



1º SEMINÁRIO **PNAISARI DE BELO HORIZONTE**

Política Nacional de Atenção
Integral à Saúde de Adolescentes
em Atendimento Socioeducativo

I SEMINÁRIO

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (PNAISARI) DE BELO HORIZONTE

TECENDO REDES DE CUIDADO E PROTEÇÃO

Organização

Israel Tainan Lima e Chaves

Revisão

Ewerton Lamounier Junior
Fernando Libanio Coutinho
Israel Tainan Lima e Chaves
Jakeline Angélica de Almeida

Autores

Caroline Maria Arante de Moraes
Fabíolla Vitória Rodrigues Barbosa
Fernando Libanio Coutinho
Geovanna Cota Caetano
Graziele Leles Maia
Guilherme Augusto da Cruz
Isabella Barbosa de Paiva Diniz
Israel Tainan Lima e Chaves
Marília Aparecida Moreira
Nina Becker Lewkowicz

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAMI	Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil
CIA	Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAFICH	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
GAERE	Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação
GEICS	Gerência de Integração do Cuidado à Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
LA	Liberdade Assistida
MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MS	Ministério da Saúde
NAMSEP	Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas da Prefeitura de Belo Horizonte

PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SELEX	Sistemas Elétricos Experimentais
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
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TED	Termo de Execução Descentralizada
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
UAI	Unidade de Acolhimento Institucional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

1. INTRODUÇÃO

O I Seminário da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (PNAISARI) de Belo Horizonte, realizado em 12 de dezembro de 2025, constituiu-se como um importante espaço de encontro, reflexão e fortalecimento das práticas voltadas ao cuidado integral em saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Com o tema "Tecendo redes de cuidado e proteção", o evento ocorreu das 08h às 17h, no Auditório da Defensoria Pública de Minas Gerais, reunindo gestores, profissionais, técnicos e demais atores envolvidos com a perspectiva da garantia de direitos a essa população.

Organizado em formato presencial, com transmissão simultânea on-line, o seminário ampliou seu alcance e possibilitou a participação de um público diverso, totalizando 149 registros de presença ao longo da programação. A expressiva adesão evidencia a relevância do tema e a necessidade contínua de qualificação da atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, exigindo articulação entre saúde e demais políticas públicas.

Ao longo do dia, o seminário promoveu debates fundamentais sobre a gestão, a clínica e as diretrizes da PNAISARI no âmbito municipal, bem como sobre sua interface com o Sistema de Justiça. As mesas temáticas abordaram também as vulnerabilidades que atravessam a trajetória de vida dos adolescentes, os desafios territoriais e as estratégias de cuidado ampliado, destacando experiências concretas da rede SUS-BH sobre o cuidado integral aos adolescentes.

Mais do que um espaço de exposição de experiências, o seminário constituiu-se como um dispositivo de construção coletiva de conhecimento, reafirmando a importância do trabalho intersetorial, da escuta qualificada, da defesa dos direitos humanos e do compromisso ético-político com a promoção da saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Este e-book reúne parte das reflexões, experiências e debates apresentados durante o evento, com o propósito de registrar e disseminar conhecimentos capazes de subsidiar, inspirar e fortalecer práticas em diferentes territórios. Espera-se que esta publicação contribua para a continuidade do diálogo entre os diversos atores envolvidos na implementação da PNAISARI e para a consolidação de redes de cuidado cada vez mais integradas, resolutivas e comprometidas com a proteção integral, a garantia de direitos e a construção de novos projetos de vida para adolescentes.

A seguir apresentaremos a composição da equipe PNAISARI de Belo Horizonte, com destaque para a organização da Política na cidade. Posteriormente, serão apresentados os textos elaborados pelos autores a partir das exposições realizadas nas mesas temáticas do seminário, organizados conforme a ordem da programação do evento (Anexo I). Os textos refletem a diversidade de perspectivas e experiências

compartilhadas durante o seminário, constituindo um registro das discussões e dos conhecimentos produzidos pela equipe PNAISARI nos espaços de formação, diálogo e fortalecimento das práticas de atenção integral à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo em Belo Horizonte.

2.A PNAISARI EM BELO HORIZONTE

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) foi instituída pelo Ministério da Saúde com o objetivo de garantir e ampliar a atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e em semiliberdade. A política assegura a esses adolescentes o direito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas três esferas de gestão.

As diretrizes para implantação e implementação da política foram estabelecidas pela Portaria nº 1.426, de 14 de julho de 2004. Posteriormente, novas normativas ampliaram e aperfeiçoaram sua operacionalização. A Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008, aprovou as normas para a atenção à saúde de adolescentes em regime de internação e internação provisória. Em seguida, a Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014, condensou as portarias anteriores e redefiniu as diretrizes da PNAISARI, incluindo os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, estabelecendo novos critérios, responsabilidades e fluxos para adesão e implementação da política nos municípios.

O município de Belo Horizonte foi habilitado, por meio da Portaria nº 128, de 11 de fevereiro de 2015, a receber incentivo financeiro federal destinado ao desenvolvimento das ações previstas no Plano Operativo Municipal de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, a coordenação técnica e metodológica da PNAISARI é realizada pela Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, vinculada à Gerência de Integração do Cuidado à Saúde (GEICS), da Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado (DAPS).

A experiência de Belo Horizonte destaca-se nacionalmente como referência na implementação da PNAISARI, sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde como prática exitosa no país. Isso porque o município estrutura, de forma consolidada, uma rede de cuidados voltada à atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade, através de uma

equipe multiprofissional de referência nos territórios. Além disso, o município ampliou o escopo de atuação da política ao incorporar o acompanhamento de adolescentes beneficiados por medidas protetivas de saúde aplicadas pela Vara Infracional, fortalecendo a articulação entre o SUS, o Sistema Socioeducativo e o Sistema de Justiça.

Com o objetivo de fortalecer e apoiar a Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado integral em saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas e/ou beneficiados com medidas protetivas de saúde, Belo Horizonte constituiu uma equipe multiprofissional, que atua de forma regionalizada e integrada à rede SUS-BH, com atuação estratégica na garantia do acesso e promoção de saúde dos adolescentes. A equipe PNAISARI de Belo Horizonte é composta por:

- 18 Referências Técnicas (equipe multiprofissional formada por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais), sendo 02 profissionais por regional, lotados em Centros de Saúde, com atuação itinerante nos territórios, tendo como base de apoio a Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE) nas regionais;
- 1 Referência Técnica (Psicóloga) com atuação no Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas da Prefeitura de Belo Horizonte (NAMSEP), localizado no Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional (CIA-BH). Essa profissional é responsável pelo acolhimento inicial dos adolescentes que recebem medidas protetivas de saúde aplicadas pelo Poder Judiciário da Vara Infracional e pela articulação do cuidado com as equipes regionais da PNAISARI, de modo a favorecer o acesso e a vinculação dos adolescentes na rede SUS-BH;
- 01 eSF especial, lotada no Centro de Saúde Horta e composta atualmente por 01 médica, 02 enfermeiras, 02 psicólogas, 01 assistente social e 02 técnicas de enfermagem, para atendimento dos adolescentes acautelados nos Centros Socioeducativos de Internação Provisória, onde permanecem até o período de 45 dias, conforme previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A atuação da equipe PNAISARI é transversal às diferentes linhas de cuidado da Rede SUS-BH, buscando fortalecer o vínculo dos adolescentes com os serviços de saúde e ampliar o acesso ao cuidado integral. Nesse contexto, as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional têm como eixo estruturante o apoio matricial às equipes da APS, especialmente às eSF, que exercem a coordenação do cuidado e a ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo a articulação entre os diversos pontos de atenção e demais setores envolvidos no cuidado e na proteção integral de adolescentes em atendimento socioeducativo.

TEXTOS APRESENTADOS NO SEMINÁRIO

¹ Os textos publicados neste e-book correspondem integralmente às versões disponibilizadas pelos autores para apresentação no I Seminário da PNAISARI de Belo Horizonte, tendo sido preservado seu conteúdo original.

3. MESA DE ABERTURA - A PNAISARI EM BELO HORIZONTE: GESTÃO, CLÍNICA E POLÍTICA DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE DE ADOLESCENTES EM ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO.

3.1 TEXTO I - PNAISARI: TECENDO REDES DE CUIDADO E PROTEÇÃO

Autor: Caroline Maria Arantes de Moraes

Psicóloga, Terapeuta Cognitiva Comportamental, Neuropsicóloga, com especialização em Reabilitação Cognitiva. Formação em Terapia Sexual. Mestranda em Políticas Públicas para Infância e Juventude na Universidade de Brasília (UnB). Possui experiência profissional em Unidades Socioeducativas, Centros Sociais de Educação Infantil e Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Assessora técnica da PNAISARI na Coordenação de Atenção às Pessoas em Conflito com a Lei (COAPC)/Coordenação-Geral do Acesso e Equidade (CGAEQ) do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), instituída no âmbito do SUS, representa um importante marco na consolidação do direito à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo. Fundamentada nos princípios da integralidade, equidade e proteção integral, a política propõe uma lógica de cuidado territorializada, intersetorial e articulada em rede, compreendendo a saúde em seu conceito ampliado, para além da ausência de doença.

Atualmente, a PNAISARI encontra-se habilitada em 21 estados e 124 municípios brasileiros, abrangendo 269 unidades socioeducativas com equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP) de referência para a atenção integral à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo. Apenas no ano de 2025, aproximadamente dez milhões de reais foram repassados aos municípios habilitados, demonstrando o fortalecimento institucional da política em âmbito nacional.

A implementação da PNAISARI dialoga diretamente com os princípios do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), especialmente no que se refere à garantia de direitos humanos, à responsabilização com caráter pedagógico e à proteção integral de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Nesse contexto, a intersetorialidade se apresenta como eixo estruturante da política, exigindo articulação contínua entre saúde, socioeducação, assistência social, educação, sistema de justiça e demais políticas públicas.

A construção dessa rede de cuidado requer o reconhecimento das especificidades dos territórios e das múltiplas vulnerabilidades que atravessam a vida dos ado-

lescentes que ingressam no sistema socioeducativo. Trata-se de uma população historicamente marcada por desigualdades sociais, raciais, econômicas e territoriais, frequentemente submetida a processos de exclusão, violência institucional e estigmatização. Assim, a efetivação da PNAISARI depende da capacidade de gestão compartilhada e da construção de fluxos interinstitucionais que garantam acesso oportuno, cuidado integral e continuidade do acompanhamento em saúde.

AVANÇOS DA PNAISARI

Nos últimos anos, importantes avanços foram observados na implementação da política em âmbito nacional. A PNAISARI passou a ser mais difundida no Sistema de Garantia de Direitos (SGD), especialmente junto ao sistema de justiça, ampliando o reconhecimento da saúde como direito fundamental dos adolescentes em atendimento socioeducativo. Também houve avanços significativos na definição de fluxos entre saúde e socioeducação, favorecendo maior articulação entre as equipes do SUS e as unidades socioeducativas.

Outro marco importante foi a ampliação da política para o meio aberto, fortalecendo a atenção integral aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC). Tal ampliação reforça a perspectiva territorial do cuidado e a centralidade da Atenção Primária como ordenadora da rede.

Destacam-se ainda iniciativas estratégicas voltadas à ampliação do acesso às políticas e ações de saúde, como a definição de profissionais de saúde mental de referência para a PNAISARI na APS; a inclusão das unidades socioeducativas nas ações do Programa Nacional de Imunizações, contemplando inclusive os trabalhadores do sistema socioeducativo; e a priorização das escolas do sistema socioeducativo para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE).

No campo da gestão e da informação em saúde, a publicação da Portaria nº 493, de 2 de junho de 2020, estabelecendo o código SIGTAP (03.01.01.029-3) para atendimento de adolescentes em medida socioeducativa, constituiu importante ferramenta para dar visibilidade a essa população nos sistemas do Ministério da Saúde. Além disso, foram promovidas adequações nos sistemas de informação para agilizar os processos de adesão à política e fortalecer o monitoramento das ações.

No âmbito da formação profissional, destacam-se iniciativas como o curso de Educação a Distância da UNA-SUS sobre o cuidado integral à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo na Atenção Primária, bem como o Termo de Execução Descentralizada (TED) firmado com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), voltado ao aperfeiçoamento das equipes de saúde de referência da PNAISARI nos municípios habilitados.

Também merece destaque a constituição do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Saúde Mental no Sistema Socioeducativo, composto pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) e Ministério da Saúde (MS), promovendo debates fundamentais sobre atenção psicossocial e estratégias de cuidado em saúde mental para adolescentes privados de liberdade. Soma-se a isso a retomada da Comissão Intersectorial do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), fortalecendo os espaços de pactuação e governança intersectorial.

DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISARI

Apesar dos avanços, permanecem importantes desafios para a efetiva consolidação da PNAISARI nos territórios. Entre eles, destaca-se a necessidade de maior difusão e utilização do código SIGTAP pelos profissionais da APS, bem como o reconhecimento dos adolescentes em atendimento socioeducativo como população adscrita às equipes de saúde dos municípios.

Outro desafio fundamental refere-se à necessidade de compreender a saúde integral de forma interseccional, considerando os marcadores sociais que atravessam as adolescências, como raça, gênero, sexualidade, classe social e território. Nesse sentido, a atenção à saúde mental exige abordagens ampliadas, que transcendam diagnósticos psiquiátricos e considerem os impactos das violências estruturais, institucionais e relacionais na produção do sofrimento psíquico.

Também persistem dificuldades relacionadas à integração entre as equipes do SUS e das unidades socioeducativas, à sensibilização dos gestores sobre a importância estratégica da política e à construção de consensos entre saúde, sistema de justiça e gestão socioeducativa quanto à organização da atenção à saúde.

Os chamados "nós críticos" na articulação entre saúde e socioeducação evidenciam entraves estruturais relacionados aos modelos de gestão, fragmentação das políticas públicas, indefinição de responsabilidades e sobrecarga dos trabalhadores. A alta rotatividade das equipes, associada à ausência de espaços sistemáticos de apoio institucional e educação permanente, fragiliza a continuidade das ações e dificulta a construção de práticas intersectoriais efetivas.

Além disso, práticas punitivistas, racistas, machistas e moralizantes ainda atravessam os cotidianos institucionais, impactando diretamente o cuidado ofertado aos adolescentes. Frequentemente, os adolescentes são reduzidos à condição de "infratores", em detrimento do reconhecimento de sua condição de sujeitos de direitos. Tal perspectiva compromete a integralidade do cuidado e invisibiliza a complexidade das adolescências e dos processos de subjetivação envolvidos no cumprimento das medidas socioeducativas.

Outro aspecto relevante refere-se à centralização dos atendimentos dentro das unidades socioeducativas, com reduzida articulação territorial e pouca integração entre os serviços da rede. Esse cenário reforça a necessidade de ampliação das ações compartilhadas e da corresponsabilização entre os diferentes atores institucionais.

CAMINHOS POSSÍVEIS

Diante desses desafios, alguns caminhos têm se mostrado fundamentais para o fortalecimento da PNAISARI. A constituição e consolidação dos Grupos de Trabalho Intersectoriais (GTIs) configuram-se como estratégia essencial para articulação, pactuação, monitoramento e avaliação das ações da política nos territórios.

A construção de um compromisso ético e político com a intersetorialidade exige a elaboração contínua de pautas conjuntas de atuação, capazes de promover a reintegração social dos adolescentes e assegurar seus direitos fundamentais. Nesse processo, torna-se indispensável a criação de um "solo comum" entre saúde, socioeducação e demais políticas públicas, favorecendo práticas colaborativas e gestão compartilhada.

A intersetorialidade, nesse contexto, não se restringe à simples articulação entre setores, mas pressupõe integração sinérgica entre saberes, experiências e práticas institucionais, desde o planejamento até a avaliação das ações desenvolvidas. Trata-se de construir redes vivas de cuidado, capazes de remodelar os modos de atenção e fortalecer vínculos entre trabalhadores, serviços e adolescentes.

A educação permanente em saúde e socioeducação também se apresenta como ferramenta estratégica para fomentar reflexões críticas sobre os paradigmas que organizam o cotidiano institucional, contribuindo para a superação de práticas violadoras e para a construção de abordagens mais humanizadas, antirracistas e comprometidas com os direitos humanos.

Por fim, fortalecer a PNAISARI implica reconhecer e cuidar também dos trabalhadores envolvidos nesse processo, criando espaços de escuta, apoio institucional e construção coletiva de soluções para os entraves cotidianos. A produção de redes de cuidado exige encontros, diálogo e corresponsabilização permanente entre os diversos atores que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

Assim, a PNAISARI reafirma-se como política estratégica para a consolidação da atenção integral à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo, sustentada pela defesa intransigente dos direitos humanos, pela territorialização do cuidado e pela construção cotidiana da intersetorialidade como prática ética, política e institucional permanente.

3.2 TEXTO II - A PNAISARI EM BELO HORIZONTE: HISTÓRIA, AVANÇOS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL ÀS ADOLESCÊNCIAS.

Autor: Israel Tainan Lima e Chaves

Psicólogo, especialista em Clínica Psicanalítica na Atualidade pela PUC Minas e em Enfrentamento de Violências contra Crianças e Adolescentes pela Universidade de Brasília (UnB); Mestre em Psicologia/Estudos Psicanalíticos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atua como Referência Técnica na Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, na coordenação da PNAISARI do município, e atende em consultório particular.

Bom dia a todas as pessoas presentes!

Início manifestando a alegria em compor esta mesa que abre os trabalhos do I Seminário da PNAISARI de BH. É uma honra dividir este momento tão desejado com a Carolina, uma parceira que os caminhos da vida profissional me apresentaram, na convergência da luta intransigente pela defesa dos direitos dos adolescentes do sistema socioeducativo. Ao Fernando, meu Coordenador, com quem a transferência se estabeleceu desde o primeiro encontro, em que no momento da entrevista de seleção para ocupar a vaga de Referência Técnica na Coordenação não hesitou em aguardar ou cumprir protocolo, me convidando a assumir a vaga imediatamente.

Hoje é um dia muito especial para a equipe PNAISARI de Belo Horizonte - para os que passaram e deixaram marcas de um trabalho comprometido e para os que fazem parte neste momento, com destaque para as profissionais que se mantêm na equipe desde o início da implementação da Política.

Com muita alegria e sentimento de realização, peço autorização a todos/todas que fazem parte dessa história, para falar do trabalho dessa equipe na rede SUS-BH, tão competente e implicada com a garantia do direito à saúde e com a defesa da vida dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas.

A história da PNAISARI de BH foi e é construída por muitas mãos, saberes e desejo. Não é uma história anônima: ela carrega a marca e a potência de cada profissional que a construiu ao longo dos anos, junto de todos os adolescentes que passaram pela nossa rede. O esforço aqui é para que se transmita o que se presencia no dia-a-dia, a cada reunião com a equipe técnica: a PNAISARI de BH adota um estilo particular de construção artesanal do cuidado, no encontro singular entre cada trabalhador e cada adolescente, na tarefa cotidiana de não apenas favorecer o acesso à rede de saúde, mas de sustentar uma posição ético-política orientada pelo cuidado humanizado, acolhedor e, sobretudo, em liberdade.

Formulada pelo Ministério da Saúde em 2004 para garantir o acesso integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em regime aberto, fechado e em semiliberdade, a PNAISARI de BH se mantém viva, animada e pulsante, como são também os próprios adolescentes. Trabalhar com as adolescências exige que estejamos à altura de sua subjetividade em nossa época; advertidos dos desafios, temores, faltas e também a necessidade de intervenções que contem com criatividade e coragem. Não lidamos com quaisquer adolescências, mas com aquelas marcadas por desigualdades sociais, raciais e territoriais, o que nos convoca a operar entre a clínica e a política, o individual e o social, o universal e o singular, entre o sujeito de direitos e a emergência do sujeito de desejo, frequentemente apagado e silenciado pelas normas e legislações.

UM PASSADO QUE SE ATUALIZA

A trajetória da PNAISARI em BH começa em meados de 2010, quando a médica pediatra Márcia Parizzi, então coordenadora da Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, se afeta com a precariedade das condições de acautelamento dos adolescentes em internação provisória no município. Esse movimento inaugura a entrada da política de saúde no sistema socioeducativo de Belo Horizonte, inicialmente por meio de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que passaram a atender dentro das Unidades Socioeducativas de Internação Provisória.

Em 2015, iniciou-se a ampliação da política: são incorporados cinco profissionais efetivos das categorias de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e serviço social como referência para toda a cidade, além da supervisão clínica de orientação psicanalítica. Duas profissionais de saúde no Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas da Prefeitura de Belo Horizonte (NAMSEP) e a eSF especial lotada no Centro de Saúde Horto, que já atendia os adolescentes acautelados em internação provisória, passaram também a compor a equipe PNAISARI efetivamente, se integrando às discussões clínicas e aos processos metodológicos do trabalho de garantia de acesso à saúde realizado para os adolescentes.

A partir de 2019, a PNAISARI fortaleceu-se e ampliou sua capilaridade, passando a contar com 18 profissionais — 2 por regional — das áreas de Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, distribuídos nas nove regionais de Belo Horizonte. Essa expansão permitiu que a política alcançasse também territórios onde não há Unidades Socioeducativas, ampliando sua capacidade de articulação e cuidado.

Assim, ampliou-se o olhar para as adolescências vulnerabilizadas ao referenciar também os casos de adolescentes beneficiados com medidas protetivas de saúde, aplicadas pela Vara Infracional, nos termos do ECA. Aqui se faz importante uma ressalva: o cumprimento de uma medida protetiva, nesse caso, não é para os

adolescentes, mas para o poder público, que passa a ter a responsabilidade de assumir a oferta de cuidado. Nesse modelo, a PNAISARI também se faz presente, como veremos adiante, pois faz parte dessa engrenagem em todas as regionais, trabalhando cotidianamente para que os adolescentes tenham o melhor acesso ao cuidado integral, prioritariamente nos territórios e em liberdade, sempre que possível.

Nesse modelo de atuação, a PNAISARI firma uma rede dentro da rede SUS, que não se desconecta ou se faz êxtima, mas atua como um dispositivo conector que articula e enlaça profissionais, serviços e saberes da saúde e de outros campos, na direção de uma clínica ampliada, intersetorial e itinerante, que tem como mote de trabalho a delicadeza da escuta, orientada pela subjetividade das adolescências. É somente no encontro com estas adolescências que a clínica acontece, abrindo espaço para a atuação com a APS, especialmente com as equipes de Saúde da Família, responsáveis pela coordenação do cuidado integral de todo e qualquer adolescente em seu território.

NOSSA APOSTA ÉTICA E POLÍTICA

A PNAISARI se organiza a partir de um princípio fundamental: **a saúde como um direito, é uma oferta ética de cuidado e não pode ser praticada como uma imposição.** Quando falamos em acesso à saúde para adolescentes que estão no sistema socioeducativo, não se trata apenas de garantir consultas, exames ou atendimentos, embora o sejam tão importantes. Contudo, o trabalho está além, pois trata-se de reconhecer que o acesso à saúde para os adolescentes é uma oportunidade de cuidado, acolhimento, escuta e proteção, pois cada adolescente tem sua história, marcada frequentemente por diversas violências, sonhos interrompidos e potências não reconhecidas.

A experiência mostra, entretanto, que muitos atores ainda não compreendem o papel da equipe PNAISARI na cidade. Esse se torna um dos nossos desafios diários: é preciso que os profissionais se apresentem, reapresentem e abordem continuamente a existência da política, em nome dos adolescentes, emprestando seu corpo e seu desejo. Essa não é uma apresentação em si mesma, com fins teóricos, mas que tem o objetivo de garantir a entrada, a vinculação e a continuidade dos adolescentes na rede de saúde e, assim, como costumamos dizer, mantê-los vivos, com dignidade.

Quando fazemos menção à equipe PNAISARI de BH, é preciso que se compreenda que a atuação dos profissionais se particulariza a partir de duas funções estratégicas: enquanto se acolhe, atende e/ou acompanha os adolescentes, trata-se também da rede. "Tratar" a rede em nosso trabalho quer dizer apoiá-la, fortalecê-la, animá-la para que possa qualificar a atenção integral à saúde dos adolescentes; para que os escute; produzindo concessões ou excepcionalidades

que, de fato, os acolham de porta aberta, afinal, quando os adolescentes acessam os Centros de Saúde, as adolescências não ficam do lado de fora.

Fundamentalmente, o papel central da equipe PNAISARI, conforme está previsto em suas diretrizes, deve se direcionar como apoio matricial às equipes de Saúde da Família e também às equipes que compõem o sistema socioeducativo de meio aberto e fechado. O matriciamento é uma tecnologia leve, que refere-se

"ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes e com equipes responsáveis pelo cuidado, assim como atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico" (BRASIL, 2002).

O matriciamento ou o apoio matricial é, nesse sentido, o cerne da função da PNAISARI de BH. Por meio dele, constroem-se vínculos, casos clínicos e estratégias de cuidado, acolhendo também o sofrimento das equipes — porque onde há trabalho com o humano, também há profissionais que precisam de suporte.

A partir da função de apoio matricial, ressaltamos a multiplicidade de articulações, discussões de casos, encaminhamentos, reuniões, ligações, dentre outras invenções que esta equipe constrói junto à rede SUS e outras políticas, de maneira que seja possível construir uma rede sob medida para os adolescentes, como considera Cristiane Grilo (2022), de acordo as necessidades e demandas que cada adolescente pode apresentar.

Nesse sentido, cuida-se também da rede, ensinando e aprendendo a partir de cada adolescente, que nos convoca, não sem dificuldades, a tecer uma grande teia entre a Atenção Primária, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os serviços especializados, a socioeducação, a assistência social, o sistema de justiça e outras áreas do Sistema de Garantia de Direitos. É mostrar que o cuidado nunca é de um serviço só, mas sempre realizado por muitos.

Essa prática se expressa em vários momentos, em diversas modalidades: nas reuniões semanais da Coordenação com a equipe, nas supervisões clínicas, nos encontros com os Centros de Saúde, com os Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERSAMIs), nas discussões de microárea, nos espaços de matriciamento das regionais, nas oficinas de saúde, nos encaminhamentos ao Programa Arte da Saúde: Ateliê da Cidadania, nas agendas de reuniões dos técnicos com as Unidades Socioeducativas e com os CREAS e na presença ativa da PNAISARI nos espaços outros que compõe a agenda socioeducativa, como comitês, comissões e fóruns intersetoriais.

Cada uma dessas ações é um fio alinhavado com a presença da equipe PNAISARI na cidade, capaz de produzir rede: rede de cuidado, de proteção e de resistência, não sem seus buracos, limites e impossibilidades. Nesse percurso onde nem

tudo são flores, mas há que fazer florescer a caminhada, é preciso também ser realista. Nosso trabalho é atravessado por muitas tensões e desafios estruturais: a segregação das adolescências pobres e negras; o sofrimento psíquico produzido pela privação de liberdade; a hipermedicalização dos corpos; a algemação nos espaços de saúde; as violências institucionais e as autoprovocadas nas Unidades Socioeducativas, com destaque para as tentativas de autoextermínio, além de todos os preconceitos que pesam sobre esses adolescentes antes mesmo deles se apresentarem. Tudo isso ronda nossas escutas, intervenções e um modo de fazer decidido pela indignação das injustiças, sobre as quais essa equipe de saúde insiste em não recuar.

O I SEMINÁRIO COMO ATO

Esse seminário foi desejado por muitos e há tanto. Desde o início do meu percurso coordenando a equipe PNAISARI, escuto a demanda dos técnicos de que o trabalho merecia esse momento. O tempo de acompanhamento desta equipe me fez tornar a proposta deste evento causa de desejo - desejo de demonstrar e valorizar a experiência de uma espécie de pesquisa clínica que se realiza através de cada profissional no encontro com os adolescentes. Encontros esses que fogem ao *setting* tradicional e aos formatos clássicos de atendimento, pois, como demonstram, o trabalho com os adolescentes deve acontecer onde eles estão.

Então, vale, os atendimentos nas praças, nos parques, na rua, na porta de casa, nas periferias, no centro da cidade, tomando um sorvete, fazendo presença-insistente com o corpo e a escuta delicada. O cuidado não pode estar apenas onde estão as unidades socioeducativas. O cuidado precisa estar no território: no bairro, na rua, no Centro de saúde, na vida cotidiana dos adolescentes. Dessa forma, alteramos a lógica de que o adolescente precisa ir até a política e assumimos que a saúde precisa ir até o adolescente. É com isso que a PNAISARI opera.

Este Seminário é um ato formativo, comemorativo e de resistência de anos de trabalho realizado por tantos profissionais que endereçaram seu desejo à defesa do acesso à saúde integral para os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Durante o dia de hoje, as experiências, as metodologias, os processos de trabalho e as interfaces com outros saberes estarão presentes nas mesas, através de textos construídos pela equipe e que retratam nossa principal direção: a escuta dos adolescentes como protagonistas de seu próprio cuidado.

Desde a próxima mesa, que tratará da perspectiva do sistema de justiça em relação à PNAISARI, sob o prisma da responsabilização, proteção e garantia de direitos, às mesas de apresentação de trabalhos que retratarão as experiências individuais e coletivas aprendidas com os adolescentes, todas evidenciam a ética de trabalho que confere o protagonismo aos adolescentes, colocando-os no centro e sendo com eles que se constroem algum tipo de saber.

Constataremos na primeira mesa da tarde o que temos denominado como o saber-fazer da PNAISARI na cidade, a partir de leituras clínicas e críticas sobre as adolescências, suas vulnerabilizações e os territórios, nos quais a vida acontece. No mesmo ritmo, a mesa seguinte entoa pensar nas estratégias de cuidado, nos interpelando com quantos e quais fios se tece uma rede. A partir da perspectiva de uma clínica ampliada - que vai ao encontro dos adolescentes e não os espera chegar como os modelos de atendimento clássico o fazem - buscamos ocupar esse lugar de tessitura ou de costura, fio a fio, um a um, ultrapassando as leis, os protocolos e as normativas (muito importantes, diga-se de passagem), para que os adolescentes entrem para nossa rede, sejam visibilizados e se vinculem ao cuidado possível. Essa é a aposta enquanto saúde para que os adolescentes marcados por histórias de abandono, negligências, violências e sofrimento de diversas ordens possam ter a chance de traçar outro percurso diferente daquele determinado por uma suposta infração que gerou uma medida socioeducativa em sua vida.

Para finalizar sem concluir, a PNAISARI, é um trabalho que se faz no entre. E é nesse entre que se revela aquilo que sustenta nosso fazer: a aposta radical na potência dos adolescentes, mesmo em contextos de privação de liberdade, de barreiras de acesso, de CID de "vida ruim", de todos os tipos de precariedade.

Que este encontro nos lembre do que é essencial: cuidar é tecer. Tecer é resistir. Resistir é afirmar a vida. Muito obrigado à equipe PNAISARI de BH por me ensinar tanto, todos os dias.

Viva as adolescências! Viva a vida em liberdade! Viva o SUS!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, Cristiane; CARDOSO, Vanessa. (2019). PNAISARI em Belo Horizonte: a construção de uma "rede de redes"! Belo Horizonte, 2019, pp. 1-11.

BRASIL. Ministério da Saúde (2014). Portaria 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html>

BRASIL. Ministério da Saúde (2022). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Orientações básicas para a atenção integral em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. –Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_integral_saude_mental_adolescentes.pdf>

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha; ROCHA, Bianca Ferreira; MOURÃO, Mateus (Org.). (2022) Janela da escuta: o adolescente especialista de si e a tessitura de uma rede sob medida. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022.

4. MESA - ADOLESCÊNCIAS, VULNERABILIDADES E TERRITÓRIOS: O SABER-FAZER DA PNAISARI NA CIDADE.

4.1 TEXTO I - PRESENÇA-INSISTENTE: PERCURSO NA PNAISARI E A CONSTRUÇÃO DE UMA "REDE-FERRADURA"

Autora: Grazielle Lelis Maia

Psicóloga/Psicanalista. Graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais. Psicóloga da PNAISARI - regional Centro-Sul.

SEIS ANOS DE TRAVESSIA E ESCUTA

É uma honra compor esta mesa, cujo tema: Adolescências, vulnerabilidades e territórios: o saber-fazer da PNAISARI na cidade, toca o cerne do nosso trabalho diário. Ao longo dos meus seis anos de percurso na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), testemunhei a complexidade de atuar no cruzamento entre a saúde, a assistência social e o sistema de justiça. Não se trata simplesmente de cumprir protocolos, mas de construir uma ética de trabalho onde o acolhimento à demanda da Lei, na figura das medidas protetivas e socioeducativas, se torna uma oportunidade para ofertar saúde ao sujeito adolescente.

A PNAISARI atua na fissura, no furo da rede que o sofrimento do adolescente expõe e que, nem sempre, aparece nos espaços do SUS. É nesse lugar de falta que buscamos intervir, costurando uma rede-de-redes, expressão cunhada pelo psicanalista Célio Garcia que se refere à "articulação entre as diversas redes – de saúde, saúde mental, educação e assistência – para a construção dos casos acompanhados" (BARRETO; CARDOSO, 2019, p.1). Operamos na intersecção da

violência, do abandono e das múltiplas vulnerabilidades, apostando na atenção integral à saúde do adolescente no SUS e na escuta singular, para que o adolescente possa aparecer.

Convido-os, então, a revisitar esse percurso através de casos que me marcaram. Eles nos guiarão para pensarmos o saber-fazer da PNAISARI, uma política que faz sua marca como uma presença-insistente: uma postura clínica que se recusa a desistir do sujeito, operando no território e na rede com a ética de quem reconhece que "o adolescente é especialista de si mesmo" (GRILLO, 2023). Ele nos indica o seu recurso, "suas pequenas invenções no trato com a cidade e em seu tratamento na rede de saúde" (BARROS-BRISSET, 2010, p.86), seu ponto de amarração e também seu tempo.

A leitura desses casos foi construída em supervisão clínica, dispositivo indispensável para o fazer da escuta e do trabalho com os adolescentes. A supervisão nos serviu para localizar a singularidade do sujeito sob a orientação psicanalítica. Uma psicanálise, como nos orienta Conceição (2024), que se conecta às políticas públicas na medida em que primeiro vai até os sujeitos para então escutá-los e só então produzir uma intervenção. Essa lente nos permite interrogar algo da travessia traumática da adolescência e a emergência do sujeito para além do rótulo do ato infracional. Além do mais, nos apoiamos na prática de uma clínica ampliada que aposta no cuidado integral dos adolescentes e no fortalecimento de uma rede feita por muitos.

Apresentarei as vinhetas de três casos clínicos que revelam diferentes faces do nosso saber-fazer. Os casos foram selecionados para apresentar a experiência e os efeitos da presença de uma política que se importa com a vida, o cuidado e a proteção dos adolescentes, que têm suas histórias marcadas pela passagem no sistema socioeducativo. A nomeação dos casos foi pensada na poética do que cada adolescente trouxe para o campo clínico: Verso, representando a escrita e a palavra, recursos singulares que o jovem usou para reescrever sua história e se nomear autor. Ferradura, simbolizando o objeto de cuidado, nomeado pelo adolescente como objeto de proteção, que revelou o ponto de responsabilidade do sujeito e serviu de gancho para a presença da rede. E Marco, para representar o limite e uma estrutura colocada sob a figura de lei, interrompendo o discurso do "não dá nada" e instaurando uma direção para o endereçamento do sujeito ao tratamento.

VINHETA 1: VERSO – A APOSTA NA ESCRITA E A REDE-DE-REDES

Verso¹, um jovem do sexo masculino, negro, 16 anos, com um quadro de psicose, que progredia da medida socioeducativa de internação para a semiliberdade, chegou com a demanda de escuta e vinculação à rede de saúde do território que passaria a residir com sua namorada, à época gestante. A marca de sua história era o abandono do pai, após o falecimento da mãe, e o atravessamento precoce pelo tráfico e pela vida nas ruas.

As articulações ocorreram antes mesmo de seu desligamento da medida de privação de liberdade. Dentre essas articulações destaco o contato com o Centro de Saúde de referência, em especial, na figura da Agente Censitária de Saúde (ACS) que conhecia a família da namorada que iria recebê-lo. Fizemos alguns atendimentos on-line enquanto ele esteve na unidade socioeducativa e depois no centro de saúde onde o vínculo transferencial entre nós foi se estabelecendo. Nos atendimentos ele contava sobre a produção de um livro, localizando sua marca singular: a escrita. Na unidade socioeducativa, Verso havia iniciado a escrita de sua história de vida, que seria publicada como livro, e para isso, se formou uma "rede-de-redes" que se tornou referência para o jovem: eu, na PNAISARI articulando a rede e escutando o adolescente; a técnica da unidade socioeducativa, que o ajudou na publicação e divulgação; a ACS que permitiu o primeiro contato com a família da namorada que o acolheu no território; e uma arte-educadora do Consultório na Rua, que construiu um vínculo enquanto Verso esteve em situação de rua e também atuou na divulgação e vendas da sua publicação.

Posteriormente, o adolescente foi convidado e remunerado para palestrar em diversas unidades socioeducativas da cidade sobre o processo de construção do seu livro. A escrita foi então uma das vias de tratamento: o jovem produziu um nome, uma narrativa que lhe pertencia, deslocando-se do lugar de "adolescente em conflito com a lei" para o de "autor" de sua própria história.

O trabalho foi realizado por muitas mãos que se tornaram referências importantes para o adolescente. O vínculo de Verso se deu com essa rede que, ao acolher a sua produção singular se tornou um suporte firme, favorecendo seu vínculo com a saúde e outros serviços da rede como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Programa Se Liga, um programa de acompanhamento ao egresso das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação.

VINHETA 2: MARCO – A REGULAÇÃO DA LEI E A DIREÇÃO DO TRATAMENTO

Marco, adolescente do sexo masculino, negro, acompanhado dos 14 aos 19 anos, nos apresenta um quadro de psicose, desorganização familiar e violência, com

¹ Todos os nomes utilizados nos casos clínicos apresentados são fictícios e foram adotados com o objetivo de preservar a identidade e garantir o sigilo das pessoas envolvidas.

a presença de agressões à mãe e à avó e um histórico de múltiplos desautorizamentos na família. Essas desautorizações apareciam quando o adolescente apontava uma direção, a mãe apontava outra, o tio desautorizava a mãe, a avó e outra tia indicavam uma direção diferente das anteriores. A mãe sentia-se esgotada e repetia um ciclo de desamparo vivido na infância. Ela foi vítima de um abuso e o responsável pela violência nunca foi responsabilizado. A família, tampouco, a apoiou. A frase "nunca deu nada" era repetida pela mãe e isso marcou a história do adolescente.

Marco nos apresentava uma desorganização e estava em uma família onde conflitos eram regra, o que deixava o adolescente sem direção. Soma-se a esse cenário o fato do pai ter sido assassinado quando Marco tinha 6 anos, em decorrência do seu envolvimento importante com o tráfico de drogas. O adolescente respondia a essa falência do simbólico familiar com a violência e com discurso desafiador, descumprindo a medida socioeducativa e não aderindo ao tratamento: "não dá nada pra mim". Ele desafiava a lei e a rede, pois onde um autorizava (a mãe, a avó, os tios), o outro desautorizava. Uma das respostas que ele encontrava era, então, o ato violento.

A supervisão clínica apontou a direção de secretariar a psicose, fazendo valer o registro simbólico. Nesse cenário, o elo com a Justiça se tornou um regulador fundamental. Foi numa reunião familiar, sob a condução do juiz Dr. Afrânio Nardy, que toda a família e a rede foram convocadas. O juiz determinou que todos familiares mantivessem a mesma postura, convocando a família e Marco a falarem. Na fala do adolescente aparecia a expressão "quero virar homem" e "ter uma vida digna". A palavra do juiz, sustentada pela Lei, ofereceu um direcionamento que a rede e os responsáveis não conseguiam, colocando um tratamento ao "não dar nada" desregulado da família. Os efeitos foram importantes: a lei aqui funcionou como um operador orientador para esse núcleo, ofertando um lugar para o adolescente, inclusive em relação ao tratamento na saúde.

O cuidado, a partir daí, se deu pela insistência e presença de rede (PNAISARI, CERSAMI, Centro de Saúde, CREAS/Medidas Socioeducativas) em ofertar o vínculo, articulando o tratamento com o desejo de Marco de "virar homem" e ter uma "vida digna". A Lei, nesse caso, não aprisionou; ela regulou o campo para que o tratamento pudesse, enfim, encontrar um ponto de amarração para que Marco pudesse dar uma resposta, deslocando-se do sentido atribuído ao "não dá nada". Tratou-se, assim, de fazer um certo uso da responsabilidade, que apontava para "a capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos. Responder (...) é um modo de inclusão, pois insere o sujeito dentro do 'guarda-chuva' da lei, que abriga a todos sob o seu manto". (BARROS-BRISSET, 2010, p. 31).

VINHETA 3: FERRADURA – O SABER-FAZER E A PRESENÇA-INSISTENTE: UMA "REDE-FERRADURA"

Ferradura, um adolescente de 13 anos, pardo, do sexo masculino, é a poética do que nomeamos como a presença-insistente no trabalho com os adolescentes. Ferradura passava longos períodos nas ruas, às vezes dias fora de casa, tinha uma paixão por cavalos (cuidava de alguns que circulavam pela sua região), e chegou à medida socioeducativa por furtar uma loja para comprar uma ferradura para sua égua. Seu ato não era um mero furto; era um ato de cuidado e responsabilidade para com o animal, pois, segundo ele: "você acharia bom andar no asfalto sem chinelo, queimando seu pé? A égua precisa da ferradura para não machucar o pé".

Ferradura é o adolescente que escapa. Como nos orientou a tia, ele é um "bagreinho", um peixe que escorrega, que faz do rio desordenado a sua saída. Sua

errância era uma forma de resposta ao risco de ser "enjaulado", seja num abrigo ou em outra instituição. O pai, em um dos raros contatos, disse que o filho tinha que ser preso "porque animal tem que estar na jaula".

A intervenção da PNAISARI, juntamente com a técnica das Medidas Socioeducativas de Meio Aberto, a enfermeira e a assistente social do Centro de Saúde, foi pautada na presença-insistente. Não se tratava de capturar ou prender o adolescentes na "jaula" do serviço, mas de ofertar condições para ele chegar, abrir o caminho, sem exigir a chegada. Essa insistência se deu em duas frentes: primeiro, por meio da aposta no recurso/saber do adolescente, o cuidado que ele oferecia aos cavalos e aos sobrinhos e posteriormente ao próprio corpo, foi seu ponto de ancoragem. Acionamos os serviços que se colocaram abertos para recebê-lo (como o Centro de Saúde por meio da assistente social e da enfermeira nas visitas domiciliares, e a Zoonoses, na orientação do cuidado com os cavalos). Segundo, numa flexibilidade clínica, seguimos a orientação da supervisão: "dar lugar, tempo e espaço para ele chegar." Essa foi a expressão da nossa presença-insistente: insistir, mas ir devagar, respeitando o tempo do sujeito, para construir uma "rede-ferradura" que proteja o corpo, e não o prenda, oferecendo um lugar de cuidado.

Importante salientar que essas foram as orientações da supervisão que foram transmitidas para a rede após minha saída do caso. Como tantos outros casos que acompanhamos, trata-se de um adolescente para o qual a rede precisa articular o cuidado de forma contínua; contudo também compreendemos que nem sempre isso é possível, pois também lidamos com nossos próprios buracos, limites institucionais, tempos de intervenção e, sobretudo, com as escolhas e movimentos do próprio sujeito. Ainda assim, permanece a aposta de que cada gesto de cuidado, mesmo atravessado por limites, possa sustentar alguma continuidade possível e abrir brechas para que novas invenções de vida aconteçam.

A ÉTICA DA INSISTÊNCIA E O CUIDADO NO TERRITÓRIO

O nosso saber-fazer se define, então, por três pilares interligados, essenciais para o fortalecimento da rede no território do adolescente: a escuta singular, capaz de localizar o recurso do adolescente (a escrita, o cuidado com os animais, o desejo de dignidade) para além do sintoma do ato infracional. O amarrar a rede no território como direção de atuação: o espaço de discussão com o Centro de Saúde/CERSAMI, o trabalho intersetorial das equipes, a supervisão clínica, o deslocamento dos técnicos (atendimentos fora da UBS) para encontrar o adolescente no seu lugar de vida e afeto. E a presença-insistente: a ética de não desistir, de operar com flexibilidade, aguardando o tempo do sujeito, e mobilizando a rede. É a aposta em um cuidado que é firme e constante, mas jamais autoritário.

O trabalho da PNAISARI também é, por fim, sobre fazer nós nos buracos. Como nos orientou Fernanda Otoni (2010), retomando Guimarães Rosa: "Rede é um monte de buracos amarrados com barbante!". A rede, o Estado, possuem falhas e os adolescentes trazem as marcas dessas falhas, mas é justamente nesse ponto de fragilidade que nossa função opera. Nossa presença-insistente é a aposta de que a lei do socioeducativo pode ser atravessada pela ética da saúde. É a convicção de que o sujeito em travessia precisa de um Outro que suporte sua busca por um nome e um lugar e que estes sejam distintos daqueles os quais costumam ser sentenciados: marcados pela violência e múltiplas vulnerabilidades que conduzem ao pior, como é o caso da privação de liberdade.

A ética do nosso trabalho reside na recusa em ver o adolescente como um caso a ser tamponado, mas como um sujeito a ser escutado. Ao sustentar a palavra, ao apostar na saúde e na rede, ao insistir no vínculo, transformamos a determinação judicial em uma oportunidade de vincular-se à vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, Cristiane; CARDOSO, Vanessa. (2019). PNAISARI em Belo Horizonte: a construção de uma "rede de redes"! Belo Horizonte, 2019, pp. 1-11.

BRASIL. (2014) Ministério da Saúde. Portaria no 1.082, de 23 de maio de 2014. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 26 maio 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em 04 nov. 2025.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. (2010) Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2010, vol.20, n.1, pp.83-89. ISSN 0104-1282.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. (2010) Por uma política de atenção integral ao louco infrator. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

CONCEIÇÃO, Leandro Galhardo Ballesteros da. (2024) Território e laço social: sujeitos e quebradas. 2024. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha; ROCHA, Bianca Ferreira; MOURÃO, Mateus (Org.). (2022) Janela da escuta: o adolescente especialista de si e a tessitura de uma rede sob medida. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022.

4.2 TEXTO II - CARTOGRAFIAS DAS ADOLESCÊNCIAS VULNERABILIZADAS: OS DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL SEM LIBERDADE.

Autor: Guilherme Cruz

Psicólogo e Psicanalista. Especializando em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina/ UFMG. Referência Técnica da PNAISARI Nordeste e no Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERSAMi) Nordeste. Atende também em consultório particular.

Escrever um texto para um Seminário tão importante, de uma política com uma importância sem tamanho para minha construção como trabalhador não é fácil. Minha fala não pretende terminar uma discussão ou postular direcionamentos, senão a tentativa do tratamento de uma experiência singular, a partir do qual reflito a clínica em um cenário de miséria social e subjetiva, e os modos de cuidado possíveis para o recorte específico dos adolescentes com os quais trabalho. Entre outros, meu desejo, intenção e investigação se direcionam ao acompanhamento dos adolescentes privados de liberdade em dois pontos específicos da rede SUS em que estou inserido.

Como dupla-equipe da PNAISARI na regional Nordeste, sendo referência para os casos da maior Unidade Socioeducativa de Internação da cidade de Belo Horizonte e também como Referência Técnica em um serviço de urgência em Saúde Mental Infanto-Juvenil, na mesma regional, foi possível a construção de um certo percurso com os casos entre a atenção psicossocial e a atenção primária, entre o momento de urgência subjetiva onde a instituição de saúde é convocada a intervir em quadros onde o sujeito desmorona e o corpo não encontra mais coordenadas que o sustentam, e na atenção primária, por sua vez, acompanhando o dia a dia da privação de liberdade, a oferta de uma entrada do cuidado integral também como intervenção no campo da saúde mental.

Minha exposição é orientada por dois casos atendidos que, em vista da gravidade e da necessidade de uma tessitura de rede robusta, servirão para pensar modos

de intervenção próprios do saber-fazer da PNAISARI neste contexto, enlaçando estratégias no âmbito da subjetividade e das práticas sociais.

CASO M

O adolescente M. veio do interior de Minas Gerais para cumprimento de medida socioeducativa de internação em Belo Horizonte, sendo esta sua primeira experiência de afastamento da família. Foi sancionada medida socioeducativa de internação a partir de diversas atuações do adolescente, sobretudo por tráfico de drogas, e o descumprimento de medidas socioeducativas anteriores.

Fui convocado a atender esse caso pela equipe técnica da Unidade Socioeducativa, pois se tratava de um adolescente em sofrimento psíquico importante, recente na unidade. Ao atendê-lo, se apresentava desvitalizado, coçava-se o tempo todo, dizia estar insuportável a permanência na unidade e apresentava alucinações auditivas. Em um primeiro momento, destacava-se os grandes e importantes cortes pelo corpo e uma coceira por toda pele, o qual dizia tratar-se de "ziquizira deste lugar". Tratava-se de um adolescente em completa desorganização.

Os atendimentos puderam dar luz a sua história: assistiu o assassinato do pai aos 06 anos, passando a viver com a mãe posteriormente ao ocorrido. Marca que durante esse tempo, foi necessário tomar o que nomeou "remédios de cabeça", pois agitava-se facilmente. Entretanto, percebeu-se como a presença materna constituiu-se como amparo para esse adolescente, fazendo borda a esse corte traumático que retornava no próprio corpo. A mãe sempre esteve nessa posição de

amparo a seu corpo, um amparo especular. Com a irrupção da puberdade, iniciou-se um movimento de uso importante de substâncias; conseguiu me dizer que voltou a ficar muito agitado na adolescência e já não tomava mais as medicações. Das substâncias, partiu-se ao envolvimento no tráfico até que chega, prestes a fazer 18 anos, em uma internação socioeducativa.

O quadro psíquico deste adolescente era repleto no que concerne aos fenômenos de uma psicose, ressaltando-se a desintegração corporal e as alucinações auditivas. É evidente a maneira com a qual a privação de liberdade representou para este adolescente algo como uma intrusão: os grampos que seguravam a sua imagem corporal deixam de ter consistência e, o que anteriormente fazia borda em um Real avassalador, já não estava mais disponível. Por ter dezoito anos completos, foi necessário a articulação com o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), serviço de urgência em saúde mental do adulto na regional. Além disso, foi necessário conversar e conhecer o território deste adolescente, por meio de contatos com a rede de saúde do município para mapear o histórico de tratamentos. Trata-se de uma tarefa da PNAISARI, de produzir uma espécie de certa cartografia, um mapeamento possível da história clínica do adolescente, incluindo aí, os serviços e lugares por onde passou.

Dizemos comumente que sustentamos os casos com o corpo e neste não foi diferente. Foi possível, a partir desta articulação entre muitos, a estabilização do quadro agudo, um encontro que propiciou escutar um pouco mais de seus gostos: gostava de cavalos e gostaria de aprender a ler para conversar com as meninas pelo celular por texto, não mais apenas por áudios. O sorriso deste adolescente, a partir de minha chegada no serviço de saúde mental para passar uma permanência-dia com ele, dizendo a um colega usuário "olha lá, ele é meu 'ténico'", é inesquecível, marca de um vínculo, que é o ponto indispensável para qualquer trabalho com as adolescências.

Nas discussões de casos intersetoriais construimos para esse adolescente o retorno para a sua cidade de origem, próximo de sua mãe, não sem estar junto dos dispositivos. Levando o dizer do adolescente ao pé da letra, nos colocamos a trabalho para as possíveis construções. Em notícias recentes, soube que esteve em uma unidade socioeducativa de semiliberdade do interior, tendo passado pontualmente pelos dispositivos de saúde mental, em função de quadros de desorganização. Faz-se necessário lembrar destes adolescentes, suas vidas que continuam, e nos perguntar: quem cuida do adolescente psicótico? Qual instituição lhe cabe? A privação de liberdade é a única possibilidade para um adolescente que se desorganiza e é atravessado por um contexto de vulnerabilidades e exposição ao trabalho infantil? Precisamos construir respostas à altura.

O trabalho da PNAISARI, no enlace entre clínica e política, se apresenta como possibilidade de problematizar e construir respostas singulares. São respostas-limite, sem protocolos e idealizações, levando como tônica central o cuidado e a proteção dos adolescentes que ingressam no sistema socioeducativo.

Este caso descortina como a privação de liberdade pode produzir uma desamaração subjetiva, que convoca um trabalho de construção de uma borda. Para avançar, trago mais um caso, que apesar de um percurso diferente, expõe como a lógica do sofrimento psíquico destes adolescentes retorna no corpo impondo que nos coloquemos a trabalho em rede, de maneira qualitativa.

CASO K

O adolescente K já era conhecido pela rede de saúde mental da cidade metropolitana onde vivia anteriormente à trajetória infracional A transmissão do caso portava a marca da dificuldade na continuidade do tratamento, da "adesão". Fui convocado para acolhê-lo a partir de uma demanda da equipe técnica da Unidade Socioeducativa pela piora no quadro, desde o início da medida socioeducativa de internação, ressaltando-se os cortes profundos pelo corpo, feitos por qualquer objeto que encontrava.

Acolhi este adolescente em uma situação contingencial da ida de sua mãe na Unidade, que me relata de um quadro importante de agitação aos 06 anos de idade, no contexto escolar, onde o filho não conseguia permanecer parado, precisando estar constantemente sob vigilância para que não fugisse da instituição. Era um corpo agitado que estava transbordando. No fim da infância e início da puberdade, abre-se um quadro importante de errância, onde permanecia dias fora de casa, perambulando por territórios, andando horas a fio por quilômetros de distância. Com a puberdade propriamente, inicia uso importante de maconha. Na escuta do adolescente, o objeto droga foi, pouco a pouco, sendo delineado como um tratamento do sujeito para o corpo inquieto. Este é um ponto essencial para discussão do trabalho com a adolescência: qual o lugar as substâncias ocupam na vida desses sujeitos.

Neste contexto de errância, em consonância com o uso de substâncias, o adolescente envolveu-se em conflitos importantes em diversos territórios. No cenário de uso e exploração no tráfico, chegou a uma Unidade Socioeducativa de Internação. O corpo deste adolescente passa, então, a ter limites de circulação, o que acarretou fenômenos dos diversos tipos em torno do insuportável do corpo aprisionado: cortes profundos, agitações psicomotoras e heteroagressividade. Abre-se, na esteira do acautelamento, uma piora do quadro de saúde mental, demandando da rede de saúde (UPAs, CERSAM e Centro de Saúde) atenção com o caso.

Ressaltada a precariedade dos fenômenos, o corpo era a única via que este adolescente parecia encontrar. Os atendimentos iniciais foram feitos segurando suas mãos, longamente, para que não se ferisse gravemente. Havia feito um corte profundo em um dos membros inferiores pouco depois de chegar na Unidade, o qual não cessava de manipular, de inserir objetos. Era encaminhado diversas vezes aos serviços para sutura do ferimento, que abria para manipular. Subjetivamente, um esvaziamento de sentido e uma mutez, ressaltada por um retraimento autístico.

Foi necessário o acompanhamento e atendimento do adolescente em diversos pontos, como CERSAM, PNAISARI, PAI-PJ e o Centro de Saúde, na tentativa de que essa rede pudesse dar sustento e segurar isto que não cessava de cair. Mobilizamos discussões diversas com as instituições, ressaltando que tratava-se de um adolescente sem condição de cumprimento de medida socioeducativa de internação. O adolescente foi desligado e retornou para o território.

Essas articulações explicitam a posição deste trabalho como "animador" das redes, ou seja, manter os fios que tecem os casos interligados qualitativamente. Neste momento, as notícias são de que, infelizmente, o jovem está no sistema prisional e continua sendo acompanhado pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). Esse caso levanta uma questão importante sobre o insuportável que se apresenta na privação de liberdade: qual o efeito psíquico do cumprimento de uma medida socioeducativa de internação e o que se produz disso para cada adolescente?

DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As duas breves vinhetas clínicas são paradigmáticas para traçar as especificidades do cuidado em saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Esta clínica convoca a implicação da discussão dos cenários políticos e dos entraves discursivos os quais permeiam esse campo. Não estamos face à qualquer adolescência, mas justamente àquelas situadas precariamente no campo social, no qual apresentam-se desinseridos.

Estamos no campo da fusão entre as tecnologias do manicômio e a lógica socio-assistencial, no sentido em que isto pode produzir, como ensina Vicentim e Rosa (2010), uma lógica sanitário-mental, do lançamento dos sujeitos à margem, num circuito de enclausuramento próprio do manicômio. Entretanto, desta vez, numa liberdade vigiada, na qual incide certa gestão dos corpos, a partir dos discursos jurídico-psiquiátricos.

A ideia de circuitos contrapõe a ideia de rede, pois constitui de uma fragmentação, produzindo o que Vicentim (2010) chamará de resíduos, que nada mais é que o próprio abandono. É o campo da gestão dos resíduos. Dizemos comumente no CERSAMI que o CID principal de nossos meninos é o de "vida ruim", ou seja, de vidas nuas: a vida que pode ser descartada, pois foi empurrada para fora dos limites do contrato social e da humanidade (Agamben, 2002, como citado por Rosa, 2012). Isto é, de alguma maneira, as mais correntes histórias privadas de liberdade: meninos abandonados e violentados, tendo experimentado toda vida apenas instituições em que imperam a violência. Sabemos que a instituição possui em sua história caráter de proteção, em certos estados de desamparo, e que, nesse sentido, é preciso pensar nas construções de novas possibilidades, que não brutalizem o adolescente e que o acolha neste momento tão singular de travessia.

Avançamos, nesse sentido, com toda luta antimanicomial e o discurso próprio da reforma psiquiátrica. Entretanto, é preciso radicalizar ao se tratar de crianças e adolescentes e, sobretudo, dos adolescentes com trajetórias de atendimento socioeducativo: ainda os pensamos como pequenos adultos, colocando sobre suas costas o peso da responsabilização, de sua posição de desamparo social.

Para concluir, o trabalho da equipe da PNAISARI na cidade, com metodologias vivas, inventivas e pulsantes rompe com a relação histórica entre acessos à direitos fundamentais e processos de sanção, em direção ao exercício do direito à proteção e ao cuidado. A estratégia do matriciamento em rede eleva e qualifica o cuidado, intervindo nas dinâmicas institucionais para que acolha os adolescentes na rede. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para todo adolescente, a parceria com a Atenção Psicossocial, os diálogos com a Assistência Social, Educação e outros dispositivos compõem a tessitura de uma rede potente e que precisa se manter vivificada.

Ao lado dos adolescentes, cartografamos histórias, promovemos cuidados e traçamos possibilidades. Trata-se de uma permanente tentativa de implicação subjetiva aliada à garantia de condições dignas de existência; em articulação com o que se opera no laço social, uma aposta pública de que é possível outro lugar para os adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rosa, M. D. Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, (jul. 2011/ju 2012).

ROSA, M. D. e VICENTIN, M. C. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. Rev. psicol. polít. [online]. 2010, vol.10, n.19, pp.107-124. ISSN 2175-1390.

ZENONI, A. Qual instituição para o sujeito psicótico? Revista Abrecampos – Ano 1 – No 0 – Junho/2000. p. 19

4.3 TEXTO III - TORNAR-SE DISPENSÁVEL: O TRABALHO- -PONTE DA PNAISARI EM BELO HORIZONTE

Autora: Isabella Diniz

Psicóloga e Psicanalista. Especializanda em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina/ UFMG. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens do Instituto de Estudos Avançados Transdisciplinares da UFMG. Trabalha na PNAISARI Pampulha e atende em consultório particular.

Tenho de análise o mesmo tempo que trabalho com adolescentes. Não acho que é por acaso, na verdade acredito que a contingência se manifesta no tropeço, e num tropeço, em meio à pandemia, me deparei com um projeto de extensão na universidade que está diretamente ligado às adolescências. Quando falo de adolescências aqui, não me refiro a adolescências quaisquer, mas justamente àquelas com as quais trabalhamos diretamente nas políticas públicas.

Apesar de jovem, me interessei muito ao longo do curso de Psicologia por tudo aquilo que estava "fora". Na Psicologia Social, com a Psicanálise, e nesta com o que pode haver de mais social nela. Sim, parecia-me que a extimidade sempre se fez presente no meu percurso da academia e do trabalho, por que não? Não somente devido à escassez de projetos de extensão que atuavam nessa interface que tanto me interessava, mas também devido a minha inquietude e curiosidade em explorar o que havia além dos muros da universidade.

Acredito muito na potência dos casos e o que eles podem nos ensinar quando compartilhamos, inclusive, nossos furos. Em um dos primeiros projetos de extensão que participei, logo no período recém saído da pandemia, quando as coisas ainda estavam nebulosas e havia um certo mal-estar sempre pairando nas nossas atividades, ocorreu algo que veio como uma surpresa e ao mesmo tempo que me tirou o chão à época, me deu um prelúdio do que viria a ser o contexto com o qual eu trabalho até os dias de hoje.

Nesse projeto em questão — que tenho muito orgulho em ter feito parte — o SELEX (Sistemas Elétricos Experimentais), programamos entre nós bolsistas e extensionistas, oficinas com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto. Apesar de as oficinas serem feitas a partir da demanda dos adolescentes, era de praxe que em um primeiro encontro apresentássemos a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e circulássemos neste espaço, mostrando os caminhos e as multiplicidades que podem se materializar no ambiente da própria universidade (quando viam a Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da UFMG, pensavam em grafite e pixo; quando viam a faculdade de música, pensavam nas batalhas de rima, etc).

No afã de uma estudante à época, mesmo advertida dos perigos do "furor curandis", caí em um desses tropeços que já mencionei. Na primeira oficina — lembrem-se, era a saída de uma pandemia — com 3 bolsistas e 3 extensionistas, apareceu somente 1 jovem. Entusiasmada com a possibilidade de mostrar, apresentar, conversar e escutar esse adolescente, circulamos no espaço da universidade andando em êxtase no dia mais frio registrado até então na cidade de Belo Horizonte naquele ano. Nós, estudantes, professores e técnicos estávamos agasalhados da cabeça aos pés e, mesmo assim, queixando do vento frio que não cessava enquanto andávamos pela cidade que é a UFMG.

Ao mesmo tempo, estava ali um adolescente, mais ou menos da minha altura, muito magro, de camisa de time de mangas curtas, bermuda e chinelos. Nos apressamos para caminhar com ele e percorrer todo o espaço que era possível no pouco tempo que tínhamos. Assustada com a temperatura e com a pouquíssima quantidade de tecido que cobria o corpo daquele jovem, constantemente perguntava se ele queria parar, se devíamos voltar e tomar um café. Mas, não, ele quis prosseguir. Via os prédios, a arquitetura, as pessoas circulando e perguntava se podíamos fazer na semana seguinte um foguete na oficina. E assim nos preparamos e nos despedimos desse adolescente, com a promessa de fazer um foguete para ser lançado com a força de nossos próprios corpos.

Na semana seguinte, então, todos os preparativos haviam sido tomados e estávamos prontos para lançar foguetes coloridos que iriam pintar o céu da paisagem da Faculdade de Engenharia, mas esse adolescente não apareceu. Na verdade, nunca mais o vi. Na reunião de encerramento do semestre, entre alunos e técnicos, perguntamos o que havia acontecido com ele, que se apresentou tão desejoso e logo desapareceu. Soubemos que ele teve uma pneumonia e ficou internado certo tempo no hospital. Foi o primeiro choque. Não bastou desejo — de nenhuma das partes — para fazer acontecer.

Anos depois, já trabalhando na PNAISARI, mais um tropeço me fez cair. Em uma reunião para discutirmos os casos compartilhados entre nós e o CREAS, ouço que o caso que chegaria para acompanhar era de um adolescente de 16 anos recém completos, que havia passado por várias Unidades de Acolhimento Institucional (UAI) e estava em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto.

Reforço, inclusive, a boa relação que mantemos com as técnicas que trabalham diretamente nas medidas socioeducativas de meio aberto. Foram inúmeras as reuniões, visitas, articulações, mensagens e atendimentos conjuntos para estabelecermos uma linha de cuidado que vincule os adolescentes aos serviços da rede e coloca em prática muito mais do que é determinado em documentos como o Plano Individual de Atendimento (PIA) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esse trabalho, direcionado pela escuta dos adolescentes e pela aposta nas medidas em meio aberto, potencializa o cuidado em liberdade e a responsabilização de maneiras incalculáveis.

Lembro-me de um atendimento realizado em conjunto com uma técnica do CREAS muito delicada (Gioconda) em que o adolescente nos agradeceu por termos permanecido no acompanhamento, mesmo com a mudança de regional e ela disse "acreditamos em todos os adolescentes da mesma forma, mas são eles que ditam o caminho". Daquilo, nunca me esqueci. Apesar dos protocolos, das documentações, dos prazos e das respostas, nós apenas caminhamos juntos, apostamos nos laços. São eles quem nos apontam para novas direções e diferentes maneiras de habitar o mundo, em liberdade.

Voltando ao adolescente em questão, não possuía referências familiares no município de Belo Horizonte, com exceção de uma pessoa, mas esse encontro não havia sido bem sucedido e, por isso, estava em uma Unidade de Acolhimento. Foram muitas tentativas de encontrá-lo, mas que não deram certo. Até que um dia resolvi inventar uma nova estratégia: fui me encontrar com ele na Unidade, na hora do almoço e não deu em outra! Chegando lá, me deparei com o adolescente, sentado à mesa, comendo em paz sua comida. A entrada da PNAISARI foi pensada justamente como uma tentativa de reconectá-lo ao serviço de urgência em saúde mental — CERSAMi — que teve um rompimento devido à saída de uma das técnicas que o acompanhava. Aliás, vemos muito disso no nosso trabalho: nossa entrada enquanto política para "tapar" um buraco ou "enodar" um fio solto com os serviços de saúde. Isso não é uma reclamação, mas uma observação de como, por muitas vezes, é no espaço vazio que entramos e podemos operar, de forma não a obliterar esse vazio, mas de consentir com a sua existência e, com isso, fazer ou inventar algo.

Esse adolescente, então, no breve encontro do horário que um almoço pode permitir, se dirige a mim dizendo não haver demanda alguma de saúde. Mas, pouco tempo depois, quando apresento a ele os serviços que fazem parte do desenho do SUS e que ele poderia, como qualquer outro cidadão acessar, ele diz que gostaria de um clareamento nos dentes. Pronto! Aí se fez a brecha! Eu sabia que dentre as diversas ofertas do SUS não havia clareamento, mas havia a possibilidade de

uma profilaxia. Disse a ele sobre essa alternativa e o adolescente topou. Fez-se, assim, um movimento em direção à vida daquele sujeito que era apresentado como mortificado. Os serviços da rede, aliás, se referiam a ele dessa maneira, como "alguém que não quer nada com a vida". Mas, no encontro presentificado pela nossa presença física enquanto técnicos da política, algo pôde começar a se direcionar para a vida que é possível querer.

No dia em que marcamos essa ida ao Centro de Saúde, o adolescente havia sido transferido de Unidade de Acolhimento e sua regional passou a ser outra. Contamos com esse impasse: os adolescentes se mudam, circulam, desaparecem, são transferidos. No entanto, com o tempo, aprendemos que isso faz parte do próprio desenho do nosso trabalho. Apostando, então, na transferência e no que havia sido dirigido a mim naquele primeiro atendimento, resolvi visitar esse mesmo adolescente em sua nova residência, numa Unidade de Acolhimento Institucional que ficava em outra regional.

De lá, me disponibilizei a acompanhá-lo novamente ao Centro de Saúde, mas ele me fez outra demanda: era acompanhado há alguns anos no serviço de urgência em saúde mental para redução de danos e, desde a saída da referência técnica que o acompanhava no serviço, parou de ir, estava sem remédios e não conseguia dormir. Propus de acompanhá-lo, então, ao CERSAMI (como chamamos o CAPSi em Belo Horizonte) e ele topou. Voltei em outro dia, fomos juntos em uma saga pelos ônibus da cidade até o serviço e passamos a tarde juntos até ele ser atendido. Nesse pequeno espaço de tempo, ele me contou sobre sua vida, como havia chegado até ali e o que pensava para seu futuro. Ouvi atentamente e me espantei com o quanto aquele menino tão jovem havia vivenciado em tão pouco tempo de vida.

Na angústia que esse trabalho pode gerar, de ver e ouvir tão de perto esse sujeito que aparece quando nos permitimos escutar, questionei-me na análise por que permanecer nesse lugar, de ser cercada não só por questões tão estruturais, mas também de escutar o tom de denúncia que esses relatos carregam, apontando para os furos das redes e dos serviços, especialmente para o público adolescente — nossos furos, então.

A analista respondeu que "onde há um analista, há espaço para retificação". Me permito, inclusive, ampliar essa fala tão contundente. Onde há um trabalhador disposto a forjar esse espaço para a escuta, há possibilidades múltiplas de se ouvir muito mais do que dizem sobre um sujeito. Ouve-se do próprio sujeito.

O adolescente pode e deve falar de si. Nosso trabalho permite a criação ou a ocupação desses vazios e, especialmente por estarmos ali presentes, conseguimos nos tornar dispensáveis. Irônico até, mas algo que venho aprendendo com os adolescentes. Tornamo-nos dispensáveis, na medida em que nosso trabalho é mais uma ponte do que um espaço em si. Não nos limitamos ao atendimento em um só lugar. Escutamos o sujeito na rua, na praça, na casa, no consultório, afinal estamos ali, numa "presença-insistente" que não força um laço, mas se

abre para ele. Nos tornamos dispensáveis porque podemos ir embora, mas ainda assim ter marcado algo nesse encontro com o adolescente. Como uma chuva que vai erodindo o solo e criando ravinas por onde o rio irá passar, vamos trabalhando rumo à dispensabilidade dos nossos corpos enquanto força de trabalho. Ficamos ali, à espera de uma brecha, de um caminho, de um vazio para ocuparmos um pedaço dessa rede de furos.

Esse adolescente, inclusive, foi bem inserido em diversos serviços da saúde, teve sua medida socioeducativa cumprida e desligada, começou a trabalhar em um trabalho protegido e agora faz planos diversos para seu futuro. Mudou-se novamente de abrigo, mas minha presença-insistente ficou. Ele me manda mensagens para atualizar sobre a sua vida, contando como vão as coisas, como estão os tratamentos e assim, nessa dispensabilidade, abriu-se espaço para a tal "retificação". Ele me conta que quando sair da Unidade de Acolhimento, irá morar sozinho e já tem o dinheiro para o "básico", mas pretende fazer um chá de panela para conseguir as demais coisas. Quando o questiono sobre quem ele irá convidar, ele me responde que seremos eu e as técnicas que o acompanharam até ali.

Acredito que, na verdade, onde há um analista, há espaço para retificação não só do adolescente, mas do próprio analista. Ainda me surpreendo com a potência que um trabalho-ponte pode construir. Especialmente nas medidas em meio aberto, nas quais habitando e circulando pelo território, podemos testemunhar a emergência do sujeito, dos seus laços, das suas singularidades e das suas maneiras de ocupar e de se encontrar no mundo, nos colocamos em uma brecha, dispostos a apostar, investir e, acima de tudo, sustentar uma posição ético-política de cuidado em liberdade. Que seja com visitas, matriciamentos, reuniões, ônibus ou com panelas, é possível fazer surgir uma invenção com o vazio que carregamos e que decidimos ocupar com este trabalho. Basta ouvir (as adolescências).

5. MESA - ESTRATÉGIAS DE CUIDADO AMPLIADO: COM QUANTOS FIOS SE TECE UMA REDE?

5.1 TEXTO I - DO POUCO QUE SE TEM AO CUIDADO QUE SE SUSTENTA: QUANDO A SAÚDE INTEGRAL ENCONTRA A ADOLESCÊNCIA PRIVADA DE LIBERDADE.

Autora: Geovanna Cota Caetano

Médica pela UFMG, formada em 2024. Atua como médica da equipe de Saúde da Família especial, lotada no Centro de Saúde Horto, responsável pelo atendimento de adolescentes em cumprimento de internação provisória em Belo Horizonte.

Universalidade, equidade, integralidade - o SUS foi construído tendo esses princípios como norteadores, partindo da compreensão de que todos os indivíduos, sem distinção, têm o direito à saúde integral, de acordo com as suas necessidades. Como um dos seus pilares, temos a Atenção Primária à Saúde, que tem como meta solucionar cerca de 95% das demandas de saúde da população. A menina dos olhos do Estado, com tantas atribuições e competências, e também a menina dos nossos olhos, que vivemos esse projeto na prática diária.

A equipe especial de Saúde da Família, lotada no Centro de Saúde Horto, foi formada para ofertar saúde integral aos adolescentes em cumprimento de internação provisória em Belo Horizonte. Atualmente, realiza suas atribuições dentro das unidades socioeducativas que atende, além de fazer parte da equipe PNAISARI enquanto articuladora do cuidado em saúde nos territórios. Essa equipe desempenha, em um período breve de até 45 dias, e na medida do possível, tudo aquilo que aprendi sobre a Atenção Primária e sobre a prática da universalidade, da equidade e da integralidade no SUS.

Uma das estratégias que melhor representa o cuidado ampliado é o matriciamento com a saúde mental e os espaços dedicados aos estudos de casos mais complexos. Para quem não está familiarizado com o assunto, o matriciamento é o grande instrumento de trabalho elaborado principalmente para a discussão dos casos de saúde mental, a fim de proporcionar um espaço para a apropriação dos casos e para a decisão compartilhada em rede. Neles, todos os profissionais contribuem com a sua visão sobre o adolescente. O médico não se atém às enfermidades e aos medicamentos. Os psicólogos, assistentes sociais e técnicos têm abertura para discutir e opinar sobre condutas clínicas e não clínicas. Não existe saber superior, mas sim complementar. As decisões são construídas de forma conjunta, de acordo com o entendimento coletivo.

Um diferencial, que se deve muito às particularidades da configuração dessa equipe e de suas atribuições, é a apropriação dos casos, que se dá a partir da in-

investigação detalhada das várias dimensões da vida do adolescente, para compor o quebra-cabeça daquele novo caso. Algumas peças faltam, e sempre faltarão, mas o trabalho se propõe a compreender o que for necessário para oferecer um cuidado adaptado às necessidades. Enfim, isso se traduz em equidade, tão essencial para o SUS, que é definido como um princípio e uma diretriz.

Não se engane, os desafios são muitos. O tempo é curto, muitas vezes insuficiente para o que gostaríamos de ofertar e garantir. Mas a ordem é clara: enquanto sob responsabilidade da equipe, o adolescente deve ser apresentado à rede como um sujeito que precisa ter garantida a oferta de cuidado em saúde como um direito e um dever de cada um de nós, profissionais. Uma oferta que reconhece sua condição atual de privação de liberdade como um fator de risco para o adoecimento do corpo e da mente. Que deve se adaptar à linguagem, à expressão e à urgência das adolescências. Que deve manter-se disponível, de portas abertas, mesmo que receba uma recusa inicial, porque é uma oferta que insiste no cuidado.

Os profissionais, em sua especificidade, trabalham de forma complementar, em constante comunicação, a fim de otimizar o tempo que esse adolescente tem para, muitas das vezes, receber a saúde pela primeira vez em sua trajetória. As vivências são múltiplas, singulares, mas também coletivas, compartilhando traumas, desafios e necessidades. As experiências deixam marcas, causam desconfiança, resistência e a tão mencionada "baixa adesão". No entanto, nos cabe dar uma nova chance, e outra, e mais uma, para que aquele indivíduo também possa dar uma nova chance ao serviço que está sendo ofertado. No fim do dia, ou melhor, após os 45 dias, toda aposta vale a pena.

A prática cotidiana do cuidado em saúde comunga de todos os meios e recursos disponíveis. Nos atendimentos individuais com cada profissional, os aspectos biopsicossociais são explorados de forma ampliada, buscando a compreensão do sujeito, de seu histórico pessoal e familiar e também do meio em que vive. Os hábitos de vida são questionados sem juízo de valor, como uma conversa casualmente construída para que a confiança se traduza em informação qualificada. Quando na ausência de demandas agudas, a consulta passa por todos os sistemas e aspectos biopsicossociais, visando à promoção de saúde.

Ao longo do atendimento, orientações pontuais são realizadas, de acordo com as particularidades e especificidades de cada adolescente. Especificamente sobre a consulta médica, em alguns casos, o atendimento se volta completamente para questões de adoecimento mental ou sofrimento psíquico. Em outros, damos enfoque ao esclarecimento de dúvidas sobre doenças e condições clínicas apresentadas. A ficha clínica é a base da conversa, mas os desdobramentos serão o resultado do fluxo daquele diálogo particular entre profissional e adolescente.

Muito se diz sobre a dificuldade de comunicação entre profissionais adultos e usuários adolescentes. Trata-se de pacientes que demandam muito e o fazem com uma urgência que é própria da idade. No socioeducativo isso não é diferente, talvez a urgência seja ainda diferenciada. "Tem que resolver tudo antes de acabar

a medida, tia. Porque lá fora nós não tem tempo de ficar indo no posto". Querem o remédio para ontem, a cura instantânea, a recuperação em tempo recorde. Sem dúvidas, a medicina centrada na pessoa adolescente é um grande desafio para qualquer profissional da saúde (e para a maioria dos adultos, diga-se de passagem). Porém, consigo perceber claramente o efeito de uma comunicação efetiva, que é feita através de adaptações simples.

Veja, se queremos que o adolescente se responsabilize pelo próprio cuidado em saúde, da mesma forma como o sistema espera que ele se responsabilize pelo ato infracional, precisamos nos dirigir a eles como possuidores dessa responsabilidade. As propostas diagnósticas e terapêuticas, o tempo de tratamento, os efeitos adversos e os cuidados necessários para aquela condição podem e devem ser transmitidos de forma detalhada, porém simplificada para a sua compreensão. A avaliação é feita em acordo com o sujeito, avaliando juntos se estamos falando a mesma língua ou se estamos entrando em uma "fita errada", como eles dizem. Não se pode esperar que haja apropriação de um saber que não foi transmitido. Por isso, minha prática se ancora no diálogo franco, sem imposição, e na corresponsabilização.

Outra abordagem potente são as oficinas e diálogos coletivos, também adaptados à linguagem e ao interesse dos adolescentes, que provocam um movimento de grupo, dessa vez desejado e positivo: um cuida do outro, um influencia o outro, se estendendo aos amigos, parentes e parcerias. Nesse sentido, a rede de promoção de saúde começa a ser construída ali, no dia a dia, na informalidade e na experiência pessoal compartilhada. Me lembro de um adolescente que passou pelo Centro Socioeducativo de Internação Provisória São Benedito e, em seguida, pelo Centro Socioeducativo de Internação Provisória Dom Bosco. Em uma oficina de saúde mental, focada no controle de impulsos e na compreensão das emoções, ele exemplifica para os demais uma prática de respiração e relaxamento que lhe ensinei durante um atendimento individual, ainda na primeira passagem. "Nem sempre ajuda quando a gente está muito irritado, mas às vezes acalma e ajuda a dormir". Em outra situação, dessa vez ainda mais recente, um adolescente comenta durante o atendimento da psicologia que, apesar da insônia, não desejava medicação naquele momento, devido ao que aprendeu na oficina: "Tem efeitos positivos, mas também tem negativos, então vou tentar sozinho. É de se imaginar a felicidade que senti ao receber essa notícia. E assim, no "um a um", o cuidado se faz presente, mesmo no contexto adverso que se mostra ser a privação de liberdade, mesmo que em internação provisória.

Falemos, então, sobre o regime provisório. Vamos discutir um pouco mais sobre os 45 dias (ou menos) mais desafiadores e incertos de um adolescente em situação de conflito com a lei. Os adolescentes, que lutam tanto por liberdade de ser, de dizer de si e de transitar pelos espaços, se veem em uma situação em que não só o corpo está privado, mas também as manifestações da sua adolescência. Não tem o celular, o cigarro ou o "copão", que acreditam ser refúgio em momentos ansiosos, mesmo que de forma ilusória e momentânea. Não tem namoro, não tem paquera, não tem sexo. Não tem baile, não tem rolê, não tem encontro da família

ou dos amigos. Tudo o que lhes pertence é retirado temporariamente, inclusive suas roupas, que são uma das formas com as quais expressam sua identidade. O que sobra? energia, ansiedade, raiva. Raiva de si mesmo, raiva das influências, do "corre", do familiar que não consegue visitá-lo ou atender a sua ligação, raiva da unidade, dos agentes, do juiz, raiva do sistema. Nesse momento, acredito que seja simples entender qual é a principal demanda no atendimento médico, além de todas as demais. Não são as síndromes respiratórias, diarreicas ou de dor. Não são as ISTs, apesar da frequência considerável que aparece semanalmente. A principal demanda, a mais frequente e que acomete a grande maioria, senão todos os meninos e meninas que estão em internação provisória, é o sofrimento.

Esse sofrimento se apresenta de várias formas. Às vezes na insônia, que parece vir junto do uniforme que eles recebem na admissão. Às vezes na heteroagressividade, verbal ou física, tão frequente e disseminada no meio masculino, tão aguda e de difícil manejo no público feminino ou trans. Muitas vezes, na agitação e na ansiedade, seja ela prévia ou exacerbada, seja devido única e exclusivamente ao fato de estarem vivendo a incerteza do dia seguinte. Por fim, o que mais tememos: a autoagressividade, que se manifesta nos cortes, nos socos contra a parede, nos puxões do próprio cabelo e, infelizmente, nas tentativas de autoextermínio. Uma adolescente que me marcou profundamente, confidencia a mim: "vivo rindo, mas não tenho felicidade.", "oprimida, vazio por dentro.", "me sinto rejeitada, abandonada.", "minha vida não faz sentido.", "sensação de medo de não dar conta.", "desesperada, aflita." e, por fim, "vontade de morrer toda hora.". O ato que a levou ao acautelamento provisório e, em seguida, à internação? A expressão aguda de um trauma causado pelo abandono e pelo medo de pedir ajuda.

Nesse caso, a equipe se mobilizou para buscar a condução mais humanizada que ela poderia receber naquele contexto. O tratamento não foi centrado em medicação. Os remédios foram usados de forma pontual e responsável. A intervenção real foi a escuta qualificada, compartilhada entre os saberes da psicologia, serviço social, enfermagem e medicina. Em todos os atendimentos, o objetivo era o mesmo: ajudá-la a usar a própria voz para elaborar a dor. Ela precisava ser vista e ouvida — não apenas tratada e silenciada. Assim, surgiram novas formas para pensar sobre si mesma e praticar a autocompaixão. Esse caso representa o potencial da saúde integral: não se limitar aos aspectos clínicos e médico-centrados, mas ultrapassá-los; compreender a trama social e emocional sem se perder do ponto de vista técnico; acolher sem invadir; sustentar sem substituir.

A prática da saúde integral começa na recepção do paciente adolescente, passa por todos os profissionais, seja em uma consulta propriamente dita, seja na forma de conduzir uma atividade coletiva. Não se trata de uma habilidade que necessita de conhecimento técnico específico, é um compromisso ético de qualquer área que se dedica ao cuidado. É um saber-fazer que se constrói ao, de fato, enxergarmos o outro, com qualidades e defeitos que não nos compete julgar, mas cuidar. Não por preciosismo, mas por fazer parte do código de ética que cada profissional de saúde deve seguir.

A escuta é terapêutica por si só. E cada profissional — médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, técnico, administrativo, professor, agente — segura um fio dessa rede. Por isso, convido todos os que se sentirem capazes a não perderem de vista o potencial que cada um de nós possui para transformar a experiência positiva de cuidado na vida de alguém. Não por gentileza, mas por fazer parte do nosso dever enquanto garantidores dos direitos e da proteção dessa população. Nesses 45 dias, não conseguimos tudo, mas conseguimos muito, e é o suficiente para o trabalho valer a pena.

Agradeço pelo convite e pela oportunidade de expor o trabalho em equipe que nos propomos a fazer. Obrigada!

5.2 TEXTO II - NAMSEP SAÚDE: UM PONTO DA TESSITURA QUE COMPÕEM A REDE DE CUIDADOS

Autora: Marília Aparecida Moreira

Psicóloga/Psicanalista, com Especialização em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG. Mestre em Estudos Psicanalíticos, também pela UFMG. Atua como Referência Técnica da Saúde no Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas da Prefeitura de Belo Horizonte (NAMSEP).

Falamos de um lugar intermediário, o Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas da Prefeitura de Belo Horizonte (NAMSEP), localizado em uma instituição do judiciário - a Vara Infracional da Infância e da Juventude de Belo Horizonte - com uma equipe vinculada ao poder municipal. Nosso público é a adolescência que, mediante algum ato infracional ou não, nos chegam para a construção do cuidado em rede. Somos orientados por políticas que nos convocam a estar de frente de diferentes realidades, considerando as diversas formas de vida das adolescências, a partir do processo histórico no coletivo e singular. Assim, faz-se necessário ler a forma como cada adolescente escreve sua história, sua presença no mundo e no laço social.

Diante disto, a rotina no NAMSEP é pautada na acolhida onde este lugar possa se fazer valer da presença de um Outro sem que seja estranha e invasiva, dando ao adolescente ou a adolescente um lugar de sujeito de suas ações e de suas escolhas, revertendo os supostos atos infracionais. Este é um dos grandes desafios que temos no Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional (CIA), criado em 2008. É o local para onde o adolescente é encaminhado após ser apreendido pela Polícia Militar ou Guarda Municipal em flagrante de ato infracional, sendo lavrado o registro de evento de defesa social (Reds, antigo boletim de ocorrência) e o adolescente ou a adolescente é encaminhado(a) à Polícia Civil, que lavra o auto de apreensão e entra em contato com os pais ou responsáveis legais para que compareçam à instituição.

Finalizadas as providências, o(a) adolescente é encaminhado(a) ao Juiz(a) de Direito, momento em que será realizada audiência com a presença dos representantes do Ministério Público, da Defensoria Pública ou advogado constituído, além de pais e/ou responsáveis. Após a audiência, se for determinada medida socioeducativa em meio aberto ou medida protetiva, o adolescente é encaminhado ao NAMSEP, este lugar que estamos designando como intermediário, integrado pelas políticas municipais de Assistência Social, Educação e Saúde, que deve garantir a inserção dos adolescentes nos serviços assistenciais. Propõe-se com essa intermediação que o adolescente possa, a partir da palavra, dizer de seu ato e de suas escolhas, realizando intervenções necessárias para cada caso, apostando que a partir da palavra do adolescente possa advir um outro contexto, para além daquele apregoadado durante sua apreensão.

Sabemos, de antemão, através dos nossos registros dos casos que permitem a construção de uma linha de pesquisa que, a maioria dos(as) adolescentes que nos chegam trazem a marca da cor da pele que diz historicamente das negligências vivenciadas e, ao fundo, demonstram o fator estrutural e segregacionista do racismo em suas vidas. Temos colocado o fator estrutural em discussão no que se refere ao contexto de uma linguagem que prevalece desde os antepassados, no que diz respeito à história da escravidão no Brasil. Cria-se, assim, todo um imaginário de que da linhagem da pele escura deposita-se o mal.

A questão escolar também é emblemática. Não são raros os encaminhamentos advindos do ambiente escolar provocados por conflitos de natureza de base indisciplinar, que tomam uma proporção, na qual, o que prevalece é o ato, sem haver uma mediação da palavra, na tentativa de uma solução no próprio ambiente escolar. Ao escutar as adolescências que nos chegam, deparamos com sujeitos, que narram os fatos deixando delimitado o espaço da vivência da adolescência como a travessia em que se encontram. O que testemunhamos nesses casos, muitas vezes, não se trata de um ato infracional, mas de um ato que pode ser traduzido como uma demanda de uma passagem para um outro lado: ancorar-se e se servir do que trazem de sua própria história na construção de um lugar tão difícil de construir, nessa delicada fase da vida.

Sabemos que na nossa cultura ocidental não há ritos de passagem da adolescência para o ciclo da vida adulta, nem para a menina e nem para o menino. O que é transmitido é da ordem do simbólico, através das histórias no contexto familiar, da incidência da puberdade que marca a mudança física do corpo infantil, causando certa estranheza ao sujeito com seu corpo, por ser perturbador e estranho a si mesmo. Nesse descompasso, algumas adolescências vão chegando ao CIA. Cito para que possamos refletir diante do risco de ser levado em consideração o ato somente como infração e não fazer dele uma forma de endereçamento a ser decifrado, como uma possível demanda de cuidado.

"SOU TODO PRETINHO"

João, nome fictício, atualmente com 16 anos de idade, mas à época com 14 anos, morador de um aglomerado das imediações do Bairro Serra, chega ao NAMSEP após audiência, acompanhado de sua mãe, devido a desentendimento no ambiente escolar com a direção e coordenação.

Observa-se durante a entrevista que um é menino agitado, inquieto, mas muito afetivo. Enrosca o corpo com as pernas na cadeira, meio que encolhido enquanto conversa. Diz que fica com muita raiva e não consegue "segurar a raiva." Vai dizendo que na escola não gostam dele, por isso é "brigão". Pergunto-lhe o que faz pensar que ninguém gosta dele e explica que ouviu da coordenadora: "Você é um demônio" e do professor quando chama sua atenção: "Não vai ser ninguém na vida". Intervenho no que ele escuta no interior da escola, sobre ser "um demônio" em relação ao que ele entende, e então responde: "É porque sou todo pretinho". Já ouviu também "você parece que tem duas pessoas no corpo" e reage ao que escuta com agitação e inquietação.

Quando sua mãe entra para o atendimento, queixa do tratamento que a escola dá ao filho e suspeita de racismo. A insistência da escola referindo ao seu comportamento como transgressor leva-o a várias passagens pelo CIA, inicialmente recebendo uma medida protetiva de saúde. Posteriormente, chega a receber uma medida socioeducativa de Liberdade Assistida, momento em que foi possível com o apoio da Defensoria Pública articular a remissão desta medida. Ainda assim, responde a outros processos. É um trabalho constante para resguardar sua cidadania e seus direitos.

O acolhimento no NAMSEP saúde perpassa pelo primeiro encontro com o adolescente que teve medida protetiva aplicada, no qual é realizado um recorte do caso, marcando a possibilidade do surgimento de uma demanda a ser transmitida para a rede de saúde, através da equipe Pnaisari. Busca-se promover, assim, a construção clínica do caso, de forma compartilhada, com o objetivo de garantir o acesso dos adolescentes, especialmente na Atenção Primária, promovendo o cuidado e a proteção que lhes são de direito.

5.3 TEXTO III - ADOLESCÊNCIAS, HORIZONTALIDADE E CO- LETIVOS: A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI) COMO FERRAMENTA DE CUIDADO EM LIBERDADE

Autora: Nina Becker Lewkowicz

Psicóloga, formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É especialista em saúde mental coletiva pela mesma universidade. Trabalha no SUS desde 2017. Fez parte do núcleo de equidades da Prefeitura de Porto Alegre, na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. Tem experiência em diferentes Unidades Básicas de Saúde, em municípios de diferentes portes. Trabalhou em CAPS nos municípios de Novo Hamburgo e Belo Horizonte. Integrou a Associação Construção, um empreendimento de economia solidária organizado por pessoas com algum sofrimento psíquico. Foi coordenadora do programa Arte da Saúde Oeste e, atualmente, compõe a equipe da PNAISARI Oeste.

SOBRE INÍCIOS

Conforme explicitado anteriormente ao longo do seminário, a PNAISARI de Belo Horizonte tem essa particularidade de ser regionalizada e, portanto, cada território traz consigo suas especificidades. Esse texto vai tratar da experiência que tivemos na Regional Oeste com uma casa de semiliberdade.

A relação entre a casa de semiliberdade e a PNAISARI Oeste vem se construindo ao longo dos anos e passou por mudanças nos quadros técnicos dos diferentes serviços. É importante ressaltar que cada técnica que passa deixa sua marca, suas impressões e a relação institucional vai sendo tecida, cada uma à sua maneira, e transformada de acordo com o perfil daquelas que ali estão, das necessidades de ambos os serviços, do perfil dos adolescentes que estão sendo atendidos e que são quem dá a direção do nosso trabalho.

Minha chegada à regional aconteceu no início de 2023 e desde lá alguns protocolos mudaram, muitos profissionais saíram, outros chegaram, mas tem algo de fundamental que ainda permanece: a necessidade de escutar o adolescente, conhecer sua história e trazê-lo para o centro, como protagonista de sua própria trajetória. É tomar o adolescente como "especialista de si mesmo", como vem insistindo Cristiane Grillo (2022) ao longo dos seus anos de estudo, pesquisa e intervenção junto aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

OFICINA DE SAÚDE - TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

Já fazia parte de nossa rotina de trabalho a realização de oficinas de saúde com os adolescentes acautelados, mas, em 2024, a Prefeitura de Belo Horizonte ofereceu uma formação em Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e uma das técnicas da

regional realizou o curso e, assim, decidimos implementar a roda de TCI como metodologia de trabalho em coletivo com os jovens da Casa de Semiliberdade.

A TCI é uma prática genuinamente brasileira desenvolvida pelo doutor Adalberto Barreto, cearense conhecido mundialmente pela criação dessa metodologia de abordagem comunitária. A partir da pedagogia de Paulo Freire, de teorias sistêmicas e de saberes populares, a metodologia da roda prevê o protagonismo dos participantes, sendo eles que levantam as questões que serão trabalhadas, bem como as estratégias para enfrentar situações difíceis em suas vidas. Adalberto Barreto traz pontuações importantes da vida em coletivo, dos efeitos de se estar tratando em grupo e da potência das comunidades. Em diversas falas, ele aponta que se a comunidade tem problemas, é a própria comunidade que tem as soluções.

A TCI tem um formato pré-estabelecido, com etapas bem definidas: acolhimento, brincadeiras, regras comuns, levantamento de inquietações trazidas pelo próprio grupo, votação para escolher qual temática será trabalhada, explanação da problemática escolhida e partilha de experiências pelo restante do grupo.

Implementamos as rodas de terapia comunitária com os adolescentes da casa de semiliberdade com frequência de 1 a 2 vezes por mês. Elas acontecem em um centro cultural próximo à unidade, onde os adolescentes vão juntos, acompanhados por um monitor e depois retornam sozinhos. É muito relevante o fato de que os agentes não permaneçam durante a atividade, garantindo o sigilo das informações e que os adolescentes se sintam à vontade para trazer suas inquietações. Além disso, a metodologia da roda de TCI se baseia fundamentalmente em um princípio de horizontalidade, em que os participantes se encontram entre pares e na qual a hierarquia não deve ser reforçada, pois se parte do pressuposto de que cada participante chega com um saber próprio e único.

É importante ressaltar que isso só foi possível a partir da parceria com a casa de semiliberdade, que também aposta na potência desse espaço e da partilha entre os jovens em um ambiente seguro. A aposta na palavra e no saber-fazer do sujeito foram os norteadores desse trabalho, orientado pela prática da saúde em liberdade.

Conforme proposto pela TCI, os adolescentes eram convidados a formar uma roda para eleger inquietações do dia a dia. Na maioria das vezes, os temas giravam em torno da privação de liberdade e questões correlatas como a violência institucional. Além do mais, outras temáticas como luto, saudades da família e da infância, paternidade, sexualidade, tratamento em saúde mental e uso de substâncias psicoativas foram levantados. O tema mais votado era discutido e um adolescente compartilhava sua experiência com detalhes. Em seguida, o grupo era convidado a trazer estratégias de enfrentamento para situações similares pelas quais passaram em suas próprias vidas, conforme a metodologia da TCI. Dentre as propostas, algumas que mais chamaram a atenção foram: compor músicas como forma de expressão, "não abaixar a cabeça" resistindo às situações de violência institucional, brincar soltando papagaio para tratar as

saudades da infância e buscar Deus. Paralelamente, muitas vezes as estratégias passavam por um apagamento do sujeito, como: "fumar maconha para não ver o tempo passar", "dormir", "tomar medicação". Raras foram as vezes em que os jovens trouxeram estratégias mais coletivas de enfrentamento dessa condição.

A TCI se mostrou uma ferramenta muito potente na construção de um espaço horizontal entre as profissionais e os jovens, no qual relações de confiança foram se estabelecendo. Avaliamos que a implementação da TCI favoreceu a promoção de saúde mental junto aos adolescentes acautelados na semiliberdade, sobretudo por preconizar um espaço entre pares e em liberdade, visto que os encontros são feitos em um centro cultural próximo à casa de semiliberdade. Este centro cultural dispõe de uma sala com espelhos, uma biblioteca e computadores disponíveis. No início e no final da atividade, os jovens escolhem músicas para tocar e dançar. Ver a própria imagem, fazer poses, passinhos e tirar fotos transformava aquele espaço em um lugar para a emergência da subjetividade do corpo desejante e vivo.

A implementação de um espaço fora da instituição permite uma permeabilidade nas durezas do acautelamento. É importante lembrar: a privação de liberdade sempre vai acarretar em sofrimento psíquico. Além disso, a metodologia de acolhimento coletivo permitiu que as técnicas da PNAISARI passassem a conhecer mais e melhor os adolescentes acautelados, visto que, em geral, apenas os casos "mais graves" é que passam por acolhimento individual, deixando em certo limbo aqueles que trazem algum sofrimento psíquico, mas que não se enquadram especificamente em alguma categoria diagnóstica. Não avaliamos que a TCI dê conta de ocupar essa lacuna, mas tem se mostrado um espaço interessante para o acolhimento de pontos de identificação entre os adolescentes e também nos permite avaliar para encaminhar as demandas com maior precisão e assertividade.

Após as oficinas, os adolescentes eram convidados a entrar em contato caso desejassem falar de forma individual. Nesses casos, era agendado um encontro posterior com uma das técnicas em um ambiente externo à instituição, preferencialmente em uma praça ou parque. Esse espaço fora do contexto socioeducativo permitia que os jovens expressassem suas angústias com maior liberdade, enquanto nós, como técnicas, poderíamos refletir sobre possíveis intervenções e articulações com outros serviços de saúde mental da rede, quando necessário. Em um dos encontros os adolescentes sugeriram um passeio em um parque da cidade que ainda não conheciam. Eles escolheram o Parque Municipal onde posteriormente organizamos uma visita que serviu para a escuta clínica, a circulação da palavra e do corpo, além de momentos de descontração e brincadeiras no parque de diversões.

Em outra roda de TCI, o adolescente João (nome fictício) relatou incômodo com os efeitos colaterais das medicações psicotrópicas que utilizava, cogitando abandonar o tratamento. Ele afirmou: "A medicação sempre deixa dopado" (sic). Outros adolescentes entrevistados, compartilhando experiências distintas em relação ao tratamento em saúde mental. Após a oficina, em um atendimento

individual, discutiu-se a importância das medicações para o controle dos sintomas e a possibilidade de ele dialogar sobre seu projeto terapêutico com o técnico de referência no Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), expressando o que considerava funcional ou não em seu tratamento. Dessa forma, agendou-se uma consulta do adolescente com o técnico e, posteriormente, realizou-se um estudo de caso para refletir sobre os impasses apresentados e propor intervenções que considerassem o saber do adolescente.

Outra experiência relevante ocorreu com a chegada do adolescente Eduardo (nome fictício). De acordo com relatos da Casa de Semiliberdade, Eduardo vinha apresentando sinais de sofrimento mental, mas demonstrava grande resistência em relação aos psicólogos da instituição e a quaisquer serviços de saúde mental da rede. Diante disso, pensamos em estratégias para abordá-lo de um outro lugar. A roda de TCI, apresentada como um espaço onde os próprios adolescentes poderiam discutir estratégias para lidar com seus impasses, despertou seu interesse. Inicialmente, Eduardo manteve-se reservado, mas, ao observar os demais adolescentes compartilhando suas experiências, passou a propor intervenções e a compartilhar aspectos de sua própria história, abrindo caminho para um encontro posterior.

COM QUANTOS FIOS SE TECE UMA REDE?

Retomando a pergunta que direciona nossa mesa, me parece que o ponto da rede a ser destacado aqui são as próprias relações entre os adolescentes. A TCI busca promover um espaço entre pares, equalizando os saberes e reforçando que cada um é o especialista de si mesmo. Sem julgamentos, sem conselhos, sem sermão. Nesse sentido, fica evidente no convívio com os adolescentes acautelados que as parcerias entre eles são extremamente significativas tanto para atravessar esse período de cumprimento de medida socioeducativa, quanto para a construção de projetos de vida.

Sabemos que na adolescência a busca por pertencimento às coletividades é fundamental para o pleno desenvolvimento do sujeito, enlaçando-o no social e possibilitando a entrada na vida adulta. Ser parte integrante de um todo que vai para além de certo núcleo familiar. Especificamente em relação aos adolescentes acompanhados, na sua maioria negros e periféricos visto o caráter racista do nosso sistema de justiça, é fundamental a construção de espaços que valorizem as potências de cada um, de cada território, de cada história, se não os destinos de morte e apagamento é que se sobressaem. Nesse sentido, a possibilidade de falar juntos sobre questões que atravessam a todos, partilhar das incertezas, inseguranças, inquietações dá lugar ao pertencimento, ampliando saídas para os dilemas enfrentados.

Assim, a TCI tem se apresenta como ferramenta interessante no fortalecimento desses espaços de trocas entre os jovens e na aposta da palavra como saída para o sujeito. Além disso, o acolhimento aos adolescentes em um espaço no território e vinculado à cultura reafirma a importância do cuidado em liberdade como condição para promoção e assistência em saúde. A luta antimanicomial também é/deve ser antiprisional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. (2022) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Entrevista: Conheça mais sobre a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) oferecida na ENSP. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, [22/04/2022]. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/52968>. Acesso em 24 fev. 2025.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha; ROCHA, Bianca Ferreira; MOURÃO, Mateus (Org.).(2022) Janela da escuta: o adolescente especialista de si e a tessitura de uma rede sob medida. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022.

6. APRESENTAÇÃO DE POEMA*

Desde pequena, aprendi a ser doce.

A entender os outros, a ouvir com paciência, a cuidar — mesmo quando ninguém me perguntava como eu estava.

Eu sempre fui o abrigo. A que acalma. A que entende.

Mas nunca a que é compreendida.

Com o tempo, fui percebendo que esse papel, que parecia bonito por fora, doía por dentro.

Porque quando era a minha vez de precisar...

ninguém vinha.

Quando eu chorei, disseram que eu queria atenção.

Quando eu tentei desabafar, me chamaram de exagerada.

Eu era a irmã mais velha.
O espelho.
A que precisa aguentar calada, sorrindo.
Mas por dentro, eu gritava.
E ninguém ouvia.

Houve dias em que eu me sentia sufocada por dentro.
O peito apertado. O coração fragmentado.
E ainda assim, eu colocava um sorriso no rosto.
Porque era isso que esperavam de mim.

Teve um dia...
um desses dias que parecem finais.
Em que eu me senti tão invisível, tão sem forças, que pensei:
"Talvez ninguém notasse se eu não estivesse mais aqui."
A solidão era tão alta quanto o silêncio ao meu redor.
E por mais que eu tentasse, eu não conseguia mais esconder o quanto tudo doía.

Foi nesse lugar de dor, de coração cansado e alma trêmula,
que algo dentro de mim começou a mudar...

A dor aumentou quando chegou o inesperado.
Um vídeo.
Uma cena que me feriu como poucas coisas na vida.
Ali, em segundos, percebi que alguém que eu amava profundamente
já tinha me deixado.
Sem aviso. Sem cuidado. Sem despedida.

Aquilo me desmontou.
Não foi só o fim de algo que eu acreditava.
Foi como se tivessem tirado o chão num momento em que eu já mal conseguia ficar
em pé.
E a única forma que encontrei pra fugir daquela dor foi... dormir.
Dormir muito.
Como quem quisesse sair do mundo.

Por algumas horas, eu consegui não sentir.
Mas ao acordar, a dor ainda estava ali.
Silenciosa. Cruel. Presente.

Foi então que Deus, com sua forma sutil de agir, me levou para um lugar inesperado:
um retiro.
Um lugar onde não havia sinal de internet, nem distrações...
só natureza, fé e tempo.

E nesse tempo, eu voltei pra mim.

Subi em árvores.
Sorri com amigas verdadeiras.
Deitei em rede, fechei os olhos, e senti Deus me abraçar através do vento.
Fiz trilhas com quem eu amo, pulei em piscina como quem lava a alma.
Foram dias de silêncio, oração, presença.
E paz.
Uma paz que eu nem lembrava mais como era.

Hoje, entendo que tudo aquilo — a dor, a solidão, o vídeo, o cansaço, até a fuga — me
levou até ali.
Me levou de volta pra mim.

Esse capítulo não é só sobre a dor.
É sobre o que vem depois.
Sobre ainda estar aqui.
Sobre não desistir.
Sobre reencontrar a própria luz, mesmo depois de ter passado pela escuridão.

E eu sigo...
Com rachaduras, sim.
Mas com raízes mais profundas.
Porque mesmo tendo quase desistido...
eu fiquei.
E ficar foi o meu primeiro passo pra viver de novo.

* Poema apresentado por **Fabíolla Vitória Rodrigues Barbosa**, jovem moradora do
bairro Cabana do Pai Tomás, acompanhada pela PNAISARI Oeste e pelo Programa
Fica Vivo, na mesa "Estratégias de Cuidado Ampliado: com quantos fios se tece uma
rede?"

7. AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as autoridades presentes e, de modo especial, à Carolina Moraes, representante do Ministério da Saúde. Faço também uma menção a todas as pessoas que contribuíram para a construção da história da PNAISARI em Belo Horizonte, especialmente à Dra. Márcia Parizzi, cuja atuação foi determinante para a assinatura do termo de adesão da Política pelo Secretário de Saúde à época. Agradeço, ainda, à Dra. Ana Paula pela generosidade em ceder o espaço da Defensoria Pública para a realização deste evento.

Desde a época da minha formação, carrego comigo dois princípios fundamentais para o exercício profissional: competência técnica e engajamento político. No entanto, ao longo dos últimos cinco anos à frente da Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, senti a necessidade de incorporar um terceiro princípio: o afeto. Fazer política sem afeto e sem desejo é torná-la meramente burocrática.

Na convivência com os 18 técnicos da equipe PNAISARI, encontrei engajamento em cada discussão de caso, em cada busca ativa para localizar adolescentes, em cada arranjo construído para garantir que fossem atendidos com dignidade na Rede SUS-BH. Foi assim que construímos, até então, uma experiência reconhecida nacionalmente: uma política viva, singular e comprometida com o cuidado.

É nesse contexto que nasceu o tema do nosso encontro: "Tecendo Redes de Cuidado e Proteção". Seguiremos tecendo redes — com competência, engajamento e afeto — sustentando uma política pública que não apenas existe, mas que pulsa, transforma e garante direitos. Muito obrigado a todas e todos que caminham conosco nessa construção.

Fernando Libanio Coutinho

Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Atua como médico pediatra com área de atuação em Medicina Intensiva Pediátrica e em Medicina do Adolescente, certificado pelo CFM e CRM-MG, pela Sociedade Brasileira de Pediatria e pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFMG. Atualmente, coordena a Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG.

ANEXOS

ANEXO I - PROGRAMAÇÃO



I SEMINÁRIO PNAISARI-BH
(POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE
ADOLESCENTES EM ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO):
TECENDO REDES DE CUIDADO E PROTEÇÃO

PROGRAMAÇÃO

12/12/2025

8h

Credenciamento e café com dedo de prosa

**8:30h
às 9h**

Mesa de abertura

**9h às
10:30h**

Mesa I - A PNAISARI em BH: gestão, clínica e política do cuidado integral em saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo
Caroline Moraes - Assessora Técnica da PNAISARI/Coordenação do Acesso e Equidade do Ministério da Saúde
Israel Tainan - Referência Técnica responsável pela PNAISARI/Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Mediação: Fernando Libanio - Coordenador da Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

**10:30h
às 12h**

Mesa II - A PNAISARI sob a perspectiva do Sistema de Justiça: responsabilização, proteção e garantia de direitos
Dr. Afrânio Nardy - Juiz de Direito na Vara Infracional da Infância e Juventude em Belo Horizonte
Dra. Ana Paula Canela - Defensora Pública, titular da 1ª Defensoria Pública de Defesa das Crianças e Adolescentes - Área Infracional, Belo Horizonte
Dra. Mônica Sofia - Promotora de Justiça na 23ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes - Área Infracional, Belo Horizonte
Mediação: Raquel Lanza - Psicóloga/Técnica PNAISARI Leste

12h

Almoço

Evento presencial com transmissão on-line
Local: Auditório da Defensoria Pública de Minas Gerais
Rua dos Guajajaras, 1707 - Barro Preto





I SEMINÁRIO PNAISARI-BH
(POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE
ADOLESCENTES EM ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO):
TECENDO REDES DE CUIDADO E PROTEÇÃO

PROGRAMAÇÃO

12/12/2025

13h | Intervenção Artística

13:30h às 15h | Mesa III - Adolescências, vulnerabilidades e territórios: o saber-fazer da PNAISARI na cidade

Guilherme Cruz - Psicólogo/ Técnico PNAISARI Nordeste

Graziele Maia - Psicóloga/ Técnica PNAISARI Centro-Sul

Isabella Diniz - Psicóloga/ Técnica PNAISARI Pampulha

Mediação: Ana Cristina Torga - Psicóloga/Gerente do CERSAMi Nordeste

15:15h às 16h45 | Mesa IV - Estratégias de cuidado ampliado: com quantos fios se tece uma rede?

Geovanna Cota - Médica da equipe especial de Saúde da Família (CS Horto) vinculada ao atendimento dos adolescentes das Unidades Socioeducativas de Internação Provisória

Marília Moreira - Psicóloga/Referência Técnica da Saúde no Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas (NAMSEP) de Belo Horizonte

Nina Lewkowicz - Psicóloga/Técnica PNAISARI Oeste

Mediação: Cristiana Ferreira - Psicóloga/Supervisora Clínica da Gerência de Saúde Mental (GRSAM) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

16:45h | Debate e encerramento

Evento presencial com transmissão on-line
Local: Auditório da Defensoria Pública de Minas Gerais
Rua dos Guajajaras, 1707 - Barro Preto



ANEXO II - LINKS DE GRAVAÇÃO DO SEMINÁRIO

Manhã

Tarde

ANEXO III - FOTOS

Mesa de abertura



Ewerton Lamounier - Diretor de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado (DAPS)
Raquel Felisardo - Subsecretária de Atenção à Saúde (SUASA)
Josely Ramos - Promotora de Justiça de Defesa da Saúde
Fernando Libanio - Coordenador da Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

Mesa I - A PNAISARI em BH: gestão, clínica e política do cuidado integral em saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo



Israel Tainan - Referência Técnica responsável pela PNAISARI/ Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente
Fernando Libanio - Coordenador da Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (mediador da mesa)
Caroline Morais - Assessora Técnica da PNAISARI/Coordenação de Atenção às Pessoas em Conflito com a Lei (COAPC)/Coordenação-Geral do Acesso e Equidade do Ministério da Saúde

Mesa II - A PNAISARI sob a perspectiva do Sistema de Justiça: responsabilização, proteção e garantia de direitos



Raquel Lanza - Psicóloga/Técnica PNAISARI Leste (mediadora da mesa)
Dra. Mônica Sofia - Promotora de Justiça na 23ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes - Área Infracional, Belo Horizonte
Dra. Ana Paula Canela - Defensora Pública, titular da 1ª Defensoria Pública de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes - Área Infracional, Belo Horizonte
Dr. Afrânio Nardy - Juiz de Direito na Vara Infracional da Infância e Juventude em Belo Horizonte

Mesa III - Adolescências, vulnerabilidades e territórios: o saber-fazer da PNAISARI na cidade



Isabella Diniz - Psicóloga/ Técnica PNAISARI Pampulha
 Grazielle Maia - Psicóloga/ Técnica PNAISARI Centro-Sul
 Guilherme Cruz - Psicólogo/ Técnico PNAISARI Nordeste
 Ana Cristina Torga - Psicóloga/Gerente do CERSAMi Nordeste (mediadora da mesa)
 Guilherme Cruz - Psicólogo/ Técnico PNAISARI Nordeste

Mesa IV - Estratégias de cuidado ampliado: com quantos fios se tece uma rede?



Cristiana Ferreira - Psicóloga/Supervisora Clínica da Gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (mediadora da mesa)
 Marília Moreira - Psicóloga/Referência Técnica da Saúde no Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas (NAMSEP)
 Geovanna Cota - Médica da equipe especial de Saúde da Família (CS Horto), responsável pelo atendimento dos adolescentes das Unidades Socioeducativas de Internação Provisória
 Nina Lewkowicz - Psicóloga/Técnica PNAISARI Oeste
 Fabiolla Vitória Rodrigues Barbosa - jovem moradora do bairro Cabana do Pai Tomás, acompanhada pela PNAISARI Oeste e pelo Programa Fica Vivo

Equipe PNAISARI BH



Alice Martins Barbosa (PNAISARI Barreiro), Bruna Caroline Comel (PNAISARI Centro-Sul), Caroline Moraes (Ministério da Saúde), Cristiane (Gerência de Saúde Mental), Fernando Libanio Coutinho (Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente), Geovanna Cota Caetano (eSF especial CS Horto), Glauciane Corrêa Viana (PNAISARI Leste), Graziê Leles Maia (PNAISARI Centro-Sul), Guilherme Augusto da Cruz (PNAISARI Nordeste), Isabella Barbosa de Paiva Diniz (PNAISARI Pampulha), Ianca Fernandes Vieira da Silva (equipe especial CS Horto), Israel Tainan Lima e Chaves (Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente), Ivone Maria Vieira de Almeida (eSF especial CS Horto), Jéssica de Oliveira Moraes (eSF especial CS Horto), Karoline Nadir Vieira Rabelo (PNAISARI Noroeste), Maria Santos Rosa (eSF especial CS Horto), Nayara Patricia Peres Silva (PNAISARI Barreiro), Nina Becker Lewkowicz (PNAISARI Oeste), Patrícia Soares Lamounier Simoes Lima (eSF especial CS Horto), Raquel Lanza Guimarães (PNAISARI Leste), Thales Teotônio Rafael (PNAISARI Pampulha), Thatiany Phaola Moraes e Silva (eSF especial CS Horto).

Intervenções artísticas



Programa Arte da Saúde: Ateliê da Cidadania (Gerência de Saúde Mental - GRSAM)
Oficina de música - Regional Venda Nova



Programa Arte da Saúde: Ateliê da Cidadania (Gerência de Saúde Mental - GRSAM)
Oficina de grafite/hip hop - Regional Nordeste

Exposições culturais



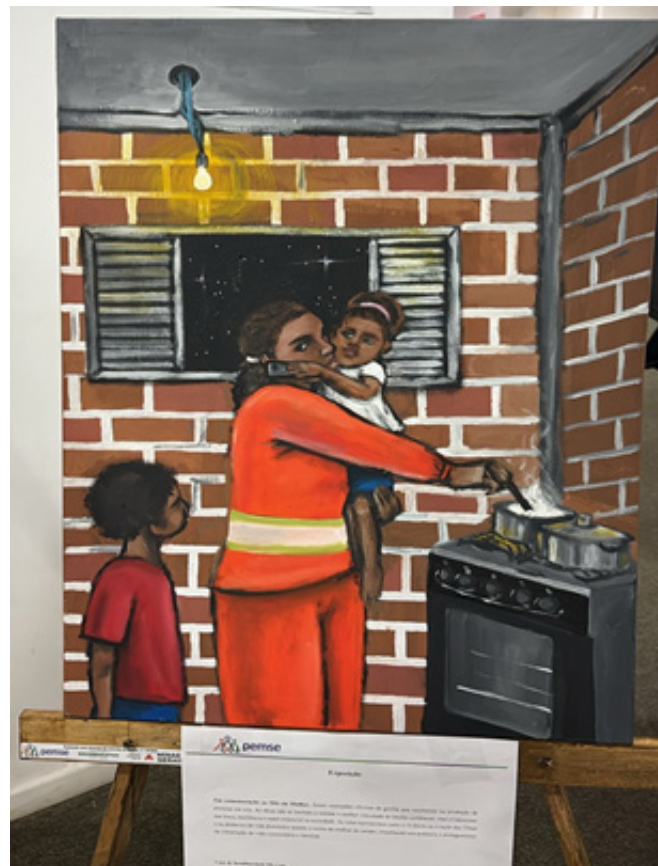
Programa Arte da Saúde: Ateliê da Cidadania (Gerência de Saúde Mental - GRSAM)
Oficina de grafite - regional Barreiro



Maquete construída por adolescentes da Casa de Semiliberdade São Luís - Venda
Nova



Pintura realizada por adolescentes da Casa de Semiliberdade São Luís - Venda Nova



Pintura realizada por adolescentes da Casa de Semiliberdade São Luís -
Venda Nova

