

Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade

For an effective policy of comprehensive health care for adolescents in conflict with the law and deprived of freedom

Cristina Campolina Vilas Boas¹, Cristiane de Freitas Cunha², Raquel Carvalho³

RESUMO

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

Palavras-chave: Adolescente Institucionalizado/psicologia; Adolescente Institucionalizado/educação; Adolescente/legislação & jurisprudência; Saúde do Adolescente; Comportamento do Adolescente; Defesa da Criança e do Adolescente; Políticas Públicas.

¹ Psicóloga. Doutoranda em Ciências da Saúde, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente/FMU-FMG. Pesquisadora do Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente – ObservaPED – Dep. Pediatria/Faculdade de Medicina/UFMG, Belo Horizonte, MG - Brasil.

² Médica. Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente/FMU-FMG. Professora do Dep. Pediatria/FMU-FMG. Coordenadora do Eixo Violência do Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente – ObservaPED – Dep. Pediatria/Faculdade de Medicina/UFMG, Belo Horizonte, MG - Brasil.

³ Discente do curso de Medicina/UFMG. Pesquisadora do Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente – ObservaPED – Departamento de Pediatria/Faculdade de Medicina/UFMG, Belo Horizonte, MG - Brasil.

ABSTRACT

This article aim is to discuss the attention to health care of adolescent deprived from freedom due to infractions, in Brazil. To that end, two major approaches are discussed: 1) point out the difficulties and challenges in securing the right to health of institutionalized adolescents in inpatient units, 2) stimulate new areas of discussion of the issue, especially in healthcare, contributing to state incipient public policies on the area of adolescence in conflict with the law and also boost new actions accordingly.

Key words: Adolescent, Institutionalized/psychology; Adolescent Institutionalized/ education; Adolescent/legislation & jurisprudence; Adolescent Health; Adolescent Behavior; Child Advocacy; Public Policies.

INTRODUÇÃO

Este artigo pretende discutir os desafios à garantia da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade no Brasil. A prática infracional dos adolescentes envolvidos com a criminalidade indica um questionamento ao contrato social, às normas e regras estabelecidas pelo corpo social e que são garantidoras da ordem e do convívio em sociedade. O Seminário Mais Juventude na Saúde: Vamos Falar Disso? – Adolescentes em Conflito com a Lei, realizado pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, em 2009, atesta a pertinência do tema ao propor o debate sobre estratégias e ações articuladas entre secretarias municipais e estaduais em benefício da garantia dos cuidados com a saúde desse adolescente. Sabe-se que, com o advento da Conven-

Recebido em: 19/05/2010

Aprovado em: 04/06/2010

Instituição:

Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:

Av. Alfredo Balena, 190
Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG - Brasil
CEP: 30.130-100

Email: ccampolinavc@yahoo.com.br

ção Internacional sobre os Direitos da Criança¹, da Constituição Federal² e do Estatuto da Criança e do Adolescente³, a Doutrina da Proteção Integral passa a assegurar o direito à vida e à saúde das pessoas em desenvolvimento. O Levantamento Estatístico da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial de Direitos Humanos⁴, feito em 2004, identificou que existiam aproximadamente 39.587 adolescentes no sistema socioeducativo, em cumprimento de medida socioeducativa, determinação judicial prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A população brasileira entre 12 e 18 anos, nesse ano, era composta de 25 milhões de adolescentes, número que equivale a 0,15% da população total.⁵ Os dados de 2005-2006 confirmam que, do total de 24.461.666 adolescentes, 14.192 estavam privados de liberdade.⁶ Esses adolescentes, entretanto, internados em unidades socioeducativas, deveriam estar privados de sua liberdade, mas não do direito à saúde integral, como acontece na maior parte do Brasil. Na realidade, esses adolescentes são privados frequentemente de respeito, dignidade, privacidade e integridade física, psicológica e moral, como atesta a pesquisa realizada por Assis e Constantino⁷. Infelizmente, degradar para controlar, e controlar para degradar. Esta é a lógica que rege a engrenagem institucional.⁷ Não obstante, a situação de embaraço do adolescente com a justiça é transitória, ou seja, ter cometido uma transgressão à lei não faz dele uma aberração social ou um psicopata com personalidade antissocial em formação; nomes frequentemente dados pela sociedade que patologizam e que estigmatizam o sujeito em conflito com a lei.⁸ Sobre isso, Maria Cecília Minayo⁹ esclarece que há constante combinação de aspectos biológicos e sociais na construção de tipos de personalidades e subjetividades e na sua expressão no contexto histórico-social, em cujas particularidades biológicas encontram as idiosincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e socioculturais em que as pessoas crescem e se desenvolvem.⁹

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

De forma geral, é recorrente a dificuldade de sensibilizar autoridades, gestores, técnicos e pesquisadores para o interesse pela questão da saúde do adolescente privado de liberdade. E o próprio adolescente padece de igual dificuldade. Nesse sentido, o presente estudo visa também a estimular essa discussão que tem como meta a concretização e a materialização do direito desse adolescente à saúde.

A REALIDADE DOS DIREITOS VIOLADOS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Em 2006, ocorreu a Inspeção Nacional às Unidades de Internação de Adolescentes em Conflito com a Lei, em todo o Brasil. O Conselho Federal de Psicologia e o Conselho da Ordem dos Advogados do Brasil objetivavam avaliar os níveis de efetivação dos direitos deferidos aos jovens nessa condição, denunciar as violações, suscitar debates e propor ações. O documento publicado é chave para leitura das diferenças e invariâncias da experiência de privação de liberdade. Em linhas gerais, há significativo distanciamento entre o ideal jurídico da garantia de direitos conquistados pelos adolescentes autores de atos infracionais e a realidade de direitos violados. Além disso, a Inspeção mostra a face desumanizante do tratamento recebido pelos adolescentes naquela situação em grande parte das unidades de internação, o que pode ser creditado à inconsistência dos investimentos ou à incompetência do gerenciamento alçado à condição de política pública deliberadamente executada ou não executada.¹⁰

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

[...] dermatoses variadas, inexistindo qualquer controle em relação a tuberculose, DST/AIDS e sofrimento ou transtorno psíquico, deficiências e drogadição. As principais queixas dos adolescentes estão relacionadas às doenças respiratórias. Entretanto, a rotina do setor de saúde é a vermifugação em massa. Denúncia grave de um caso de necessidade de emergência não atendida: um adolescente baleado, na véspera, estava sem atendimento adequado, em uma cela superlotada. O número de profissionais de saúde é in-

*suficiente para atender às demandas, inexistindo atividades preventivas de saúde. Os adolescentes não recebem preservativos. Nem mesmo há programas de prevenção à drogadição. Como tudo, a situação dos medicamentos disponíveis é bastante precária. É crível inferir que os adolescentes costumam ser medicados com psicotrópicos por problemas de comportamento.*¹¹

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

*Não há um programa sistematizado e de frequência regular de ações preventivas de DST/AIDS e de drogadição, contando somente, segundo as supervisoras, com “iniciativas pontuais de alguns funcionários”, que possuem experiência nessa e naquela ação. Nos relatos dos adolescentes entrevistados, estes informaram que não recebem acompanhamento médico em caso de lesões sofridas por espancamentos; que as roupas são trocadas de quatro em quatro dias [...] que os banhos, em geral, são frios [enfim] há precariedade e negligência no atendimento de saúde aos internos.*¹¹

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

Outro estudo indispensável é o Mapeamento Nacional da Situação das Unidades de Execução da Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade¹², realizado em 2002, pelo Ministério da Justiça. Nele constatou-se que a gama de problemas existentes nessas unidades é ampla, variando da insuficiência de profissionais de saúde até a medicalização em massa dos adolescentes ali internados. Essa medicalização funciona, não raramente, como espécie de algema medicamentosa como forma de anestesiá-lo o adolescente e [que] funciona como tampão para as questões que as unidades têm que enfrentar.¹³ Esse estudo mostrou também que a maioria dos adolescentes privados de

liberdade utilizava os serviços da rede SUS e que por isso eram sujeitos às dificuldades recorrentes de acesso da população adolescente brasileira vista em sua totalidade. Raramente havia equipe do Programa de Saúde da Família para o acompanhamento dos casos fora do espaço da unidade de internação. A maioria das unidades não oferecia assistência aos usuários e dependentes químicos e as ações de saúde mental também eram escassas. A prevenção e a orientação sobre a transmissão do vírus da imunodeficiência humana eram esporádicas, assim como a distribuição de preservativos, além da sexualidade dos adolescentes ser recorrentemente negada. Acredita-se que as referidas dificuldades são agravadas pela falta de capacitação do técnico para lidar com o adolescente em conflito com a lei, também pelo preconceito que permeia a relação profissional de saúde-adolescente e ainda pela precariedade de condições de trabalho do profissional.

O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI PRIVADO DE LIBERDADE, A DOUTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O DIREITO À SAÚDE

De acordo Mendez e Costa¹⁴, por meio da Doutrina das Nações Unidas de Proteção Integral da Infância – corpo de legislação internacional composto pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança¹; pelas Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça de Menores¹⁵; pelas Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade¹⁶ e pelas Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de RIAD¹⁷) – o adolescente passa de **menor a sujeito de direitos e deveres**. Ou, como afirma o jurista João Batista Costa Saraiva¹⁸, o adolescente sai da invisibilidade, da indiferença e ganha o direito à proteção integral. Anteriormente a esta doutrina, vigorava no Brasil a noção de doutrina da situação irregular na qual se fundamentava o antigo Código de Menores em suas duas versões, a primeira de 1927 e a segunda de 1979. Em tal contexto, o Estado se fazia presente na vida de crianças e adolescentes apenas em situações de vulnerabilidade material ou moral, como descrevem Mendez e Costa¹⁴, ou seja, eles eram meros objetos de tutela e de repressão por parte do Estado. Pode-se afirmar que naquela época o Estado se preocupava exclusi-

vamente em afastar quaisquer ameaças ao contrato social, logo, os **menores**, tomados indistintamente, constituíam um perigo à sociedade e pouco mais que isso. Ao Estado cabia a manutenção da ordem a partir do controle social, da eliminação de possíveis riscos. Cabe enfatizar que a doutrina da situação irregular não prescrevia qualquer tipo de ação do Estado no sentido de responsabilização, nem de alteração do *status quo*. Com o advento da doutrina da proteção integral é introduzida a obrigatoriedade de garantia de direitos da criança e do adolescente e de afirmação de sua cidadania. Em consonância com a referida doutrina, a Constituição Federal de 1988², chamada de “Constituição Cidadã”, em seu artigo 227 determina que:

*É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.*²

Em 1990, a aprovação da Lei 8.069/90³ implementa o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e um novo horizonte começa, pois, a se delinear. O ECA é, essencialmente, um mecanismo de garantia de direitos e de afirmação de cidadania e, por conseguinte, é referencial legal obrigatório nas ações que beneficiam crianças e adolescentes. Essa lei se assenta no princípio da igualdade entre eles que, sem distinção, devem usufruir os mesmos direitos e estar sujeitos às obrigações compatíveis com sua condição de desenvolvimento. No caso do adolescente em conflito com a lei, o Estatuto determina a aplicação de uma das seis medidas socioeducativas previstas pela lei. O título III do ECA - Da prática de ato infracional, capítulo IV – Das medidas socioeducativas, artigo 112 afirma que se:

*Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas: I – advertência; II – obrigação de reparar o dano; III – prestação de serviço à comunidade; IV – liberdade assistida; V – inserção em regime de semiliberdade; VI – internação em estabelecimento educacional; VII – qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI [medidas protetivas].*³

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

*O sistema socioeducativo caracteriza-se, portanto, como um sistema jurídico especial, de responsabilidade do autor de ato infracional, sistema jurídico diferente do sistema de responsabilidade penal do infrator adulto, mas ainda assim de responsabilidade penal juvenil.*¹⁹

Em 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA – e a Secretaria Especial de Direitos Humanos criaram o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo-SINASE²⁰ – pretendendo a incorporação da questão do adolescente em conflito na agenda das políticas públicas para a juventude.

*O Sinase propõe diretrizes para uma política pública voltada para a implementação das medidas socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Estabelece um conjunto de regras e critérios de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo que devem ser seguidos durante o processo de apuração de ato infracional cometido por adolescentes até a execução de medida socioeducativa.*²¹

Esse documento é norteador das políticas inter-setoriais em nível local e da construção de redes comunitárias de apoio. O SINASE constitui-se, por conseguinte, em instrumento indispensável para a efetivação do Estatuto que, em muitos aspectos, encontra-se estritamente no plano jurídico e político-conceitual, longe de alcançar os sujeitos de direitos: os adolescentes. Justifica-se a criação do SINASE devido ao grande interesse do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e dos movimentos sociais de defesa da criança e do adolescente, pelo enfrentamento das situações de violência e violação de direitos que afetam os adolescentes autores de ato infracional, no âmbito do sistema socioeducativo.

Na abertura da publicação intitulada *Nem soldados nem inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro*²², Minayo diz que não raro o sistema socioeducativo acentua as desigualdades e a exclusão já presentes na vida dos adolescentes antes da transgressão. Para tal autora, isso decorre da “Pedagogia” fundada no aprisionamento, na impessoalidade e na disciplina. Com efeito, o SINASE vislumbra o fim das práticas de violência física, abusos psicológicos e negligência no sistema socioeducativo, herança do Código de Menores e sua doutrina da situação irregular, vigentes até fins dos anos 80. Para que se alcance tamanha mudança, de acordo com o SINASE, a proposta é de que: sejam priorizadas as medidas socioeducativas de meio aberto (advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade e privação de liberdade); ocorra a municipalização das medidas socioeducativas; haja efetiva articulação dos três níveis do governo em prol do aprimoramento dos serviços e programas de execução dessas medidas, levando em conta a intersectorialidade; os conselhos de direitos das crianças e adolescentes fundamentem suas decisões e diagnósticos a partir de diálogos com os demais integrantes do sistema de garantias, tais como o Poder Judiciário e o Ministério Público. É preciso insistir, uma vez mais, que a situação dos adolescentes autores de ato infracional privados de liberdade no Brasil está em processo de mudança, que a heterogeneidade prevalece como marca da execução das medidas socioeducativas nas unidades federativas. Alguns municípios já se comprometeram com o pacto social pela operacionalização do SINASE e outros estão sendo sensibilizados para o fazer.

Constituem também proposta do SINASE a uniformização, a homogeneização da execução das medidas socioeducativas. Para tanto, esse documento fornece pontos cardeais, por exemplo, para a humanização arquitetônica dos centros de internação, no intuito de promover a salubridade, a higiene, enfim, a garantia do direito do adolescente à saúde. O sistema parte dos princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade nas ações, reafirmando o artigo 7º do ECA que versa sobre a necessidade do atendimento integral à saúde, por intermédio do SUS, para promover, proteger e recuperar a saúde do adolescente. Já que no documento citado estão descritas as diretrizes de ação dos diversos atores da saúde, admite-se que o profissional de saúde deva conhecer o SINASE para agir de modo sintônico às suas proposições.

Em tópico intitulado eixo saúde, o SINASE coloca em evidência duas portarias, criadas posteriormente àquele documento, de máxima importância para a descoberta do caminho de interface entre a execução das medidas socioeducativas e a política da saúde, a saber: a Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1426, de 14 de julho de 2004²³, e a Portaria do Ministério da Saúde nº 340, de 14 de julho de 2004²⁴. A primeira aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no âmbito do SUS. Em linhas gerais, tais diretrizes terão por finalidade a promoção da saúde daqueles adolescentes, oferecendo abordagem educativa, integral, humanizada e de qualidade. E, ainda, a Portaria 1426/2004²³ define as participações e contrapartidas de cada esfera do governo e dos órgãos de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. Destaca-se nessa Portaria²³ o artigo 2º, que determina a criação de um Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde aos Adolescentes Privados de Liberdade, em cada unidade federativa do Brasil. A segunda Portaria²⁴ dá providências para a fixação de normas, critérios e fluxos que favoreçam os estados e municípios à adesão e à operacionalização das diretrizes de implantação e implementação de políticas referentes ao mesmo público. Ela zela pela garantia da integralidade e universalidade no acesso do adolescente privado de liberdade aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, assim como pela atenção à saúde humanizada e de qualidade, de acordo com os princípios do SUS. E estabelece que as secretarias estaduais e municipais, juntamente com a secretaria gestora do sistema socioeducativo, deverão desenvolver em conjunto os procedimentos necessários para atingir tais metas. Será via: 1) ações de promoção de saúde; 2) ações de práticas educativas; 3) ações de assistência à saúde, que a promoção da saúde, a prevenção de riscos e a assistência aos agravos poderão ser viabilizadas. O texto da Portaria apresenta com detalhes cada uma das ações elencadas. A deliberação CIB – SUS/MG nº 432, de 17 de abril de 2008²⁵, aprova o Plano Operativo Estadual de Minas Gerais de Atenção à Saúde dos Adolescentes Privados de Liberdade em Cumprimento de Medida Socioeducativa em Regime de Internação e Internação Provisória e dispõe sobre requisitos de incentivo financeiro. Por fim, ainda no rol das normativas que interessam à discussão deste artigo, há a Portaria nº 647 de 11 de novembro de 2008²⁶, criada em conjun-

to pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres que, fundamentalmente, aprova as normas para a implantação e implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – o PNAISARI.

Mas, como realmente promover a integralidade e a intersetorialidade no atendimento às necessidades de saúde da população constituída por adolescentes em cumprimento à medida socioeducativa de privação de liberdade? Há urgência na construção de política de atenção à saúde real e efetiva para tais adolescentes certamente em todo o Brasil, mas aqui interessa especificamente o estado de Minas Gerais. Considerando o conjunto de portarias e deliberações citadas e seus parâmetros, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e a Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais estabeleceram, em 2008, o Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde dos Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas em Regime de Internação e Internação Provisória (POE).²⁵ Esse plano define as diretrizes para que as secretarias municipais de saúde elaborem seu Plano de Ação Municipal de Assistência Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória. Esses documentos foram estruturados seguindo à risca os parâmetros definidos pelas referidas portarias. Assim, com a aprovação do POE do estado de Minas Gerais, a expectativa é de que as secretarias municipais de saúde elaborem e implementem seus respectivos Planos de Ação Municipal de Assistência Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória. A título de esclarecimento, vale a pena ressaltar que os municípios brasileiros devem se ocupar da execução das medidas socioeducativas de meio aberto, enquanto os governos estaduais estão encarregados daquelas de meio fechado. Quanto à medida de privação de liberdade, é papel das secretarias municipais de saúde a viabilização do acesso do adolescente internado à saúde.

O Seminário Estadual de Medidas Socioeducativas de Minas Gerais, ocorrido em 2009, originou um livro que torna pública parte da experiência que a Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais vem desenvolvendo. Traz, um dos artigos, uma vinheta da execução da política estadual das medidas socioeducativas de privação de liberdade. Faria²⁷

relata aspectos da construção do Modelo de Gestão do Sistema Socioeducativo. De acordo com a autora, o estado adotou uma metodologia que privilegia as ações de segurança e atendimento. O texto em questão defende que a prática socioeducativa deve ser feita por meio do diálogo e das intervenções pedagógicas e que o atendimento não é especificidade do assistente técnico, isto é, todo profissional que compõe a equipe interdisciplinar das unidades de internação deve esforçar-se por fazer valer o princípio do atendimento integrado. Esse trabalho é orientado pela superação de práticas correccionais e repressivas que cursavam, sobretudo, no período da doutrina da situação irregular. A Escola de Formação e Aperfeiçoamento dos Sistemas Prisional e Socioeducativo (EFAP/SEDSMG) responsabiliza-se, desde 2007, pela formação e capacitação de profissionais do sistema socioeducativo mineiro. Além disso, a Superintendência de Gestão de Privação de Liberdade (SEDSMG) vem realizando visitas aos municípios no sentido de fomentar a elaboração dos planos locais ou municipais de ações de prevenção e promoção à saúde dos adolescentes internados em unidades socioeducativas. Faria²⁷ informa que cinco municípios mineiros já aderiram ao Plano Operacional Estadual e que eles, inclusive, aguardam a aprovação de seus Planos Municipais pelo Ministério da Saúde. Faria²⁷ coloca em evidência a criação do Espaço sob Medida, que visa, primeiramente, ao fomento de debates sobre os impasses vividos pelos profissionais na execução da medida socioeducativa de privação de liberdade e, em última instância, o aperfeiçoamento continuado das competências e habilidades para o atendimento ao adolescente em questão.

ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE: UM DESAFIO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

O adolescente objeto deste estudo encontra-se em conflito com a lei, em posição de questionamento do contrato social, conforme já evidenciado. A transgressão delimita o campo de ação desse adolescente como sendo, na maioria das vezes, o campo da violência. Nesta seção serão abordadas a violência e seu impacto sobre a saúde do jovem e a necessidade urgente da saúde posicionar-se frente a isso. Minayo²⁸ ressalta a dificuldade de inclusão da temática da violência no âmbito da saúde e revela o seu posiciona-

mento pela criação de nova agenda da saúde, que necessariamente inclui o tema da violência, considerada em dimensão ampliada, já que as principais causas de morte e de morbidade constituem hoje doenças vinculadas aos modos de vida e às relações sociais. A interrogação acerca da problemática da violência se revela, historicamente, bastante recente. Inicia-se nos anos 60 uma frente de estudos sobre a violência em toda a América Latina. Minayo (2004) assinala, porém, que:

Nunca um tema provocou tanta resistência para sua inclusão na pauta sanitária [...] As razões são muitas. Algumas vêm do próprio âmbito onde o tema tem sido tratado tradicionalmente, o terreno do direito criminal e da segurança pública. [...] Outros motivos vêm dos fundamentos filosóficos da área, terreno de quase monopólio médico e biomédico, cuja racionalidade tende a incorporar o social apenas como variável ambiental da produção de doenças. [...] Até bem pouco tempo, porém, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como um espectador, um contador de eventos, um reparador de estragos provocados pelos conflitos sociais (considerados externos a ele), tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais, provocadas por catástrofes, guerras, genocídios e terror político.²⁹

Mas se é verdade que a saúde é uma encruzilhada para onde convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais e espirituais produzidos na sociedade³⁰, não será muito exitoso o adiamento de fazer frente às questões complexas colocadas em jogo pela violência. Ainda segundo Minayo³⁰:

A violência aparece hoje como preocupação de alta relevância em todas as instâncias públicas, em todos os discursos, em propostas políticas e em agendas de ação. Não como uma manifestação de busca de mudanças, como Engels ou Marx pensavam seu sentido, mas como um subproduto da sociedade dita pós-moderna, movida pela financeirização da vida pelo consumo. [...] A violência tal como se está configurando no Brasil aparece como aquele bode malcheiroso do qual todos queremos nos livrar. Ela se nutre e se reproduz no cenário de grandes interesses econômicos, de negócios milionários, de pro-

postas de corrupção, de envolvimento dos mais diferentes agentes sociais, gestando-se dentro das instituições acima de qualquer suspeita, à margem ou à sombra da ação política transformadora.³⁰

Hoje a violência não é mais exclusividade da segurança pública. Esse tema domina o cenário público, sempre na vertente do incômodo, da ameaça à paz social. É chegada a hora, portanto, da saúde se apropriar de sua quota de responsabilidade nas discussões mais aprofundadas do fenômeno da violência. A ampliação do conceito de saúde favorece essa apropriação. Essa responsabilidade é indispensável e plausível quando se considera, por exemplo, o SUS com sua doutrina de acesso a serviços integrais. As ações da saúde resultam da combinação de atuação envolvendo a abordagem de fatores sociais e econômicos (Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/1990³¹) e da dinâmica dos próprios serviços de saúde. A multideterminação nas condições de saúde convoca o Estado e a Sociedade a intervir na formulação de políticas públicas que contemplem as necessidades de saúde de forma ampliada e integral, como ressalta Marco Akerman:

Saúde resulta das condições concretas de vida da população, que por sua vez resulta da ação política dos sujeitos sociais, que disputam recursos de várias ordens (financeiros, políticos, institucionais, etc). Os serviços de saúde, de sua parte, resultam de concepções de saúde e, também, de interesses de atores que jogam o jogo da saúde. Dessa forma, nenhum sistema ou serviço é reflexo imediato de necessidades, incorporadas em distintos graus. Saúde e organização de serviços são, nesta medida, espaço de disputa, de afirmação ou de negação de direitos e necessidades.³²

Nota-se uma trama que se constitui na inter-relação entre os âmbitos biológico, subjetivo e social. Logo, a realização de estudos interdisciplinares, que incluam as visões qualitativa e quantitativa, tornará possível o avanço no enfrentamento da violência que envolve e acomete os jovens no Brasil.²⁹ Somente assim haverá condições para ofertar atenção efetiva à saúde do adolescente em conflito com a lei, de construir a política de saúde para esse segmento da população que derive das diretrizes legais do ECA,

do SINASE e dos Planos Operativos estadual e municipal, que são medidas de inclusão dos adolescentes autores de atos infracionais na rede de dispositivos do SUS. Destaca-se que:

A violência [...] é uma questão social pluridimensional e, portanto, em si, não é um objeto próprio do setor de saúde. Ela se torna um tema desse campo em dois sentidos: (1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas; pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médicos e hospitalares; (2) porque atinge os temas tratados no conceito ampliado de saúde. Esse conceito é vinculado à ideia de “promoção”, tão bem expressa na Carta da Conferência de Ottawa em 1986. [...] Desta forma, a violência é um problema da intersectorialidade no qual o campo médico-social se integra.³⁰

O DIREITO À SAÚDE COMO VALOR ÉTICO

Este artigo percorreu algumas propostas para a construção de nova lógica de execução das medidas socioeducativas, alternativa ao ranço do vigiar e punir que se reproduz frequentemente nos espaços idealizados como socioeducativos no Brasil. Considerar o adolescente em sua condição de pessoa em desenvolvimento, mas em condições de se responsabilizar por seus atos, não é, seguramente, tarefa fácil para o profissional de saúde. Desconstruir a lógica carcerária, colocar à prova os ideais moralistas, dar credibilidade às questões relativas à travessia da adolescência – a separação dos pais e a descoberta da sexualidade – isso se faz urgente, como já afirmado neste texto. Negar ao adolescente privado de liberdade o direito à saúde é agir de forma violenta, atentando contra as diretrizes das normativas específicas para a criança e o adolescente. Para tanto, há políticas em vias de estruturação que conferem retaguarda aos profissionais de saúde no confronto com o bode malcheiroso, corporificação da violência contemporânea tão presente na trajetória do adolescente em conflito com a lei no Brasil. Por uma Política Nacional de Saúde para os Adolescentes que Cumprem Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade, eis um norte ético para a garantia do direito à saúde desses jovens.

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

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança. 1989. [Citado em 2010 mar.23]. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php.
2. Brasil. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
3. Brasil. Senado Federal. Lei 8069 de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras

- providências. Brasília: 1990. [Citado em 2010 mar.23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.
4. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Conselho Nacional dos Direitos da Criança. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, Brasília; 2006. [Citado em 2010 mar. 23]. Disponível em: <http://www.promenino.org.br/Portals/0/Legislacao/Sinase.pdf>.
 5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2000, Características Gerais da População – Resultado da Amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
 6. Promenino. Comparação entre total de adolescentes de 12 a 18 anos e aqueles em conflito com a lei - 2005/2006. [Citado em 2010 mar. 23]. Disponível em: <http://www.promenino.org.br/Ferramentas/Conteudo/tabid/77/ConteudoId/ced8fa9e-7474-45e9-92c6-903b56a0190/Default.aspx>.
 7. Assis S, Constantino P. Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. p.11.
 8. Vicentin MCG, Rosa MD. Transtorno mental e criminalidade na adolescência: notas para uma análise crítica da patologização do adolescente autor de ato infracional. Rev Bras Ciênc Crimin, 2009 maio/jun; 17(78): 320-47.
 9. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 79.
 10. Frasseto FA. Apresentação. In: Conselho Federal de Psicologia, Conselho Nacional da OAB. Inspeção nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Brasília: CFP/OAB; 2006.
 11. Conselho Federal de Psicologia, Conselho Nacional da OAB. Inspeção nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Brasília: CFP/OAB; 2006.
 12. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Mapeamento nacional da situação das unidades de execução de medida de privação de liberdade ao adolescente em conflito com a lei. Brasília: IPEA; 2003. Texto para discussão nº 979, ago. 2003. [Citado em 2010 fev. 23]. Disponível no site: <http://www.ipea.gov.br/default.jsp>.
 13. Athayde P. Síndrome do infrator. Carta Capital. [Citado em 2010 mar. 20]. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/app/materia.jsp?a=2&a2=6&i=3861>.
 14. Mendez EG, Costa ACG. Das necessidades aos direitos. São Paulo: Malheiros Editores; 1994.
 15. ONU. Regras mínimas das Nações Unidas para a administração da Justiça de Menores (Regras de Beijing). 1985 [Citado em 2010 fev. 23]. Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tiduniversais/dhaj-NOVO-regrasBeijing.html>.
 16. ONU. Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade. 1990. [Citado em 2010 fev. 23]. Disponível em: <http://www.mp.ma.gov.br/site/centrosapoio/Di-Humanos/regrasNacoes.htm>.
 17. ONU. Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil. Diretrizes de RIAD, 1990. [Citado em 2010 fev. 23]. Disponível em: http://www.operacoesespeciais.com.br/userfiles/08_Diretrizes_Riad.pdf.
 18. Saraiva JBC. Adolescente em conflito com a lei – da indiferença à proteção integral: uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil. 3ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2009.
 19. Konzen AA. Justiça restaurativa e ato infracional – desvelando sentidos no itinerário da alteridade. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2007. p.35.
 20. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1627/07 que regulamenta o SINASE. Texto do Sinase. [Citado em 2010 mar. 23]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/483743.pdf>.
 21. Municípios brasileiros assumem medidas socioeducativas. [Citado em 2010 maio 11]. Disponível em: <http://www.oficinadeimagem.org.br/index.asp?item=NOTICIA&acao=CONSULTA&cdNoticia=1094>.
 22. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena, LFM. Nem soldados, nem inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
 23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Secretária Especial de Políticas para as Mulheres. Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1426, de 14 de julho de 2004. [Citado em 2010 mar. 23]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port%202004/GM/GM-1426.htm>.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 340, de 14 de julho de 2004. [Citado em 2010 mar. 23]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PORTARIA%20340%20julho-2004.pdf>.
 25. Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 432, de 17 de abril de 2008. Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde dos Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas em Regime de Internação e Internação Provisória. [Citado em 2010 mar. 23]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2008/Del%2032%20Plano%20Operativo.pdf.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 647 de 11 de novembro de 2008. [Citado em 2010 mar. 23]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/esta-belecimentos-de-saude/sistemas-penitenciario-nacional/Portaria%20SAS-MS%20no%20647,%20de%2011-11-08.pdf.
 27. Faria AMG. A política estadual de atendimento às medidas socioeducativas de privação de liberdade. In: Seminário Estadual de Medidas Socioeducativas de Minas Gerais, 2009.
 28. Minayo MC. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. Rev Bras Educ Méd. 2005 jan/abr; 29(1):55-63.
 29. Minayo MC. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública. 1994; 10 (supl. 1):07-18.
 30. Minayo MC, Souza ER, organizadores. Violência sob o olhar da saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
 31. Brasil. Congresso Nacional. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde - Alterada. <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>
 32. Akerman M. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: CAMPOS, GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.119.