

O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA SOCIOEDUCANDOS QUE CUMPREM MEDIDA DE INTERNAÇÃO NAS UNIDADES DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO EM PERNAMBUCO

Andréa Karla Reinaldo de Souza Queiroz

RESUMO

A atenção à saúde de adolescentes no Brasil é considerada um tema em constante discussão e de relevância, cujo protagonismo se insere no campo da saúde pública, o que requer medidas satisfatórias para promoção de uma assistência à saúde que venha em favor das necessidades peculiares desta faixa etária. O objetivo desse estudo foi analisar a oferta de cuidados, na Atenção Primária do SUS, dirigida aos socioeducandos que cumprem medida de internação nas unidades da FUNASE, em Pernambuco, subsidiando a atuação do Ministério Público, buscando garantir uma satisfatória assistência à saúde. Tratou-se de um estudo exploratório, documental, de abordagem qualitativa, utilizando-se de fontes de dados secundários. O direito à saúde, a despeito de se constituir em Cláusula Pétrea, parece estar ainda longe de se constituir efetivamente como um direito do ponto de vista da oferta de ações e serviços integrais, tal como apregoa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei. Os adolescentes/socioeducandos, que cumprem medida Socioeducativa de Privação de Liberdade, encontram-se espalhados em 09 municípios do estado de Pernambuco, cujas estruturas das unidades de internação não propiciam o bem-estar deles, muito antes os expõe a ambientes insalubres, que propiciam a proliferação de doenças.

Palavras-chave: Atenção Primária À Saúde; Pessoa Privada De Liberdade; Medida Socioeducativa; Saúde Integral Da Criança E Adolescente.

ABSTRACT

Adolescent health care in Brazil is considered a topic of constant discussion and relevance, whose protagonism is inserted in the field of public health, which requires satisfactory measures to promote health care that favors the specific needs of this age group. The objective of this study was to analyze the provision of care, in the Primary Care of the SUS, directed to socio-educational students who are serving a period of internment in FUNASE units, in Pernambuco, subsidizing the actions of the Public Prosecutor's Office, seeking to guarantee satisfactory health care. This was an exploratory, documentary study, with a qualitative approach, using secondary data sources. The right to health, despite being a permanent clause, still seems to be far from being effectively established as a right from the point of view of offering comprehensive actions and services, as advocated by the National Policy for Comprehensive Health Care for Adolescents in Conflict with the Law. Adolescents/socio-educational prisoners who are serving socio-educational measures of deprivation of liberty are spread across 9 municipalities in the state of Pernambuco, where the structures of the internment units do not provide for their well-being, and rather expose them to unhealthy environments that promote the spread of diseases.

Keywords: Primary Health Care; Person Deprived Of Liberty; Socio-Educational Measure; Comprehensive Health Of Children And Adolescents.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde de adolescentes no Brasil é considerada um tema em constante discussão e de relevância, cujo protagonismo se insere no campo da saúde pública, o que requer medidas satisfatórias para promoção de uma assistência à saúde que venha em favor das necessidades peculiares desta faixa etária.

Este nível de atenção é considerado um desafio em vários aspectos, sendo alguns deles relacionados a questões político-ideológicas, valores morais e preconceitos comportamentais, vulnerabilidade social e questões relacionadas a jovens em conflito com a lei (Fernandes; Ribeiro; Moreira, 2015).

A efetivação do direito à saúde desses jovens no Brasil é tarefa árdua, porque nos deparamos com essa insuficiência assistencial, como bem acentua Camerino (Carmerino, 2022). Essa assistência precisa ser expandida e posta ao alcance de todos, para que se assegure um dos princípios do SUS: a equidade. Certamente, torna-se trágica e danosa a ausência dessas políticas no momento do ingresso desses jovens no sistema socioeducativo, que deveria seguir todas as diretrizes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE (Brasil, 2012).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aos adolescentes privados de liberdade devem ser assegurados todos os direitos de cidadania compatíveis com indivíduos em processo de desenvolvimento pessoal e social, não se admitindo qualquer tipo de barreira que prive do direito de ser tratado de forma integral. O direito à saúde, portanto, não pode ser negligenciado, ao contrário, deve ser garantido por meio de ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma integrada ao Sistema Nacional Socioeducativo (Brasil, 1990). Aliás, esse é um direito fundamental, que constitui cláusula pétrea na Constituição da República Brasileiro.

Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) esta tem como objetivo, portanto, garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo, estimular ações intersetoriais; garantir ações da atenção psicossocial; priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e promover a reinserção social (Brasil, 2014).

Nesse sentido, impõe-se a seguinte pergunta norteadora: como se apresenta a oferta de cuidados, na Atenção Primária do SUS, dirigida aos socioeducandos que cumprem medida de internação nas unidades da FUNASE em Pernambuco? Parte-se da hipótese de que as estruturas do sistema de saúde da maioria dos municípios, onde estão localizadas as unidades de internação da FUNASE desenvolvem insuficientemente seu papel, diante da não implementação da PNAISARI, apesar das obrigações estabelecidas pela legislação federal.

A PNAISARI estabelece para os municípios nada mais do que é sua obrigação fundamental no Sistema Único de Saúde: a execução das ações e serviços na Atenção Básica. Dos nove

municípios que possuem unidades da FUNASE em Pernambuco, apenas Recife, Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho aderiram à PNAISARI e tiveram seus Planos Operativos aprovados pelo respectivo Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (Permínio et al., 2014). Recife, onde se concentra o maior número de unidades, só aderiu à PNAISARI no início desse ano de 2024, ou seja, 10 anos após.

A situação de Pernambuco é semelhante àquela de muitos outros estados brasileiros, como é o caso do Rio de Janeiro, onde a capital, sequer, aderiu à PNAISARI, “mesmo contando com a maior quantidade de unidades de internação do estado” (Silva; Engstrom, 2020, p.7).

De fato, a situação de violação de direito à saúde na qual adolescentes cumprindo medidas de internamento dentro do sistema socioeducativo se encontram, por si só, justificaria a necessidade do presente estudo. Ademais, são bastante escassas, como dito, as pesquisas acadêmicas que focam na atenção à saúde dos adolescentes em conflito com lei privados de liberdade, sendo que os que foram realizados não se ativeram à importância das instâncias municipais na implementação da PNAISARI, foco do presente estudo. Para tanto, o objetivo desse estudo foi analisar a oferta de cuidados, na Atenção Primária do SUS, dirigida aos socioeducandos que cumprem medida de internação nas unidades da FUNASE, em Pernambuco, subsidiando a atuação do Ministério Público, buscando garantir uma satisfatória assistência à saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O Estatuto da Criança e do Adolescente chegou trazendo um novo contexto de garantias de direitos para Infância e Juventude. O Poder Judiciário de Santa Catarina elaborou importante documento, intitulado Construção Histórica do Estatuto, onde desenhou o contexto internacional à época, que serviu de grande influência para o avanço da legislação especial (TJSC, 2023). Segundo esse documento, a ONU reconhece os direitos humanos como os direitos mais importantes na vida de qualquer cidadão, destacando por sua vez que os direitos das crianças e adolescentes estão inseridos no mesmo grau de importância.

O ECA foi instituído logo após a CF/88, em 13/07/1990, para regulamentar os ideais traçados na Carta Magna.

Foi previsto no art. 227 da Constituição Federal de 1988 e no art. 4º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e estabelece que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente 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. Em consonância com a CF/88, o ECA assenta a doutrina da Proteção Integral em três princípios, dentre eles o da “prioridade absoluta”, previsto em seu art. 4º, dispondo

que a prioridade compreende, dentre outras, a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas. O ECA estabelece, a seu turno, procedimento legal de responsabilização de crianças e adolescentes em conflito com a lei, pautado nos princípios da proteção integral e da prioridade absoluta. Nos termos do Estatuto, especificamente em seu art. 103, crianças e adolescentes não praticam crimes, mas atos infracionais, sendo que às crianças (até 12 anos incompletos) somente podem ser aplicadas as medidas de proteção previstas no art. 101, enquanto aos adolescentes (de 12 a 18 anos incompletos) são aplicáveis tanto as medidas de proteção quanto as medidas socioeducativas, trazidas no art. 112 (Brasil, 1990).

As medidas socioeducativas, por sua vez, dividem-se em medidas de meio aberto (advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida) e de meio fechado (medida de semiliberdade e internação). Os adolescentes submetidos à medida socioeducativa privativa de liberdade (meio fechado) são encaminhados aos Centros de Atendimento Socioeducativo (Martins, 2010).

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do SUS. É por meio desse nível de atenção que a maioria dos problemas de saúde devem ser resolvidos. consiste no nível mais básico do sistema de saúde, sendo responsável pela coordenação dos cuidados, promove melhorias na assistência e reduz barreiras de acesso aos demais níveis de atenção. A Atenção primária integra ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde no território (Almeida et al., 2018).

Pela leitura dos papéis assumidos pela APS, vê-se a importância que exerce no sistema de saúde, por ser ela a primeira a recepcionar o cidadão que se apresenta com queixas na saúde. Porém, vai muito além, quando organiza ações que visam atingir toda uma população, almejando evitar demandas simplesmente curativas, passando a agir de forma preventiva.

Segundo Barros, Aquino e Souza (2022) a APS é reconhecida como uma das estratégias mais eficientes na redução de óbitos e internações por vários agravos e doenças, principalmente doenças crônicas não transmissíveis na população adulta. Seguindo essa linha de raciocínio, fica bem evidente que quanto melhor a estrutura da Atenção Primária, menores os gastos com a saúde da população, já que as demandas complexas, pela própria natureza, vão requerer maiores investimentos para tratar e devolver a saúde ao usuário.

A Lei 8080/90, em seu art. 9º, aponta que a gestão do SUS será exercida em cada esfera de governo, pelos respectivos órgãos, o que não afasta a sua natureza única, nos termos estabelecidos no art. 198, inciso I, da Constituição Federal (Brasil, 1988; Brasil, 1990a). Pela estrutura existente, a divisão se dará, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde Estadual ou Distrital; no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde Municipal.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei foi instituída pela Portaria Nº 1.082/201411, tem como objetivo garantir o acesso efetivo aos cuidados de saúde para adolescentes e jovens que cumprem medidas socioeducativas em meio aberto, fechado ou em semiliberdade. A PNAISARI busca integrar esse público ao Sistema Único de Saúde (SUS), superando as dificuldades de acesso já existentes, especialmente para aqueles que estão privados de liberdade.

Diante do cenário de vulnerabilidade e exclusão social a que estão submetidos os adolescentes em conflito com a lei, a PNAISARI foi instituída com o objetivo de garantir o acesso equânime e integral aos serviços de saúde do SUS. Essa política pública reconhece a necessidade de uma abordagem integral e intersetorial, privilegiando a articulação com outras políticas (Brasil, 2021).

Frente a evidência de violações de direitos, reveladas por estudos como os de Silva e Guesi (2003), e com o objetivo de fortalecer o cumprimento dos marcos legais que garantem os direitos da juventude, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, publicou em 2004 a Portaria Interministerial nº 1.42629. Esse documento estabeleceu as diretrizes para implantação e implementação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação ou internação provisória.

Em relação à situação da prestação de saúde aos socioeducandos privados de liberdade cabe associar a importância dos municípios e, especialmente, da atenção primária. Esses jovens, evidentemente, não conseguem demandar sozinhos o sistema de saúde, necessitando do aparato do estado, a fim de serem levados às unidades de saúde. Nesse caso, o planejamento das ações entre os entes federados é essencial, tendo em vista que a lei preconiza a articulação entre os gestores com o sistema socioeducativo, provendo ações contínuas para a atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade na Rede de Atenção existente (Carvalho et al., 2023).

Quando se pensa em termos de atendimento à saúde, percebe-se que os adolescentes privados de liberdade, por estarem cumprindo medida de internação e internação provisória, consistem em clientela do Sistema Único de Saúde, assim como qualquer outra pessoa, criança, adolescente ou adulto, sem distinção de qualquer tipo. Isso, a priori, seria um direito constitucional pétreo que não admitiria discussão ou flexibilização. Porém, a realidade nem sempre se coaduna com a legislação e a normatização. E, o que é pior, nem com os princípios mais elementares de civilidade e humanidade. É nesse panorama de complexidade relacional que as instâncias responsáveis pela saúde dos adolescentes, nos três níveis governamentais, devem trabalhar (Carmarino, 2022).

MINISTÉRIO PÚBLICO E A NECESSÁRIA RESOLUTIVIDADE EM DEFESA DO DIREITO À SAÚDE

O Ministério Público, antes da Constituição Federal, atuava como uma instituição limitada, reservando-se ao papel de órgão acusador, “um mero operador processual” (Goulart, 2013, p.202), principalmente na área criminal, em face do combate ao crime e de seus agentes. Com a Constituição Federal de 1988, o Ministério Público ganhou outra roupagem, assumindo o determinante papel de guardião da Constituição.

Evidentemente, ainda antes de 1988, o Ministério Público já dispunha de instrumentos de atuação extrajudiciais, conferidos pela Lei n. 7.347/198548, que disciplina a ação civil pública, quais sejam, o inquérito civil e o termo de ajustamento de conduta. Entretanto, conforme Gordilho e Silva (2018), esses instrumentos foram aperfeiçoados após a CF 1988, permitindo ao Ministério Público atuar de forma inovadora e desburocratizada na solução de suas demandas cotidianas.

Nesse contexto histórico, a atuação do Ministério Público pode ser classificada em dois modelos opostos, embora não excludentes, segundo a literatura especializada (Gordilho; Silva, 2018; Goulart, 2013): o modelo demandista e o resolutivo. O Ministério Público demandista – cuja atuação ainda é majoritária – é o que transforma em demanda judicial toda causa social que chega até ele, transferindo ao Poder Judiciário a solução de todas as questões de natureza transindividual. Essa característica torna o MP uma instituição contraproducente do ponto de vista da sua essencialidade como órgão garantidor dos direitos de cidadania.

No modelo resolutivo, Goulart (2013) afirma que o MP é ativo em todas as fases do processo, de forma que o inquérito civil, por exemplo, consiste em uma poderosa ferramenta na resolução dos conflitos. Assim, a atuação ministerial ocorre fundamentalmente no âmbito administrativo, de forma que a esfera judicial se constitui em uma exceção. Nesse sentido, o ajuizamento de ações se torna o último recurso a que o MP recorrerá na sua atuação resoliativa.

Cabe aqui o registro de que as decisões judiciais são morosas por diversos motivos, especialmente porque os processos seguem um rito próprio, previsto em lei, com prazos alongados, notadamente quando se trata do Estado ser o polo passivo da ação. Porém, não é fácil efetivar um direito fundamental de todos, ainda mais quando todos significa mais de duzentos milhões de pessoas, num país com as dimensões continentais.

Explica, ainda, Asensi (2010), em outras palavras, que o caráter universal da saúde foi reforçado com a institucionalização normativa. A Carta Magna, em seu art. 196, estabelece que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1998). Mais tarde, com a Lei 8080/1990, foi instituído o SUS, que cristalizou todos os princípios, normas e diretrizes da saúde. Desse modo, com a saúde elevada a direito social e fundamental de todos, um sistema de saúde de caráter universal, o Ministério Público é o protagonista de sua defesa, cabendo-lhe efetivá-lo em prol de toda a sociedade.

De fato, conforme Ribeiro (2017) o representante ministerial constitui-se um agente político capaz de atuar no direcionamento das políticas públicas.

MÉTODOS E TÉCNICAS

Tratou-se de um estudo exploratório, documental, de abordagem qualitativa, utilizando-se de fontes de dados secundários. A pesquisa qualitativa possui características próprias, consiste em abordagens abertas, níveis profundos de análise e interpretação, com análises fundamentalmente interpretativas. O pesquisador conclui sobre os significados dos dados, a partir de seu lugar de fala e à luz da literatura científica.

O estudo abrangeu o Estado de Pernambuco, precisamente 9 (nove) municípios do estado, em razão de possuírem, nos seus territórios, unidades de internação e unidades de internação provisória da FUNASE, quais sejam: Recife, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho, Vitória de Santo Antão, Timbaúba, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde e Petrolina. Esses municípios são os responsáveis pela oferta da Atenção Primária à Saúde aos adolescentes/socioeducandos privados de liberdade.

O período do estudo foi de janeiro de 2022 até agosto de 2024, em razão do início do quadriênio dos novos Planos Municipais de Saúde (ano 2022), bem como até o período mais próximo ao término da pesquisa, buscando se utilizar das informações mais atualizadas sobre os temas tratados.

No processo de coleta, foram considerados relevantes para o estudo todos os dados que se referiram às ações e serviços de saúde componentes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), dados estritamente relacionados à política e seu funcionamento, sua organização, os programas, financiamento etc. Foram identificados os órgãos públicos e privados envolvidos nas demandas, motivos e tipos de demandas, unidades da FUNASE envolvidas, medidas adotadas pelos gestores, entre outras.

No que se refere aos dados relativos às legislações e normas que orientam a PNAISARI, foi analisado todo o arcabouço legal e normativo que orienta a Política, ou seja, dados públicos, obtidos por meio da internet, utilizando-se alguns descritores, tais como: saúde do adolescente em conflito com a lei; saúde no sistema socioeducativo, atenção básica no sistema socioeducativo, atenção à saúde no sistema socioeducativo, atenção primária no sistema socioeducativo entre outros. De igual modo foram analisados os Planos Municipais de saúde dos 09 municípios de estudo, Resoluções do CNMP, Lei Orgânica do Ministério Público e Declarações dos Direitos Humanos, Declarações dos Direitos das Crianças e Pacto de São José da Costa Rica. Em cada norma analisada, observou-se que o direito à saúde dos socioeducandos, privados ou não de liberdade, mas que se encontravam em conflito com a lei, encontram-se consolidados no arcabouço jurídico/legal, merecendo dos gestores que seja observado o princípio da prioridade absoluta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O direito à saúde, a despeito de se constituir em Cláusula Pétreia, parece estar ainda longe de se constituir efetivamente como um direito do ponto de vista da oferta de ações e serviços integrais, tal como apregoa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (Constantino, 2019; Silva et al., 2024).

A FUNASE, como órgão de execução das medidas socioeducativas, tem responsabilidade fundamental na garantia de direitos de adolescentes em conflito com a lei, especialmente no que se refere à saúde, sendo um de seus papéis fundamentais nesse campo, como visto ao longo desse estudo, a articulação com diversos setores das políticas públicas, especialmente com as unidades da atenção básica à saúde no território. Em Pernambuco, a execução das medidas socioeducativas em meio fechado se dá através desse órgão (PE, 2024).

Para cumprir a sua finalidade legal, a fundação possui diversas unidades espalhadas nas várias regiões do Estado de Pernambuco. Pelo tamanho do nosso estado, os locais das unidades foram pensados de modo a contemplar cada região, garantindo com isso que a população socioeducativa possa cumprir a medida o mais próximo de sua residência, possibilitando a presença da família durante o cumprimento da medida restritiva de liberdade, como garantia prevista no art. 124, VI, da Lei 8.060/90 ECA e art. 49, II, da Lei 12.594/2012 (Brasil, 2012).

Importante diferenciar, para uma melhor compreensão, os dois tipos de unidades de privação de liberdade: CENIP - Centro de Internação Provisória, onde se cumpre a internação provisória, por 45 (quarenta e cinco dias), enquanto se aguarda o julgamento do processo; CASE - Centro de Atendimento Socioeducativo, onde se cumpre a Medida Socioeducativa de Internação, após o julgamento do processo. Feito o necessário esclarecimento, de acordo com o Mapa das Unidades da FUNASE, constante do site da instituição, o Estado de Pernambuco conta com as seguintes unidades e seus respectivos municípios:

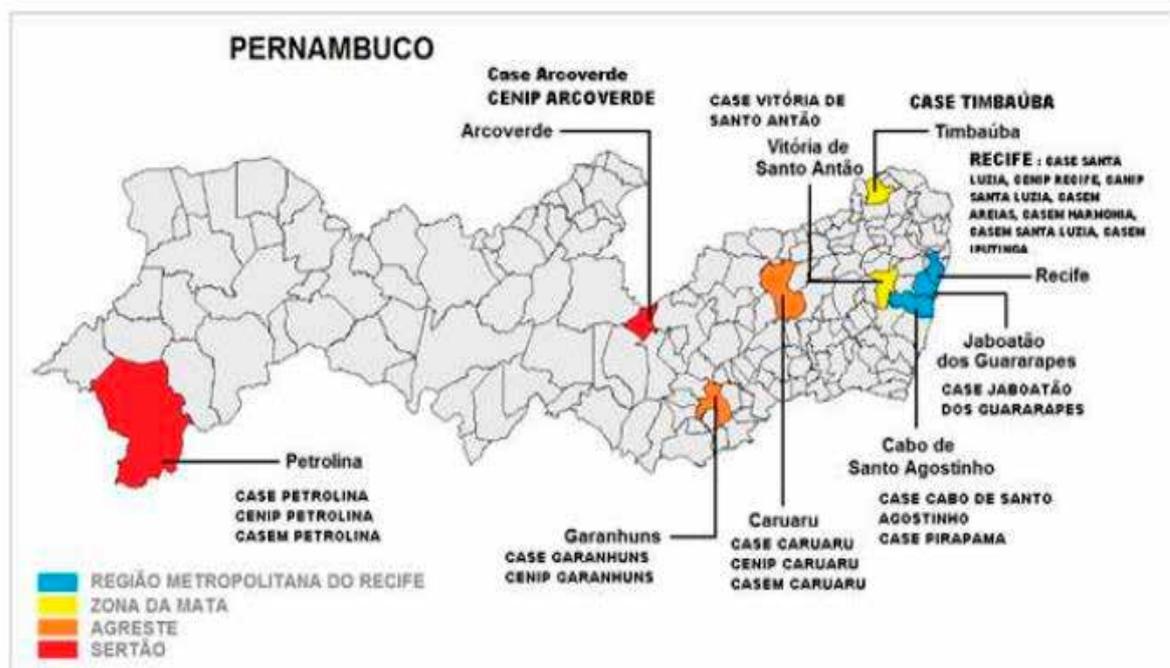
Quadro 1 - Unidades de Internação da FUNASE em Pernambuco, conforme a local de sede e gênero dos adolescentes

Nome da unidade	Cidade	Gênero dos adolescentes
CENIP Recife	Recife	masculino
CENIP Sta.Luzia	Recife	feminino
CENIP	Caruaru	masculino
CENIP	Garanhuns	masculino
CENIP	Arcoverde	masculino
CENIP	Petrolina	masculino
CASE Santa Luzia	Recife	feminino
CASE	Jaboatão	masculino
CASE	Vitória de Santo Antão	masculino
CASE	Timbaúba	masculino
CASE	Caruaru	masculino
CASE	Garanhuns	masculino
CASE	Arcoverde	masculino
CASE	Petrolina	masculino
CASE Cabo	Cabo de Sto. Agostinho	masculino
CASE Pirapama	Cabo de Sto. Agostinho	masculino

Fonte: Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco (2024)

Como se pode ver no Quadro 1 e no mapa (Figura 1), as unidades da FUNASE encontram-se escassamente espalhadas pelo Estado de Pernambuco, existindo uma imensa lacuna entre vários municípios, o que prejudica a ressocialização em razão da distância da família, que dificulta e até impede o exercício regular do direito às visitas, direito ao convívio social, impactando no bem-estar e saúde mental dos socioeducandos, cujos aspectos negativos não poderiam deixar de ser citados nessa pesquisa.

Figura 1 - Mapa das Unidades da FUNASE em Pernambuco



Fonte: Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco

De acordo com as diretrizes da PNAISARI (Portaria MS 1.082/2014), cabe aos gestores dos municípios de Recife, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho, Vitória de Santo Antão, Timbaúba, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde e Petrolina atenderem as demandas de saúde da população socioeducativa, onde a respectiva unidade se encontra localizada (Brasil, 2014).

Porém, para muito além da estrutura municipal do sistema de saúde, está a necessidade de uma boa articulação entre as instituições, para que essa rede de saúde atinja a população que se encontra privada de liberdade. Se à população adolescente que não entrou no sistema socioeducativo, ou seja, adolescentes de uma forma geral, a atenção à saúde já é dificultada por razões, entre outras, de preconceitos e julgamentos não é demais lembrar que às dificuldades e preconceitos enfrentados pelo público atendido no sistema socioeducativo é ainda maior. Ainda mais quando esses adolescentes estão em cumprimento de medidas restritivas de liberdade, como é o caso da internação (Constantino, 2019; Batistella, 2007).

Não se pode conceber a implementação eficaz de uma política de saúde sem considerar a integração entre diferentes setores. Essa necessidade se torna ainda mais evidente no contexto de instituições de privação de liberdade, frequentemente caracterizadas como 'instituições totais'. Destacou Benelli (2014) que as instituições como aquelas nas quais o indivíduo vive em regime de internato, realizando ali a maioria de suas atividades cotidianas. Nessas condições, os sujeitos tendem a ser tratados de forma padronizada, com pouca consideração por suas características individuais, que frequentemente são negligenciadas ou suprimidas.

Ao analisar a garantia dos direitos de adolescentes em situação de privação de liberdade, a intersetorialidade vem sendo posta como um desafio, pois com base na doutrina da proteção integral, o atendimento em todos os níveis requer complementaridade, pactuação e convergência entre as políticas sociais. No entanto, os problemas de gestão atrelados às discrepantes definições das agendas políticas dos Estados e dos Municípios não coadunam para a garantia de direitos sociais, em decorrência do distanciamento entre as esferas federal, estadual e municipal” (Cavalcante; Dantas; Carvalho, 2014, pag.408).

A própria Lei Nº 12.594/2012 (Lei do SINASE), equivocadamente, prevê que as unidades da FUNASE sejam contempladas com uma estrutura de saúde, inclusive prevendo a necessidade de uma equipe mínima de saúde, nos termos do art. 62, sem levar em conta o Princípio da Incompletude Institucional e a necessidade de interação desses jovens com a rede de atenção, socializando-os com a mesma sociedade de onde vieram, onde estão e para onde retornarão (Brasil, 2012).

A APS foi a maneira idealizada pelo Sistema Único de Saúde de abrir as suas portas aos usuários. Nessa perspectiva, fica bem evidente que quanto melhor a estrutura da Atenção Primária, menores os gastos com a saúde da população, já que as demandas complexas, pela própria natureza, vão requerer maiores investimentos para tratar e devolver a saúde ao usuário.

Ao abordar as imensas diferenças entre os milhares de municípios brasileiros, observa-se para o fato de que, em contexto de grande heterogeneidade econômica e social, a descentraliza-

ção de políticas públicas, incluindo as de saúde, pode levar a consequências adversas, como até mesmo o aprofundamento das desigualdades. Para evitar isso, é necessário assegurar condições adequadas para o fortalecimento da gestão pública, dos mecanismos de coordenação da rede e de promoção do acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde necessários, independentes de seu local de residência.

Os adolescentes privados de liberdade, em cumprimento de medidas de internação ou internação provisória, são igualmente usuários do SUS, conforme prevê a Constituição Federal, que garante o direito universal à saúde sem distinções. No entanto, a realidade frequentemente diverge do que é estabelecido pela legislação e princípios de civilidade e humanidade. Nesse contexto de desafios, as instâncias responsáveis pela saúde desses adolescentes, nos três níveis governamentais, enfrentam a complexidade de garantir esse direito (Fernandes; Ribeiro; Moreira, 2015).

Sobre a cobertura da APS e se o município aderiu ou não ao Sinase, dos nove municípios de Pernambuco, apenas três aderiram à PNAISARI, representando um quantitativo de apenas 87 (24%) adolescentes - de um total de 365 - com acesso à atenção básica organizada por meio dos planos operacionais e anuais. Nesse sentido, vê-se de logo o prejuízo para os demais adolescentes cujas unidades de atendimento se localizam nos municípios que não aderiram, conformando um total de 278 (76%).

De fato, estudos mostram a precariedade da assistência ofertada a adolescentes em cumprimento de medidas de internação, sendo muito comum achados que indicam barreiras de diversas ordens no acesso mesmo em municípios que aderiram à PNAISARI (Silva; Guerres, 2003; Permínio et al., 2018). Pode-se supor, portanto, que nos casos dos adolescentes atendidos nos municípios que não aderiram, as barreiras são ainda mais difíceis de serem superadas.

Assim como se evidenciou que em Pernambuco não há adesão de todos os municípios que sediam unidades da FUNASE, o estudo de Ribeiro et al. (2018), realizado em Caps do estado do Rio de Janeiro, encontrou achados semelhantes. Conforme esses autores, a não adesão implica a existência de pactos instáveis entre os gestores da saúde e das unidades de atendimento, ao tempo em que essa fragilidade interfere fundamentalmente na forma como os profissionais da saúde, na “ponta” do sistema, interagem com os profissionais do socioeducativo.

A própria portaria que instituiu a PNAISARI, já prevendo a possibilidade dessa inadequação, criou a estratégia de articulação tripartite, que implica o diálogo entre gestores de saúde estadual, municipal e do sistema socioeducativo, para implantação da política, sendo essa estratégia imprescindível para sua execução.

Outra observação necessária se refere à cobertura da atenção primária nesses nove municípios: apenas dois possuem 100% de cobertura da APS, inclusive dois municípios que não aderiram à política. A princípio, quanto maior a cobertura da APS melhor o acesso e as condições de saúde de uma população (Starfield, 2002). Contudo essa assertiva é apenas “a princípio”, visto que barreiras de acesso vão muito além da presença física de uma unidade de saúde no território (Azevedo; Costa, 2010).

Efetivamente, ofertar atenção primária em todo o território do município indica maior oferta de serviços, o que impõe aos municípios, de uma forma geral, e a esses onde se localizam as unidades de atendimento da FUNASE, particularmente, a necessidade de ampliar sua rede de Atenção Primária à Saúde.

Destaque-se, ainda, o fato de que a não adesão à política não indica necessariamente que o município não esteja assistindo os adolescentes do sistema socioeducativo, indica, sim, que não há adequação da assistência à saúde dessa população do modo como foi idealizado pela PNAISARI. Isso porque a atenção à saúde aos adolescentes do sistema socioeducativo, conforme determina a Portaria N° 1.082/1411, requer uma complexidade maior na forma de atendimento, tendo em vista as características peculiares dessa população, tanto no que se refere às condições de saúde, como no que tange à singularidade do seu processo de crescimento e desenvolvimento.

A falta de adesão à PNAISARI causa grande prejuízo aos adolescentes em conflito com a lei, na medida em que não há um planejamento, um fluxo pensado, com o sistema de saúde para a assistência à Atenção Primária; para além desse importante planejamento, que se dá com o Plano Operativo, em que vários atores dialogam entre si (sistema socioeducativo e Secretarias de Saúde Municipal e Estadual), há a perda do incentivo financeiro destinado a cada município, que possua unidades da FUNASE em seu território, conforme institui a Portaria N° 1.083/201412 .

De início, cabe destacar que o município do Recife, quando essa pesquisa ainda estava sendo realizada, não tinha aderido à PNAISARI. Porém, após longo período de atuação das Promotorias de Justiça com atuação na execução de medidas socioeducativas e das Promotorias de Defesa da Saúde da Capital, por meio de Procedimentos Administrativos (PA) - PA n. 01947.000.003/2021(45a PJDC) e PA 02061.002.662/2020 (34a PJDC), o município aderiu. Outro fator que pode ter sido determinante para a adesão do Recife à PNAISARI é o contexto político de eleições municipais no país, sendo esse um momento em que historicamente os gestores tendem a ampliar ou investir na qualidade das políticas públicas. Assim é que, de acordo com a Resolução COMDICA N° 014/2024, publicada em 11 de abril de 2024, o Recife está com os Planos Operativo e Anual aprovados e os fluxos de atendimento definidos.

No que se refere à omissão dos seis gestores municipais, podemos refletir sobre a necessidade do Ministério Público, como instituição constitucionalmente responsável pela fiscalização das políticas públicas, fazer coro com os movimentos sociais, e, na perspectiva resolutiva de Goulart (2013), iniciar um processo ativo de atuação extrajudicial para induzir a adesão desses municípios à política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os adolescentes/socioeducandos, que cumprem Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade, encontram-se espalhados em 09 municípios do estado de Pernambuco, cujas estruturas das unidades de internação não propiciam o bem-estar deles, muito antes os expõe a ambientes

insalubres, que propiciam a proliferação de doenças. Não obstante estarem sob os cuidados do estado, encontram dificuldades de acessar o Sistema Único de Saúde-SUS, ora recebendo uma prestação de Atenção Primária precária, em decorrência da desestruturação do sistema, bem como pela ausência de um planejamento específico para atender essa parcela da população; ora porque, sequer, conseguem acessar o sistema, já que para isso dependerá da estrutura do sistema socioeducativo, que precisará dispor de carro e agentes para levá-lo até uma unidade de saúde.

A ausência de adesão à PNAISARI, por parte dos municípios que possuem unidades de internação, e por isso responsáveis pela prestação da Atenção Primária, é fator determinante para a baixa qualidade da prestação de saúde, já que não há um fluxo pensado e preparado para atender os socioeducandos, além de deixarem de receber o incentivo financeiro para desenvolver ações de saúde.

Cabe ainda ressaltar que há uma ausência quase generalizada de metas específicas de atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade, o que indica uma total falta de prioridade a essa população. Trata-se de um descaso crônico, que há mais de 30 anos segue em rota de colisão com os direitos consubstanciados no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Neste contexto, é urgente que o Ministério Público, como instituição fiscalizadora e garantidora dos direitos fundamentais, utilizando-se dos instrumentos legais, sejam resolutivos ou até judiciais, estes em último caso, possa agir a fim de fomentar a adesão à PNAISARI pelos gestores municipais, bem como garantir a boa prestação de saúde aos adolescentes privados de liberdade.

Em tempo, após a realização da presente pesquisa, fora do período de estudo, houve uma mudança nas unidades da FUNASE, sendo extinto o Case Cabo e criado o Case Muribeca, localizado no município de Jaboatão dos Guararapes, cuja capacidade de lotação e perfil podem ser consultados no site da FUNASE: <http://www.funase.pe.gov.br>.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F.; et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 244-260, setembro 2018.

ASENSI, F.D. **Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil**. Rio de Janeiro; Fundação Getúlio Vargas; FGV - Direito Rio; 2010. 203 p 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/10313>. Acesso em 17 set 2023.

AZEVEDO ALM, COSTA AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2010, 14: 797-810.

BARROS RD, AQUINO R, SOUZA LEPE. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(11):4289-4301, 2022. DOI: 10.1590/1413- 812320222711.02272022.

BATISTELLA CEC. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A Ferreira, Corbo AMD'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença. - Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.** Rio de Janeiro: ESSJV/FIOCRUZ, 2007. p.51-86

BENELLI SJ. Goffman e as instituições totais em análise. In: A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas. São Paulo> Ed. UNESP0, 2014, pp. 23-62. Avaliada from SciELO Book <http://books.scielo.gov>.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988; Brasília, DF: Senado Federal.

_____. **Lei no 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990 [acesso em: 20 mar 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

_____. **Lei 12.594**, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012 [acesso 20 mar 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm.

_____. 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 implantação e implementação da PNAISARI** [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. -Brasília: 2021.22p.:il.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Portaria nº 1.082**, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html.

CARMERINO, LAM. **Processos de saúde, doença e cuidados a adolescentes privados de liberdade: a importância da atenção integral no âmbito do atendimento socioeducativo.** 2022. 105 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) - Escola de Governo Fiocruz Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2022.

CARVALHO NG; et al. Lei do Sinase e Saúde dos adolescentes em conflito com a lei: o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a PNAISARI. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.9, n.1, p.893-912, jan., 2023.

CAVALCANTI PB, DANTAS ACS, CARVALHO RN. Contornos e sinergias entre a política de Saúde e o adolescente privado de liberdade: intersetorialidade como desafio. **Textos & Contextos**. 2011;10(2):399-410. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527169016>.

CONSTANTINO P. Adolescentes em conflito com a lei: violadores ou violados? **Ciência e Saúde Coletiva**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil. Editorial, 24(8). P2780, 2019.

TJSC. Poder Judiciário de Santa Catarina. **Construção histórica do Estatuto** [Internet]. [citado em 05 set 2023]. Disponível em: <https://www.tjsc.jus.br/web/infancia-ejuventude/coordenadoria-estadual-da-infancia-e-da-juventude/campanhas/eca30-anos/construcao-historica-do-estatuto#:~:text=Criada%20em%2013%20de%20julho,como%20sujeitos%20a%20ter%20direitos>

FERNANDES FM, RIBEIRO JM, MOREIRA MR. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, 2015. 39 (nº especial): 120- 131.

GORDILHO HJS, SILVA MAC. Avaliando o Novo Ministério Público Resolutivo. **Rev. de Processo, Jurisdição e Efetividade da Justiça**, 4(2):85-99, 2018. Disponível em: <https://www.index>). Acesso em 30 maio 2023.

GOULART M. **Elementos para uma Teoria Geral do Ministério Público**. Belo Horizonte: Arraes, 2013, p.310.

MARTINS MCR. As medidas sócio-educativas do ECA: conquista ideal ou paliativo real? **Revista Eletrônica Arma da Crítica**. Ano 2. Número 2, março. 2010. ISSN 1984-4735.

PERMINIO HB, et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(9): 2859-2868. Brasília. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KsXPvnyRtyrQXf4qbRHgX7L/?lang=pt>

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco. **Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE**. Unidades Socioeducativas. Disponível em: <https://www.funase.pe.gov.br/area-socioeducativa/unidadessocioeducativas>. Acesso em: 09 set 2024.

RIBEIRO DS, RIBEIRO FML, DESLANDES SF. Saúde Mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. **Caderno Saúde Pública**. 34 (3) e 00046617, 2018.

RIBEIRO LML **O papel do Ministério Público na efetivação de políticas públicas**. Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas, 2017.

SILVA ER, GUERESI S. **Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil**. Brasília, Instituto de Pesquisa Aplicada e Econômica, IPEA/Ministério da Justiça, 105p, 2003.

SILVA RF, ENGSTROM EM. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface**. 2020; 24(Supl. 1): e190548 <https://doi.org/10.1590/Interface.190548>.

SILVA SMM, 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.01-25, 2024.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85- 87853-72-4.