após o fim da medida socioeducativa. Entretanto, a consolidação deste caminho esbarra nas fragilidades estruturais do SUS em relação a sua capacidade assistencial e na sua dificuldade de organização de redes integradas e regionalizadas.

A participação tímida da Secretaria Estadual de Saúde na coordenação da política agrava esse quadro de fragilidades na atenção à saúde destinada aos adolescentes. Pesquisa realizada pela FIOCRUZ “Investigação sobre a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei Privados de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro”, identificou essas fragilidades na realidade das unidades socioeducativa com a falta remédios, materiais e recursos humanos

para os cuidados de saúde, dificuldades nas parcerias com a rede municipal de saúde em razão dos graves problemas estruturais que afetam o SUS e dificuldades no transporte e agendamento dos atendimentos de saúde externos.

Essa realidade descrita na pesquisa da FIOCRUZ e ratificada em diferentes relatórios de fiscalização dos mecanismos de controle social, representa um campo de atuação do sistema de justiça e de atrito entre os gestores da saúde e do socioeducativo nas definições de competências e responsabilidades. Esse campo de disputas e divergências em torno, principalmente, da garantia da assistência à saúde, do atendimento médico e da coordenação do cuidado se caracteriza em um movimento relacional entre os gestores conhecido popularmente como “empurra-empurra” para o outro as responsabilidades. Essa dinâmica entre os gestores da saúde e da socioeducação, ambos cargos de confiança e nomeação direta do Governador, revela a ausência de um projeto estadual integrado entre as políticas públicas e voltado à proteção social dos adolescentes.

O sistema de justiça atua na fiscalização dos gestores, essa ação foi potencializada mediante a atuação do Tribunal de Justiça por intermédio do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMF) responsável no monitoramento e fiscalização do sistema carcerário e do sistema de execução de medidas socioeducativas havendo a participação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça da Infância e Juventude do Ministério Público, a Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Cdedica) da Defensoria Pública, o setor saúde estadual, o socioeducativo e outros setores e órgãos envolvidos com a garantia de direitos.

Em 2019 a PNAISARI passou a ser coordenada pela Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade (SAPV) da Secretaria Estadual de Saúde, marcando um período de maior institucionalização da política em âmbito estadual e possibilitando a integração da agenda da PNAISARI com outras agendas de maior visibilidade no setor saúde, como a agenda da atenção básica, saúde da criança e do adolescente e da saúde mental. Essa interlocução e integração de agendas é fundamental na efetivação do cuidado em saúde desta população e na consolidação dos objetivos da política, visto que no âmbito municipal a PNAISARI encontra-se sob gestão de diferentes áreas técnicas apontando para importância da SAPV realizar um diálogo interno com diferentes áreas da Secretaria Estadual de Saúde, e assim, fortalecer o processo de coordenação e descentralização da política aos municípios.

Esse movimento de coordenação estadual da PNAISARI foi intensificado no ano de 2020 devido a pandemia do novo coronavírus que levou a uma maior atuação do sistema de justiça e da fiscalização dos órgãos de controle social em torno das ações de saúde. A necessidade de elaborar respostas rápidas de controle do coronavírus nos ambientes de privação de liberdade devido o maior risco de transmissibilidade e de organizar o fluxo de atendimento na rede do SUS levou a agenda da PNAISARI a CIB – Comissão Intergestores Bipartite com a pactuação do Plano Colaborativo da Saúde dos Privados de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro aprovado na CIB\COSEMS RJ N° 73 de 25 de Maio de 2020.

Dando continuidade ao processo de coordenação da PNAISARI pela Secretaria Estadual de Saúde foi instituído por publicação no diário oficial do ERJ o GTIE - Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual no dia 29 de julho de 2020, objetivando a indução da política nos municípios e o fortalecimento intersetorial entre Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria de Estado de Educação. Esse espaço conta com a participação de integrante do COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria Estadual de Educação, DEGASE, Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos, diferentes áreas técnicas da SES e os atores do sistema de justiça e Conselhos de Direitos.

Esses diferentes espaços institucionais do Estado são conformados pelas lutas de classes e pelas dinâmicas das relações sociais em disputa permeadas por visões sociais de mundo. São espaços eminentemente complexos e contraditórios, ilustrando esse cenário há disputas conceituais em torno da própria compreensão de saúde que pode ser defendida a partir do modelo biomédico centrado na garantia da oferta de serviços e/ou a partir do modelo da determinação social da doença marcando a defesa do conceito ampliado de saúde e a necessária integração da política de saúde como parte de um modelo de proteção social.

O movimento relacional dos diferentes atores sociais no âmbito do Estado e das distintas instituições atuam na convergência ou divergência a partir de um projeto político, mesmo o discurso apolítico de defesa da neutralidade técnica constitui-se em projeto político de conservação da realidade. Ou seja, a unidade de ação entre os atores sociais (profissionais de saúde, gestores de políticas públicas, defensores, juízes, entre outros) não é determinada pela técnica ou pela vinculação com determinada instituição, a unidade de ação na conformação de bloco de poder ocorre através do alinhamento político de conservação ou de transformação da realidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo corrobora a premissa do entendimento do Estado capitalista como **um espaço complexo e contraditório permeado pela luta de classes e pelas dinâmicas das relações sociais em disputa.** (PACHUKANIS, 1988; MASCARO, 2013). E, ainda, o papel central do Estado no desenvolvimento econômico e social do país, fator indispensável à implementação e sustentabilidade dos modelos de proteção social, no qual se inclui o Sistema Único de Saúde. Essa premissa aponta a relevância de estudos da temática do Estado, das economias capitalistas contemporâneas e das suas relações com o setor saúde.

Considerando que a abordagem teórico – metodológica da Economia Política Marxista possibilita e instrumentaliza o sujeito pesquisador na direção da Descrição/Explicação - Compreensão/Interpretação – Ação/Transformadora, é o método adequado voltado à elaboração do conhecimento teórico do Estado e do setor saúde no século XXI. Relembrando Marx, o conhecimento teórico é a “*reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa*”, ou seja, a natureza do objeto é concreta e objetiva, sendo síntese de múltiplas determinações. Em outras palavras, **é indispensável conhecer para transformar, mas é preciso conhecer o concreto/real e não o abstrato/ilusório, conhecer a essência e não apenas a aparência.**

A PNAISARI teve início no país no ano de 2004 marcando um primeiro movimento de construção de uma política nacional voltada a saúde da população de adolescentes em conflito com a lei, reconhecendo o cenário de violação de direitos existente nas unidades socioeducativas, em particular a negação do direito à saúde. Ao longo dos anos o Ministério da Saúde publicou várias portarias referentes a PNAISARI alegando a importância de adequação das normas, como o caso do SINASE e a novas necessidades de saúde dos adolescentes. Entre as portarias 1.426/2004, 647/2008, 1082/2014 e 1083/2014 foram identificadas mudanças e continuidades em seu conteúdo. O estudo exploratório delimitou a análise da condução das portarias nº1.082 e nº1.083 publicados no ano de 2014 com forte teor de indução da descentralização da política aos municípios.

Em relação ao atual estado da arte da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro foi identificado que o processo de implementação da política segue em andamento e atualmente há onze (11) municípios habilitados pelo Ministério da Saúde e três (03) em processo de habilitação. O movimento de indução da política no estado e nos municípios teve inicialmente

um protagonismo do DEGASE evidenciado a falta de visibilidade e de prioridade desta agenda na Secretaria Estadual de Saúde, limitando a institucionalização da política e as pactuações interfederativas entre os gestores estaduais e municipais.

A instância de pactuação intersetorial da PNAISARI, o GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial representa um espaço fértil de integração entre equipes de trabalho dos setores saúde e socioeducação voltado ao planejamento conjunto de ações de saúde e avançando na construção de modelos assistenciais extramuros das unidades socioeducativas garantindo o acesso dos adolescentes aos serviços do SUS. Entretanto, a consolidação deste caminho esbarra nas fragilidades estruturais do SUS em relação a sua capacidade assistencial e na sua dificuldade de organização de redes integradas e regionalizadas.

Seguindo o método de Marx, que não é apenas teórico-metodológico é também ético-político, busquei descrever/explicar o papel do Estado do Rio de Janeiro na condução da PNAISARI. Neste percurso foi possível identificar alguns elementos centrais a compreensão da implementação da política, sendo eles: não há neutralidade técnica na condução da política e nas definições de prioridades, sendo essas conformadas no **campo contraditório e relacional de disputa entre visões sociais de mundo**. É importante frisar que a ausência de neutralidade não inviabiliza e/ou desqualifica o uso da técnica, mas que a implementação de políticas públicas de saúde envolve necessariamente uma dimensão ético-política, mesmo que essa dimensão seja constantemente negada no discurso dos gestores e dos profissionais das políticas públicas.

Neste sentido, o processo de implementação da PNAISARI envolve um campo de disputas e interações entre sujeitos permeados por diferentes visões sociais de mundo. Segundo Michael Lowi (1985), as visões sociais de mundo podem ter natureza ideológica ou utópica, as visões de mundo ideológicas são as de conservação e manutenção da ordem societária estabelecida e as visões utópicas envolve rupturas no sentido de ação transformadora voltada a construção de uma nova forma de sociabilidade. Sendo assim, a implementação de políticas públicas é conformada em torno do **CONFLITO DISTRIBUTIVO**, uma *“forma de interação específica entre classes sociais e frações de classe que pugnam pela distribuição e apropriação dos meios de produção, bens materiais, riqueza e poder”*.

No processo de condução da PNAISARI no Estado do Rio de Janeiro **o conflito distributivo é constituído na interação entre os gestores das políticas de saúde e socioeducação, os profissionais das políticas, os adolescentes e suas famílias e os atores do sistema de justiça e dos mecanismos de controle social.** Essa interação foi abordada e descrita no estudo como expressando **relações complexas e contraditórias** envolvendo simultaneamente disputa e cooperação que levam a avanços, mas também a retrocessos na condução da política constituindo um **movimento dinâmico, relacional e sem linearidade.**

A **CONTRADIÇÃO** foi identificada como elemento constituinte das realidades institucionais, tomemos por referência o significante do “direito à saúde”, O DEGASE – Departamento Geral de Ações Socioeducativas foi descrito como espaço onde há a falta de remédios, materiais e recursos humanos para os cuidados de saúde. Em movimento contraditório e relacional, a atuação da Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social foi reconhecida na segunda edição do Laboratório de Inovações sobre Saúde de Adolescentes e Jovens (2014/2015), organizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Opas em sua atuação no processo de Implantação da PNAISARI no âmbito do novo DEGASE.

Situações semelhantes ocorrem em relação a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que ainda não garantem em sua totalidade a integralidade e a continuidade do cuidado em saúde desta população. Mas avançaram significativamente no enfrentamento ao estigma e preconceito relacionado aos adolescentes, reduzindo barreiras de acesso aos serviços de saúde do SUS.

Olhando para os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação e restrição de liberdade é possível seguir na descrição das **CONTRADIÇÕES**: o adolescente autor de ato infracional é um “violador” de direitos que devido a prática do ato infracional é alvo de responsabilização por parte do Estado. Contudo, os dados apresentados e interpretados da trajetória de vida desses sujeitos demonstram situações de violações de direitos vivenciadas desde a infância. Essa realidade social inverte a lógica e marca o Estado como o agente em “conflito com a lei”, uma vez que não cumpre na totalidade as prerrogativas constitucionais que garantem a proteção integral de crianças e adolescentes. Portanto, **o movimento é relacional e contraditório entre a garantia e a violação de direitos.**

A trajetória de vida dos adolescentes e o seu perfil socioeconômico e epidemiológico evidenciam a relevância da compreensão dos determinantes sociais da saúde no planejamento e execução das ações. Contudo, permanece a **DISPUTA DE VISÕES SOCIAIS DE MUNDO** entre os modelos biomédico e de determinação social da saúde. Essa realidade foi descrita principalmente nos relatórios de fiscalização do sistema de justiça apontando a carência de atendimento médico nas unidades socioeducativas e nenhuma referência ao desenvolvimento de ações que considerem o conceito ampliado de saúde ou no enfrentamento as violências, agravo evitável à saúde que permeia a realidade de vida desses sujeitos.

O Estado tem um papel central na proteção social destinada as crianças e adolescentes e no enfrentamento das desigualdades sociais existentes na sociedade capitalista que vulnerabilizam sua saúde e suas vidas. Desta forma, é pressuposto do presente estudo que a política de saúde é integrante de um modelo de proteção social articulado às demais políticas públicas, conformando a seguridade social brasileira. Assim, a garantia do direito à saúde não se materializa somente no acesso aos serviços e ações específicas de saúde, envolve inevitavelmente o fortalecimento do Estado social e o enfretamento ao modelo neoliberal hegemônico.

No ano de 2016 houve o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, organizado em um golpe político-jurídico-midiático que marca o avanço do conservadorismo no Brasil, abrindo caminho para o Governo Temer aprovar a Ementa Constitucional nº 95, instituindo o novo regime fiscal de austeridade econômica, enfraquecendo a capacidade de resposta do Estado na proteção social. Esse cenário é intensificado em 2018 com a vitória presidencial de Jair Bolsonaro, aliado do mercado na execução das políticas neoliberais e representante da extrema direita com personalidade autoritária que fortalece a lógica punitivista de criminalização dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

No ano de 2020 a pandemia do novo coronavírus desnudou as fragilidades históricas, econômicas e políticas impostas pela adoção do neoliberalismo no Brasil que impossibilitaram e continuam impossibilitando a real consolidação do Sistema Único de Saúde. E, ainda exacerbou as desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre as classes sociais, sendo visíveis as disparidades na oferta dos recursos disponíveis no setor privado e os recursos existentes no SUS com sua desigual distribuição regional acentuado no processo de descentralização político administrativa dos municípios com recursos financeiros, materiais e

humanos diferenciados para prover de forma autônoma as ações e serviços necessários à saúde da população.

Todavia, o atual cenário pandêmico também trouxe visibilidade para a centralidade e relevância do SUS enquanto um sistema universal e gratuito, sendo indispensável na garantia da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado. Essa visibilidade alcançou a agenda da PNAISARI possibilitando o fortalecimento da gestão estadual da política e sua institucionalização em espaços de pactuação interfederativa, como CIB – Comissão Intergestores Bipartite e no COSEMS/RJ – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

A PNAISARI vem contribuindo no reconhecimento do direito à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, em particular no que tange o seu acesso aos serviços de atenção básica do SUS. Contudo, a Política Nacional de Atenção Básica foi reformulada a partir do ano de 2017, apontando para a relativização da cobertura universal e a segmentação do acesso associado a ideologia neoliberal e ao processo em curso de desconstrução do SUS.

O avanço do conservadorismo e do ultraliberalismo econômico continua em curso no Brasil onde as populações vulneráveis, incluindo os adolescentes privados de liberdade, são os que mais sofrem os impactos da retração do Estado na proteção social. Sendo urgente a continuidade no desenvolvimento de estudos que busquem compreender e transformar a atual conformação do Estado e das economias capitalistas e a sua relação com o setor saúde no sentido de contribuir na garantia do direito à saúde dos adolescentes enquanto direito à vida.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira. A Agenda Federal da Saúde: dinâmica e prioridades. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias (orgs.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 149–171.

BAPTISTA, Tatiana Wargas Faria; MATTOS, Ruben Araújo. Sobre Política (ou o que achamos pertinentes refletir para analisar políticas). In: MATTOS, Ruben Araújo; BAPTISTA, Tatiana Wargas Faria (orgs.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 1ª Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 83–129. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/bibliotecadigital/serieinterlocucoespraticasexperiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf> . Acesso em: 1 nov. 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamento e história*. 7ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. *Avaliação de políticas, programas e projetos sociais*. In: CFESS/ABEPSS (Org.). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitucao/constitucao.htm . Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Federal nº 8080/90*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm . Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Federal nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm . Acesso 15/11/2021.

BRASIL. *Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)*. Brasília. 2012. Disponível em

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm. Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. *Portaria Interministerial no 1426, de 14 de julho de 2004*. Diário Oficial da União. Brasília, 2004. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004_rep.html . Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. *Resolução nº119, de 11 de dezembro de 2006 dispõe sobre Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE*. Brasília: Secretaria Nacional de Direitos Humanos, CONANDA – 2006. Disponível em [CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE \(mppr.mp.br\)](http://www.conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente.mp.br). Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)*. Brasília. 2008. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647_11_11_2008.html . Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº. 1082 de 23 de maio de 2014*. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html . Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº. 1083 de 23 de maio de 2014*. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1083_23_05_2014.html . Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 02 de 03 de outubro de 2017*. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html . Acesso em 16/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem. RELATÓRIO INFORMATIVO PNAISARI. Sistematização de dados referente ao instrumento “Indicadores de Saúde para adolescentes em atendimento socioeducativo” da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo, 2015 -2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *LEVANTAMENTO ANUAL SINASE 2014*. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2017. Disponível

em https://www.gov.br/mdh/ptbr/navegueportemas/criancaeadolescente/Levantamento_2014.pdf.

BRETTAS, Tatiana. *Capitalismo Dependente, Neoliberalismo e Financeirização das Políticas Sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

CASARA, Rubens. *Estado pós-democrático: neo-obscuratismo e gestão dos indesejáveis*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CEBES, Saúde em Debate v. 43, n. especial 8, p. 175-188, dez 2019. Rio de Janeiro: CEBES

CLAVES/ENSP/FIOCRUZ. *Inquérito de saúde de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em unidades do Degase/RJ*. 2019. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/sinopse_claves_2pg_2905.pdf. Acesso em 15/11/2021.

COSTA, Ana Paula Motta. Adolescência, violência e sociedade punitiva. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 26, n. 83, p. 63-83, 2005

COUTINHO, Carlos Nelson. *Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CHAUÍ, Marilena. **Conformismo e Resistência: Aspectos da Cultura Popular no Brasil**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987. 180 p.20.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Panorama Nacional: a execução das Medidas Socioeducativas de Internação**. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/pesquisas-judiciarias/Publicacoes/panorama_nacional_doj_web.pdf. Acesso em: 25 de out. de 2018.

DRAIBE, Sônia Miriam; Aureliano, Liana Maria. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. In: MPAS/CEPAL. *A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização*. Brasília: MPAS/CEPAL, 1989, v.3.

ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1984.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Relatório Anual do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. 2018. Disponível em [Relatórios | MEPCT/RJ \(mecanismorj.com.br\)](https://relatorios.mepct.rj.gov.br/). Acesso em 15/11/2021.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DEGASE. *Trajetórias de Vida de Jovens em Situação de Privação de Liberdade no Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro*. Claudia Lucia Silva Mendes e Elionaldo Fernandes Julião (coordenadores). Rio de Janeiro, 2018. Disponível em <http://iear.uff.br/wp-content/uploads/sites/232/2020/06/Relatorio-Pesquisa->

[DEGASE.pdf](#). Acesso em 15/11/2021.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DEGASE. *Ações socioeducativas: estudo e pesquisa*, Janaina de Fátima Silva Abdalla, Maria Beatriz Barra de Avella Pereira, Tania Maria Trindade (Orgs). Rio de Janeiro: DEGASE, 2016.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DEGASE. *Boletim Informativo: Ações de enfrentamento da pandemia do COVID-19 em Unidades de Privação de liberdade do DEGASE*. Christiane da Mota Zeitoune, Daiane Carvalho de Oliveira, Eliana Souza e Silva e Leticia Montes Penha (orgs). Rio de Janeiro, 2020. Disponível em http://www.degase.rj.gov.br/uploads/files/notice_1601993931_.pdf. Acesso em 15/11/2021.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DEGASE. *Caderno de Alinhamento Estratégico*. Rio de Janeiro: Novo Degase, 2012. Disponível em <https://biblioteca.sophia.com.br/terminal/6681/acervo/detalhe/420?guid=4cbaa878cbbb19f66ae3&returnUrl=%2Fterminal%2F6681%2Fresultado%2Flistar%3Fguid%3D4cbaa878cbbb19f66ae3%26codigoRegistro%3D420%23420>. Acesso em 15/11/2021.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. Política Social – Módulo 3. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais*. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD-UNB, 2000.

FALLEIROS, Ialê; CASTRO, Valéria; FONTES, Virgínia. *Ciência e Método de Trabalho Científico: Marx e o Marxismo*. In: MATTOS, Ruben Araújo; BAPTISTA, Tatiana Wargas Faria (orgs.). *Caminhos para análises das políticas de saúde*. 1ª Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. P. 153 – 179. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/bibliotecadigital/serieinterlocucoespraticasexperiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>. Acesso em: 1 nov. 2021.

FERNANDES, Florestan. *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FIORI, José Luís. *O vôo da coruja: uma leitura não liberal da crise do Estado desenvolvimentista*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1995.

FLEURY, Sonia. *A seguridade Social inconclusa*. In: FLEURY, Sonia. *A era FHC e o governo Lula: transição?* Brasília: INESC, 1994.

GADELHA Carlos Augusto Grabois. *O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003;8(2):521-535.

GRAMSCI, A. 1978a. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

_____. 1978c. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

HARVEY, David. *A Produção Capitalista do Espaço*. São Paulo: Annablume, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 12. Ed, São Paulo: Cortez, 2007.

_____. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IPEA. *O adolescente em conflito com a lei e o debate sobre a redução da maioridade penal: esclarecimentos necessários*. Brasília, jun. 2015. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5696>. Acesso em:

IPEA. Atlas da violência 2010. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020> Acesso em:

JESSOP, Bob. *State Theory: Putting the Capitalist State in Its Place*. Cambridge, Polity Press, 1996.

_____. Althusser, Poulantzas, Buci-Glucksmann: desenvolvimentos ulteriores do conceito gramsciano de Estado Integral. *Crítica Marxista*, n.29, p.97-121, 2009.

LEVCOVITZ, Eduardo. *Transição x consolidação, o dilema estratégico do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde*. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1997.

_____. Reflexões sobre o resgate da economia política na análise do setor saúde no Brasil e na América Latina do século XXI, In SESTELO, JAF, BAHIA, L, LEVCOVITZ, E, Organizadores. *Crise Global e Sistemas de Saúde na América Latina* (in print) – Salvador: Editora Ufba, 2021(no prelo)

LEVCOVITZ, Eduardo; COSTA-COUTO, Maria Helena. Sistemas de Saúde na América Latina no século XXI. In: NOGUEIRA, Roberto Passos et al. (Orgs.). *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises - 3*. Brasília: NESP/CEAM/UnB - Nethis/Fiocruz, 2018. p. 99-118.

LOUREIRO, Pedro Mendes. *Poder de Estado e o capital: uma apreciação crítica da transição para o Estado capitalista contemporâneo e da relação entre o político e o econômico em Bob Jessop*. Dissertação de Mestrado em Ciências Econômicas. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2013.

LÖWY, Michael. *Ideologias e ciência social. Elementos para uma análise marxista*. São Paulo: Cortez, 2015.

MARINI, Ruy, Mauro. Dialética da Dependência. In: TRANSPADINI, R; STEDILE, J, P (orgs). *Ruy Mauro Marini: vida e obra. Dialética da Dependência*. 10º ed: editora Era. 1990.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MARSHALL, T.H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MASCARO, Alysson Leandro. *Estado e Forma Política*. São Paulo: Boitempo, 2013.

NETTO, José Paulo. *Introdução ao Estudo do Método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETO, Nilo Terra Arêas; CONSTANTINO, Patrícia; ASSIS, Simone Gonçalves de. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Physis* [3]: 511-540, 2017.

NOGUEIRA, Rodolfo Brandão de Azevedo. *A saúde do adolescente em conflito com a lei em medida socioeducativa de privação de liberdade: um estudo da unidade de Campos dos Goytacazes*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

NOVAES, Regina. Juventude e Sociedade: Jogos de Espelhos, Sentimentos, Percepções e Demandas por Direitos e Políticas Públicas. *Revista Sociologia Especial: ciência e vida*, São Paulo, p.1-10, 2007.

OLIVEIRA, Daiane Carvalho. Coronavírus e Sistema Socioeducativo no Estado do Rio de Janeiro: Como fica a saúde dos adolescentes privados de liberdade? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e 300311, 2020.

file:///C:/Users/Daiane/AppData/Local/Temp/Revista-physis-30-3_artigo-11.pdf

PACHUKANIS, Evgeni Bronislávovoch. *Teoria Geral do Direito e Marxismo*. São Paulo, Acadêmica, 1988.

PAIVA, Ariane Rego. Análise e avaliação de políticas sociais: algumas perspectivas do debate atual. *O Social em Questão*, vol. 19, núm. 36, pp. 21-38, 2016

PEDRO, Valéria da Rocha. *Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade: atenção integral ou desintegrada?* Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

PERMINIO, Henrique Bezerra et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 23, n. 9, p. 2860-2861, Rio de Janeiro, Set. 2018.

PRADO JR, Caio. *Formação do Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Brasiliense, Publifolha, [1942] 2000.

SOUZA, Jessé. *A Elite do atraso: da Escravidão à lava jato*. São Paulo: Leya; 2017.

SINHORETTO, J.; BATITUCCI, E.; MOTA, F. R. (Coords.). A filtragem racial na seleção policial de suspeitos: segurança pública e relações raciais. In: LIMA, C. do S. L.; BAPTISTA, G. C.; FIGUEIREDO, I. S. de (Orgs.) et al. Segurança Pública e Direitos Humanos: Temas Transversais. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp), 2014.

TRASPADINI, Roberta. Dependência e luta de classes na América Latina. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 6, n.2, p. 29-43, jul./dez. 2014.

VIANA, Ana Luiza D'Avila, SILVA, Hudson Pacífico da, ELIAS, Paulo Eduardo. Economia Política da Saúde: Introduzindo o Debate. *Divulg. saúde debate* (37) 7-20, 2007. Rio de Janeiro: Cebes

VOLPI, Mário (org.). *O Adolescente e o Ato Infracional*. 2. ed. São Paulo: Cortez. São Paulo, 1997. 112 p.

_____. A construção do ato infracional. In: VOLPI, Mário. *Sem liberdade, sem direitos: a experiência da privação de liberdade na percepção dos adolescentes em conflito com a lei*. São Paulo: Cortez. São Paulo, 2001. 110 p.

_____. *Adolescente Privados de Liberdade. A normativa Nacional e Internacional e Reflexões acerca da responsabilidade penal*. 2. ed. São Paulo: Cortez. São Paulo, 1997. 224 p.

_____. *O Adolescente e o Ato Infracional*. 4. ed. São Paulo: Cortez. São Paulo, 2002.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2015*. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais — Flacso. Rio de Janeiro, 2015.

YAZBEC, Maria Carmelita. Sistemas de Proteção Social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. In: ALMEIDA & MONNERAT & SOUZA (org). *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

ZEITOUNE, Christiane. Gestão em saúde no sistema socioeducativo no Estado do Rio de Janeiro. DEGASE. *Ações socioeducativas: estudo e pesquisa* \ Janaina de Fátima Silva Abdalla, Maria Beatriz Barra de Avella Pereira, Tania Maria Trindade, Organizadoras. Rio de Janeiro: DEGASE, 2016.

