Adolescências e Tessituras

PNAISARI e o projeto territorial situado

5

Livro

PNAISARI e o Projeto Territorial Situado

Livro 5

Adolescências e Tessituras

Comissão editorial

Cristiane Grillo

Ana Paula Martins Lara
Andréa Chicri Torga Matiassi
Anna Karina Martins de Oliveira
Bárbara Oliveira Batista
Bianca Ferreira Rocha
Jacyane Melo de Oliveira Santos
Larissa Emerick
Laura Lemos Avelar
Marcella Hannah Nunes Urubatã
Mariana Prado de Souza
Marina Diniz Luna do Nascimento
Rejane Ferreira dos Reis
Silvia Coutinho Souza Lima

JANELA DA ESCUTA

ADOLESCÊNCIAS E TESSITURAS

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE

EXPEDIENTE

Ministério da Saúde

MINISTRO
Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS

SECRETÁRIA
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

COORDENAÇÃO-GERAL DE ACESSO E EQUIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – CGAEQ
Lilian Silva Gonçalves

Coordenação de Atenção as Pessoas em Conflito com a Lei – COAPC

COORDENADORA
Ethel Proença Braga

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

REITOR
Alessandro Fernandes Moreira

VICE-REITOR
Alamanda Kfoury Pereira

Faculdade de Medicina da UFMG

DIRETORA
Andréa Maria Silveira

VICE-DIRETORA
Zilma Silveira Nogueira Reis

Departamento de Medicina Preventiva e Social

CHEFE DE DEPARTAMENTO
Alzira de Oliveira Jorge

Projeto Adolescências e Tessituras

COORDENAÇÃO GERAL
Cristiane de Freitas Cunha Grillo

COORDENAÇÃO ACADÊMICA
Marília Faleiro Malaguth Mendonça

COORDENAÇÃO TÉCNICA
Vinício Araújo Martins

ASSESSORIA DA COORDENAÇÃO GERAL E TÉCNICA
Ana Luiza de Oliveira Moreira

ASSESSORIA DE METODOLOGIA
Patrícia Regina Guimarães
Thereza Christina Portes Ribeiro de Oliveira

CONSULTORIA
Eloisa Grossman
Juliana Maddalena Trifilio Dias

COORDENAÇÕES TERRITORIAIS
Andréa Chicri Torga Matiassi
Bianca Ferreira Rocha
Bruna Simões de Albuquerque
Gabriela Antunes Ferreira
Gisele Araújo Magalhães
Lisley Schlens Braun
Marina Diniz Luna do Nascimento
Patricia Spyer Prates
Rejane Ferreira dos Reis

ASSESSORIAS TERRITORIAIS
Bárbara Oliveira Batista
Esther Maria Dias Kfuri
Isabella Barbosa de Paiva Diniz
Larissa Brunna Marques Emerick
Laura Lemos Avelar
Marcella Hannah Nunes Urubatã
Mariana Prado de Souza
Mateus Henrique Santos de Souza Jr.
Silvia Coutinho Souza Lima

Grillo, Cristiane de Freitas Cunha [G859p]
Pnaisari e projeto territorial situado / Comissão Editorial: Cristiane de Freitas Cunha, Ana Paula Martins Lara, Andréa Chieri Torga Matiassi et al. Belo Horizonte: Projeto Adolescências e Tessituras, 2026.
140p.; + anexo – (Adolescência e Tessituras, v. 5).

ISBN 978-65-977432-3-0

1. Adolescentes – Medida socioeducativa. 2. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei. I. Lara, Ana Paula Martins. II. Matiassi, Andréa Chieri Torga. III. Título. IV. Série.

CDU 159.922.8
CDD 155.5

Elaboração: Helenice Rêgo dos Santos Cunha – CRB 1461

Projeto gráfico
Julio Abreu

Diagramação
Julio Abreu
Nathália Guedes Lobato Tavares

Revisão
Diogo da Costa Rufatto

Produção editorial
Ana Clara Bastos

Sumário INTERATIVO

Pontes da dignidade: a Atenção Primária à Saúde no cuidado aos adolescentes em medida socioeducativa 7

- Os Princípios Éticos e Operacionais no encontro da Atenção Primária à Saúde com o Socioeducativo 8
- Olhar que transforma: acolhendo as adolescências e rompendo estigmas 25
- Cuidado, acolhimento e futuro: um compromisso coletivo com as adolescências 28
- Referências bibliográficas 30

Da invisibilidade ao cuidado integral: a construção histórica da PNAISARI no Brasil 37

- Direitos negados: saúde e dignidade em xeque no sistema socioeducativo brasileiro 43
- Entre rupturas e permanências: a PNAISARI e o direito à saúde na socioeducação 45
- Considerações finais 57
- Referências bibliográficas 58

Adolescência e o sistema socioeducativo 64

- Sistema socioeducativo: características e leis 65
- Responsabilização 68
- Adolescentes como sujeito de direitos: das medidas protetivas às medidas socioeducativas 72
- Como está o socioeducativo hoje? 76
- Os dez pontos pela desinternação como referência à socioeducação 86
- Referências bibliográficas 89

Entre saúde e educação: desafios da PNAISARI na socioeducação 92
Introdução 93
A educação como direito 94
Saúde e educação 95
Como se aproximar de um/a adolescente em ruptura escolar: caminhos éticos para a escuta e o vínculo 98
Quando a escola deixa de ver: rupturas, juventudes e socioeducação 101
Educação, saúde e socioeducação: quando o direito deixa de ser formal e se torna compromisso ético 104
Qual é a relação da equipe de saúde com a educação desse/a adolescente? 105
Como a PNAISARI pode sustentar a escola como espaço de cuidado? 106
Ética e sigilo: cuidar sem expor 107
Considerações finais 108
Referências bibliográficas 109

Participação social no sistema socioeducativo 112
Introdução 113
Marco normativo e institucional 115
Dados e diagnósticos atuais 117
Experiências e práticas de participação social 118
Reflexões e caminhos para o fortalecimento 121
Referências bibliográficas 123

Bios dos autores 126
Lista de siglas 133
Glossário SUS 135
Glossário dos capítulos 138

Pontes da dignidade: a atenção primária à saúde no cuidado aos adolescentes em medida socioeducativa

Márcia Rocha Parizzi
Jacyane Melo de Oliveira Santos
Alzira deRamos Monteiro
Ana Luiza de Oliveira Moreira
Rejane Ferreira dos Reis

Neste capítulo, passaremos da travessia sobre as fundamentações conceituais do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para o cerne da ação específica: as diretrizes operacionais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) para sua implementação na Atenção Primária à Saúde (APS), reafirmada como o modelo de atenção brasileiro e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os próximos tópicos convidam à reflexão sobre como a APS, provida de suas competências de vinculação e territorialização, pode superar estigmas e resistências. Nosso objetivo é transformar o encontro com a/o adolescente em situação de vulnerabilidade em um ato resolutivo de acolhimento, sigilo e proteção integral, garantindo que os princípios constitucionais se materializem na construção de um vínculo seguro e respeitoso. Assim, prepare-se para integrar os diversos campos do conhecimento à sua escuta clínica e ao seu olhar direcionado para o cuidado das/os adolescentes, articulando-se à RAS e ao Sistema de Garantias de Direitos, efetivando de forma viva a prioridade e o direito à saúde. A APS é, portanto, o espaço potencial onde os direitos são tecidos e concretizados no cotidiano do cuidado.

Os Princípios Éticos e Operacionais no encontro da Atenção Primária à Saúde com o Socioeducativo

Com o intuito de fortalecer o compromisso do SUS na garantia do direito à saúde aos adolescentes em atendimento socioeducativo, a PNAISARI enfatiza a relevância na priorização do acesso imediato das/os adolescentes aos cuidados em serviços de saúde

orientados pelos princípios do SUS e qualificados para atender às necessidades dessa população, tendo a APS como a **porta de entrada preferencial** e a responsável pela **coordenação do cuidado** na Rede de Atenção à Saúde do SUS.[1] Esta possui uma organização de serviços de saúde, articulados em níveis crescentes de complexidade tecnológica, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

1 Brasil, 2017a.

Nessa atenção, a APS é responsável por ofertar ações individuais e coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos (RD), cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais sanitárias, democráticas e participativas.[2] Assim, ao/à adolescente deve ser ofertada a integralidade do cuidado, priorizando o desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente e interinstitucionalmente articuladas, além de socialmente apropriadas.[3]

2 Brasil, 2017b.

3 Brasil, 2018.

A Rede de Atenção à Saúde direcionada aos adolescentes em atendimento socioeducativo e suas famílias deve também resguardar a transversalidade com a atenção à saúde da mulher e do homem, à saúde sexual e reprodutiva, à saúde mental, à saúde da pessoa com deficiência e à saúde do trabalhador, além de garantir a atenção voltada para a prevenção das doenças não transmissíveis e das violências, dentre outras necessárias. A prioridade deve ser garantir que esses cuidados sejam capazes de atender, com eficácia, às necessidades específicas de saúde desses adolescentes. Essa atenção deve ter como eixos prioritários:[4]

4 Brasil, 2021.

- acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento físico e psicossocial;
- atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- prevenção e controle de agravos;

- prevenção e assistência em saúde bucal;
- atenção à saúde mental;
- prevenção ao uso de álcool e outras drogas;
- educação em saúde;
- direitos humanos, promoção da cultura de paz, prevenção de violências e assistência às vítimas.

Dessa forma, para orientar a concretização dessa Política, o Ministério da Saúde (MS), em 2021, publicou o documento *Pnaisari – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari*, que pretende nortear as principais diretrizes para a organização da atenção integral à saúde da/o adolescente em atendimento socioeducativo na APS, comprometida com a ética, a defesa da vida e a melhoria na qualidade de vida desses jovens. Esse instrutivo visa a orientar gestores e trabalhadores estaduais, distritais e municipais de saúde, além de trabalhadores e gestores dos programas de atendimento às medidas socioeducativas, quanto à organização e à ampliação dessa Atenção, privilegiando as intervenções intersetoriais e articulando as diversas políticas públicas.[5]

5 Brasil, 2021.

Nessa Política, as equipes de Saúde da Família (eSF) ou as equipes de Atenção Primária (eAP), junto com os profissionais de **apoio e matriciamento**, devem assumir o compromisso de conhecer e vincular as/os adolescentes em atendimento socioeducativo em meio aberto ou fechado – neste caso, quando existir uma Unidade Socioeducativa no seu território –, bem como suas famílias, com o objetivo de ofertar **atenção integral à saúde, humanizada, longitudinal e com acesso universal** a todos os níveis de assistência. As eSF devem ser compostas no mínimo por um médico – preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade –, um enfermeiro – preferencialmente

especialista em saúde da família –, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista – preferencialmente especialista em saúde da família – e auxiliar ou técnico em saúde bucal.[6] As eAP devem ser compostas minimamente por um médico – preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade –, um enfermeiro – preferencialmente especialista em saúde da família.

Dentre os profissionais de apoio às eSF, além das equipes Multiprofissionais na APS (eMulti), nos municípios habilitados na PNAISARI, a APS pode contar também com a ampliação do número de técnicos de nível superior especializados em saúde mental, nas categorias de: enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo. Esses profissionais devem participar do cuidado proporcionado pelas eSF de referência das/os adolescentes em atendimento socioeducativo que se encontram em **privação ou restrição de liberdade**, prestando atendimento em saúde mental aos adolescentes, bem como ofertando apoio matricial às eSF.[7]

6 Brasil, 2017b.

7 Brasil, 2017b; Brasil, 2023a.

Na construção desse cuidado, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de assegurar que todos/as os/as adolescentes sejam sempre reconhecidos/as como sujeitos plenos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala com capacidade de posicionamento frente à vida e à sua saúde e, como tal, responsáveis por sua demanda e por seu sintoma.[8] Portanto, a/o adolescente deve estar no centro da relação profissional–adolescente e participar ativamente da consulta, do diagnóstico e, sobretudo, da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para que isso seja possível, o desenvolvimento de vínculo entre a/o adolescente e o/a profissional do serviço de saúde deve ser a base para qualquer início de trabalho assistencial. A quebra

8 Brasil, 2014a.

do vínculo inviabiliza a abordagem subjetiva e a efetividade dos cuidados em saúde.[9]

Dessa maneira, é imprescindível que a relação profissional de saúde–adolescente em atendimento socioeducativo em meio aberto ou em meio fechado seja construída diretamente com a/o adolescente, no espaço privado do consultório das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em outro serviço da RAS. Além disso, a família deve ser incluída, quando necessário, sempre com a concordância da/o adolescente.[10]

Em hipótese alguma, a garantia do **direito ao sigilo e à privacidade** poderá ser relativizada ou negligenciada nos atendimentos aos adolescentes em atendimento socioeducativo nas UBS. Como exemplo, na consulta da/o adolescente privado de liberdade, a presença de socioeducadores ou policiais dentro dos consultórios não pode ser permitida, pois, além de constranger a/o adolescente – e até mesmo o/a profissional –, impede o sigilo na realização da anamnese e a privacidade na realização do exame físico completo.

Da mesma forma, os atendimentos clínicos de saúde não podem ser transferidos para consultórios existentes dentro de Unidades Socioeducativas, pois aos/às adolescentes em atendimento socioeducativo deve ser garantida uma atenção dentro dos equipamentos da RAS, organizada em consonância com os princípios do SUS de forma **humanizada** e com direito à privacidade.

No **cuidado longitudinal** às/aos adolescentes, o profissional deve considerar que muitos sintomas físicos têm origem em situações de sofrimento psíquico (como angústias, medos, conflitos intensos) que podem emergir por múltiplos fatores, como nas relações consigo mesmo, com a família, com as instituições e com o território; por isso, precisam ser sempre identificadas e consideradas.[11] Dessa forma, em todos os momentos de encontro com a/o

9 Brasil, 2014a; Grillo, 2012.

10 Brasil, 2010; Brasil, 2014a.

11 Brasil, 2014a; Grillo, 2012.

adolescente, uma diretriz importante é sempre fazer uma pergunta a mais: "o que te traz aqui hoje? Há algo que te incomoda?", que possibilita a abertura de um importante espaço de interlocução.[12]

12 Grillo, 2012.

Com relação ao perfil epidemiológico mais comumente observado em adolescentes internados/as em instituições socioeducativas, pesquisas indicam a prevalência de infecções, dermatoses, doenças respiratórias, infecções sexualmente transmissíveis, entre outras, cujas ocorrências estão também relacionadas com as situações de insalubridade e superlotação em muitas dessas unidades.[13] A medicalização excessiva, sobretudo de psicofármacos, também tem sido observada com frequência.[14] Independentemente da medida, meio aberto ou fechado, a eSF ou eAP de referência deve estar atenta para não perder oportunidades de diagnosticar e tratar os agravos prevalentes, contribuindo para seu controle e/ou redução, além de denunciar as violações de direitos observadas, com apoio da gestão municipal de saúde.[15]

13 Silva *et al.*, 2024.

14 Silva *et al.*, 2024.

15 Brasil, 2021.

Uma investigação cuidadosa também deve ser realizada para identificar a presença de vulnerabilidades, como uso prejudicial de álcool e outras drogas, tabagismo, violência doméstica e sexual, insegurança, medo, violência no território – como ameaça de morte e restrição do direito de ir e vir –, evasão escolar, trabalho infantil e exploração no tráfico, estigma social, com atenção especial às/aos adolescentes com trajetória de vida nas ruas.[16]

16 Santos, 2013; Brasil, 2014b.

As/os adolescentes em atendimento socioeducativo que apresentam um quadro de sofrimento mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas devem ser atendidas/os na lógica e nos princípios da reforma psiquiátrica e da **luta antimanicomial**, de acordo com os preceitos da Lei Federal n. 10.216. Esta Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, bem como da política de **redução de danos** (RD) em relação ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.[17]

É importante ressaltar que, em tais situações, há a chance de que a decisão sobre a medida socioeducativa possa ser revertida pelo juizado infracional, por meio da implementação de uma medida protetiva para a saúde, conforme previsto no inciso VI, Artigo 101 do ECA.[18] Por isso, providências nesse sentido devem ser tomadas.

O cuidado também deve ser desenvolvido a partir de cada caso e de cada sujeito, em busca de saídas para o sofrimento que o acomete, mediante a construção do PTS no qual deve ser considerado o quadro de saúde/doença, a história de vida, a subjetividade, a autonomia e o protagonismo das/os adolescentes. Assim, o tratamento preconizado deve ser em liberdade, visando à reabilitação e à reinserção social e possibilitando a presença das/os adolescentes na vida da cidade.[19]

Em respeito aos princípios da Doutrina de Proteção Integral, é também fundamental ressaltar que a atenção à saúde das/dos adolescentes em atendimento socioeducativo, bem como o acompanhamento intersetorial envolvendo a Assistência Social, a Educação e outros serviços essenciais, devem ser garantidos em todos os momentos da socioeducação e, também, após o desligamento. Por isso, os principais cuidados definidos no PTS durante o cumprimento da medida socioeducativa em meio fechado e aberto devem ser informados no Plano Individual de Atendimento (PIA), instrumento importante para o planejamento e a gestão das atividades da/o adolescente, que também deve contemplar o eixo saúde.[20] O PIA deve ser desenvolvido com a participação tanto da/do adolescente que cumpre medidas em meio fechado ou aberto, quanto de seus

17 Brasil, 2009; Brasil, 2014a.

18 Brasil, 1990.

19 Brasil, 2009; Brasil, 2014a.

20 Brasil, 2021; Brasil, 2024.

familiares. Neste processo, a participação da gestão municipal de saúde apoiando a APS é fundamental para assegurar princípios éticos no cuidado ofertado.[21]

21 Brasil, 2012; Brasil, 2021; Brasil, 2024.

Na atenção à saúde da/do adolescente em atendimento socioeducativo também é fundamental investigar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que influenciam os processos de produção da saúde e do adoecimento no território.[22] Nesse sentido, os profissionais de saúde da APS, apoiados pela gestão municipal de saúde, podem fazer uma grande diferença na **proteção e na garantia da vida** das/os adolescentes, ao identificar e denunciar as situações de violações de direitos humanos que ocorrem reiteradamente nos territórios, como ameaças e agressões, bem como em serviços do próprio Estado, seja na apreensão pela Polícia Militar, seja nos atendimentos em delegacias e centros de atendimento ao adolescente ou dentro das Unidades Socioeducativas (Semiliberdade, Internação Provisória e Internação).

22 Brasil, 2014a; Brasil, 2017c.

Conforme vem sendo denunciado em inspeções nessas unidades, práticas de tortura, tratamentos cruéis e desumanos, revista vexatória, falta de privacidade para satisfação das necessidades fisiológicas, manutenção de ambientes insalubres, superlotação e até interferências nas medidas sanitárias, como impedimento de disponibilização de preservativos, são, infelizmente, recorrentes. Além disso, a precariedade na estrutura arquitetônica de muitas unidades socioeducativas de privação de liberdade deixa evidenciada a não adequação dessas Unidades às normas do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).[23]

23 Brasil, 2019; Brasil, 2023b.

Diante do exposto, em conformidade com as diretrizes do SUS e do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, é imprescindível que todas as situações de violência e maus tratos contra as/os adolescentes sejam identificadas e notificadas, tanto

para fins protetivos, quanto para fins epidemiológicos. A notificação epidemiológica deve ser preenchida em duas vias: uma fica na unidade notificadora, enquanto a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) para digitação e consolidação dos dados.[24]

24 Brasil, 2014a.

A comunicação no caso de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar, responsável por garantir a proteção efetiva das/os adolescentes e/ou às autoridades competentes, conforme ditames do ECA. Assim, as fichas de notificações protetivas, que são disponibilizadas pela gestão municipal de saúde às/aos profissionais, devem ser encaminhadas para os Conselhos Tutelares. Qualquer dificuldade das eSFs ou dos profissionais de saúde na construção dessas notificações de violência devem ser compartilhadas com a gestão municipal de saúde. É importante lembrar que a notificação não gera a identificação direta do denunciante! O canal Disque 100 também pode ser acionado para receber denúncias que serão encaminhadas aos órgãos locais.[25]

25 Brasil, 2014a; Brasil, 2014b.

Adiante, na discussão do Estudo de Caso 1, também foram disponibilizadas mais informações e materiais educativos com orientações sobre condutas necessárias na oferta de proteção, cuidados terapêuticos e preventivos às/aos adolescentes vítimas de violência, além de orientações essenciais para a construção das notificações protetivas e epidemiológicas.

Quanto às questões especialmente relacionadas com as violências institucionais nas Unidades Socioeducativas e outros serviços do Estado, os Conselhos Municipais e Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente, considerados instâncias privilegiadas para o controle das políticas públicas de promoção e

defesa dos direitos humanos da criança e do adolescente, precisam ser envolvidos e oficialmente informados sobre todas as violações identificadas.[26]

26 Brasil, 2014a.

Dessa maneira, na atenção à/ao adolescente na rede de saúde, é sempre necessário um olhar ampliado que ultrapasse a fronteira do corpo físico e mental, sendo importante também conectar o social, a educação, a família e o ambiente, para então mensurar a real necessidade de saúde da/o adolescente. Enquanto profissionais de saúde na APS, precisamos ter um papel articulador e manter a rede de proteção ativa, realizando tessituras com a escola, o Conselho Tutelar, a assistência social e a comunidade, a fim de garantir os direitos das/os adolescentes. A saúde e a educação, sobretudo, têm um papel crucial na identificação de sinais de risco para as/os adolescentes.

Nesse sentido, a **Visita Domiciliar** torna-se uma oferta essencial de territorialização da APS, pois, além de fortalecer o vínculo, permite à eSF ampliar a compreensão do contexto considerando os DSS.[27] A Visita Domiciliar no território permite que a APS viabilize a coordenação do cuidado, atuando na busca ativa, no fortalecimento do vínculo, na proteção e na reinserção sociocomunitária. Assim, é muito importante e desejável que as eSFs de referência realizem visitas domiciliares às famílias das/os adolescentes em atendimento socioeducativo, identificando as principais demandas de saúde e socioassistenciais e promovendo o fortalecimento das famílias. Também com esse objetivo, as UBSs que possuem uma unidade socioeducativa de privação de liberdade no território de abrangência devem fazer contato com a eSF de referência da/o adolescente mesmo se estiver em outro território ou outro município, sobretudo por ocasião do desligamento da/do adolescente para transferência, com responsabilidade, do cuidado.

27 Brasil, 2017b.

Vejamos um estudo de caso.

ESTUDO DE CASO 1

Em uma ação coletiva de promoção da saúde do Programa Saúde na Escola (PSE), a nutricionista da UBS, recém-chegada na equipe, escutou uma queixa da diretora em relação a uma aluna, 14 anos, de nome Sofia, cujo sobrenome era o mesmo de uma família já acompanhada na UBS. A diretora relatou que Sofia era muito agressiva, usava em suas falas a conotação sexual e não frequentava com assiduidade a escola. Ao retornar à UBS, a nutricionista verificou no prontuário de Sofia que sua mãe fazia uso prejudicial de drogas. A avó materna cuidava dela e de mais oito netos. Como a avó não aceitava visitas do Agente Comunitário de Saúde de referência, a nutricionista achou conveniente fazer contato com o Conselheiro Tutelar, que propôs uma visita domiciliar à família. Na residência, os profissionais perceberam a casa muito suja, desorganizada, com pacotes de alimentos ultraprocessados espalhados pelos cômodos. Verificaram que a avó também tinha uso abusivo de álcool e que um "tio" frequentava a casa com frequência. No entanto, a adolescente relatou odiar o convívio com esse "tio". Aos profissionais, a avó também contou que, recentemente, fora chamada no Juizado Infracional para buscar Sofia, onde também recebeu um documento para entregar na Escola.

Sofia contou que ela e seus amigos estavam “matando aulas” e pichando o muro de um prédio do governo, quando a polícia chegou e os levou ao Juizado. A juíza ficou brava: “Sofia, você tem de parar de cabular aulas!”.

No documento, constava a decisão da Juíza da Vara Infracional pela aplicação, em benefício de Sofia, da Medida Protetiva prevista no inciso III do Artigo 101 do ECA, qual seja: “matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental”. Logo após a visita domiciliar, o Conselheiro Tutelar imediatamente convocou as políticas sociais básicas (Saúde, Educação e As

A história de Sofia, uma adolescente negra, é fictícia. Analisando o desenrolar do caso, destacamos que uma profissional que trabalha com alimentação e nutrição compreendeu que, para garantir os direitos de Sofia, era necessário mais do que pesar e prescrever dietas. A visita domiciliar permitiu identificar a necessidade urgente de amparo e atenção a Sofia e sua família por meio das políticas públicas. Da mesma forma, a Juíza da Vara Infracional, conforme preconizado no ECA, percebeu a fragilidade e decidiu pela aplicação de medida protetiva para garantir os direitos à educação e à proteção de Sofia. O Conselheiro Tutelar também atuou prontamente, ao convocar as políticas públicas para atuarem imediatamente em prol da proteção da adolescente.

Seguindo o desenrolar da história, diante do ocorrido, os atendimentos na UBS passaram a ser oferecidos a Sofia com direito ao sigilo e à confidencialidade. Sentindo-se mais segura, ela revelou que o “tio” tinha um bar próximo a sua casa, onde vendia drogas e abusava sexualmente dela. Ela também relatou que, quando tinha três anos, seu irmão de 15 anos foi morto logo após ter sido desligado de uma medida socioeducativa. Desde então, sua mãe usava drogas de forma abusiva, porque

não se conformava. Apesar de Sofia e sua avó estarem vinculadas na UBS, onde eram atendidas com frequência, o uso prejudicial de álcool pela avó e a violência sexual crônica contra a adolescente não tinham sido ainda identificados.

Sofia recebeu todos os cuidados preventivos e tratamentos necessários às pessoas vítimas de violência sexual. A notificação de violência sexual contra Sofia foi realizada e encaminhada ao Conselheiro Tutelar, para providências. Passados alguns meses, Sofia comentou com a nutricionista que estava mais calma e até parou de comer compulsivamente doces e salgadinhos. A profissional parabenizou Sofia e aproveitou o momento oportuno para conversar sobre as diretrizes para uma alimentação adequada e saudável.[28]

28 Brasil, 2014c.

SAIBA MAIS

◢ Capítulo "Segurança Alimentar e Nutricional no contexto de adolescentes cumprindo medida socioeducativa: panorama, políticas e desafios", no Volume 3 desta coleção.

VAMOS REFLETIR?

◢ Quais características desse relato têm aproximação com o território da sua equipe de saúde?

◢ Como vencer o receio de notificar os casos de violência identificados para garantir a proteção das/os adolescentes?

SAIBA MAIS

1. Tipos e causas da violência e seus impactos na saúde da adolescência na APS. Esta apresentação tem o objetivo de orientar e contextualizar gestores e profissionais da saúde para a atenção ao fenômeno da violência no contexto das adolescências.

2. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Boletim Epidemiológico divulgado pelo MS como instrumento de vigilância para promover a disseminação de informações relevantes e qualificadas.

3. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**.** Publicado pelo MS, este documento pretende auxiliar as equipes da Atenção Básica e da Saúde da Família a desenvolver os cuidados e a atenção aos principais aspectos clínicos relacionados com a saúde dos adolescentes, dentre os quais a atenção às vítimas de violência.

4. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Publicado pelo MS, este documento está organizado de forma pedagógica e busca estimular o desenvolvimento de ações de prevenção de violências, promoção da saúde e cultura de paz.

Outra construção relevante para a proteção da vida de adolescentes vítimas de agressão que se encontram em internação hospitalar pode também ser implementada pela gestão municipal de saúde em parceria com o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM). Para isso, é fundamental

que todas as internações hospitalares de adolescentes vítimas de agressão sejam imediatamente comunicadas à gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), para que sejam providenciadas, em tempo oportuno, a construção de planos de proteção singulares às/aos adolescentes ameaçadas/os e suas respectivas famílias, antes mesmo da alta hospitalar.[29] Obviamente, todos esses casos de violências contra crianças e adolescentes em internação hospitalar precisam ser notificados ao Conselho Tutelar.

29. Reis, 2017.

Muitas vezes, uma/um adolescente é jurada/o de morte pelo tráfico quando está em atendimento socioeducativo, e as/os profissionais da rede de proteção, incluindo as/os da saúde, precisam estar atentas/os para não perder a oportunidade de propor a inclusão da/o adolescente no PPCAAM. Nesses casos, uma atuação da Rede pode garantir a vida da/o adolescente.

Vejamos mais um estudo de caso.

ESTUDO DE CASO 2

"...eu nunca quis atender esses meninos que ficam presos, morro de medo, tenho medo de ser agredida por eles."
Janete, enfermeira de uma UBS (fictício)

Marília, enfermeira de saúde da família, realizou o acolhimento de um adolescente que estava em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto (Liberdade Assistida). Durante o atendimento, o adolescente relatou sentir palpitações, sudorese e que precisava de realizar exames do coração. Disse que tinha medo de morrer e só queria ser um adolescente "normal". Depois daquele dia, Janete, colega de Marília, percebeu o quanto era necessário o acolhimento. O menino foi cuidado por toda a equipe. Ele inclusive participou, a convite dos profissionais, de uma ação de Promoção da Saúde na escola onde estava matriculado. Falou para os colegas sobre os riscos das drogas, alertando-os para não se envolverem com essas substâncias. No entanto, infelizmente, depois de três meses, ele foi executado pelo tráfico. A equipe ficou desolada e percebeu que muito ainda tem de se fazer para proteger os adolescentes (caso fictício).

VAMOS REFLETIR?

- O que nós, trabalhadores da saúde, podemos fazer para a garantia da prioridade absoluta no atendimento da/o adolescente?
- O que pode significar quando uma/um adolescente diz que gostaria de só ser uma/um adolescente normal?
- Discussões ampliadas com as políticas sociais básicas, inclusive com a participação do técnico do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) responsável pela execução da medida, poderiam ter sido realizadas? Como potencializar essa articulação?

É também muito importante registrar para impedir violações. Historicamente no sistema socioeducativo, as adolescentes gestantes em atendimento socioeducativo, com frequência, são tratadas como pessoas incapazes de assumir a maternidade e o cuidado com seus filhos. É fundamental que as gestantes e seus bebês sejam protegidos, por meio de acompanhamento do caso e da construção interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional visando à garantia de permanência de mães e filhos juntos, com vida digna.[30]

30 Cruz; Parizzi, 2018.

Diante das dificuldades de assegurar os direitos essenciais das/os adolescentes que estão cumprindo medidas socioeducativas, é primordial que a APS conte com um apoio efetivo da Gestão Municipal de Saúde. Esta deve desempenhar um papel indispensável na viabilização de todas as articulações intersetoriais e interinstitucionais necessárias, junto aos diversos atores das políticas sociais básicas, do Sistema Socioeducativo, do Estado e do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. A gestão municipal de saúde também deve compor o Grupo de Trabalho Intersetorial Saúde e Socioeducação (GTI), responsável por desenvolver estratégias conjuntas que garantam o atendimento à saúde integral da/o adolescente em atendimento socioeducativo.[31]

31 Cruz; Parizzi, 2018.

Em outras palavras, a inviabilidade de qualquer fator considerado como protetivo deve exigir do Estado e de outros atores sociais posicionamentos e atuações firmes e decididas que resguardem e garantam a integridade física e os espaços de desenvolvimento individual e social das/os adolescentes vulnerabilizados.[32] Também é fundamental destacar às/aos profissionais de saúde que a garantia da atenção à saúde da/do adolescente, concomitantemente com a socioeducação, para além de garantir o cuidado integral, configura-se também em uma importante

32 Brasil, 2014a; Brasil, 2009.

oportunidade para fomentar práticas inclusivas, nas quais a/o adolescente, ao conhecer seus direitos no acesso a serviços e políticas públicas, possa exercitar sua cidadania e autonomia, além de contribuir para a melhoria das relações sociais e comunitárias e para o fortalecimento de suas redes de apoio.[33]

33 Brasil, 2018, 2024.

Além disso, cabe mencionar que o SINASE, para ratificar o ECA, preconiza a necessidade de priorizar as medidas em meio aberto (prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida) em detrimento daquelas restritivas de liberdade (semiliberdade e internação), cuja aplicação deve ser em caráter de excepcionalidade e brevidade.[34]

34. Brasil, 2012.

Olhar que transforma: acolhendo as adolescências e rompendo estigmas

Nenhuma equipe cuida sozinha! Cada serviço aborda uma dimensão da vida da/o adolescente, mas é na articulação intersetorial que o cuidado se complementa. Nesse sentido, o aprimoramento dos fluxos institucionais, a efetividade das discussões de caso e a manutenção de canais de comunicação responsivos são essenciais, de modo a evitar a fragmentação do cuidado e garantir que as informações sejam compartilhadas diretamente entre os serviços. Uma rede viva é aquela em que cada ator assume sua parte e mantém a/o adolescente no centro da atenção, sem reduzi-la/o a apenas um mero "caso" em atendimento.

A qualidade da atenção está relacionada não apenas à capacidade instalada dos equipamentos sociais disponíveis no território, mas também à capacitação dos profissionais e ao aprimoramento de suas habilidades e competências para além de sua área de atuação. O acolhimento e a garantia de privacidade e confidencialidade são pilares essenciais para uma abordagem

de respeito à dignidade, além de permitir o manejo adequado às diversas situações sensíveis de violação de direitos, considerando as singularidades.

Além disso, diante da necessidade de compartilhamento do cuidado com a RAS, é muito importante esclarecer os motivos e combinar com a/o adolescente e sua família os próximos passos. Nesse caso, é importante que os fluxos estabelecidos no Plano Operativo Municipal sejam conhecidos pelos serviços de referência.[35] O objetivo é garantir o cuidado integral, evitando que as/os adolescentes fiquem perdidas/os entre papéis e portas fechadas. Encaminhar, portanto, é compartilhar responsabilidade, mantendo o vínculo com a APS enquanto se tecem as redes de cuidado e proteção.

35 Brasil, 2021.

A garantia do cuidado longitudinal após o desligamento da medida socioeducativa de privação de liberdade é imprescindível, sobretudo nos casos de adolescentes que não cumpriram a medida no município de residência.[36] No entanto, dados recentes do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) indicam a fragilidade desse processo: apenas 11 Unidades da Federação afirmaram realizar encaminhamentos para a saúde; dessas, quatro não puderam fornecer os quantitativos de adolescentes atendidas/os.[37] Esses resultados demonstram a insuficiência na garantia dos direitos e no acompanhamento preconizado. Por isso, os fluxos de encaminhamento devem ser organizados de forma a assegurar a continuidade do **cuidado longitudinal de saúde** na APS a todas/os as/os adolescentes após o desligamento das medidas.[38]

36 Brasil, 2021.

37 Brasil, 2025.

38 Brasil, 2021.

No entanto, a/o adolescente não é apenas objeto de cuidado, mas **sujeito** ativo! **Escuta qualificada**, **planos terapêuticos pactuados e rodas de conversa fortalecem o protagonismo e a autonomia**. Ao participar das decisões, a/o adolescente compreende melhor os

planos, adere mais ao cuidado e se sente protagonista e respeitada/o em sua condição de cidadão.

Assim, o **cuidado ético** e a **alteridade** podem ser alcançados por meio da escuta qualificada, que também inclui a atenção ao silêncio e às comunicações não verbais, como posturas, gestos e expressões faciais. A utilização de linguagem apropriada e de fácil compreensão, juntamente com a valorização dos saberes locais e não científicos, transforma os encontros em uma ferramenta relacional que gera vínculo, essencial para a prática efetiva do cuidado.[39]

39 Santos, 2013.

É importante destacar que a análise qualitativa e quantitativa da assistência fornecida às/aos adolescentes, incluindo o uso de indicadores e metas, pode transformar percepções do dia a dia em dados concretos e orientar as ações necessárias para aprimorar o cuidado. Dessa forma, o **monitoramento e a avaliação**, como a frequência de comparecimento ou o número de retornos às consultas, podem identificar obstáculos visíveis e ocultos, como filas longas, ausências em consultas agendadas, desaparecimento de adolescentes após o primeiro atendimento e fragilidades nas tessituras de redes, indicando as estratégias prioritárias que devem ser adotadas com agilidade para melhorar a qualidade da assistência. Portanto, os instrumentos pactuados por seu município, como o **Plano Operativo Municipal** e o **Plano Anual de Ação**, são instrumentos importantes para esse processo e devem ser conhecidos e compreendidos.[40]

40 Brasil, 2021.

VAMOS REFLETIR?

- Em sua equipe, os fluxos protegem ou excluem as/os adolescentes em situação de vulnerabilidade?
- Quais barreiras (regionais, institucionais, culturais...) dificultam o acesso aos serviços de saúde, proteção social e apoio psicossocial no seu território?
- Quais estratégias intersetoriais sua equipe utiliza para articular os serviços de saúde com educação, assistência social, socioeducativo e Conselho Tutelar?
- Como a participação da/o adolescente é garantida nas decisões que afetam sua saúde e sua vida?
- A equipe usa dados e evidências para fazer ajustes nos processos de trabalho e tessituras de redes?

Sua equipe conhece as diretrizes da PNAISARI? Participaram da implantação e implementação dessa política no município? Conhecem o Plano Operativo Municipal e o Plano Anual de Ação pactuados?

- Quais exemplos de sucesso, já implementados na sua unidade, poderiam ser compartilhados com outros serviços?

Cuidado, acolhimento e futuro: um compromisso coletivo com as adolescências

Este convite à reflexão sobre pontes que respeitem a dignidade, promovam hábitos de vida saudáveis e assegurem o acompanhamento cuidadoso às adolescências no SUS se estende ao cotidiano dos serviços. Em especial, é um chamado a repensar práticas da APS que, por vezes, criam barreiras visíveis ou invisíveis ao acesso de adolescentes, especialmente aqueles/as em atendimento socioeducativo, desrespeitando direitos e diretrizes previstos no ECA, no SINASE e na PNAISARI, reforçando desigualdades e estigmas.

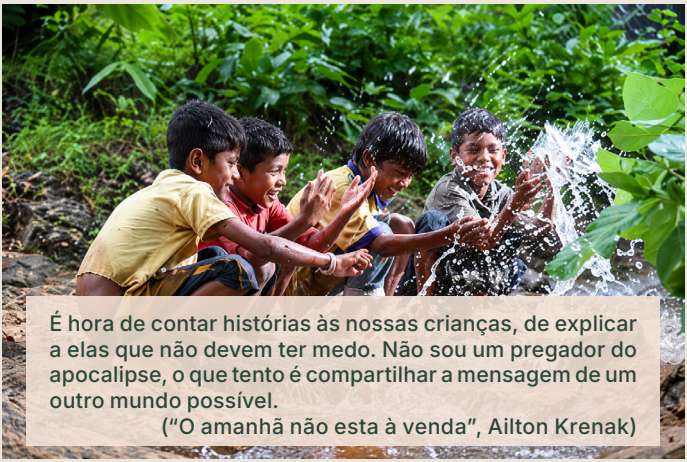
As/os adolescentes enfrentam múltiplos desafios: violência digital, desigualdades sociais, impactos da

pandemia, uso de substâncias psicoativas, exploração sexual e trabalho infantojuvenil, inclusive na exploração do tráfico de drogas ilícitas. O racismo estrutural e a violência letal contra meninos negros agravam vulnerabilidades e se refletem diretamente nos indicadores de saúde. Assim, não se trata de ver os problemas como questões individuais, mas como contextos sociais que atravessam os territórios e os corpos das adolescências. Reconhecer esses atravessamentos é condição necessária para uma atenção de cuidado justa e efetiva.

Cada encontro na APS é mais do que atendimento: é uma chance de afirmar direitos, proteger trajetórias e construir melhores possibilidades de vida. Os princípios e as diretrizes das políticas públicas só ganham concretude quando atravessam o balcão da recepção, a cadeira do consultório, a visita domiciliar, a visita institucional ou a roda de conversa na escola, nas praças e quadras, entre outros equipamentos sociais. Quando a equipe pactua ações nas quais as/os adolescentes são prioridade absoluta, as leis deixam de ser promessas distantes e se tornam reais.

Nesse contexto, é essencial que todos nós, enquanto profissionais e sociedade, continuemos a lutar pela efetivação dos direitos das crianças e adolescentes, garantindo que cada uma/um tenha a chance de crescer em um ambiente seguro, saudável e respeitoso. O ECA é mais do que uma lei, é um instrumento vivo que orienta as/os profissionais à atuação intersetorial, em rede colaborativa, com responsabilidade, acolhimento e em parceria com famílias e comunidades. A aplicação de seus princípios, aliada às diretrizes da PNAISARI, fortalece a proteção e a promoção dos direitos de adolescentes em atendimento socioeducativo, contribuindo para sua reintegração social e seu desenvolvimento integral.

Figura 1 – Frase para reflexão



Fonte: Chauhan, 2022

SESSÃO PIPOCA

Documentário (produção independente Onírico Produtora – Hip-Hop, Graffiti e Educação Popular – 2025)

O filme traz entrevistas e imagens de atividades em penitenciárias e unidades da Fundação CASA, com educadores, artistas e jovens egressos do sistema socioeducativo e prisional.

Animação (animação produzida pela Fundação Abrinq)

Animação (animação produzida pela Plenarinho – o Jeito Criança de Ser Cidadão)

Referências bibliográficas

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e regulamenta a execução das medidas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, anexo XVII, de 28 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXVII. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, anexo XXII, de 28 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXII. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2017/portaria_consolidacao_n_6_28_09_2017.pdf/view. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf. Acesso em: 24 nov. 2025.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório de Missão a Unidades Socioeducativas do Estado do Espírito Santo**. Brasília: MNPCT, 2019. Disponível em: https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/DOCUMENTOS%202019/RELAT%C3%93RIO_DE_MISS%C3%83O_A_UNIDADES_SOCIOEDUCATIVAS.pdf. Acesso em: 11 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei**: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_adolescentes_conflito.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório de Inspeções Regulares nos Sistemas Prisional e Socioeducativo do Estado da Bahia.** Brasília: MNPCT, 2023b. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/9850. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Guia para a qualificação da atuação do Poder Judiciário no Plano Individual de Atendimento Socioeducativo**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2024. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/10/guia-qualificacao-pia.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de monitoramento dos programas estaduais de acompanhamento ao(à) adolescente pós-cumprimento de Medida Socioeducativa**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2025. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/10/relatorio-acompanhamento-pos-mse.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

CHAUHAN, Ketansinh. **Ketansinhchauhan**. Pixabay, Índia, 26 dez. 2022. Disponível em: https://pixabay.com/pt/users/ketansinhchauhan-32369546/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=8328049. Acesso em: 28 ago. 2025.

CRUZ, Maria Nubia; PARIZZI, Márcia. Maternidade e Socioeducação: parece que estou carregando um tijolo. **Rev. Saúde em Redes**, [*s. l.*], v. 4, n. 1, p. 243-251, 2018. Suplemento – Chamada Adoção Compulsória. Disponível em: https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/926/0. Acesso em: 28 ago. 2025.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha *et al*. **Saúde do adolescente**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2012. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3072.pdf. Acesso em: 2 set. 2025.

KRENAK, Ailton. O amanhã não está a venda. In: *A vida não é útil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

REIS, Rejane Ferreira dos. **O genocídio dos adolescentes negros no município de Belo Horizonte**: quem importa? 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-B43GF5. Acesso em: 18 set. 2025.

SANTOS, Jacyane Melo de Oliveira. **Cuidado à saúde do adolescente em uma unidade de saúde da família**: que papo é esse de integralidade? 2013. Dissertação

(Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/de5552c3-8fb9-4241-a511-9085df578c6e/content. Acesso em: 23 out. 2025.

SILVA, Sávio Maviael Miranda *et al.* Ações de atenção à saúde do adolescente em medida de internação socioeducativa: uma revisão de escopo. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 7, p. 1-25, 2024. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/8627/5375. Acesso em: 26 nov. 2025.

Da invisibilidade ao cuidado integral: a construção histórica da PNAISARI no Brasil

Ana Luísa Lemos Serra
Caroline Maria Arantes de Morais
Ethel Proença Braga
Joseneide Lima Nogueira
Lilian Silva Gonçalves
Thereza de Lamare Franco Netto
Assessoria Técnica da Pnaisari

O percurso das políticas públicas voltadas à infância e adolescência no Brasil é marcado por profundas transformações conceituais, institucionais e jurídicas, que refletem disputas históricas entre modelos repressivos e garantistas. Desde o início do século 20, a infância e adolescência pobre sempre foram alvo de intervenções estatais que, sob o pretexto da proteção, reproduziam práticas de controle social, segregação e punição. O Serviço de Assistência ao Menor (SAM), criado em 1941, é um exemplo emblemático desse modelo correcional, cuja doutrina atribuía à prática de delitos uma índole moralmente perversa, justificando a submissão do corpo adolescente ao castigo e ao afastamento do convívio social.[1]

1 Faleiros, 2005, p. 172.

O SAM operava sob uma lógica higienista e autoritária, na qual os adolescentes considerados "infratores" eram institucionalizados em ambientes marcados por maus-tratos, torturas e outras formas de violência. A institucionalização era vista como mecanismo de correção moral, e não como espaço de cuidado ou educação. Apesar das denúncias recorrentes sobre violações de direitos, esse modelo perdurou por décadas, sendo parcialmente reformulado com a criação da Fundação do Bem-Estar do Menor (FEBEM), que, embora prometesse avanços, manteve práticas herdadas do SAM, perpetuando uma concepção ideológica, pedagógica e moral baseada no racismo, na discriminação e na violência estrutural.[2]

2 Franco Netto, 2008.

A crítica a esse modelo repressivo ganhou força a partir dos anos 1980, com o processo de redemocratização do país e a emergência de movimentos sociais voltados

à defesa dos direitos da criança e do adolescente. A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um divisor de águas ao estabelecer, no artigo 227, que

> é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.[3]

3 Brasil, 1988.

Esse marco constitucional foi coroado com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, que consolidou a doutrina da proteção integral e substituiu a lógica da situação irregular pela perspectiva de direitos.[4]

4 Brasil, 1990.

Inspirada na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança da ONU (1989), a Doutrina da Proteção Integral reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, com necessidades específicas e autonomia progressiva. Essa mudança paradigmática implicou a reformulação das políticas públicas, exigindo ações intersetoriais e integradas nas áreas de saúde, educação, assistência social e justiça.

Essa nova institucionalidade estabeleceu a responsabilidade compartilhada do Estado, da família e da sociedade em assegurar a efetivação desses direitos. Com base nesse princípio, o Estatuto promoveu a descentralização das ações, transferindo competências para os municípios e criando mecanismos de participação social, como os conselhos tutelares, os conselhos de direitos e as políticas de atendimento, que atuam diretamente na garantia dos direitos dessa população diante das desigualdades sociais.

No que se refere aos adolescentes em atendimento socioeducativo, o ECA estabeleceu um conjunto de direitos específicos que receberam especial atenção

em cinco capítulos, cuja essência foi sistematizada no Quadro Resumo 1, a seguir.

Quadro 1 – Capítulos do ECA sobre Ato Infracional

Capítulo	Artigos	Conteúdo Principal	Essência Jurídica e Pedagógica
I – Disposições Gerais	103 a 105	Define o que é ato infracional e quem está sujeito às medidas socioeducativas.	Estabelece os limites da responsabilização e diferencia crianças de adolescentes em conflito com a lei.
II – Dos Direitos Individuais	106 a 109	Garante direitos básicos durante a apreensão: comunicação com a família, identificação dos responsáveis e garantia de defesa.	Protege a dignidade e a integridade do adolescente no momento da abordagem e apreensão.
III – Das Garantias Processuais	110 e 111	Assegura o contraditório, ampla defesa, atuação do Ministério Público e defesa técnica obrigatória.	Fundamenta o devido processo legal, evitando arbitrariedades e garantindo justiça.
IV – Das Medidas Socioeducativas	112 a 125	Lista e regulamenta as medidas aplicáveis: advertência, liberdade assistida, internação etc. Internação é excepcional.	Prioriza a reeducação e a responsabilização com foco na inclusão social, não na punição.
V – Da Remissão	126 a 128	Permite a exclusão do processo por meio de remissão, com ou sem aplicação de medida.	Oferece alternativa à judicialização, promovendo agilidade e resolução extrajudicial.

Fonte: Adaptado de Brasil (1990)

Observa-se, a partir do Quadro Resumo 1, que cada um dos cinco capítulos desempenha função específica na proteção e responsabilização de adolescentes em conflito com a lei, compondo a base normativa da justiça juvenil brasileira. Dentre eles, destaca-se o Capítulo IV, especialmente os Artigos 122 e 124, por estabelecerem os fundamentos das medidas socioeducativas.

O Artigo 122 define essas medidas como instrumentos jurídicos e pedagógicos aplicáveis pela autoridade competente aos adolescentes autores de atos infracionais, com o objetivo de promover sua responsabilização e reinserção social. Essas medidas incluem advertência, reparação de danos, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida (LA), semiliberdade, internação em estabelecimento educacional e outras previstas no Artigo 101.

Complementando esse entendimento, o Artigo 124 estabelece um conjunto de garantias mínimas que devem ser asseguradas durante o atendimento socioeducativo. Entre elas estão: o respeito à integridade física e moral e o acesso à educação, às atividades esportivas, de lazer e culturais, à saúde, à convivência familiar, a alojamentos em condições adequadas, a itens de higiene pessoal, a alojamentos em condições adequadas de salubridade e aos meios de comunicação.

Esses dispositivos evidenciam que a aplicação das medidas deve considerar não apenas a gravidade do ato infracional, mas também a capacidade do adolescente de cumpri-las e sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Assim, o ECA orienta que tais medidas sejam pautadas pelos princípios da brevidade, da excepcionalidade e da pedagogia social, reafirmando o compromisso do Estado com a promoção de direitos e com a construção de trajetórias emancipatórias para adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Silva, Alberto e Costa[5] convergem na defesa de uma abordagem pedagógica e transformadora para as medidas socioeducativas aplicadas a adolescentes em conflito com a lei. Elas ressaltam que tais medidas devem promover a reinserção social, afastando os jovens da reincidência e da marginalização, e não se limitar a uma lógica punitiva. Para isso, é essencial que estejam fundamentadas em princípios como a educação social, os direitos humanos e o reconhecimento das vulnerabilidades e potencialidades das juventudes. O êxito da socioeducação, segundo as autoras, depende da construção coletiva de políticas públicas que priorizem a intersetorialidade, a escuta qualificada, a dignidade e a superação das desigualdades que historicamente atravessam essa população.

5 Silva; Alberto; Costa, 2022.

Garcia-Mendez[6] reforça que a privação de liberdade não pode, sob nenhuma circunstância, implicar em outras formas de privação de direitos – sejam elas diretas ou indiretas. Isso significa que todos os direitos previstos em lei, como saúde, educação, cultura, esporte e lazer, devem ser plenamente garantidos aos adolescentes em atendimento socioeducativo, pois essas medidas "têm um caráter preponderantemente pedagógico, com preocupação única de educar o adolescente acusado da prática de ato infracional, evitando sua reincidência".[7] Nesse sentido, a saúde deve ser compreendida como parte integrante das medidas socioeducativas, sendo essencial para a promoção da cidadania e para a garantia dos direitos humanos.

6 Garcia-Mendez, 2000.

7 Digiácomo, 2020, p. 230.

No entanto, esse entendimento nem sempre esteve presente nas práticas institucionais voltadas à população adolescente em privação de liberdade. Por muito tempo, o acesso à saúde foi negligenciado ou tratado como um benefício secundário, e não como um direito fundamental.

Direitos negados: saúde e dignidade em xeque no sistema socioeducativo brasileiro

Em que pese estes importantes avanços no ordenamento jurídico brasileiro em relação à infância e adolescência, a realidade do atendimento socioeducativo no final da década de 1990 e início do século 21 permanecia ancorada em um sistema de concepção ideológica, pedagógica, filosófica e moral baseado no racismo, na discriminação e na violência, perpetuando estigmas e preconceitos em relação a esse grupo de adolescentes.

Essa realidade foi descrita no levantamento realizado pelo MS/MJ-DCA/FONACRIAD,[8] que à época mapeou 211 unidades socioeducativas distribuídas em 94 municípios dos 26 Estados Federados e do Distrito Federal, abrigando uma população de 11.835 jovens. Já o estudo de Silva e Gueresi[9] apresentou um diagnóstico detalhado da situação socioeconômica e de saúde desses adolescentes. Complementando esse panorama, a pesquisa *Sem prazer e sem afeto*[10] investigou a vivência da sexualidade durante o período de internação.

Em todas essas pesquisas, os dados da situação da política de atendimento eram estarrecedores. As unidades socioeducativas enfrentavam superlotação, condições precárias de higiene, alimentação de baixa qualidade, ausência de colchões e escassez de atividades de lazer e profissionalização, evidenciando a inadequação desses espaços para o acolhimento digno dos adolescentes. O perfil socioeconômico traçado mostrava que 90% dos internos eram do sexo masculino, sendo 97% desses, afrodescendentes. A maioria não havia concluído o ensino fundamental, vivia com a família no momento do ato infracional e pertencia a famílias com renda mensal de até dois salários-mínimos. Além disso, 85,6% eram usuários de drogas antes da internação, 51% não frequentavam a escola e 49% não trabalhavam.[11]

8 Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça – DCA. FONACRIAD, 2002.

9 Silva; Gueresi, 2003.

10 ANDI; Unicef; Brasil, 2003.

11 Silva; Gueresi, 2003.

Em relação ao acesso e à oferta de serviços de saúde, segundo o estudo de Silva e Gueresi[12] o atendimento era precário ou inexistente. Apenas 31% realizavam ações de promoção e prevenção, 29% ofereciam tratamento para dependência química, 30,6% realizavam exames laboratoriais de rotina e 40% promoviam imunização. Em relação aos cuidados da saúde sexual e reprodutiva, 72% promoviam orientação sobre DST/aids, no entanto, apenas 22,6% das unidades disponibilizavam preservativos e 57% encaminhavam para exame de HIV, enquanto somente 3,4% dispunham de espaços para encontros íntimos.[13]

12 Silva; Gueresi, 2003.

13 ANDI; Unicef; Brasil, 2003, p. 7.

A pesquisa sobre sexualidade revelou que 13% dos adolescentes relataram ter tido relações sexuais durante a internação, o que evidencia a vulnerabilidade no exercício da sexualidade nesse ambiente. Quando precisavam recorrer à rede pública de saúde, enfrentavam dificuldades de deslocamento por falta de transporte, constrangimento por serem escoltados com algemas e resistência ou preconceito por parte dos profissionais, o que muitas vezes resultava em negligência ou recusa de atendimento.

Essa realidade conhecida pelos gestores do sistema socioeducativo, pelo Ministério Público e pelas instituições da sociedade civil de defesa de crianças e adolescentes revelava uma atuação limitada e fragmentada das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no suporte às necessidades em saúde dessa população. Tanto no que diz respeito ao atendimento direto quanto à manutenção de serviços essenciais, observava-se uma negligência institucional que comprometia gravemente a garantia de direitos.

Diante desse panorama, tornava-se evidente que o sistema socioeducativo brasileiro, especialmente no período analisado, operava sob uma lógica excludente, marcada por negligência institucional, racismo estrutural

e violação sistemática de direitos. A precariedade das condições de internação, aliada à ausência de políticas públicas efetivas de saúde, revelava não apenas a omissão do Estado, mas também a naturalização da marginalização de adolescentes em conflito com a lei – em sua maioria negros, pobres e oriundos de contextos de vulnerabilidade social.

A desconexão com os princípios garantidos pelo ECA e os fundamentos do SUS revelava um modelo de atendimento que, em vez de promover cuidado e cidadania, reproduzia práticas punitivas e estigmatizantes. Nesse sentido, compreender a saúde como um eixo estruturante do atendimento socioeducativo não é apenas uma exigência legal, mas uma condição ética e política para a construção de um sistema que respeite a dignidade humana e promova a reintegração social.

É nesse cenário de urgência e contradição que emerge a necessidade de políticas públicas específicas, capazes de enfrentar as lacunas históricas e garantir o acesso integral à saúde para adolescentes privados de liberdade, cuja trajetória será abordada na próxima seção.

Entre rupturas e permanências: a PNAISARI e o direito à saúde na socioeducação

A formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) será a resposta às graves lacunas históricas no cuidado em saúde destinado a adolescentes em privação de liberdade. Longe de ser uma iniciativa isolada ou meramente técnica, sua construção foi precedida por um amplo processo de escuta qualificada, observação direta e articulação intersetorial conduzido pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens.

Visitas realizadas a unidades socioeducativas em diferentes estados brasileiros revelaram um cenário marcado por improvisações, ausência de protocolos clínicos e assistenciais, iniquidade no acesso aos serviços do SUS, descontinuidade do cuidado, medicalização excessiva sem diagnóstico preciso, ausência de ações voltadas à educação sexual e atuação de profissionais sem formação específica para contextos de privação. Paralelamente, reuniões com representantes do sistema socioeducativo, gestores estaduais e municipais, profissionais da saúde, da assistência social e da justiça, além de organizações da sociedade civil, permitiram mapear os principais gargalos e identificar possibilidades concretas de integração entre os sistemas de saúde e socioeducativo.

A partir dessa análise situacional, consolidou-se a compreensão de que a atenção à saúde dessa população deveria se estruturar com base nos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS): acesso universal, vínculo, continuidade do cuidado, acolhimento, coordenação da atenção, integralidade, orientação comunitária e responsabilidade sanitária. Essa diretriz tornou-se o eixo central da proposta da PNAISARI, instituída pela Portaria Interministerial n. 1.426, de 14 de julho de 2004, em ação conjunta entre o MS, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Secretaria Especial de Direitos Humanos.

Entre rupturas e permanências, a política inaugura uma nova concepção de cuidado no âmbito do sistema socioeducativo, rompendo com a lógica punitiva historicamente presente nas instituições de internação e reconhecendo adolescentes em privação de liberdade como sujeitos de direitos e cidadãos em desenvolvimento. Fundamentada na doutrina da proteção integral, conforme estabelecido pelo ECA, a PNAISARI é um

modelo de atenção que considera os determinantes sociais, culturais e afetivos da vida dos adolescentes, articulando o cuidado às redes de atenção do SUS e promovendo práticas humanizadas e resolutivas. Um marco civilizatório na socioeducação.

Entre seus princípios norteadores, destacam-se a integralidade, a equidade, a intersetorialidade e a participação juvenil e social. As diretrizes operacionais incluem o acesso pleno ao SUS, com prontuário individual e acompanhamento contínuo, além da oferta de ações específicas nas unidades socioeducativas, como avaliação clínica, atenção à saúde mental, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), imunização, saúde bucal, saúde sexual e saúde reprodutiva. A formação continuada dos profissionais é considerada estratégica para qualificar o atendimento e superar estigmas que frequentemente recaem sobre essa população.

Para que a política se materializasse nos territórios, foi necessário avançar para além da formulação conceitual. A operacionalização da PNAISARI exigiu instrumentos de gestão, pactuação federativa e financiamento destinado ao apoio das ações de atenção à saúde aos adolescentes em unidades de internação e internação provisória.[14] Posteriormente, a portaria ampliou o atendimento em saúde para o meio aberto e na semiliberdade. O repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais passou a estar condicionado à adesão formal à política e à apresentação de um Plano Operativo Estadual e/ou Municipal aprovado.

Assim, a PNAISARI foi concebida como uma política pública estruturante, que reconhece a saúde como direito e como estratégia de inclusão. Mais do que uma diretriz normativa, representa uma aposta política na re-

14 As portarias que regulamentaram a PNAISARI no período de 2004 a 2014 foram: Portaria interministerial n. 1.426/2004; Portaria SAS/MS n. 340/2004; Portaria SAS/MS n. 647/2008; Portaria GM/MS n. 1.082/2014, n. 1.083/2014 e n. 1.084/2014. Após reestruturação das normativas do SUS pelo Ministério da Saúde, a PNAISARI foi incluída na Portaria Consolidada/MS n. 2, Anexo XVII, de 3 de outubro de 2017, e Portaria Consolidada/MS n. 6, Seção V, Capítulo II, de 3 de outubro de 2017.

construção de vínculos, na escuta qualificada e na valorização da vida de adolescentes que em algum momento de suas vidas se inseriram em contextos conflituosos e de crime, encontrando-se em medidas socioeducativas.

A implementação da política requer compromisso institucional e articulação intersetorial, viabilizada pela formalização de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) nos âmbitos municipal e estadual, composto por representantes da APS e do sistema socioeducativo. Essa instância de governança promove o diálogo contínuo entre setores, com o objetivo de esclarecer dúvidas, pactuar fluxos e acordos locais, e construir entendimentos que contribuam para superar visões equivocadas sobre os direitos sexuais e reprodutivos (DSDR) de adolescentes, além de combater posturas estigmatizantes que recaem sobre eles apenas por sua condição etária. Cabe também ao GTI o monitoramento sistemático das ações previstas no plano de ação, assegurando que seus princípios se concretizem em práticas efetivas nos territórios.

Trata-se, portanto, de um novo paradigma no cuidado em saúde, que integra o processo socioeducativo e promove cidadania. A Figura 1 apresenta um diagrama do modelo de atenção à saúde e a sua governança.

Figura 1 – Diagrama do modelo de atenção à saúde e a sua governança



Fonte: Elaboração dos autores

A PNAISARI é uma realidade em muitos municípios, contribuindo significativamente para a efetivação do direito à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo. Um estudo realizado em 2020 pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, em parceria com o PNUD e o CEGOV/UFRGS, evidenciou importantes aspectos da atenção à saúde nas unidades socioeducativas. Destacam-se, entre eles, o amplo acesso das unidades aos programas de vacinação e os elevados índices de referenciamento dos adolescentes ao SUS, em conformidade com as diretrizes da PNAISARI.[15]

Ao propor um modelo de atenção à saúde pautado na escuta, no vínculo e na intersetorialidade, a PNAISARI

15 MMFDH; PNUD; CEGOV/UFRGS, 2020.

reafirma o compromisso do Estado brasileiro com a proteção integral e com a promoção dos direitos humanos. Mais do que uma política setorial, trata-se de um processo civilizatório que desafia estruturas punitivas e excludentes, e que aposta na reconstrução de trajetórias, na valorização da vida e na inclusão social de adolescentes historicamente invisibilizados. Seu fortalecimento é condição essencial para que o cuidado em saúde seja, de fato, um instrumento de cidadania e justiça para todos os jovens em atendimento socioeducativo. No entanto, sua implementação ainda se constitui em importantes desafios para que o cuidado em saúde a esses adolescentes se torne uma realidade concreta e equânime em todos os estados e municípios brasileiros.

A PNAISARI está atualmente presente em 20 estados e 120 municípios. Nesses locais, 258 equipes de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Primária são referência para as unidades socioeducativas de privação e restrição de liberdade, representando 62% das unidades socioeducativas existentes no Brasil, com uma equipe de saúde de referência para o cuidado aos adolescentes. A política prevê a inserção de um profissional de saúde mental nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Primária à Saúde (eAP), que representa um avanço na atenção em saúde mental para essa população. Em 2024, foram repassados aproximadamente R$10 milhões aos municípios habilitados na PNAISARI, o que demonstra a expressiva relevância dessa política no âmbito do Governo Federal, especialmente no MS, para assegurar a atenção integral à saúde dos adolescentes em atendimento socioeducativo.

Ao longo desses 21 anos de implantação da PNAISARI, observam-se importantes avanços, especialmente no fortalecimento da articulação com o Sistema de Garantia de Direitos, com destaque para o papel do Sistema de Justiça. Hoje, conta-se com parcerias

efetivas com o Ministério Público, que têm sido fundamentais para apoiar a implementação da política nos estados e municípios. Um dos principais avanços foi o estabelecimento de fluxos entre o SUS e o Sistema Socioeducativo, garantindo que o cuidado em saúde não se restrinja a encaminhamentos formais, mas que se consolide como uma rede integrada. Assim, quando o adolescente acessa as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as eSF ou eAP, que atuam como porta de entrada preferencial e garantem o primeiro contato assistencial, devem atuar de forma articulada com os profissionais do Sistema Socioeducativo. O cuidado compartilhado entre essas equipes é essencial para garantir a integralidade da atenção à saúde desses adolescentes, abordando tanto as necessidades de prevenção e promoção quanto as de tratamento e reabilitação.

Outro marco importante é a expansão da PNAISARI para o meio aberto. Já existem municípios com fluxos estabelecidos entre os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e as equipes de Atenção Primária, garantindo atendimento aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto. A atuação e articulação entre as equipes de saúde e as unidades executoras de medidas em meio aberto e meio fechado, fundamentada na longitudinalidade da APS, permite o acompanhamento contínuo dos adolescentes, mesmo após a saída das unidades de privação de liberdade ou extinção da medida socioeducativa, tendo um papel fundamental na prevenção e na promoção da equidade.

É preciso considerar que muitos desses adolescentes não tiveram acesso prévio a políticas públicas, incluindo a saúde. Por isso, pode-se afirmar que é uma população "invisibilizada", e romper essa invisibilidade exige o fortalecimento dos fluxos da PNAISARI no meio aberto ou fechado, e a integração da saúde com

a assistência social, principalmente em municípios onde não há unidades de privação de liberdade. A saúde, nesse contexto, deve ser compreendida como um instrumento de proteção e promoção da cidadania, especialmente no que se refere à saúde mental. Muitos desses adolescentes vivenciam situações de sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e outras drogas, e precisam de cuidado qualificado e acolhedor.

Outro importante avanço foi a inclusão das unidades socioeducativas e seus profissionais nas ações e programas estratégicos do SUS, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Programa Saúde na Escola (PSE). Hoje, as escolas localizadas dentro das unidades socioeducativas são prioritárias para o PSE. Isso significa que, sempre que houver uma escola vinculada a uma unidade e uma equipe de referência no território, é possível realizar ações de promoção da saúde, incluindo saúde ocular, saúde mental e vacinação.

A publicação da Portaria n. 493, de 2 de junho de 2020, representou um marco para o monitoramento da política. Ela criou um código específico no sistema de informação (SISAB/SIGTAP) para registrar os atendimentos de adolescentes em atendimento socioeducativo na Atenção Primária. Antes disso, não era possível identificar se esses adolescentes estavam, de fato, tendo acesso à saúde. Com o uso desse código, os profissionais podem registrar o atendimento e permitir que o MS acompanhe e qualifique a implementação da política em nível local, demonstrando o esforço para que a APS assuma sua função de coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Como em qualquer política pública, sem dados, não há como planejar, monitorar ou avaliar as ações. A presença de profissionais de saúde mental de referência em cada município habilitado na PNAISARI é outro grande avanço. Cada unidade socioeducativa deve contar com,

pelo menos, um profissional de saúde mental vinculado à Atenção Primária. Isso permite ampliar a abordagem para além da busca por diagnósticos de transtornos mentais, focando também na promoção da saúde mental e no acolhimento do sofrimento psíquico, com uma abordagem mais humanizada e integrada.

O MS participa do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Saúde Mental no Sistema Socioeducativo, instituído pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), junto ao Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Este GT tem se reunido de forma sistemática, com o propósito de construir uma resolução específica sobre a atenção em saúde mental para adolescentes em atendimento socioeducativo. Como parte desse trabalho, foi desenvolvido um painel sobre saúde mental no sistema socioeducativo, que permite o acompanhamento de dados estratégicos: habilitação dos municípios na PNAISARI, unidades de saúde de referência para as unidades socioeducativas de privação de liberdade, número de CAPS no município, entre outros. Essa ferramenta apoia gestores, magistrados e outros atores do sistema de garantia de direitos na tomada de decisões mais informadas e integradas.

O MS também disponibiliza documentos essenciais para apoiar a implementação da PNAISARI. Entre eles, destacamos o *Instrutivo para implantação e implementação da PNAISARI*, que oferece um passo a passo para os municípios que desejam se habilitar.

Outro documento importante é o *Orientações básicas para profissionais de saúde mental da PNAISARI*, elaborado de forma colaborativa com profissionais da ponta, secretarias municipais de saúde e coordenações de saúde mental, saúde do adolescente e Atenção Primária. Ele descreve, de forma prática, o papel do profissional de saúde mental no atendimento ao adolescente em medida socioeducativa.

Em parceria com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), também foi publicada a Nota Técnica n. 42/2020, com foco na implementação da política no meio aberto. Para facilitar sua compreensão e aplicação, foi lançado um caderno de perguntas e respostas com as principais dúvidas sobre essa nota, buscando ampliar o acesso à saúde nessa modalidade.

Entre os principais desafios, destacamos a necessidade urgente de romper a invisibilidade desses adolescentes no sistema de saúde. A PNAISARI busca justamente garantir esse reconhecimento, conforme o princípio da incompletude institucional, segundo o qual a unidade socioeducativa não deve conter todas as respostas internamente – os adolescentes precisam acessar a rede e a comunidade como parte do processo socioeducativo. A Atenção Primária, por sua atuação no território, deve reconhecer as unidades socioeducativas e seus adolescentes como parte da população adscrita de suas equipes, assumindo a responsabilidade sanitária pelo cuidado dessa população, promovendo acesso e equidade, exercendo o atributo essencial da longitudinalidade e integralidade do cuidado, ao longo do atendimento socioeducativo e após sua conclusão.

Embora a criação do código SIGTAP para registro de atendimentos a adolescentes em medida socioeducativa tenha sido um avanço importante, ainda enfrentamos o desafio de sua difusão e utilização sistemática pelos profissionais da Atenção Primária. Nesse contexto, é de suma importância o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das coordenações de Atenção Primária e das referências territoriais para garantir que esse código seja utilizado e que os dados sobre o acesso à saúde desses adolescentes sejam registrados corretamente.

Outro aspecto crucial é adotar uma abordagem interseccional nas ações de saúde. A maioria dos adolescentes no sistema socioeducativo é negra, e essa realidade não pode ser ignorada. Dados do *Levantamento Nacional do Sinase – 2024* mostram que 54,8% dos adolescentes se autodeclararam pardos, enquanto apenas 18,1% se identificaram como pretos – um dado que preocupa e sugere uma tentativa de embranquecimento, uma negação da própria identidade racial.[16] Precisamos refletir urgentemente sobre o impacto da raça-cor no sofrimento psíquico e no adoecimento mental desses adolescentes, reconhecendo a violência estrutural e institucional que eles enfrentam ao longo de suas vidas.

16 Brasil, 2025.

É necessário também superar a lógica diagnóstica que ainda predomina quando se fala em saúde mental nesse contexto. Nem toda demanda deve ser encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A Atenção Primária tem um papel fundamental na promoção da saúde mental, no acolhimento do sofrimento psíquico e na construção de vínculos com os adolescentes. Isso reflete o princípio da integralidade, em que o cuidado é ampliado e não apenas focado na doença. É necessário parar de perguntar "o que esse adolescente tem?" e começar a perguntar "o que aconteceu com esse adolescente?". O sofrimento mental pode ser fruto de um histórico de exclusão, violência, abandono e negação de direitos.

Outro desafio é a resistência de muitos gestores, tanto da saúde quanto da socioeducação, quanto à importância da PNAISARI. Há gestores que não reconhecem o valor do trabalho intersetorial, que não querem aderir à política ou que não compreendem sua relevância para a garantia da equidade e da cidadania. Precisamos avançar na sensibilização e no engajamento desses atores para que a política se consolide como um direito inegociável dos adolescentes.

A falta de integração entre as equipes do SUS e das unidades socioeducativas aparece como um nó crítico e que requer atenção. Em muitas unidades de privação de liberdade há profissionais de saúde ou equipes técnicas (psicólogos, assistentes sociais), mas o trabalho conjunto com a Atenção Primária ainda é incipiente. Essa integração é fundamental para garantir um cuidado efetivamente integral e individualizado. A APS, como coordenadora do cuidado, é a instância ideal para articular todos os pontos da RAS necessários ao adolescente, garantindo que as informações e o plano terapêutico sejam compartilhados entre os serviços especializados (CAPS, ambulatórios) e o sistema socioeducativo. Cada adolescente precisa de uma rede de cuidado específica, que leve em consideração sua trajetória, suas vulnerabilidades e seus potenciais.

Por fim, é urgente a construção de consensos entre saúde, sistema de justiça e gestão socioeducativa sobre a organização da atenção à saúde desses adolescentes. Muitas vezes, o sistema de justiça impõe determinações à saúde sem compreender seus limites e seu funcionamento. Um exemplo recorrente é a exigência de que todo atendimento em saúde mental ocorra no CAPS, quando, na verdade, a Atenção Primária pode – e deve – atender esses adolescentes em muitos casos, reforçando seu papel como primeiro contato e provedora de cuidado abrangente. Por isso, é essencial o fortalecimento dos espaços de diálogo intersetorial, como o Grupo de Trabalho Intersetorial da PNAISARI, previsto na política. Esse GTI é o espaço legítimo para debater a gestão do cuidado, desatar os nós da implementação e promover o alinhamento entre os principais atores: sistema de justiça, socioeducação, saúde, assistência social e educação, entre outros setores necessários para a atenção efetiva aos adolescentes.

Considerações finais

A análise do atendimento em saúde aos adolescentes em atendimento socioeducativo revela um campo tensionado entre os avanços normativos da proteção integral e a persistência de práticas institucionais marcadas por lógicas punitivas, moralizantes e excludentes. A PNAISARI constitui um marco civilizatório ao propor um modelo de cuidado pautado na intersetorialidade, na escuta qualificada e na promoção da cidadania. Contudo, sua implementação ainda enfrenta obstáculos estruturais, simbólicos e políticos que comprometem a efetividade do cuidado.

As unidades socioeducativas, em diversos territórios, mantêm estruturas físicas e rotinas que reproduzem o modelo prisional, dificultando a construção de vínculos terapêuticos e a promoção de práticas humanizadas. A prevalência de medidas em meio fechado, em detrimento de alternativas restaurativas, reforça o encarceramento precoce e fragiliza a perspectiva pedagógica da socioeducação. A subordinação da saúde à lógica da segurança institucional, expressa em práticas como o uso de algemas durante atendimentos ou a proibição de preservativos, revela um preconceito institucionalizado que estigmatiza os adolescentes e compromete o acesso a direitos fundamentais, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Ao longo de suas duas décadas de existência, a PNAISARI consolidou avanços importantes, como a articulação entre o SUS e o sistema socioeducativo, a expansão para o meio aberto e a criação de instrumentos de monitoramento. Esses progressos evidenciam o compromisso com uma rede integrada de cuidado. Contudo, persistem desafios, como a resistência de gestores, a baixa utilização dos registros, a frágil articulação entre equipes e a ausência de uma abordagem interseccional

que enfrente o racismo estrutural presente na trajetória dos adolescentes atendidos.

A APS deve ser fortalecida como coordenadora do cuidado, atuando de forma articulada com os demais pontos da rede e assumindo a responsabilidade sanitária por essa população invisibilizada. A superação da lógica diagnóstica e punitiva exige práticas que acolham o sofrimento, promovam vínculos e reconheçam os adolescentes como sujeitos de direitos. A construção de consensos entre saúde, justiça e gestão socioeducativa é essencial para garantir que o cuidado não seja fragmentado, mas sim integral, contínuo e humanizado.

A efetivação do direito à saúde no sistema socioeducativo não é apenas uma obrigação legal, mas uma escolha ética e política. A PNAISARI, nesse sentido, representa uma aposta na reconstrução de vínculos, na valorização da vida e na inclusão social de adolescentes historicamente excluídos. Seu fortalecimento é condição indispensável para a construção de trajetórias emancipatórias e para o avanço de um projeto democrático que não abandona seus jovens, mas reconhece sua potência e dignidade.

Referências bibliográficas

ANDI; UNICEF; BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/aids; UNESCO. **Sem prazer e sem afeto**: sexualidade e prevenção às DST/aids nas instituições de privação de liberdade de adolescentes. Brasília: ANDI, 2003.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça – DCA. FONACRIAD. **Levantamento nacional das unidades socioeducativas**. Brasília: MS/MJ-DCA/FONACRIAD, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1.426, de 14 de julho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Privação de Liberdade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004_rep.html. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 340, de 14 de julho de 2004**. Estabelece incentivo financeiro federal para ações de atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0340_14_07_2004.html. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 647, de 11 de novembro de 2008**. Aprova as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória –PNAISARI e dá outras providências. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647_11_11_2008.html. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.082, de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.083, de 23 de maio de 2014**. Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1.082/GM/MS, de 23 de maio de 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1083_23_05_2014.html. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.084, de 23 de maio de 2014**. Revoga a Portaria n. 1.426/MS/SPM/SDH, de 14 de julho de 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1084_23_05_2014.html. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. **Portaria de Consolidação n. 2, anexo XVII, de 28 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXVII. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2017/portaria_consolidacao_n_6_28_09_2017.pdf/view. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Levantamento Nacional do SINASE – 2024**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; Universidade de Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/copy_of_levantamento2024SINASE.php.pdf. Acesso em: 9 nov. 2025.

DIGIÁCOMO, Murillo José. **Estatuto da Criança e do Adolescente anotado e interpretado**. 8. ed. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná; Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2020. Disponível em: https://www.cedca.pr.gov.br/sites/cedca/arquivos_restritos/files/documento/2021-10/eca_anotado_2020_8ed_mppr.pdf. Acesso em: 7 set. 2025.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2005. (Texto para Discussão, n. 1). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4569. Acesso em: 7 set. 2025.

FRANCO NETTO, Thereza de Lamare. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes privados de liberdade**: a experiência do CAJE-DF. 2008. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: https://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/6419/1/2008_TherezaLamareFrancoNetto.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.

GARCÍA-MÉNDEZ, Emilio. Adolescentes y responsabilidad penal: los aportes de Brasil y Costa Rica al debate en América Latina. *In*: UNICEF. **De la arbitrariedad a la justicia**: adolescentes y responsabilidad penal en Costa Rica. San José: UNICEF, 2000. p. 29–35. (Serie de Políticas sociales, no. 5). Disponível em: https://www.unicef.org/costarica/media/1731/file/De%20la%20Arbitrariedad%20a%20la%20Justicia:%20Adolescentes%20y%20responsabilidad%20Penal%20en%20Costa%20Rica.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.

MMFDH; PNUD; CEGOV/UFRGS. **Pesquisa de Avaliação do SINASE**: Levantamento Anual do Sistema de Atendimento Socioeducativo (SINASE) 2020. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/SINASE_EIXO01.pdf. Acesso em: 22 set. 2025.

SILVA, Enid Rocha Andrade; GUERESI, Simone. **Adolescentes em conflito com a lei**: situação do atendimento institucional no Brasil. Texto para Discussão nº 979. Brasília: IPEA, 2003. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/9b933d1c-af19-4c1e-8c36-31765cb74f98/content. Acesso em: 12 set. 2025.

SILVA, Erlayne Beatriz Félix de Lima; ALBERTO, Maria de Fatima Pereira; COSTA, Cibele Soares da Silva. Socioeducação: concepções teóricas no contexto das medidas socioeducativas. **Caderno C R H**, Salvador, v. 35, p. 1-14, 2022. DOI: https://doi.org/10.9771/ccrh.v35i0.36268. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ccrh/a/PzSzd6h9tVDXFdpvSbPVT7C/?format=pdf. Acesso em: 22 set. 2025

ADOLESCÊNCIA E O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO[1]

Bianca Ferreira Rocha
Laura Lemos Avelar
Luan Gomide de Sousa Cândido
Esther Maria Dias Kfuri

1 Esta pesquisa conta com o apoio da FAPEMIG sob código APQ-00762-22: Janela da Escuta e a adolescência: a tessitura de uma rede de cuidado no Estado de Minas Gerais – adolescentes e redes de saúde na perspectiva dos jovens.

Sistema socioeducativo: características e leis

A discussão do tema adolescência e o sistema socioeducativo é complexa e traz questionamentos. Para começarmos a conversar, inicialmente nos perguntamos: **quais efeitos a privação de liberdade pode trazer para o desenvolvimento dos/as adolescentes? Quais adolescentes chegam ao sistema socioeducativo?**

O trabalho com adolescentes em atendimento socioeducativo conta com uma legislação que regulamenta o atendimento, os direitos, os deveres e – o fundamental – a proteção desse público. A proteção é um fator importante, mas negligenciado e confundido com internação, restrição e privação de liberdade. Os/as adolescentes institucionalizados/as atravessam violações de direitos numa fase muito delicada do desenvolvimento, com grandes mudanças e descobertas, e em um momento em que é necessária a cidadania, a livre circulação no território, serviços de atenção e de redes. Ouvimos falar muito sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e sua função de oferecer direitos em "excesso" para os/as adolescentes, mas não nos debruçamos sobre os deveres que a lei imputa aos/às adolescentes.

O ECA[2] foi criado com o objetivo de regulamentar os direitos das crianças e dos/as adolescentes no Brasil. **É a legislação responsável por definir a família, a sociedade e o Estado como atores responsáveis pela proteção das crianças e adolescentes.** Ou seja, com o estabelecimento da doutrina da proteção integral, os direitos das crianças e adolescentes devem ser assegurados de forma prioritária. De igual modo, o ECA também estabelece deveres, não só de quem é responsável pelas crianças e adolescentes, mas também dos/as próprios/as adolescentes, que, conforme o Estatuto, devem ser responsabilizados/as por seus atos infracionais. Nesse campo, entramos no cenário das medidas socioeducativas.

2 Brasil, 1990.

VOCÊ SABIA?

A medida socioeducativa pode ser cumprida até os 21 anos. O ECA prevê que o/a adolescente que tenha cometido um ato infracional próximo de completar os seus 18 anos pode cumprir medida até os 21 anos. Estabelece também que a liberação compulsória do/a adolescente do sistema socioeducativo ocorre aos 21 anos ou após o cumprimento de três anos da medida socioeducativa.

De acordo com a Constituição Federal,[3] pessoas com idade inferior a dezoito anos não podem se responsabilizar criminalmente por seus atos, ou seja, são consideradas **inimputáveis**. Isso significa que os/as adolescentes não têm pleno discernimento dos seus atos e, por isso, precisam responder de uma forma diferente. A inimputabilidade desse público é reafirmada pelo ECA, que prevê outras formas de responsabilização: as medidas socioeducativas. Elas estão regulamentadas no artigo 112 do ECA e devem ser aplicadas ao/à adolescente que cometeu um ato infracional. Podemos caracterizar o ato infracional como uma conduta semelhante a um crime cometido por uma pessoa adulta. A pessoa adulta responderá pelo seu crime cumprindo uma pena, já o/a adolescente responderá pelo ato infracional cumprindo uma medida socioeducativa. São estabelecidas seis medidas socioeducativas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade (PSC), liberdade assistida (LA), semiliberdade e internação.[4]

3 Brasil, 1988.

4 Brasil, 1990.

SESSÃO PIPOCA

Para entender um pouco mais como funciona o processo de julgamento de um/a adolescente e aplicação das medidas socioeducativas, indicamos o documentário *O juízo* (2019, 1h30, suspense); direção: Andrucha Waddington; elenco: Felipe Camargo, Carol Castro, Joaquim Torres Waddington.

Para regulamentar as medidas socioeducativas, foi aprovado pela Resolução n. 119 do Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, em 2006, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).[5] Posteriormente, foi instituída a Lei do SINASE, n. 12.594, de 2012, que estabelece que o sistema socioeducativo **tem a obrigatoriedade de garantir os direitos fundamentais dos adolescentes** – entre eles, o direito à saúde.[6]

5 Brasil, 2006a.

6 Brasil, 2012.

A lei do SINASE, em seu primeiro artigo, elenca três objetivos das medidas socioeducativas, que são: a responsabilização do/a adolescente pelo ato infracional, a desaprovação da sua conduta infracional por meio das medidas socioeducativas, bem como a integração social do/a adolescente e a garantia dos seus direitos.[7] O SINASE parte da perspectiva de que as políticas públicas que trabalham pela garantia de direitos dos/as adolescentes, nas diferentes esferas de poder, assumirão, de forma integrada e articulada, a oferta de atendimento aos/às adolescentes. **Ou seja, o SINASE regulamenta a execução das medidas socioeducativas e como deve se dar o atendimento ao/à adolescente, para que não ocorram violações de direitos que coloquem o/a adolescente em risco ou desproteção.**

7 Brasil, 2012.

Todo o trabalho realizado pelo sistema socioeducativo precisa atender a esses objetivos e, para garantir os direitos individuais dos/as adolescentes, a equipe

que atende o/a adolescente precisa fazer articulação com diferentes políticas, buscando garantir a proteção integral prevista no ECA.

O Plano Individual de Atendimento (PIA) é um dos mais importantes instrumentos usados na medida socioeducativa. Seu objetivo é garantir os direitos dos/as adolescentes por meio de um plano de trabalho, visando a materializar as ações que devem ser realizadas pela equipe das medidas ou por outras políticas. As ações devem contemplar as necessidades dos/as adolescentes, fortalecendo seus direitos e vínculos. O PIA deve também garantir que os/as adolescentes participem da medida socioeducativa, uma vez que esse instrumento permite a participação deles/as e de seus familiares na construção das intervenções realizadas ao longo da medida. A saúde participa dessa construção como um eixo de trabalho a ser desenvolvido ao longo da medida socioeducativa e deve trabalhar para garantir o pleno desenvolvimento dos/as adolescentes.

Responsabilização

No que consiste esse trabalho de responsabilização dos/as adolescentes? Por que a responsabilização aparece como um objetivo principal do trabalho que será desenvolvido com os/as adolescentes no sistema socioeducativo? A responsabilização nada mais é do que a busca por uma resposta do/a adolescente diante do ato infracional cometido. O trabalho realizado com o/a adolescente visa a que ele/a seja capaz de reconhecer seu ato e buscar respostas para sua vida que não passem pela ilicitude. Mas deixemos aqui uma reflexão:

VAMOS REFLETIR?

Estamos criando condições de possibilidade para que o/a adolescente responda de forma diferente da qual ele/a tem respondido até o momento da sua entrada no sistema socioeducativo?

A responsabilização é o foco do trabalho realizado com os/as adolescentes nas medidas socioeducativas. A noção de responsabilização nasce juntamente com a concepção de sujeito de direitos, proposta pelo ECA. Antes da promulgação dessa lei, os/as adolescentes eram retirados/as do espaço público e encaminhados/as para instituições com o objetivo de manter a ordem social. A responsabilidade proposta pelo ECA rompe com essas práticas higienistas, pautando-se na garantia de direitos. **As políticas criadas pelo Estado devem ter o objetivo de proteger, e não reprimir!** Aos/às adolescentes devem ser destinadas políticas de prevenção e de controle social, para possibilitar a responsabilização. Nosso trabalho deve ser feito via intervenções multidisciplinares e pedagogicamente orientadas, para que possamos despertar no/a adolescente uma resposta que o/a vincule a educação, cuidado com o próprio corpo, formação profissional e reparação do ato infracional.[8]

8 Nicácio; Albuquerque, 2014.

VOCÊ SABIA?

Práticas higienistas são ações que visam "limpar" territórios, como medidas de saúde pública ou assistência social, mas marginalizam grupos, como a população em situação de rua, expulsando-os de espaços ou abandonando-os em manicômios, como comunidades terapêuticas ou clínicas psiquiátricas.

O trabalho de responsabilização do/a adolescente conforme prevê a lei tem um caráter objetivo, que visa à resposta do/a adolescente pelo ato cometido. Cada adolescente responderá à aplicação da medida socioeducativa de uma forma única, uma vez que o cumprimento de medida deve ser construído com cada adolescente por meio do seu PIA. Nesse sentido, o trabalho com o/a adolescente deveria possibilitar a reflexão acerca do porquê ele/a cometeu um ato infracional, convidando-o/a, assim, a construir um saber sobre sua vida.[9]

9 Rocha, 2018.

No entanto, o que observamos nas diferentes medidas socioeducativas é um trabalho deficitário, que não escuta o/a adolescente, que não garante os seus direitos e que não cumpre o ECA. Um trabalho fora da lei, que não protege os/as adolescentes com a garantia de seus direitos básicos, mas cobra uma resposta subjetiva desse/a adolescente, colocando somente nele/a a responsabilidade pela sua história de violações sofridas ao longo da vida.

Junto desse trabalho de responsabilização do/a adolescente frente ao seu ato, precisamos também construir respostas de responsabilização que sejam sociais, políticas e culturais, pois as políticas, serviços e instituições têm como dever a garantia de direitos dos/as adolescentes. A escuta dos/as adolescentes precisa abrir espaço para considerar as suas formas de fazer laço social, seus saberes, sua cultura e história de vida. As intervenções que têm o objetivo da responsabilização trazem três diferentes dimensões: subjetiva, social e jurídica. Por isso, devem apoiar-se em um trabalho em rede que amplie o uso da palavra, os horizontes político-culturais e o acesso ao circuito do capital.[10]

10 Guerra; Martins; Otoni, 2014.

Frente à atuação infracional do/a adolescente, a resposta deve ser guiada em duas dimensões: uma que implique o/a adolescente e outra que amplie nossos

horizontes políticos e culturais para ver os/as adolescentes para além de seus atos, para vê-los como sujeitos de direitos que devem ser protegidos integralmente. É preciso, então, que nos responsabilizemos enquanto políticas por nossa atuação ou omissão, ampliando assim nossas leituras sobre a adolescência.

ESTUDO DE CASO

Carlos é um adolescente que mora com a avó, o tio e dois primos de 7 e 11 anos, filhos desse tio. A moradia não tem infraestrutura e saneamento básico. Quando criança, ele foi abandonado pela mãe e pelo pai, pois os dois estavam envolvidos com a criminalidade. A avó o acolheu, mas sempre foi muito rígida na educação, usando de violência para "corrigir" Carlos. No início da adolescência, ele se envolveu com o tráfico por incentivo de outros adolescentes e porque queria uma vida melhor, com mais recursos, uma boa alimentação e acesso a bens que não tinha. Em decorrência desse envolvimento, foi para a medida socioeducativa de internação. A leitura da equipe da medida é que o envolvimento do adolescente se deu pelo fato de não querer estudar e ficar ocioso demais. Ofereceu um curso profissionalizante de padeiro para o adolescente. Em uma consulta na UBS, o adolescente se queixa de insônia e desânimo e quer um remédio para dormir, mas também diz que o seu grande sonho sempre foi ser médico para cuidar das pessoas, cuidado que lhe faltou quando era criança.

Ao escutar a história de Carlos, quais elementos você pensa que seriam importantes para a proteção dele e para trabalhar a sua não reincidência no tráfico? O curso profissionalizante ofertado atende ao desejo do adolescente? A equipe de saúde deve prescrever o remédio ou deve propor mais acolhimentos? A educação tem algum

papel nesse caso? Quem deveria ser convidado para estudar esse caso e pensar nos fatores de proteção do adolescente? Somente o adolescente deve ser responsabilizado nessa história?

Adolescentes como sujeito de direitos: das medidas protetivas às medidas socioeducativas

Quando nos perguntamos sobre a adolescência e sua relação com a infracionalidade, a resposta não é fácil nem direta, pois precisamos olhar para o funcionamento da sociedade de forma complexa. O controle dos/as adolescentes no estado atual tem suas raízes na forma de funcionamento da sociedade capitalista. A acumulação de riquezas presente no sistema capitalista necessariamente gera o seu oposto: a pobreza. Não há acumulação de capital sem desigualdade e exploração do trabalho da classe trabalhadora, que se vê forçada a vender sua força de trabalho para garantir a sobrevivência com precariedade. Há, nesse contexto, a criação de um discurso de vigilância para o controle da população pobre, que é vista como perigosa. Essa falácia justifica, então, a ampliação indiscriminada da intervenção penal. As intervenções do Estado se pautam na coerção, que mantém uma ordem de quais classes podem ocupar quais lugares. Essas divisões desfavorecem sempre as classes empobrecidas pela sua exploração econômica.[11]

A constante criminalização dessa população resulta na criação de políticas sociais de controle e vigilância, o que leva também ao seu encarceramento, atingindo prioritariamente os jovens negros e pobres. Para se aprofundar nesse tema, sugerimos a leitura do capítulo “Cultura da paz: o que está em jogo?”, no Volume 1 desta coleção.

11 Bonalume; Jacinto, 2019.

SESSÃO PIPOCA

Para pensar a realidade de desproteção que muitos adolescentes vivenciam cotidianamente, o filme *Capitães da areia* (Cecília Amado, Guy Gonçalves, 2011), baseado no romance homônimo de Jorge Amado, apresenta um importante retrato do abandono de adolescentes e os desafios que eles enfrentam para sobreviver.

Essa forma de atuação do Estado não é nova. Historicamente, as intervenções do Estado com as crianças e adolescentes sempre tiveram um caráter repressivo. As crianças e adolescentes vulneráveis eram retirados/as dos espaços sociais para "serem tratados/as" em instituições educativas, ensinando-se a elas algum ofício para terem lugar na sociedade. O trabalho das instituições, em última medida, buscava conter a delinquência, com práticas higienistas que desconsideravam a história de cada sujeito. As crianças e os adolescentes sempre foram alvos dessas políticas, vivenciando situações de violências e desassistência por não serem considerados/as sujeitos de direitos.[12]

12 Pedron, 2012.

Um questionamento que se faz importante nesse contexto das garantias de direitos para crianças e adolescentes é: **como se deram as mudanças legislativas voltadas para esse público até a instituição do ECA?**

As políticas de atendimento à criança e ao adolescente sofreram sensíveis mudanças ao longo do tempo. Saímos de um momento em que o Estado ocupava o lugar de controle, utilizando políticas higienistas e considerando crianças e adolescentes em situação de precariedade como delinquentes e como um problema social, em direção ao entendimento desse público como mais um sujeito de direitos e deveres com a promulgação da Constituição de 1988. O quadro abaixo mostra a evolução dessas leis e as mudanças das políticas de atendimento.

Quadro 1

Quadro histórico – políticas de atendimento às crianças e aos adolescentes

1º momento (1889–1930)

Código de Menores de 1927:

- Doutrina da situação irregular: intervenção do Estado com práticas higienistas voltadas aos menores abandonados e delinquentes – ou seja, crianças e adolescentes pobres, nas ruas.

2º momento (1964–1985)

Política Nacional do Bem-Estar do Menor:

- Dá origem à Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM).
- Crianças e adolescentes como problema social a ser resolvido, colocando-os/as em instituições.
- Reforma Sanitária: democratizou o acesso à saúde e combateu a mortalidade infantojuvenil, culminando no início do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1986.

3º momento (após 1980)

Constituição de 1988:

- Traz as bases para a criação do ECA em 1990, a partir do contexto social da redemocratização.
- Crianças e adolescentes enfim passam a ser considerados/as sujeitos de direitos!
- As políticas são embasadas pela doutrina da proteção integral.
- Em 1990 se institui o ECA.

4º momento (após 1990)

- Reforma Psiquiátrica, implementação dos serviços substitutivos aos manicômios no SUS e criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
- Criação do SINASE.
- Integração entre os sistemas SUS/SUAS/SINASE e outros com tessituras de redes possíveis para a proteção integralizada e multidisciplinar do público adolescente.

Fonte: Elaborado pelos autores

Com a teoria da proteção integral, a política de atendimento à criança e ao adolescente é trabalhada sob uma nova perspectiva, com novas diretrizes institucionais e de trabalho que passaram a focar a proteção desse público. O ECA passa também a considerar os deveres dos/as adolescentes, sendo estes/as responsáveis por seus atos. No âmbito da proteção, o ECA estabelece as medidas protetivas e, no âmbito da responsabilização, as medidas socioeducativas.

Quando nos deparamos com as histórias dos/as adolescentes que chegam ao sistema socioeducativo, percebemos que eles/as vivenciaram graves situações de violação de direitos, bem como dificuldades para a superação do contexto que os/as levou à prática do ato infracional. Os/as adolescentes muitas vezes chegam ao sistema socioeducativo vivenciando situações de violência, escassez de recursos e falta de acesso às políticas públicas.

Juntamente com a responsabilização, precisamos pensar a proteção e, para isso, o ECA elenca em seu artigo 101 nove medidas protetivas, que incluem direitos relacionados à família, à educação e à saúde. Essas medidas são aplicadas quando os direitos desse público forem ameaçados ou violados, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis e em razão da própria conduta.[13] Assim sendo, podemos pensar que as falhas do sistema de garantia de direitos deixam muitos/as adolescentes vulneráveis, o que acarreta consequências graves para o seu pleno desenvolvimento, levando muitos/as adolescentes ao sistema socioeducativo. O trabalho das medidas socioeducativas não pode desconsiderar todo esse contexto.

13 Brasil, 1990.

O trabalho socioeducativo deve seguir parâmetros para as ações socioeducativas que refletem os direitos básicos dos/as adolescentes. O SINASE propõe os

seguintes eixos estratégicos: “suporte institucional e pedagógico; diversidade étnico-racial, de gênero e de orientação sexual; cultura, esporte e lazer; saúde; escola; profissionalização/ trabalho/previdência; família e comunidade e segurança”.[14]

14 Brasil, 2006b, p. 54.

Os/as adolescentes em atendimento socioeducativo não precisam somente das políticas de assistência social, mas de todas as políticas, ações e serviços que garantam a sua proteção integral, como educação, saúde, profissionalização.[15]

15 Silva, 2012.

Diante desse contexto, podemos presumir que as medidas socioeducativas são aplicadas, em muitos casos, devido à inefetividade das medidas protetivas. O trabalho com os/as adolescentes que cumprem medida socioeducativa tem como foco, em muitos casos, o fortalecimento de vínculos que estão fragilizados, além de assegurar aos/às adolescentes o acesso a educação, saúde, cultura, esporte, lazer, relações familiares e comunitárias. **Desse modo, lidamos com uma lei que funciona parcialmente, pois as medidas protetivas, expressas no ECA, que garantem o acesso a direitos fundamentais para crianças e adolescentes, têm falhado, e são estes/as mesmos/as adolescentes, que tiveram seus direitos violados, que chegam ao sistema socioeducativo.**

Nesse sentido, precisamos repensar nossas intervenções para que o nosso foco seja a integração das diferentes políticas públicas de atendimento aos/às adolescentes, priorizando práticas e pensamentos interdisciplinares e intersetoriais que estimulem ações socioeducativas mais atentas às histórias de vida dos/as adolescentes.

Como está o socioeducativo hoje?

Agora que entendemos o que está prescrito na lei, é importante que olhemos para a realidade do atendimento

socioeducativo no país. Sabemos que frequentemente as leis não funcionam da forma como são previstas, e esse é o caso no âmbito da socioeducação, em que ainda se verifica um tratamento semelhante àquele dado aos menores delinquentes do Código de Menores de 1927, e não a sujeitos de direitos.

Isso acontece por inúmeros fatores, em sua maioria relacionados às violências e problemáticas sociais em que os/as adolescentes estão imersos/as, e os estigmas que resultam delas. Vamos nos aprofundar um pouco mais para entender essa realidade?

Hoje, no Brasil, há 12.506 adolescentes em privação ou restrição de liberdade, distribuídos entre 459 unidades socioeducativas, que são: internação, internação provisória,[16] internação-sanção[17] e semiliberdade. A partir dos dados do *Levantamento nacional do SINASE – 2024*,[18] podemos fazer uma exploração do cenário do meio fechado do sistema socioeducativo hoje.

Para isso, é importante nos perguntarmos inicialmente: **quem são os/as adolescentes que estão em atendimento socioeducativo?** A população mais representada nas medidas de privação e restrição de liberdade é composta por meninos cisgêneros,[19] representando 93% do total de adolescentes; negros são 75% do total, entre pretos e pardos; e 75% do total têm idade entre 16 e 18 anos. Quanto à renda familiar, apesar de mais da metade dos/as adolescentes serem registrados/as na categoria "sem informação", entre o restante, os maiores percentuais se concentram nas faixas entre um e dois salários-mínimos (16%) e menos de um salário-mínimo (10%).[20]

Unindo essas informações ao fato de que os atos infracionais de roubo e tráfico de drogas juntos somam 58% dos atos cometidos,[21] sendo tipicamente atos que visam a acessos materiais, entendemos que as realidades de violência e pobreza marcam as trajetórias de

16 A internação provisória é uma medida de restrição de liberdade de até 45 dias aplicada antes de o/a adolescente receber a sentença judicial pelo seu ato infracional.

17 A internação-sanção é uma medida judicial disciplinar que impõe privação de liberdade, de até 90 dias, a um/a adolescente que tenha descumprido a execução de outra medida socioeducativa em andamento, seja de semiliberdade, seja de meio aberto.

18 Brasil, 2025.

19 "Cisgênero" refere-se aos adolescentes que se identificam com o gênero atribuído a eles ao nascimento, portanto, sua identidade de gênero coincide com seu sexo biológico – adolescentes que não são transgêneros. Uma maior exploração desses termos se encontra no capítulo "Gênero e sexualidade no sistema socioeducativo".

20 Brasil, 2025.

21 Brasil, 2025.

vida dos/as adolescentes no sistema socioeducativo. A população mais vulnerável à exploração do trabalho infantil pelo tráfico, portanto, é formada por adolescentes negros/as e pobres.

Assim, a grande correlação entre a população representada no socioeducativo e populações em situações de vulnerabilidade social e econômica contradiz a associação entre o ato infracional e o caráter ou a essência do/a adolescente. Isto é, **precisamos levar em conta a influência da violência racista e a escassez material não somente no momento do ato, mas na vida desse/a adolescente antes e depois do ato.**

Sessão pipoca
Meio aberto (produção de Visão Mundial e Bonita Produções, 2022) é um documentário criado a partir do *Relatório sobre a política de atendimento socioeducativo em meio aberto no Brasil* que mostra como adolescentes, seus familiares e profissionais envolvidos com a medida socioeducativa enxergam essas medidas e suas aplicações no Brasil.

Além da situação de pobreza, já intimamente ligada à violação de direitos, a sobrerrepresentação da população negra no sistema socioeducativo denuncia um projeto, fundamentalmente racista, de encarceramento dessa população, que já enfrenta todos os dias os malefícios estruturais do racismo na sociedade brasileira.

Uma vez tendo cometido o ato infracional, é importante nos perguntarmos também como é o sistema que esses/as adolescentes encontram. Quando observamos a entrada de novos/as adolescentes ao meio fechado ocorridas somente no mês de agosto/2024, período de referência para o *Levantamento nacional do SINASE*,[22] notamos a entrada de 983 adolescentes na medida de

22 Brasil, 2025.

internação, enquanto na semiliberdade esse número é de 245. Isso nos revela a não aplicação do princípio da excepcionalidade, exposto na Lei do SINASE,[23] que descreve que a privação e a restrição de liberdade não devem ser o padrão de resposta ao ato infracional. Devem ser priorizadas, sempre que possível, outras formas de responsabilização do/a adolescente pelo ato.

23 Brasil, 2012.

Ressaltamos aqui que os dados disponibilizados pelo SINASE dizem respeito apenas às medidas de privação ou restrição de liberdade, que são executadas pelos estados. A Resolução CNAS n. 109/2009[24] estabeleceu que o serviço destinado à execução de medidas socioeducativas em meio aberto (prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida) é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Até o momento, não existe um sistema integrado de levantamento de dados sobre a execução dessas medidas socioeducativas, sobretudo devido à municipalização de sua execução.

24 Brasil, 2009.

VOCÊ SABIA?

A medida de internação deve ser aplicada quando o ato infracional praticado pelo adolescente envolve grave ameaça ou violência a pessoa, quando há reincidência em infrações graves, ou quando há descumprimento de forma reiterada e injustificável de uma medida anteriormente imposta.

Para entendermos um pouco mais a realidade que os/as jovens encontram dentro do sistema socioeducativo, precisamos nos aprofundar em alguns temas que estão ligados aos seus direitos fundamentais e que devem ser garantidos pelas medidas socioeducativas, que são: a saúde, a educação e profissionalização, e a estrutura e práticas das unidades socioeducativas.

No âmbito da saúde, um primeiro dado relevante é o de que 70,9% dos atendimentos em saúde em 2024 foram realizados dentro das unidades socioeducativas, enquanto somente 11,3% foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).[25] Embora as unidades socioeducativas tenham uma equipe de saúde de atuação interna, **a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o lugar privilegiado para os atendimentos de saúde de adolescentes em restrição e privação de liberdade**. Privar os/as adolescentes de atendimentos em saúde na APS significa impedi-los/as de acessar um espaço de saúde que é aberto, comunitário e integrado à rede SUS. Restringir o contato dos/as adolescentes com a rede SUS fomenta uma não familiaridade entre o sujeito e o serviço de saúde, dificultando seu enlaçamento após o atendimento socioeducativo e minando o recolhimento de informações de saúde daquele sujeito.

25 Brasil, 2025.

Nesse sentido, **é importante que a APS esteja atenta a esses/as adolescentes!** Para os/as profissionais, não é fácil arcar com a responsabilidade de tantos usuários em seu território de abrangência. Contudo, considerando a situação de violação de direitos em que esses/as adolescentes se encontram antes e durante sua entrada no sistema socioeducativo, é essencial que eles/as não fiquem esquecidos/as também pela saúde, como é o caso em tantos outros espaços. Trabalhando na direção do estabelecimento de um vínculo robusto com o serviço de saúde, podemos agir como atores da garantia dos seus direitos.

VAMOS REFLETIR?

◢ Em sua rotina na unidade básica de saúde, você já acolheu e/ou atendeu um/a adolescente que está cumprindo uma medida de internação? Se sim, como foi essa experiência? Teve algum desafio?

◢ Você considera que esse/a ou esses/as adolescentes tiveram e seguem tendo acesso ao direito básico da saúde?

Além disso, 49,1% dos/as adolescentes não cumprem medida na cidade em que residem, um dado que expressa a dificuldade de promover a convivência dos/as adolescentes com suas famílias e comunidades durante a medida socioeducativa.[26] A distância se associa à vulnerabilidade das famílias desses/as adolescentes, dificultando o deslocamento e criando um contexto de isolamento particularmente danoso a esses sujeitos em condição peculiar de seu desenvolvimento.[27] Se a privação de liberdade por si só é capaz de causar e agravar sofrimentos psíquicos, separar tão radicalmente os/as adolescentes de sua comunidade intensifica esse sofrimento.

26 Brasil, 2025.

27 Brasil, 1990.

Frequentemente, o contato com a família em atividades externas à unidade socioeducativa é visto como um fator que aumentaria seu "risco de fuga", supostamente causando que os/as adolescentes evadam da unidade socioeducativa. Porém, reduzir o acesso à família é, também, uma forma de dificultar a responsabilização do sistema socioeducativo pelo cuidado – ou falta de cuidado – direcionado aos/às adolescentes. Uma família que não pode ver o/a adolescente não vê as mudanças no seu corpo causadas pela alimentação na unidade socioeducativa, não vê eventuais marcas e machucados causados por práticas de tortura, não vê o semblante daquele/a adolescente em grave sofrimento

psíquico. Para entender melhor a importância dessa convivência, sugerimos a leitura do capítulo "Direito do/a adolescente à família e à comunidade", no Volume 1 desta coleção.

Aqui, precisamos nos deter em uma palavra que causa grandes reações: **tortura**. Isso pode parecer algo distante da realidade, que ficou no passado, com a superação da ditadura militar no Brasil. No entanto, na sua semelhança indevida ao sistema prisional, essa ainda é uma realidade dentro das unidades socioeducativas. Notamos, nesse sentido, o abandono da lógica da responsabilização pela lógica da punição. E o que é ainda mais perigoso, uma punição cruel e informal, cuja única medição é a interpretação subjetiva do que seria "merecido".

Quanto à educação e profissionalização, o *Levantamento nacional do SINASE* revela que os índices de matrícula e frequência escolar dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo estão abaixo dos índices nacionais. Na internação provisória, esses valores são ainda menores. Além disso, em agosto de 2024, 81,8% dos/as adolescentes não estavam envolvidos em qualquer atividade laboral.[28]

28 Brasil, 2025.

Todo o atendimento do/a adolescente em atendimento socioeducativo deve visar também a ofertas que lhe garantam seu direito à profissionalização, pensando no momento pós-medida. Para a construção de uma boa rede protetiva, que possa acolher esse/a adolescente após seu desligamento do sistema socioeducativo, as condições para educação e profissionalização são essenciais, considerando a realidade socioeconômica do público atendido. Contudo, muitas das experiências laborais ocorrem dentro da unidade socioeducativa, sem oferecer certificações nem nutrir possibilidades relacionadas ao desejo de cada adolescente, estimulando assim que esses/as adolescentes

se conformem com desigualdades sociais e com sua inserção precária no mercado de trabalho.

Quanto às estruturas e práticas dentro das unidades socioeducativas, sublinhamos três pontos de atuação: o primeiro, e talvez mais grave, diz respeito ao uso da força. Dezessete estados brasileiros usam instrumentos de uso da força e contenção no contexto de atendimento socioeducativo. Ainda que esse termo não fosse tão ambíguo, podendo o "uso da força" dizer respeito a diversas formas de violência contra adolescentes, sua mera aplicação nesse contexto deve ser questionada. **Adolescentes sob a tutela do Estado brasileiro que recebem correções físicas estão sendo tratados/as como sujeitos de direitos em condição peculiar de desenvolvimento? Será que esse ambiente fomenta a responsabilização e a vida em comunidade?**

Nesse sentido, a Resolução n. 252/2024 do CONANDA proíbe o uso de algemas em adolescentes e jovens em atendimento socioeducativo, conforme o princípio da proteção integral previsto no ECA. A algemação é vedada tanto nas unidades quanto durante o transporte, sendo permitida apenas em situações excepcionais e devidamente justificadas, quando houver risco concreto à integridade física. Apesar disso, na prática, o uso injustificado de algemas em atendimentos externos, especialmente em serviços de saúde, ainda é frequente, gerando exposição e constrangimento indevidos. Desse modo, embora regulamentada como medida extraordinária e não punitiva, a algemação segue ocorrendo de forma mais ampla do que o previsto.

Além disso, as condições de vida no período de atendimento socioeducativo são precárias. Os alojamentos dos/as adolescentes são verdadeiras celas, e a alimentação ofertada está longe de ser adequada. Os alojamentos são gradeados e insalubres, e a quantidade, a qualidade e a regularidade da oferta dos alimentos

em unidades socioeducativas inspecionadas deixam a desejar. Para entender melhor sobre a alimentação nesse contexto, indicamos a leitura do capítulo "Segurança alimentar e nutricional no contexto de adolescentes cumprindo medida socioeducativa: panorama, políticas e desafios", no Volume 3 desta coleção.

VAMOS REFLETIR?

- Você já presenciou adolescentes chegando algemados/as à UBS? Se sim, como foi essa experiência?
- Que tipo de reações você imagina que essa cena provocaria? Que impacto você acha que a algemação poderia ter no vínculo do/a adolescente com o serviço de saúde e no processo saúde–doença?

O segundo ponto trata da negação sistemática da sexualidade dos jovens. Apenas 32% das unidades socioeducativas disponibilizam preservativos e apenas 25% delas oferecem espaços para visitas íntimas,[29] conforme prescrito na Lei do SINASE.[30] A negação, por parte da instituição, da sexualidade dos/as adolescentes acaba os/as expondo a mais perigos relativos a essa área da vida, de forma a desampará-los/as tanto na exploração segura da sua própria sexualidade, quanto no enfrentamento das possíveis consequências disso.

29 Brasil, 2025.

30 Brasil, 2012.

Dentro das unidades socioeducativas, não é raro que até mesmo a masturbação ou o contato físico entre adolescentes seja proibido. Essas ações, que são parte natural do momento de vida da adolescência, muitas vezes são criminalizadas, resultando em punições durante o atendimento socioeducativo. Nesse âmbito, não podemos nos confundir: não se trata de aplicar julgamentos morais à exploração que cada um/a faz da própria sexualidade, mas garantir seu direito de fazer isso de forma segura. Para entender melhor a importância de garantir

esse direito, convidamos à leitura do capítulo “O direito ao amor: afetos, desejos e cuidado no socioeducativo”, no Volume 3 desta coleção.

Por fim, a oferta de assistência religiosa: segundo o ECA,[31] os/as adolescentes em privação de liberdade têm direito à liberdade de crença e culto religioso, que deve ser obrigatoriamente fornecida pelo socioeducativo na forma da assistência religiosa. A maioria das unidades oferece esse serviço, mas há uma disparidade muito notável, pois, enquanto 96% dos estados oferecem assistência evangélica e 89% oferecem católica, as ofertas para o candomblé e a umbanda somam apenas 22%.[32] Esse tipo de escassez de oferta revela ainda mais a segregação de minorias religiosas e o racismo que permeia a instituição.

31 Brasil, 1990.

32 Brasil, 2025.

O fato de termos chegado ao cenário narrado acima tem como motivação inúmeros fatores, muitos dos quais são extremamente complexos, multifacetados e históricos. Outros, conseguimos identificar com mais facilidade. O sistema socioeducativo tem passado por mudanças a nível estrutural e financeiro que trabalham no sentido de uma terceirização desses serviços. Esse movimento pode ser reconhecido nos contratos de execução indireta (em que o Estado contrata uma empresa para fazer a parte operacional desse serviço) e nos declínios anunciados pelas parcerias público-privadas. Essas mudanças introduzem ao serviço um componente que transforma tudo: o lucro. Empresas privadas não podem deixar de visar a ele, e os/as adolescentes e seu bem-estar acabam sendo desprezados nesse caminho.

Além disso, há uma enorme distância entre os/as adolescentes e o Poder Judiciário. Muitas vezes, nem mesmo as pessoas adultas entendem como navegá-lo e ao que têm direito. Os/as adolescentes, nesse sentido, são ainda mais facilmente acuados/as frente a todo esse aparato. Figuras como promotores, defensores e

juízes são distantes de sua realidade e intimidadoras. Nesse sentido, ainda mais quando consideramos os contextos de violação dos quais os/as adolescentes vêm, como podemos esperar que eles/as saibam como reivindicar seus direitos?

Assim, podemos perceber que o sistema socioeducativo é falho na sua intenção declarada de responsabilizar os/as adolescentes pelos seus atos infracionais. Seu público são adolescentes em situações de muita vulnerabilidade, e o socioeducativo não lhes oferece alternativas a essa realidade. É preciso repensar quais respostas esperamos desses/as adolescentes, considerando o que ofertamos a eles/as.

Os dez pontos pela desinternação como referência à socioeducação

Em 2020, organizações da sociedade civil, vítimas de tortura e familiares, pessoas trabalhadoras de espaços de privação de liberdade e pesquisadoras elaboraram a *Cartilha pelos direitos dos adolescentes privados de liberdade*. Os pontos da cartilha são diretrizes para abolir a seletividade racista e classista, e também a medida de internação, denunciando-a como violência institucionalizada. "A medida de internação deveria ser uma exceção, contudo é superutilizada pelo Poder Judiciário",[33] diz a cartilha. Pensando nos efeitos dessas violências, além dos dez pontos para a desinternação citados abaixo, convidamos você à leitura do capítulo "Saúde mental no contexto das adolescências", no Volume 2 desta coleção.

33 Desinterna Brasil, 2020, p. 1.

1. Nenhuma vaga a mais e abolição de todas as formas de privação de liberdade para jovens, em unidades de internação e semiliberdade do sistema socioeducativo e comunidades terapêuticas.

2. Fim dos abusos, torturas e violações de direitos perpetrados nos espaços de privação de liberdade para jovens.

3. Fim das privatizações no sistema socioeducativo. Trocar vidas de jovens por dinheiro apenas reforça a lógica do aprisionamento. Jovens não são mercadoria!

4. Garantia do acesso dos jovens privados de liberdade à saúde integral, dignidade, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização, privacidade, assistência social, dentre outros direitos, conforme legislação vigente, como a Constituição Federal, o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e o SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo).

5. Fortalecimento e fomento à organização de familiares de jovens privados de liberdade em organizações autônomas e independentes do poder público.

6. Fortalecimento de espaços de controle social independentes, que não sirvam para legitimação de ações arbitrárias, seja do executivo ou judiciário.

7. Protagonismo e participação social dos jovens na construção de políticas públicas a eles direcionadas.

8. A luta por desinternação é fundada no antirracismo, feminismo, anticapitalismo, antiproibicionismo, luta antimanicomial, LGBTQIAPN+ e demais lutas por garantias de direitos.

9. Encaminhamento de denúncias de violações de direitos ocorridas em espaços de privação de liberdade aos órgãos competentes.

10. Interlocução constante com os serviços, ações e trabalhadores da saúde, educação, cultura, psicologia, direito e serviço social, visando incluí-los e conscientizá-los nas discussões referentes às crianças e adolescentes.[34]

34 Desinterna Brasil, 2020.

Os pontos elencados pelo Desinterna Brasil convergem para a socioeducação prevista pelo ECA, por resoluções do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), para que o SINASE e o sistema judiciário articulem redes para a promoção de direitos das adolescências negligenciadas, viabilizando a proteção sem criminalização.[35]

35 Desinterna Brasil, 2020.

Partindo dessas diretrizes éticas, nosso trabalho com o/a adolescente deve buscar, antes de tudo, fomentar a sua proteção e o seu pleno desenvolvimento. Nós, profissionais que acolhemos adolescentes, e principalmente aqueles/as que estão privados/as de sua liberdade, **precisamos ter a escuta e o olhar atentos** para construir intervenções que incluam as singularidades e os saberes dos/as adolescentes sobre suas vidas, experiências, sofrimentos, alegrias e desejos.

Referências bibliográficas

BONALUME, Bruna Carolina; JACINTO, Adriana Giaqueto. Encarceramento juvenil: o legado histórico de seletividade e criminalização da pobreza. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 160-170, jan./abr. 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-02592019v22n1p160. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/Qq6QLcbfcSRLZj7kRh9R3Bm/?lang=pt. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Resolução n. 119, de 11 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências. Brasília: CONANDA, 2006a.

BRASIL. Presidência da República. **Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo –SINASE**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), 2006b. Disponível em: https://funac.ma.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/SINASE.pdf?x56848. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 225, 25 nov. 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Resolução n. 252, de 16 de outubro de 2024.** Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a segurança e proteção integral de adolescentes e jovens em restrição e privação de liberdade no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Brasília: CONANDA, 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Levantamento nacional do SINASE – 2024**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; Universidade de Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/copy_of_levantamento2024SINASE.php.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

DESINTERNA BRASIL *et al*. **Cartilha pelos Direitos dos Adolescentes privados de liberdade**. Belo Horizonte: Fundo Brasil, 2020. (No prelo)

GUERRA, Andréa Máris Campos; MARTINS, Aline Souza; OTONI, Marina Soares. Adolescência e infração: conjugando fatores subjetivos e políticos no compartilhamento de responsabilidades. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, [*s. l.*], n. 109, p. 109-130. 2014.

NICÁCIO, Camila Silva; ALBUQUERQUE, Bruna Simões. Responder Direito? Coisa pra gente grande! *In*: GUERRA, A. M. C; FERRARI, A. T. R.; OTONI, M. S. (Orgs.) **Direito e Psicanálise**: controvérsias contemporâneas. Curitiba: Editora CRV, 2014. p. 81-98.

PEDRON, Luciana da Silva. **Entre o coercitivo e o educativo**: uma análise da responsabilização socioeducativa na internação de jovens em conflito com a lei. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/items/c1bc1638-814f-47aa-a7b-7-4f686a84b3f5. Acesso em: 30 set. 2025.

ROCHA, Bianca Ferreira. **Saúde e sistema socioeducativo**: um trabalho tecido por muitos. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Adolescente) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/items/975a1ba6-e74c-4a20-9a26-2cd4d923bc70. Acesso em: 29 set. 2025.

SILVA, Fábio Silvestre. Os filhos do Estatuto nas medidas socioeducativas. *In*: IMURA, C. P.; MACIEL, E. R. **Medidas socioeducativas**: contribuições para a prática. Belo Horizonte: Editora FAPI, 2012.

Entre saúde e educação: desafios da PNAISARI na socioeducação

Andréa Chicri Torga
Bárbara Oliveira Batista

Introdução

Neste capítulo, discutiremos a relação entre saúde e educação, com especial atenção para como esses campos se articulam na socioeducação e quais são os desafios colocados aos/às profissionais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI). Para isso, tomamos como foco adolescentes em atendimento socioeducativo, jovens de 14 a 25 anos, majoritariamente negros/as, pobres, moradores/as de favelas e periferias, cujas trajetórias são atravessadas por desigualdades históricas, racismo estrutural, exclusões cumulativas e forte segregação territorial. São vidas marcadas por contextos em que a violência se torna presença constante e, muitas vezes, encontra na morte sua forma mais extrema.

As trajetórias desses/as adolescentes são, em grande medida, atravessadas por sucessivas rupturas – com a escola, com a família e com diferentes instituições públicas – que vão estreitando suas possibilidades de participação social. Não se trata de atribuir-lhes "falhas individuais", mas de reconhecer as barreiras sociais e institucionais que sustentam circuitos de punição e invisibilização, em lugar de cuidado e inclusão. A evasão e a defasagem escolar, o estigma territorial e a abordagem seletiva do sistema de justiça compõem um percurso que expulsa, de forma direta ou indireta, esses/as jovens dos espaços de pertencimento e aprendizagem, convertendo a exclusão em regra estrutural.

A existência de lacunas e descontinuidades nas políticas públicas voltadas às adolescências e à juventude evidencia este cenário: a fragmentação entre educação, saúde, assistência, cultura, esporte e trabalho reduz o conjunto de lugares capazes de acolher e sustentar esses sujeitos. Por isso, ao afirmar a educação como direito, afirmamos também a necessidade de um arranjo intersetorial que transforme a lógica de eliminação em uma lógica de participação: a escola como eixo de proteção e projeto de vida, articulada a redes de cuidado e a medidas socioeducativas com finalidade pedagógica.

É a partir desse enquadramento que examinaremos, adiante, como os/as profissionais da saúde, em especial os/as profissionais da PNAISARI, podem colaborar com a permanência dos laços desses/as adolescentes, bem como com a descontinuação da violência e da segregação, possibilitando, assim, a garantia do direito à educação desses/as adolescentes e jovens.

A educação como direito

A educação é um direito fundamental e social garantido a toda criança e todo/a adolescente, inseparável da dignidade humana. Esse direito não se limita ao acesso à escola: envolve também permanência, aprendizagem com qualidade, inclusão e respeito às diferenças.

Por ser um direito, a educação impõe deveres correlatos ao Estado, à família e à sociedade. Cabe ao poder público garantir a oferta gratuita e obrigatória da educação básica, transporte, alimentação, acessibilidade e atendimento especializado quando necessário, além de políticas de busca ativa e combate às desigualdades, conforme podemos conferir nos capítulos “SUS e adolescências” no Volume 1, e “Segurança alimentar e nutricional no contexto de adolescentes em atendimen-

to socioeducativo: panorama, políticas e desafios" e "Introdução aos direitos humanos", no Volume 3 desta coleção. Às famílias e à comunidade, cabe sustentar a frequência, dialogar com a escola e proteger o tempo de estudar. Quando esses deveres falham, existe tutela jurídica: conselhos tutelares, Ministério Público e Poder Judiciário podem acionar medidas para assegurar matrícula, serviços e adaptações, sempre guiados pelo melhor interesse da criança e do/a adolescente.

A universalização do ensino e o conjunto de leis e princípios que garantem o direito à educação, como previsto na Constituição Federal[1] e no Estatuto da Criança e do Adolescente,[2] representaram avanços importantes no país. Essas normativas contribuíram para a melhora dos indicadores de acesso e de fluxo[3] escolar em diferentes etapas da educação básica.[4]

Entretanto, esse direito ainda não se realiza plenamente. As instituições de ensino enfrentam dificuldades tanto em manter a qualidade da aprendizagem quanto em garantir que os/as estudantes permaneçam matriculados/as até a conclusão da etapa escolar. Muitos/as adolescentes, ao longo do percurso, vivenciam rupturas que evidenciam processos de segregação, vulnerabilidade social e abandono institucional.

1 Brasil, 1988.

2 Brasil, 1990.

3 O termo "fluxo escolar" refere-se aos percursos que os/as estudantes realizam ao longo de sua trajetória educacional, considerando ingresso, permanência, aprovação, reprovação, abandono e conclusão em cada etapa de ensino. Ou seja, diz respeito não apenas ao acesso à escola, mas à continuidade e à regularidade com que os/as estudantes progridem nela.

4 Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2017.

Saúde e educação

Você deve estar se perguntando: onde entra a saúde nisso? Por que é fundamental, como profissional da saúde, compreender a garantia desse direito?

Um/a adolescente que consegue manter um vínculo positivo com a escola tem mais chances de acessar redes de apoio, informação, referências de futuro e reconhecimento. Já aquele/a que vai sendo silenciosamente afastado do ambiente escolar, não por escolha

própria, mas pelas marcas da indiferença institucional, da deslegitimação de sua presença e das barreiras que minam seu pertencimento, tende a procurar reconhecimento em outros territórios. E, quando a escola nega lugar, outros espaços ocupam essa função: grupos que oferecem visibilidade, status e identidade, ainda que à margem da lei.

No cotidiano das unidades de saúde, essas histórias aparecem. Às vezes em forma de queixas vagas: *"não tenho vontade de nada"*, *"não consigo dormir"*, *"brigo muito em casa"*. Outras vezes, com mais clareza: *"saí da escola porque não dava mais"*, *"prefiro trabalhar do que ir para escola"*, *"lá ninguém me respeitava"*.

Falar sobre educação no campo da saúde é reconhecer que a escola não é apenas um lugar de aprendizagem formal, é um dispositivo de proteção social. Quando ela falha, outras instituições precisam atuar para reconstruir o laço com o/a jovem. E a Atenção Primária à Saúde (APS), por sua capilaridade e vínculo com o território, é um dos espaços estratégicos para isso.

Muitas vezes, você pode ser a primeira pessoa da rede pública a escutar a história escolar que não está registrada nos prontuários ou boletins: repetências sucessivas, mudança constante de escolas, violência institucional, racismo, capacitismo, *bullying*, hiperdiagnósticos e medicalização precoce. Essas experiências adoecem. Silenciam. Isolam.

E é justamente a partir dessas narrativas que se revela o mal-estar na educação brasileira. Um mal-estar que não pertence apenas ao/à aluno/a, mas é produzido institucionalmente.

A pergunta que se coloca para você não é apenas "qual é o diagnóstico?", mas **"o que essa ruptura escolar indica sobre o lugar social que esse/a jovem ocupa e o que a rede de saúde pode fazer a partir disso?"**.

Quando dizemos “abandono escolar”, o que estamos realmente dizendo?

Os relatos dos/as próprios/as adolescentes evidenciam a desautorização cotidiana a que foram submetidos/as. Quando encontram espaço para falar, descrevem uma escola que deixou de reconhecê-los/as, que tolera sua presença sem legitimá-la, que os/as empurra para fora antes mesmo da evasão formal. É desse lugar que emergem narrativas[5] como:

> *“eu era mesmo um desses que ia pra escola, só passava na cantina e pulava o muro e ia embora” (Igor, 16 anos)*
>
> *“Porque tem muitas professoras aí que, tipo, tira uma pessoa de burro, quer dar mais atenção pra quem é mais inteligente. Se a pessoa num entende as coisas, ela tem que dar mais atenção também aos alunos.” (Joel, 17 anos)*
>
> *“Mas, tipo, os professores na escola me olham diferente, sabe? Até hoje não cortam eu da escola porque minha mãe, tipo, às vezes vai lá, renova a matrícula, eu também não apronto na escola, entendeu? Por isso que nunca me cortaram.” (Igor)*

Essas narrativas recolocam outras perguntas, fundamentais para o trabalho em saúde:

⚠ Quando você lê no prontuário “abandono escolar”, o que imagina? Falta de interesse? Responsabilidade exclusiva do/a jovem? Ou o efeito de um vínculo que já havia sido rompido muito antes da saída?

⚠ Se esse/a adolescente se sentasse hoje diante de você numa consulta, você perguntaria apenas sobre sono, alimentação e uso de drogas? Ou perguntaria também: “Como foi sua história com a escola?”

5 Trechos retirados de entrevista realizada no âmbito da pesquisa Janela da Escuta e a Adolescência: A Tessitura de uma Rede de Cuidado no Estado de Minas Gerais – Adolescentes e Redes de Saúde na Perspectiva dos Jovens, financiada pela FAPEMIG (APQ-00762-22). Referem-se à primeira entrevista realizada em grupo com Joel – nome verdadeiro mantido como gesto de memória e reconhecimento de sua trajetória interrompida por morte violenta; Igor é nome fictício.

A escola, ou a ausência dela, costuma ser um dos primeiros indicadores de sofrimento, antes mesmo do aparecimento dos sintomas clínicos. **A ruptura escolar não é apenas um dado educacional; é um marcador psíquico, social e simbólico.**

DICA!

Abordagem da vivência escolar em consulta de saúde:

1. Como é sua relação com a escola?
2. Você tem frequentado a escola?
3. Tem dificuldade para enxergar/escutar/copiar do quadro? Há alguma dor que atrapalhe a permanência nas aulas?
4. Está sofrendo *bullying*, racismo ou outra violência na escola ou no caminho?
5. Precisa de uma consulta especializada para investigar se precisa de apoio para prova, sala, transporte ou tecnologia assistiva?

Como se aproximar de um/a adolescente em ruptura escolar: caminhos éticos para a escuta e o vínculo

Quando um/a adolescente chega à unidade de saúde com histórico de afastamento escolar, o primeiro impulso institucional costuma ser intervir com orientações prontas: "Você precisa voltar para a escola", "sem estudar não vai conseguir nada", "tem que pensar no futuro". Mas esse tipo de abordagem, embora bem-intencionado, quase sempre provoca o efeito contrário: o/a jovem se fecha.

A maioria desses/as adolescentes já ouviu discursos sobre o valor da escola; **o que eles/as quase nunca ouviram é alguém perguntar por que, para eles/as, a escola deixou de fazer sentido**. A escuta ética, nesse

contexto, exige duas coisas fundamentais: não partir do pressuposto de que ele/a errou e não presumir que você sabe o que é melhor para ele/a. A aproximação não se faz pela via da correção, mas pela via da curiosidade genuína.

Em vez de dizer "você tem que voltar", pode ser mais potente dizer algo como: **"Quero entender como foi essa história para você. Em que momento a escola deixou de servir?"**.

Essa pergunta não obriga o/a adolescente a se justificar, ela o/a **convida a construir uma narrativa sobre si**. E, quando ele/a narra, começa a se ouvir. A escuta profissional muitas vezes não tem o poder de mudar imediatamente sua trajetória, mas pode restituir-lhe a condição de **protagonista de si**, deixando de ocupar o lugar de objeto de intervenção de quem presume saber o que é melhor para ele/a.

Outro cuidado importante é não reduzir a conversa à polaridade "ou escola ou crime", "futuro ou fracasso". Essas oposições são violentas porque simplificam experiências complexas. Um/a adolescente que saiu da escola pode estar trabalhando, cuidando de irmãos, enfrentando conflitos familiares ou vivenciando reconhecimento onde o encontrou. O papel do/a profissional de saúde, nesse sentido, não é apontar a "rota correta", mas **ajudar a construir condições para que ele/a possa escolher caminhos com mais liberdade**.

Não se trata apenas de fazer perguntas para cumprir protocolo, mas de formular questões que desarmem a lógica do julgamento e permitam que o sujeito exista para além dos estigmas que recaem sobre quem cumpre medida socioeducativa, rótulos como "menor infrator", "aluno-problema", "bandido", entre outros. Quando a escuta se abre para além dessas classificações, o/a adolescente encontra espaço para nomear aquilo que geralmente é silenciado. É nesse ponto que

relatos como o de Igor, adolescente em atendimento socioeducativo, ganham sentido:

> Uns trem assim diferente, umas pergunta assim diferente, a gente fica até feliz em responder, porque é bom, é bom, porque, tipo, pra nós que só fala de crime, a gente quer saber, aprendizado a mais. E tipo, os outro vê a gente algemado, vê a gente que já passou aí pelo sócio, tem alguns que julgam, alguns que falam, mas a gente também é menino do bom coração. É, uai. (Igor, 16 anos)

Essa fala evidencia que, antes de propor soluções rápidas, é preciso sustentar um tempo de elaboração. Às vezes, insistir de imediato no retorno escolar é repetir a mesma lógica que o/a expulsou indiretamente: "volte para o lugar onde você não cabia". A questão que orienta outro tipo de vínculo é outra: **"O que seria necessário para que voltar fizesse sentido para você?"**.

Esse deslocamento retira o peso da cobrança e o transfere para o campo da possibilidade. Ele diz, de modo implícito: "quero que você volte para lá quando encontrar algo que possa te acolher de verdade."

Se o/a adolescente responder "não sei", tudo bem. Isso não indica fracasso; indica que ainda é preciso tempo para que ele/a possa construir um sentido próprio. É justamente nesse intervalo que a saúde pode operar: não pressionando, mas acolhendo o silêncio, sustentando a ausência de resposta, oferecendo presença e abrindo tempo para que outra palavra possa aparecer, sem ocupar esse espaço com respostas prontas.

Até que o/a adolescente formule seu desejo em relação à escola, pode ser interessante propor pequenos passos: um encontro, uma roda, uma atividade, um projeto menor, deslocamentos que funcionam como aposta; a aposta de que, para reconstruir o vínculo com a escola, **ele/a precisa, primeiro, voltar a desejar**.

Quando a escola deixa de ver: rupturas, juventudes e socioeducação

Até aqui, discutimos a educação como um direito inegociável e o papel da saúde na sustentação desse direito. Ao olhar especificamente para adolescentes em atendimento socioeducativo, essa discussão ganha outra camada de complexidade: não se trata apenas de trajetórias escolares interrompidas, mas de **histórias atravessadas por múltiplas violações de direitos; a violação do direito à educação é apenas uma delas.**

É por isso que, quando falamos em "abandono escolar" nesse contexto, precisamos refazer a pergunta. A maioria não "abandona" a escola como quem toma uma decisão repentina. O afastamento não começa no dia em que o/a aluno/a para de aparecer, começa muito antes, quando ele/a passa a ser tratado/a como alguém cuja presença não faz diferença. A evasão escolar, vista de perto, deixa de ser escolha individual e revela o que realmente é: **um processo progressivo de expulsão indireta.**

Por isso, quando falamos em "abandono escolar" nesse contexto, o termo exige cuidado. Como já demonstraram pesquisadores como Maria Helena Souza Patto,[6] Pierre Bourdieu e Jean-Claude Passeron,[7] François Dubet,[8] Bernard Charlot[9] e Juarez Dayrell,[10] o afastamento escolar raramente é um rompimento isolado ou individual. Ele é produzido no cotidiano por sucessivas experiências de desqualificação, fracasso institucional e perda de reconhecimento. Muito antes de deixar de frequentar a escola, muitos/as adolescentes já haviam deixado de ser vistos/as por ela.

O relato de Joel, de 17 anos, assassinado após retornar ao território, revela como um único episódio pode cristalizar essa ruptura.

6 Patto, 1992, 2022.

7 Bourdieu; Passeron, 2014.

8 Dubet, 2003.

9 Dubet, 2003.

10 Dayrell, 2007.

> “Ia na escola certinho. Mas depois de um tempo, quando eu tinha uns 15 anos, [...] eu tomei um tiro da polícia, aí eu fui e parei de ir na escola [...] eu fui preso e depois disso que, tipo, nós trocou tiro com a polícia, aí eles foi e falou assim, que eu cheguei no meio do ano [...] a juíza deu a autorização pra mim voltar, e eles, tipo, começou a falar que eu não podia voltar, que eu ia incentivar os meninos no negócio. Aí, tipo, que eu ia na porta da escola e o povo falava assim comigo: não vou ficar perto do cê não, que depois eu tomo tiro. Eu fiquei revoltado com isso, parei de ir pra escola, eu não saio mais, eu num gosto de sair não, eu não gosto de ir pra festa, eu gosto de nada, não.” (Joel)

Esse testemunho evidencia como a rejeição pode transformar, de forma abrupta, a relação com a escola: antes horizonte, depois desistência.

Os dados reforçam que essa experiência não é isolada, mas parte de um padrão estrutural. De acordo com os indicadores educacionais apresentados na tese de Matiassi,[11] a trajetória escolar começa a se fragilizar ainda na adolescência. Os maiores percentuais de ruptura ocorrem entre jovens de 16 a 18 anos, variando de 15,8% a 18%. Há também rupturas precoces: até os 13 anos a taxa chega a 8,5%; aos 14 anos, 8,1%. O marco mais expressivo é aos 15 anos – entrada no Ensino Médio – quando o percentual de jovens que deixam a escola praticamente dobra em relação aos de 14 anos, alcançando 14,1%. Assim, **o pico da evasão se concentra entre os 15 e 19 anos.**

11 Matiassi, 2022.

Considerando-se o universo total de jovens de 14 a 29 anos no país – quase 50 milhões de pessoas – 20,2% não concluíram o Ensino Médio, seja pela evasão, seja por nunca terem frequentado essa etapa. Isso equivale a 10,1 milhões de jovens, dos quais 58,3% são homens e 41,7% mulheres; em relação à raça/cor, 27,3% são brancos e 71,7% pretos ou pardos.[12]

12 Dados provenientes de recálculo realizado por Matiassi, 2022, a partir dos microdados da PNAD 2019/IBGE, 2021.

A tese demonstra ainda que esse descompasso no fluxo escolar decorre da combinação entre reprovação, distorção idade–série e evasão, que se acumulam desde os anos finais do Ensino Fundamental e se intensificam no Ensino Médio. Essa espiral empurra uma parte dos/as jovens para fora da escola ou para uma permanência meramente formal, sem apropriação real do processo educativo. Nesse contexto, a ruptura com a escola não é apenas um dado estatístico, mas a quebra de um laço com um espaço que deveria funcionar como referência de futuro, reconhecimento e proteção.

Quando esse cenário é comparado com o *Levantamento nacional do SINASE – 2024*,[13] surge uma coincidência etária que não pode ser ignorada. Em agosto de 2024 havia 12.506 adolescentes em restrição e privação de liberdade, dos/as quais 75% tinham entre 16 e 18 anos e 72% eram identificados/as como negros/as (pretos/as e pardos/as). Ou seja, as faixas etárias que concentram maior atraso e evasão escolar são também aquelas mais presentes no sistema socioeducativo.

13 Brasil, 2025.

Isso **não** autoriza a leitura simplista "saiu da escola, entra no socioeducativo": a maioria dos/as jovens que abandona a escola não está em atendimento socioeducativo, e muitos/as adolescentes em medida socioeducativa ainda mantêm vínculos, ainda que precários, com a escola. O que os dados sugerem é outra coisa: quando a escola deixa de funcionar como um espaço estável de laço, cuidado e simbolização, capaz de acolher conflito e desigualdade sem expulsar, o/a adolescente fica mais exposto a circuitos marcados pela precariedade, pelo trabalho ilegal e pela violência, em um contexto de racismo estrutural e desigualdade de classe já reiterado pelos relatórios nacionais.

Nesse sentido, **permanecer na escola** não é apenas "cumprir a obrigatoriedade legal", mas garantir um

lugar cotidiano de circulação da palavra, de mediação com o mundo adulto e de proteção relativa frente a outras formas de captura, inclusive a do sistema socioeducativo. Isso implica deslocar a ideia de permanência de uma lógica meramente burocrática (matrícula e frequência) para uma política efetiva de cuidado, em que a escola se reconheça como parte de uma rede que aposta, junto com a família e com outras políticas públicas, no destino desses/as adolescentes.

Diante desse cenário e considerando a PNAISARI, que orienta o cuidado integral à saúde de adolescentes privados/as de liberdade, uma pergunta precisa ser ampliada:

Em que momento, exatamente, esses/as jovens deixaram de ser vistos/as pela escola e pela rede de proteção como sujeitos?

Educação, saúde e socioeducação: quando o direito deixa de ser formal e se torna compromisso ético

Falar de educação dentro de unidades de internação é enfrentar uma pergunta incômoda: **qual é o papel da escola nesse contexto?** Ela serve apenas para cumprir protocolo legal, ou pode se tornar experiência de reconstrução de vida?

A educação continua sendo direito constitucional mesmo durante a privação de liberdade. O SINASE é assertivo: a escolarização e a profissionalização **não são benefícios adicionais**, mas **dimensões indissociáveis da medida socioeducativa**. No entanto, quando a escola oferecida nesse contexto funciona apenas como sala de contenção, com conteúdos desconectados da realidade e vínculos frágeis, ela deixa de operar como direito e passa a operar como **rotina disciplinar**.

Se o SINASE afirma que a educação é parte indissociável da medida socioeducativa, a PNAISARI amplia essa afirmação ao lembrar que **educar também é cuidar da saúde** e que a saúde, por sua vez, não se sustenta sem acesso à educação. Quando essas duas políticas se encontram, o direito deixa de ser apenas **garantia formal** e passa a se tornar **corresponsabilidade prática**. Não se trata apenas de manter o/a adolescente matriculado/a, mas de **assegurar que ele/a permaneça reconhecido/a enquanto sujeito, e não como alguém a ser administrado**.

A pergunta, então, deixa de ser "a escola está sendo ofertada?" e passa a ser: **essa escola, articulada com a saúde, está reconstruindo vínculos, produzindo pertencimento e ampliando horizontes?**

Qual é a relação da equipe de saúde com a educação desse/a adolescente?

A PNAISARI compreende que cuidar da saúde desse público envolve um olhar ampliado, atento às singularidades e aos determinantes sociais que atravessam a vida dos/as jovens – e a educação é um deles. Isso implica criar estratégias que garantam acompanhamento escolar, fomentar parcerias intersetoriais e promover atividades que articulem cuidado, aprendizagem e cidadania.

O papel dos/as profissionais é também o de **escutar**. Ao escutar as histórias de vida, as dificuldades e os desejos desses/as adolescentes, torna-se possível identificar barreiras e construir soluções conjuntas. Muitas vezes, o retorno à escola ou a participação em atividades educativas depende menos de uma ordem e mais do **fortalecimento de vínculos de confiança** entre adolescentes e adultos de referência.

Assim, ao reconhecer a educação como parte fundamental do cuidado integral em saúde, a PNAISARI

contribui para que esses/as jovens possam **vislumbrar futuros possíveis**. Mais do que ofertar acesso aos serviços de saúde, trata-se de **restituir a adolescência como tempo de aprendizagem, crescimento e elaboração de novos projetos de vida.**

DICA!

Oficinas de leitura, rodas de conversa, atividades culturais e esportivas podem se tornar instrumentos de ressignificação da experiência educativa, abrindo novos caminhos de reinserção social.
Aulas-oficinas que valorizem oralidade, rap, grafite e poesia marginal são formas de legitimar essas linguagens que já fazem parte do universo deles/as e, assim, produzir laço.

Como a PNAISARI pode sustentar a escola como espaço de cuidado?

◢ Acolher desde o primeiro dia de medida: garantir que o ingresso no sistema socioeducativo já acione a rede SUS do território: Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), entre outros serviços, com avaliação integral: corpo, mente, história e escola. Entrada com escuta, não com silêncio.
◢ Integrar o Projeto Terapêutico Singular (PTS)[14] à trajetória escolar: o PTS não pode ser documento isolado, deve ser construído com o/a adolescente e sua família, alinhado à proposta estabelecida em consonância com o PIA. A escola precisa estar incluída no projeto de cuidado.
◢ Oferecer apoio matricial real para a escola: professores/as não precisam manejar desafios sozinhos/as. As equipes de saúde podem ofe-

14 PTS (Projeto Terapêutico Singular): instrumento da saúde, construído de forma interdisciplinar no SUS, que organiza o cuidado clínico e psicossocial do/a adolescente. Define estratégias de acompanhamento, manejo do sofrimento, articulação com a rede e apoio à família, sempre em diálogo com as demandas da vida escolar e social.

recer escuta, discutir casos, criar dispositivos de redução de danos, construir estratégias de acolhimento e **ajudar a escola a enxergar o/a adolescente para além do comportamento**.

◢ Ativar o Programa de Saúde na Escola (PSE) como espaço de encontro, não apenas de campanha: oficinas sobre saúde mental, sexualidade, prevenção de violências e autocuidado, quando feitas com os/as jovens, não apenas **para** eles/as, podem ser o início de uma reaproximação com a escola.

◢ Pactuar rotinas e fluxos com a rede socioassistencial e educacional: não é favor: é responsabilidade compartilhada. É preciso garantir a matrícula em até sete dias, acompanhar a frequência e estabelecer comunicação entre Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), escola e unidade. Não para vigiar, mas para sustentar presença.

◢ Garantir continuidade do/a interno/a ao/à egresso/a: a medida acaba no papel, mas o risco permanece. Por isso, a transição precisa ser acompanhada: consulta de alta no SUS, e meses de monitoramento conjunto. **Cuidado não pode se interromper no portão da unidade.**

Ética e sigilo: cuidar sem expor

A troca de informações entre escola, saúde e socioeducativo precisa ser cuidadosa e ética. Não se trata de "vigiar" o/a adolescente nem de transformar relatórios em instrumentos de controle, mas de garantir continuidade nas ações de cuidado. Compartilhar dados **apenas quando necessário**, com consentimento sempre que possível, significa comunicar o suficiente para sustentar o cuidado.

Mais do que acompanhar comportamentos, trata-se de acompanhar trajetórias: saber se o/a adolescente retornou à escola, se está enfrentando dificuldades de aprendizagem, se mudou de território, se há episódios de sofrimento que interferem no desenvolvimento escolar. São informações que, quando bem destinadas, não expõem, mas protegem.

Em última instância, a pergunta que deve orientar nosso trabalho não é "estamos cumprindo as diretrizes?", mas "estamos oferecendo ao/à adolescente uma rede capaz de sustentá-lo/a quando ele/a tentar recomeçar?". Porque a PNAISARI, quando bem aplicada, não é apenas uma política de saúde, **é um pacto de não desistência e aposta!**

Considerações finais

A educação de adolescentes em atendimento socioeducativo não pode ser reduzida a um dado burocrático. Mais do que garantir matrícula ou frequência, trata-se de assegurar que a escola se constitua como espaço real de pertencimento, reconhecimento e circulação de saberes. Quando esse laço se rompe, seja por mecanismos explícitos de exclusão, seja pela chamada "expulsão simbólica", não se produz apenas evasão, mas a reafirmação de desigualdades históricas que confinam esses/as jovens a lugares de invisibilidade e risco.

É nesse ponto que a saúde se insere não como suporte acessório, mas como campo estratégico de produção de vínculos. Reconhecer a educação como determinante social da saúde é reconhecer também que cada trajetória interrompida carrega as marcas do racismo estrutural, da pobreza, da seletividade penal e da fragmentação das políticas públicas. A PNAISARI, nesse sentido, tensiona a imediatez e convoca profissionais a operar em rede, sustentando práticas que confrontam a lógica de abandono.

Mais do que recolocar o/a adolescente na escola a qualquer custo, o desafio é criar condições para que a escola volte a ter sentido. Isso implica integrar projetos pedagógicos e terapêuticos, construir continuidade entre internação e território, e abrir espaço para linguagens e experiências que legitimem a presença do/a jovem. Acompanhar essas travessias significa sustentar vínculos e percursos singulares, em que saúde e educação deixam de caminhar separadas.

Concluir esta reflexão é afirmar que a PNAISARI não é apenas uma política de saúde, mas uma política de corresponsabilidade: um pacto que atravessa Estado e sociedade, e que exige de nós a aposta na presença, no laço e no futuro desses/as adolescentes. Quando sustentada por essa rede intersetorial, a escola deixa de operar como dispositivo de exclusão e pode transformar-se, de fato, em lugar de reconstrução e de futuro.

Referências bibliográficas

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação CNJ n. 98/2021**: relatório de monitoramento das Audiências Concentradas. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2024. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/06/relatorio-audiencias-concentradas.pdf. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Levantamento nacional do SINASE – 2024**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; Universidade de Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/copy_of_levantamento2024SINASE.php.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

CHARLOT, Bernard. **Da relação com o saber**: elementos para uma teoria. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DAYRELL, Juarez. A escola "faz" as juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100 (Especial), p. 1.105–1.128, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0101-73302007000300022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/es/a/RTJFy53z5LHTJjFSzq5rCPH/?lang=pt. Acesso em: 30 set. 2025

DUBET, François. A escola e a exclusão. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 119, p. 29–52, 2003. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-15742003000200002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cp/a/JBTWwBmFCfZBxm9QKbxSN9C/?lang=pt. Acesso em: 30 set. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua**. Rio de Janeiro:

IBGE, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 1 out. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Nota Técnica n. 8, de 27 de junho de 2017**. Estimativas de fluxo escolar a partir do acompanhamento longitudinal dos registros de aluno do Censo Escolar do período 2007-2016. Brasília: INEP, [2017]. Disponível em: http://download.inep.gov.br/informacoes_estatisticas/indicadores_educacionais/2007_2016/nota_tecnica_taxas_transicao_2007_2016.pdf. Acesso em: 1 out. 2025.

MATIASSI, Andréa Chicri Torga. **Evasão escolar na pandemia da COVID-19**: o que os adolescentes nos ensinam. 2022. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/items/5dcb7fb9-22d0-4087-b835-f2057360bf25. Acesso em: 20 jan. 2026.

PATTO, Maria Helena Souza. A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p. 107-121, 1992. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771992000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2025.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/9786587596334. Disponível em: www.livrosabertos.abcd.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/932. Acesso em: 3 dez. 2025.

Participação social no sistema socioeducativo

Rosana Xavier Menezes de Oliveira
Thaisi Moreira Bauer

Introdução

A história da política voltada à infância e adolescência no Brasil é atravessada por disputas entre dois projetos inconciliáveis: de um lado, o da repressão, da criminalização da pobreza e da lógica tutelar que trata jovens como objetos de intervenção estatal; de outro, o da proteção integral, que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e afirma a participação social como fundamento democrático. Esse embate percorre mais de um século e segue definindo os rumos da socioeducação.

O Código de Menores de 1927 e sua reformulação em 1979 cristalizaram a chamada Doutrina da Situação Irregular, segundo a qual crianças e adolescentes pobres eram vistos/as como "em risco" e, por isso, submetidos/as ao controle do Estado. Como mostram Rizzini e Pilotti,[1] a pobreza era tratada como indício de periculosidade, legitimando práticas de internação compulsória, violência institucional e afastamento das famílias. A juventude negra e periférica, desde então, foi alvo dessa engrenagem de controle. Não havia espaço para participação da sociedade civil, tampouco escuta dos/as próprios/as adolescentes: a política operava pelo silenciamento.

1 Rizzini; Pilotti, 2011.

A ruptura com esse paradigma começa a se desenhar no período de redemocratização. A Constituição Federal de 1988 inaugurou o princípio da proteção

integral, inscrevendo no Artigo 227 a obrigação compartilhada entre Estado, sociedade e família na defesa dos direitos da infância e da adolescência.[2] Dois anos depois, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) consagra esse avanço ao instituir conselhos de direitos e mecanismos de controle social.[3] Pela primeira vez, a lei brasileira reconhecia a participação social como parte indissociável da formulação e do monitoramento das políticas públicas de infância.

2 Brasil, 1988.

3 Brasil, 1990.

Esse processo não foi uma concessão benevolente do Estado, mas resultado de intensa mobilização da sociedade civil. O Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, movimentos de familiares, pastorais sociais, associações comunitárias e organizações de direitos humanos ocuparam o espaço público e pressionaram por mudanças. Foram essas articulações que garantiram a inclusão, no ECA, da previsão de conselhos paritários e instâncias de participação comunitária. A luta da sociedade civil também se conectava a um cenário internacional: em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU) – ratificada pelo Brasil em 1990 – estabeleceu parâmetros globais para a participação de crianças e adolescentes nas decisões que os/as afetam, virando um princípio na nova legislação.

A mudança foi emblemática. Se antes adolescentes eram tratados/as como "problema social", passam a ser reconhecidos/as formalmente como sujeitos de direitos. Esse deslocamento exigiu e segue exigindo a construção de novas práticas: da escuta ativa à participação efetiva de adolescentes e famílias em conselhos e fóruns, passando pelo fortalecimento do controle social das políticas públicas. Ainda assim, a disputa permanece aberta. Como demonstram pesquisas recentes, 84% da população brasileira declarou apoiar a redução da maioridade penal,[4] revelando o quanto a

4 Datafolha [...], 2019.

cultura punitiva e o desconhecimento sobre o sistema socioeducativo seguem fortes.

Por isso, pensar a participação social na socioeducação é mais que revisitar um marco histórico. É afirmar que sem a mobilização organizada da sociedade civil não haveria o reconhecimento formal da proteção integral, nem políticas de direitos, nem mecanismos de controle democrático. A cada avanço, foi a pressão social que quebrou silêncios e forçou o Estado a se responsabilizar. Esse é o ponto de partida para compreender os marcos institucionais e normativos que estruturam a participação social no campo da socioeducação – tema da próxima seção.

Marco normativo e institucional

A conquista da participação social na socioeducação não se limita ao plano simbólico. Ela foi traduzida em marcos normativos e institucionais que estruturam, pelo menos no papel, um sistema comprometido com o controle democrático e a corresponsabilidade entre Estado e sociedade.

O ECA foi a primeira lei a estabelecer conselhos de direitos e conselhos tutelares como instâncias paritárias, formadas por representantes do poder público e da sociedade civil. Essa arquitetura buscava superar a lógica vertical e autoritária herdada da Doutrina da Situação Irregular, abrindo espaço para que a política fosse construída com base no diálogo e na participação.

Em 2006, a Resolução n. 113 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) consolidou a concepção do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), definindo que a promoção, a defesa e o controle dos direitos de crianças e adolescentes só poderiam se efetivar por meio da articulação entre diferentes atores e instâncias. Esse marco normativo

foi decisivo para situar a participação social não como acessória, mas como condição de funcionamento do próprio sistema de proteção integral.[5]

5 Brasil, 2006.

Outro passo importante foi a aprovação da Lei n. 12.594/2012, que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). A lei estabeleceu princípios como a intersetorialidade, a responsabilização em liberdade como prioridade e a previsão de conselhos gestores, fóruns estaduais e espaços de monitoramento da execução das medidas socioeducativas.[6] Em teoria, o SINASE reconhece que a socioeducação não pode se restringir a um modelo de encarceramento, mas deve articular políticas de saúde, educação, assistência social, cultura e trabalho. Essa articulação depende, necessariamente, da presença ativa da sociedade civil organizada.

6 Brasil, 2012.

Apesar dos avanços normativos, os desafios de implementação são imensos. Muitos conselhos gestores funcionam de forma precária, sem recursos ou apoio técnico. Há casos em que a participação da sociedade civil é reduzida a um papel decorativo, sem poder real de decisão. Além disso, a fragilidade institucional se agrava diante de tentativas de desmonte ou de esvaziamento político dos conselhos, como já ocorreu em diversas áreas de políticas públicas no Brasil.

O campo socioeducativo ilustra bem essa tensão: no plano legal, temos um sistema que aposta na participação e no controle social; na prática, ainda prevalece a lógica punitiva, marcada por internações em massa e pela invisibilidade dos conselhos e fóruns. É nesse espaço contraditório que a participação social precisa ser reafirmada como elemento vital da democracia, garantindo que a socioeducação não se reduza a políticas de contenção, mas se mantenha fiel ao princípio da proteção integral.

Esses marcos normativos e institucionais nos ajudam a compreender que a participação social não é

um favor do Estado, mas um direito conquistado e uma obrigação legal. Reconhecer isso é fundamental para analisar como os dados e diagnósticos atuais revelam o distanciamento entre o que está previsto na lei e o que se materializa no cotidiano das unidades socioeducativas.

Dados e diagnósticos atuais

Se o marco legal assegura a participação social, os dados recentes revelam o quanto ainda estamos distantes de sua efetivação. O perfil dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo demonstra que o sistema, em vez de ser um espaço de responsabilização, reflete e reproduz desigualdades estruturais do país.

Segundo os dados do SINASE, mais de 72% dos/as adolescentes privados/as de liberdade no Brasil são negros/as, e a imensa maioria vem de territórios periféricos marcados pela ausência de políticas públicas básicas.[7] Essa realidade evidencia que a socioeducação, em vez de atuar como medida de responsabilização, acaba reforçando o ciclo de exclusão social e racial.

7 Brasil, 2025.

Paralelamente, pesquisas de opinião mostram o peso da cultura punitivista na sociedade brasileira. Em 2019, um levantamento do Datafolha apontou que 84% da população apoiava a redução da maioridade penal para 16 anos. Esse dado, somado ao fato de que 40% das pessoas declaram ter pouca ou nenhuma informação sobre os direitos da infância e adolescência, demonstra não apenas a falta de conhecimento sobre o sistema socioeducativo, mas também a força de discursos simplistas que associam a juventude à criminalidade.

O enfraquecimento orçamentário agrava ainda mais esse quadro. Entre 2020 e 2023, o Plano Plurianual sequer mencionou a palavra “adolescente”, e o programa específico voltado ao público foi excluído.[8] Essa ausência reflete não apenas descaso institucional, mas

8 INESC, 2020.

uma opção política que prioriza a lógica fiscalista em detrimento de direitos fundamentais. A redução sistemática de recursos direcionados ao SINASE limita o alcance de políticas socioeducativas e compromete os espaços de participação social previstos em lei.

Outro dado importante: estudos apontam que os maiores números de aprovações legislativas em segurança pública acontecem em anos eleitorais ou no primeiro ano de governos.[9] Esse padrão revela como a insegurança e o medo social são instrumentalizados politicamente, resultando em medidas que fragilizam ainda mais os direitos dos/as adolescentes.

9 Campos, 2010; Cifali, 2016.

O cenário é evidente: existe um abismo entre a promessa legal da proteção integral e a realidade vivida pelos/as adolescentes. E esse abismo só pode ser enfrentado com o fortalecimento da participação social, capaz de tensionar o Estado, garantir transparência, denunciar violações e propor caminhos que coloquem os direitos humanos no centro da socioeducação.

Experiências e práticas de participação social

Apesar das dificuldades estruturais e políticas, a sociedade civil brasileira tem protagonizado experiências importantes de participação social no campo socioeducativo. Essas iniciativas mostram que, mesmo diante do desmonte orçamentário e institucional, a mobilização coletiva é capaz de produzir incidência política, monitorar violações e propor caminhos transformadores.

Um exemplo recente foi a série de inspeções realizadas no Ceará em 2025 pela Coalizão pela Socioeducação, que constatou graves violações de direitos nas Unidades Aldaci Barbosa Mota e Canindezinho, incluindo superlotação, violência institucional e ausência de garantias básicas de saúde e educação.

Na sequência, em julho de 2025, a Coalizão articulou com o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) a realização de uma vistoria surpresa em seis unidades socioeducativas do estado.[10] A missão confirmou as denúncias feitas pela sociedade civil: uso indevido de isolamento, precariedade nas condições de higiene e infraestrutura, negligência em saúde, uso excessivo de psicotrópicos sem acompanhamento adequado e restrições a direitos como educação e convivência familiar. Todos os cerca de 250 adolescentes internados foram ouvidos durante a inspeção, colocando no centro do debate suas percepções e denúncias. O CNDH apresentou recomendações ao Estado, como a instalação do Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura e a revisão urgente das práticas institucionais.

10 Brasil, 2017.

Outro marco ocorreu no Rio de Janeiro, em 2024, durante o debate sobre a regulamentação das abordagens policiais a adolescentes. A discussão surgiu diante de denúncias de que adolescentes, em especial meninos negros das periferias, estavam sendo impedidos de acessar as praias da cidade sob a justificativa de que não poderiam circular desacompanhados de seus responsáveis. A Coalizão pautou que tal prática configurava violação do direito de ir e vir e expressão de racismo institucional, além de reforçar estigmas históricos contra a juventude negra. No mesmo processo de incidência, a Coalizão ingressou como *amicus curiae*[11] na Reclamação n. 64.803, fortalecendo a argumentação sobre a ilegalidade das abordagens e conduções arbitrárias. Essa atuação integrada resultou na realização de uma audiência de conciliação no STF, em que ficou decidido que o Estado do Rio de Janeiro e o Município do Rio de Janeiro devem se abster de apreender e conduzir adolescentes às Delegacias de Polícia, salvo em caso de flagrante de ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada por autoridade judiciária.[12]

11 Expressão em latim que significa “amigo da corte”, é uma figura jurídica na qual uma pessoa, grupo ou entidade que não é parte no processo judicial intervém para auxiliar o tribunal, oferecendo informações, pareceres ou conhecimentos técnicos relevantes. Essa intervenção visa contribuir para uma decisão mais informada e justa, especialmente em processos de grande impacto social ou complexidade, sem tomar partido na causa. O *amicus curiae* é fundamental para enriquecer o debate jurídico e promover maior legitimidade nas decisões judiciais.

12 Brasil, 2024.

Como desdobramento, foram incluídas salvaguardas para coibir abusos e garantir que adolescentes tenham seus direitos de circulação e lazer respeitados, evidenciando como a articulação em rede pode enfrentar práticas discriminatórias e produzir mudanças concretas.

A incidência das famílias também merece destaque. O coletivo Vozes de Mães, no Ceará, tem desempenhado papel central na denúncia de violações e na defesa de direitos, organizando familiares de adolescentes privados/as de liberdade para que sejam reconhecidos/as como sujeitos políticos. Ao reivindicar dignidade e justiça para seus/as filhos/as, essas mães ampliam o alcance da participação social e reforçam a perspectiva de que a socioeducação deve ser orientada pela escuta e pelo cuidado.

Assim como no Ceará, em outros estados, grupos de mães e familiares têm se mobilizado em audiências, pressionado o sistema de justiça, denunciado práticas de tortura e articulado campanhas públicas contra a criminalização da juventude negra e periférica. Essas mobilizações mostram a força de uma perspectiva enraizada na experiência cotidiana, que denuncia seletividades raciais e sociais do sistema e propõe alternativas mais humanas ao encarceramento juvenil.

Também se destacam iniciativas autônomas de organizações e coletivos, como o Projeto Desinterna, que atua em diferentes estados para reduzir internações indevidas de adolescentes em medida socioeducativa. A partir de estratégias jurídicas e *advocacy*[13], o projeto demonstra que o fortalecimento de redes de proteção pode gerar alternativas concretas à privação de liberdade.

Essas experiências apontam para um traço comum: grande parte da participação ocorre de forma voluntária, sem o devido apoio institucional ou financeiro. A Coalizão pela Socioeducação, formada por mais de

13 *Advocacy* é uma ação organizada e estratégica para mobilizar a sociedade em defesa de direitos, com o objetivo de influenciar tomadores de decisão e incidir em políticas públicas. Trata-se de um processo que visa promover a participação de grupos muitas vezes excluídos do debate público, pressionando por mudanças e a implementação de políticas que garantam direitos e atendam às necessidades sociais. É uma ferramenta fundamental para fortalecer a democracia e assegurar a efetivação dos direitos humanos.

50 organizações, núcleos de pesquisa, coletivos e movimentos sociais, mostra a potência da ação coletiva ao incidir no Legislativo, no Executivo e no Judiciário. Entretanto, a atuação enfrenta limites claros, como a falta de financiamento, a criminalização de defensores de direitos humanos e a fragilidade dos conselhos gestores, muitas vezes reduzidos a espaços meramente formais.

Ainda assim, as práticas acumuladas demonstram que a participação social é capaz de produzir transformações concretas. Quando articulada em rede, a sociedade civil amplia sua capacidade de incidir sobre decisões estatais, de dar voz a adolescentes e familiares diretamente afetados e de resistir ao avanço do punitivismo no Brasil.

Reflexões e caminhos para o fortalecimento

A participação social no sistema socioeducativo não pode ser entendida apenas como um requisito legal ou formal; ela constitui um elemento central para a defesa da democracia, dos direitos humanos e da efetividade das políticas de socioeducação. Em contextos de crescente autoritarismo e retrocessos em direitos sociais, o fortalecimento da sociedade civil torna-se um mecanismo essencial de resistência e controle social.

A escuta ativa de adolescentes e familiares deve ser prioridade. Essa escuta não é apenas um direito, mas um instrumento para aprimorar o cotidiano das unidades e as políticas públicas, tornando-as mais eficazes e justas.

O papel das Defensorias Públicas é estratégico nesse processo. Estados que asseguram a participação da Defensoria em conselhos da rede de garantia de direitos registram menores índices de violações e maior eficácia na execução de medidas em meio aberto. A presença institucional garante respaldo técnico e jurídico para que

adolescentes e familiares possam exercer efetivamente seu direito à participação.

Entre os caminhos para fortalecer a participação social, destacam-se:

- Financiamento estável de organizações da sociedade civil: destinação de recursos do orçamento do SINASE para apoiar ações de monitoramento e advocacy, garantindo continuidade e capacidade de atuação.

- Fortalecimento institucional dos conselhos de direitos: paridade real entre governo e sociedade civil, representação de adolescentes e familiares, recursos para funcionamento, capacitação contínua e participação em fóruns nacionais.

- Formação política e cidadã: programas de capacitação em direitos humanos e participação social para familiares e adolescentes, ampliando o engajamento e a compreensão dos mecanismos de controle social.

- Indicadores de monitoramento: desenvolvimento de métricas para avaliar representatividade, regularidade das ações, capacidade de incidência e transparência das atividades, incorporadas aos sistemas oficiais do SINASE.

- Integração com pesquisa acadêmica: parcerias com universidades para produzir conhecimento situado, envolvendo adolescentes e familiares como copesquisadores e fortalecendo a participação qualificada.

A participação social, portanto, não é ornamento democrático: é condição de existência de políticas de socioeducação que respeitem direitos, promovam aprendizagem e cidadania, e reduzam a violência institucional. A atuação coletiva da sociedade civil, apoiada em dados, articulação em rede e escuta qualificada, demonstra que é possível construir um sistema socioeducativo verdadeiramente educativo e transformador.

Referências bibliográficas

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 7 set. 2025.

BRASIL. Resolução n. 113, de 19 de abril de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília: CONANDA, 2006. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/resolucao-no-113-de-19-04-06-parametros-do-sgd.pdf/view. Acesso em: 7 out. 2025.

BRASIL. Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em: 07 out. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos Humanos afirma em relatório sobre sistema socioeducativo do Ceará que medidas cautelares outorgadas pela CIDH não foram implementadas. Portal Gov.br, [Brasília], 16 nov. 2017. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/old/cndh/noticias/conselho-nacional-dos-direitos-humanos-afirma-em-relatorio-sobre-sistema-socioeducativo-do-ceara-que-medidas-cautelares-outorgadas-pela-cidh-nao-foram-implementadas-1. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Reclamação n. 64803. Rio de Janeiro: Supremo Tribunal Federal, 2024. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RCL64943Termodeaudincia.pdf. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Levantamento nacional do SINASE – 2024. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; Universidade de Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/copy_of_levantamento-2024SINASE.php.pdf. Acesso em: 7 set. 2025.

CAMPOS, Marcelo da Silveira. Crime e Congresso Nacional no Brasil pós-1988: uma análise da política criminal aprovada de 1989 a 2006. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

CIFALI, Ana Claudia. A política criminal brasileira no Governo Lula (2003–2010). São Paulo: Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2016.

DATAFOLHA: 84% dos brasileiros são favoráveis à redução da maioridade penal de 18 para 16 anos. g1, Brasília, 14 jan. 2019. Disponível em: https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/01/14/84-dos-brasileiros-sao-favoraveis-a-reducao-da-maioridade-penal-de-18-para-16-anos-diz-datafolha.ghtml. Acesso em: 19 nov. 2025.

INESC. Orçamento de 2021 mantém equilíbrio fiscal acima das necessidades da população. Inesc, Brasília, 15 set. 2020. Disponível em: https://www.inesc.org.br/orcamento-de-2021-mantem-equilibrio-fiscal-acima-das-necessidades-da-populacao/. Acesso em: 19 nov. 2025.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (orgs.). A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Bios dos autores

Alzira de Oliveira Jorge
Médica Sanitarista. Doutora em Saúde Coletiva. Tem experiência na área, com ênfase em Planejamento e Gestão em Saúde, tendo participado da direção das Secretarias Municipais de Saúde de Ipatinga-MG e Belo Horizonte, e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Conta ainda com experiência em Gestão Hospitalar a partir de assessoria à direção do Hospital das Clínicas da UFMG e à Diretoria Geral do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Atualmente, é professora associada da Faculdade de Medicina da UFMG e orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública-PPGSP e Mestrado Profissional de Promoção à Saúde e Prevenção de Violência.

Ana Luisa Lemos Serra
Psicóloga. Formada em Neuropsicologia, especialista em Gestão Clínica das Redes de Saúde e em Psicologia Escolar, docente no curso de Pós-Graduação em Suicidologia. Por 13 anos (2006 -2019), atuou na Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde, apoiando a implantação e implementação de políticas de saúde voltadas para essa população, em especial a PNAISARI. Compõe a equipe da Coordenação Geral do Acesso e Equidade do Ministério da Saúde, seguindo no acompanhamento da implantação e implementação da PNAISARI no Brasil. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Ana Luiza de Oliveira Moreira
Graduada em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG. Mestranda em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da FACE/UFMG. Integra o colegiado de coordenação do Programa de Extensão Janela da Escuta. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens da UFMG. Assessora do Projeto Adolescências e Tessituras.

Andréa Chicri Torga Matiassi
Psicóloga e Psicanalista. Doutora em Educação pela Faculdade de Educação (UFMG). Mestre em Educação Tecnológica pelo CEFET/MG. Especialista em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina/UFMG. Integra o colegiado de coordenação do Programa de Pesquisa e Extensão Janela da Escuta. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens da UFMG. Coordenadora do Núcleo de Apoio e Experiência Docente – NAPED da Faculdade de Medicina AFYA Contagem. Coordenadora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Anna Karina Martins de Oliveira
Odontóloga. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda em Odontologia (UFRGS). Exerce função de Analista em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), onde atua na Escola de Saúde Pública (ESP/RS). Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Bárbara Oliveira Batista
Psicóloga pela UFMG, psicanalista e atriz. Integra o colegiado de coordenação do Programa de Pesquisa e Extensão Janela da Escuta. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adoles-

centes e Jovens da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Assessora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Bianca Ferreira Rocha
Psicóloga e Psicanalista. Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora e Mestre em Psicologia; especialista em Saúde do Adolescente, todos pela UFMG. Membro do colegiado do Programa de Extensão e Pesquisa Janela da Escuta e pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens da UFMG. Tem experiência com a gestão das medidas socioeducativas de internação e semiliberdade de Minas Gerais. Coordenadora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Caroline Maria Arantes de Morais
Psicóloga, Terapeuta Cognitivo-Comportamental e Neuropsicóloga, com especialização em Reabilitação Cognitiva. Formação em Terapia Sexual. Atua no Ministério da Saúde em políticas voltadas para a adolescência desde 2014. Tem experiência profissional em Unidades Socioeducativas, Centros Sociais de Educação Infantil e Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Esther Maria Dias Kfuri
Psicóloga e Psicanalista. Aluna do curso de especialização em Saúde do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG, integra a equipe Catu do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e o colegiado de coordenação do Programa de Extensão Janela da Escuta. Assessora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Fernanda Ramos Monteiro
Nutricionista. Doutora e Mestre em Ciências da Saúde pela UNB. Formada no curso Liderança Executiva em Desenvolvimento na Primeira Infância pela Universidade de Harvard. Fez residência em Saúde Pública pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Exerce função de diretora da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP-DF). Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Jacyane Melo de Oliveira Santos
Cirurgiã-Dentista, Especialista e Mestre em Saúde Coletiva pela UFRN. Sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, integra o Núcleo de Inovação, Pesquisa e Extensão da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte e exerce atualmente a vice-presidência da Revista Diálogos em Saúde Pública e Revista Encontros & Ações. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Joseneide Lima Nogueira
Tecnóloga em Gestão Pública. Especialista em Gestão Pública com ênfase em Saúde da Família. Exerce função de Assessora Técnica da Coordenação do Acesso e Equidade – Caeq/CGESCO/Desco/SAPS/Ministério da Saúde, onde atua na Política Integral Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI).

Laura Lemos Avelar
Psicóloga e Psicanalista. Especializanda em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina/UFMG. Integra o colegiado de coordenação do Programa de Pesquisa e Extensão Janela da Escuta. Assessora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Lilian Silva Gonçalves
Coordenação Geral de Acesso e Equidade na Atenção Primária à Saúde (CGAEQ).

Luan Gomide de Sousa Cândido
Jornalista, Pesquisador, Escritor, Cineasta e Redutor de Danos. Produziu os filmes *Tereza por direitos (2025)* e *Pedreira de cima a baixo (2005),* desenvolveu artigos e o conceito "comunicação abolicionista" (2021). Diagramador das publicações do ISER, mobilizador da luta antimanicomial, antiproibicionista e antiprisional, sendo premiado pelo TJMG (2025). Trabalhou em projetos de saúde, cidadania e segurança pública, pela promoção dos direitos das juventudes. Como articulador social, criou iniciativas culturais e antirracistas, como o projeto Arte da Pedra e o Centro Cultural Flor do Cascalho nas periferias de Belo Horizonte e interior de MG. Ainda, atuou na assessoria de imprensa do Legislativo mineiro e na elaboração de campanhas contra violência policial e transformação social com recurso da ONU. Integra a equipe de governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Márcia Rocha Parizzi
Médica pediatra com especialização em Saúde do Adolescente e doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG. Tem experiência na área de saúde pública na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, onde atuou como pediatra na Atenção Primária à Saúde de 1984 a 2009 e como gestora da Política de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente de 2007 a 2024. Como gestora, ocupou a função de Coordenação da Área Técnica de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente de 2009 a 2017, período em que participou da implantação e implementação da Política de Atenção

Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) em Belo Horizonte, bem como da Linha de Cuidado de Atenção às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade, e seus filhos. Consultora do Projeto Adolescências e Tessituras.

Rejane Ferreira dos Reis
Médica Pediatra, Cardiologista Pediatra, Epidemiologista, Sanitarista, Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Coordenadora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Rosana Xavier Menezes de Oliveira
Comunicóloga, Especialista em Educação Social e Direitos Humanos. Integra a equipe técnica da Coalizão pela Socioeducação. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Thaisi Moreira Bauer
Advogada, Militante, Especialista em Ciências Penais, mestranda em Educação, Culturas e Identidades (UFRPE/Fundaj) e Secretária Executiva da Coalizão pela Socioeducação. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Thereza de Lamare Franco Netto
Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz), Mestre em Políticas Sociais pela Universidade de Brasília (UnB) e Graduada em Comunicação Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Servidora e gestora pública com mais de 30 anos de atuação na área da infância e adolescência, ocupou por 15 anos o cargo de Coordenadora-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens no Ministério da Saúde. Posteriormente, assumiu a coordenação do

Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, referência no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Atualmente, está como apoiadora técnica da Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde em parceria com a ENSP/FIOCRUZ e consultora da Childhood e UNICEF. Consultora do Projeto Adolescência e Tessituras.

Lista de siglas

ACE – Agente de combate às endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEGOV – Centro de Estudos Internacionais sobre Governo
CNDH – Conselho Nacional dos Direitos Humanos
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DSDR – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eAP – Equipes de Atenção Primária à Saúde
eMulti – Equipes Multiprofissionais na APS
eSF – equipes de Saúde da Família
FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FEBEM – Fundação do Bem-Estar do Menor
FUNABEM – Fundação do Bem-Estar do Menor
GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial
HIV – Human Immunodeficiency Virus (Tradução: Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LA – Liberdade Assistida
MDS – Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PIA – Plano Individual de Atendimento
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PNI – Programa Nacional de Imunizações
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPCAAM – Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
PSC – Prestação de Serviço à Comunidade
PSE – Programa de Saúde na Escola
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RD – Redução de Danos
SAM – Serviço de Assistência ao Menor
SGD – Sistema de Garantia de Direitos
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (Tradução: Fundo das Nações Unidas para a Infância)

Glossário sus

Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS): a AB/APS é o primeiro nível de atenção em saúde e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por uma equipe multiprofissional e dirigidas à população em um território definido, sobre o qual as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Equipes de Saúde da Família (eSF): são as equipes multiprofissionais que executam a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Elas trabalham no território definido, assumindo a responsabilidade sanitária pela população adscrita. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a eSF é composta, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- Médico (preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade).
- Enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família).
- Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem.
- Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A equipe também pode ser complementada por Agente de Combate às Endemias (ACE) e profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal). Além das eSF, a PNAB e as regulamentações mais recentes reconhecem e preveem a existência de diversas modalidades de equipes que compõem e complementam a APS no SUS.

Equipe Multiprofissional na Atenção Primária (eMulti): instituída pela Portaria n. 635/2023, a eMulti é uma estratégia que reorganiza as equipes, incorporando profissionais de diferentes categorias e áreas do conhecimento para atuar de forma integrada e complementar às equipes de Saúde da Família (eSF). Dessa forma, visa fortalecer o cuidado integral e ampliado na APS em diferentes modalidades (ampliada, complementar, estratégica), focando na resolutividade e longitudinalidade do cuidado.

Estratégia de Saúde da Família (ESF): é o modelo prioritário da PNAB para a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica no Brasil. Ela favorece uma reorganização do processo de trabalho na AB, com o maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar positivamente na situação de saúde das pessoas e coletividades. A ESF consolida a APS e favorece uma abordagem territorializada, centrada na integralidade do cuidado, no acolhimento e no vínculo com os usuários.

Sistema Único de Saúde (SUS): é a denominação do sistema público de saúde no Brasil. Este sistema oferta ações e serviços de saúde pública, prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público; e por instituições privadas, de forma complementar.

Unidade Básica de Saúde (UBS): é um estabelecimento de saúde que funciona como porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Compõe a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS.

Glossário dos capítulos

Autonomia: Significa autogoverno, autodeterminação e é a capacidade que o ser humano tem de tomar decisões sobre a sua saúde, assumindo a responsabilidade sobre seu tratamento.

Cisgênera: Pessoa cuja identidade de gênero corresponde ao sexo atribuído ao nascer.

Confidencialidade: Direito de preservar suas informações pessoais, de acordo com a sua capacidade, mesmo em relação a seus pais e responsáveis. Há limites pelo risco da saúde e da vida.

Gênero: Construção social, política e histórica que atribui sentidos ao que se entende por masculino e feminino, indicando o aspecto relacional, e não inato, não refletindo uma realidade biológica.

Identidade de gênero: Experiência interna e individual de cada pessoa em relação ao seu próprio gênero, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascimento.

LGBTIA+: Sigla que contempla lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersexuais, assexuais, pansexuais e gêneros neutros. O uso do sinal "+" cumpre a função de busca por abarcar as diferentes formas de orientação sexual e identidade de gênero que sofrem discriminação e preconceito.

Orientação sexual: Diz respeito à atração emocional, romântica e/ou sexual por outras pessoas.

Pansexual: Pessoa que se sente atraída emocional, romântica e/ou sexualmente por pessoas de qualquer gênero, não sendo o gênero um fator determinante para a atração.

Privacidade: É o direito que o/a paciente tem de limitar o acesso à própria pessoa e à sua intimidade.

Promoção da cultura de paz: Significa e pressupõe trabalhar de forma integrada em prol das mudanças almejadas, tais como: justiça social, igualdade entre os sexos, eliminação do racismo e da intolerância religiosa, eliminação do ageísmo, respeito aos direitos humanos, equilíbrio ecológico, participação democrática e liberdade política. A cultura de paz é o elo que interliga todos esses ideais num único processo de transformação social e pessoal.[1]

Raça: Foi criado para justificar a exploração de determinados corpos, sendo o homem branco europeu considerado o ideal universal, enquanto os demais foram classificados como "outros raciais".[2] O termo "raça" não tem nenhuma base biológica, trata-se de uma construção social ligada a interesses políticos e à expansão do capitalismo.

Racismo: Discriminação baseada na falsa ideia de superioridade racial, pautada em características fenotípicas, como: cor da pele, textura dos cabelos, traços do rosto, além de preconceitos em torno de uma cultura ou religião. Pode ser individual, institucional ou estrutural.

Racismo estrutural: O racismo se manifesta de forma estrutural ao excluir pessoas de cor das principais es-

1 BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola**: promoção da cultura de paz e direitos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_cultura_paz.pdf. Acesso em: 14 set. 2025, p. 23.

2 MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

truturas sociais e políticas, enquanto privilegia abertamente os brancos, mantendo os demais em desvantagem e à margem do poder.[3]

Racismo institucional: O racismo institucional pode ser definido como uma falha das instituições em garantir o atendimento apropriado aos indivíduos em relação a sua cor, cultura, origem étnica ou racial. O racismo institucional é percebido quando o Estado escolhe, desde o início, não atuar de forma ativa diante das desigualdades enfrentadas por uma parcela de sua população. Por esse motivo, o racismo institucional pode ser entendido também como uma violência do Estado contra esta população.[4]

Sexualidade: Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), trata-se de um aspecto central do ser humano ao longo da vida, que inclui sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

Transgênera: Pessoa cuja identidade de gênero não corresponde ao sexo atribuído ao nascer.

Travesti: Assim como o termo "transgênero", refere-se a pessoa cuja identidade de gênero não corresponde ao sexo atribuído ao nascer. No entanto, trata-se de identidade de gênero exclusivamente feminina. O uso da nomeação "travesti" traz consigo forte carga política e social, sendo tomada como elemento de resistência, com uso predominante na América Latina.

Violência: Evento representado por ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, governos ou nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.[5]

3 KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

4 WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, [*s. l.*], v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610. Acesso em: 29 set. 2025.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolecentes.pdf/view. Acesso em: 21 set. 2025, p. 89.

JANELA DA ESCUTA

ADOLESCÊNCIAS E TESSITURAS

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE