

Política e diretrizes de saúde coletiva no sistema socioeducativo do Ceará: da intervenção internacional à consolidação institucional (2016-2024)

Public health policy and guidelines in the socio-educational system of Ceará: from international intervention to institutional consolidation (2016-2024)

Políticas y directrices de salud pública en el sistema socioeducativo de Ceará: de la intervención internacional a la consolidación institucional (2016-2024)

Cássio Silveira Franco

Luiz Ramom Teixeira Carvalho

RESUMO

O presente estudo analisa a evolução das políticas e diretrizes de saúde coletiva implementadas pela Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS) no Ceará entre 2016 e 2024, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral a adolescentes em privação de liberdade e trabalhadores do sistema socioeducativo. A análise documental das fontes oficiais da SEAS evidencia três fases de atuação institucional: (1) estruturação e institucionalização; (2) enfrentamento de emergências sanitárias, incluindo a pandemia de COVID-19 e a emergência da Monkeypox; e (3) consolidação e expansão de ações de saúde. O estudo destaca o papel da SEAS como articuladora intersetorial, integrando preceitos de saúde coletiva, normativas nacionais e internacionais e evidências epidemiológicas, mesmo sem ser um órgão de saúde pública. Os resultados demonstram avanços significativos na institucionalização de práticas preventivas, promoção da saúde mental, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica e educação permanente em saúde. No entanto, persistem limitações, especialmente na produção de dados próprios e na avaliação sistemática de impacto. O estudo contribui para a compreensão crítica das estratégias de implementação de políticas de saúde coletiva em contextos de privação de liberdade, oferecendo subsídios para fortalecimento institucional e replicabilidade de modelos integrados em outros estados.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde Coletiva; Sistema Socioeducativo; Direitos Humanos.

ABSTRACT

This study analyzes the evolution of public health policies and guidelines implemented by the Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS) in Ceará between 2016 and 2024, focusing on health promotion, disease prevention, and comprehensive care for adolescents deprived of liberty and workers within the socio-educational system. A documentary analysis of SEAS official sources reveals three phases of institutional action: (1) structuring and institutionalization; (2) response to health emergencies, including the COVID-19 pandemic and the Monkeypox outbreak; and (3) consolidation and expansion of health initiatives. The study highlights SEAS role as an intersectoral coordinator, integrating principles of public health, national and international regulations, and epidemiological evidence, despite not being a public health agency. The findings demonstrate significant progress in institutionalizing preventive practices, promoting mental health, epidemiological surveillance, pharmaceutical assistance, and continuous health education. However, limitations persist, particularly in the production of proprietary data and systematic impact evaluation. This study contributes to a critical understanding of strategies for implementing public health policies in contexts of deprivation of liberty, offering insights for institutional strengthening and replicability of integrated models in other states.

Keywords: Public Policies; Public Health; Socio-Educational System; Human Rights.

RESUMEN

El presente estudio analiza la evolución de las políticas y directrices de salud colectiva implementadas por la Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS) en Ceará entre 2016 y 2024, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral a adolescentes privados de libertad y trabajadores del sistema socioeducativo. El análisis documental de las fuentes oficiales de la SEAS evidencia tres fases de actuación institucional: (1) estructuración e institucionalización; (2) enfrentamiento de emergencias sanitarias, incluyendo la pandemia de COVID-19 y la emergencia de la viruela símica (Monkeypox); y (3) consolidación y expansión de acciones en salud. El estudio destaca el papel de la SEAS como articuladora intersectorial, integrando principios de salud colectiva, normativas nacionales e internacionales y evidencias epidemiológicas, a pesar de no ser un órgano de salud pública. Los resultados demuestran avances significativos en la institucionalización de prácticas preventivas, promoción de la salud mental, vigilancia epidemiológica, asistencia farmacéutica y educación permanente en salud. No obstante, persisten limitaciones, especialmente en la producción de datos propios y en la evaluación sistemática del impacto. El estudio contribuye a la comprensión crítica de las estrategias de implementación de políticas de salud colectiva en contextos de privación de libertad, ofreciendo insumos para el fortalecimiento institucional y la replicabilidad de modelos integrados en otros estados.

Palabras clave: Políticas Públicas; Salud Colectiva; Sistema Socioeducativo; Derechos Humanos.

INTRODUÇÃO

O sistema socioeducativo brasileiro enfrenta desafios estruturais persistentes na garantia dos direitos fundamentais de adolescentes em privação de liberdade, refletindo tensões históricas entre as políticas de justiça e segurança pública e o princípio da proteção integral de crianças e adolescentes.

No Ceará, esse quadro se agravou entre 2014 e 2015, quando uma crise institucional marcada por rebeliões, fugas e mortes de adolescentes culminou em denúncia internacional à Organização dos Estados Americanos (OEA). Diante do cenário apresentado, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), por meio da Medida Cautelar nº 60/2015, determinou a adoção de providências imediatas para proteger cerca de mil adolescentes em situação de risco, evidenciando o caráter crítico da conjuntura e a urgência de uma transformação estrutural.

Como resposta, O Governo do Estado do Ceará criou, no ano de 2016, a Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS), órgão vinculado à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará (STDS), atualmente Secretaria da Proteção Social do Estado do Ceará (SPS)

A SEAS foi criada com autonomia administrativa e orçamentária, e com a missão de conduzir uma reestruturação abrangente do sistema socioeducativo cearense, representando uma ruptura com práticas historicamente centradas no controle e na punição, passando a buscar a articulação entre segurança, direitos humanos e promoção da saúde como pilares de uma abordagem integrada e humanizada.

Nesse contexto, a saúde coletiva emergiu como eixo estratégico da reorganização institucional. Este campo interdisciplinar, que integra conhecimentos sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, fornece instrumentos teóricos e metodológicos fundamentais para compreender as vulnerabilidades de adolescentes privados de liberdade, identificar fatores de risco e implementar políticas preventivas e promotoras de saúde.

A garantia do direito à saúde desses adolescentes não apenas cumpre os dispositivos legais nacionais — como a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) —, mas constitui também um imperativo ético e estratégico para reverter violações sistemáticas de direitos humanos, amplamente documentadas em relatórios da própria SEAS e na literatura especializada (FRANCO, 2019; FRANCO; FROTA, 2023).

No plano internacional, instrumentos normativos como as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção de Jovens Privados de Liberdade, conhecidas como Regras de Havana (ONU, 1990), e a Convenção Americana de Direitos Humanos (OEA, 1969) consolidam o direito à saúde como condição essencial para a efetividade das políticas socioeducativas. Apesar disso, a produção de estudos longitudinais consistentes sobre saúde coletiva nesse contexto ainda é escassa no Brasil, especialmente no que se refere à geração de dados epidemiológicos confiáveis. Essa lacuna compromete a capacidade de avaliação das políticas públicas e limita a formulação de estratégias baseadas em evidências para a prevenção do adoecimento físico e mental de adolescentes e trabalhadores socioeducativos.

A ausência de dados epidemiológicos robustos evidencia um obstáculo central: a implementação de políticas sustentáveis depende não apenas da existência de protocolos e normativas, mas também da produção sistemática de informações que permitam compreender a prevalência real de sofrimento psíquico, a incidência de doenças infecciosas e crônicas e os determinantes sociais que impactam a saúde no contexto socioeducativo.

Assim, este estudo propõe integrar reflexões teóricas do campo da saúde coletiva e da análise de políticas públicas, articulando evidências provenientes de relatórios institucionais da SEAS com a literatura nacional e internacional, de modo a contribuir para a consolidação de práticas mais seguras, humanizadas e orientadas por evidências científicas no atendimento a adolescentes e trabalhadores do sistema socioeducativo cearense.

1. ESTRUTURA E ENFOQUE DA PESQUISA

Este estudo tem como objetivo geral analisar a evolução das políticas e diretrizes de saúde coletiva implementadas pela SEAS desde sua criação em 2016 até 2024. Como objetivos específicos, busca-se: (1) mapear a estrutura institucional da saúde na SEAS; (2) identificar as dimensões de saúde desenvolvidas e suas principais ações; (3) analisar as respostas institucionais às emergências sanitárias; (4) sistematizar indicadores de saúde disponíveis; (5) discutir desafios e perspectivas para o campo da saúde coletiva no contexto socioeducativo.

Este estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, utilizando análise documental como método principal. A escolha pela análise documental justifica-se pela natureza do objeto de estudo (políticas públicas institucionais) e pela disponibilidade de documentação oficial robusta e sistematizada.

Foram analisados documentos oficiais produzidos pela SEAS e órgãos correlatos no período 2016-2024, disponibilizados no site institucional (www.seas.ce.gov.br).

Para fins analíticos, o período 2016-2024 foi subdividido em três fases:

- **Fase 1 (2016-2019): Estruturação e Institucionalização** - Criação da SEAS, estruturação inicial dos serviços de saúde, estabelecimento de parcerias, normatização básica
- **Fase 2 (2020-2022): Pandemia e Adaptações** - Resposta à pandemia de COVID-19, elaboração de protocolos emergenciais, adaptação de serviços, resposta à Monkeypox
- **Fase 3 (2023-2024): Consolidação e Expansão** - Consolidação institucional, expansão de serviços, qualificação profissional, integração intersetorial

2. SAÚDE COLETIVA EM CONTEXTOS DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

A literatura sobre saúde em contextos prisionais identifica desafios específicos: maior prevalência de doenças transmissíveis (tuberculose, hepatites, HIV), transtornos mentais, uso problemático de substâncias psicoativas, doenças crônicas não transmissíveis, além de riscos relacionados à própria institucionalização (autolesão, suicídio, violência interpessoal).

No caso das instituições de privação de liberdade para adolescentes, somam-se questões desenvolvimentais específicas: impactos da institucionalização sobre o desenvolvimento neuropsicológico, interrupção de processos de escolarização, afastamento de redes de apoio social, necessidade de atenção específica à saúde sexual e reprodutiva, maior vulnerabilidade a transtornos mentais.

Deste modo, a saúde coletiva, enquanto campo científico e de práticas, distingue-se do modelo biomédico individual ao incorporar dimensões sociais, históricas, políticas e culturais na compreensão dos processos de saúde-doença bem como às medidas de prevenção e resposta aos agravos. No contexto do sistema socioeducativo estes preceitos tornam-se particularmente relevantes ao considerar os determinantes sociais que incidem sobre a população que o constitui.

Com isso, articular saberes interdisciplinares sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença oferece um quadro analítico essencial para compreender contextos complexos como as instituições de privação de liberdade. Nestes ambientes, adolescentes em cumprimento de medidas judicialmente impostas e trabalhadores do serviço público convivem com situações potencialmente críticas para o agravo da saúde física e mental.

Neste contexto, ao analisar conjuntamente trabalhadores e adolescentes, evidencia-se que a saúde coletiva em centros socioeducativos deve ser abordada de forma integrada, considerando interdependências, vulnerabilidades compartilhadas e fatores contextuais institucionais. O desenvolvimento de indicadores confiáveis e políticas preventivas fundamentadas em dados robustos é essencial para reduzir riscos de adoecimento, promover bem-estar e fortalecer a efetividade do sistema socioeducativo como política pública.

No entanto, apesar da relevância social e institucional do tema, estudos longitudinais e dados epidemiológicos robustos permanecem escassos no Brasil, limitando a formulação de políticas baseadas em evidências. Fatores de risco são

praticamente inexistentes, dificultando a construção de políticas preventivas e programas de promoção da saúde laboral efetivos.

Com isso, questões centrais permanecem sem resposta: qual é a prevalência real de sintomas de sofrimento psíquico? Quais fatores individuais, institucionais e sociais influenciam o adoecimento? Quais estratégias de promoção da saúde demonstram efetividade neste contexto?

2.1 A População Juvenil

Instrumentos legais e normativos, tanto nacionais quanto internacionais, consolidam o direito à saúde como elemento estruturante e indissociável das políticas socioeducativas. No plano nacional, a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) estabelecem que o atendimento ao adolescente em conflito com a lei deve assegurar a proteção integral, o respeito à dignidade humana e a responsabilização em perspectiva pedagógica e não meramente punitiva. Tais dispositivos reafirmam o dever do Estado de garantir condições adequadas de vida, acesso universal à saúde, à educação e à convivência familiar e comunitária, em consonância com os princípios da prioridade absoluta e da indivisibilidade dos direitos humanos.

No plano internacional, as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e Juventude (Regras de Beijing, 1990) e a Convenção Americana de Direitos Humanos (OEA, 1969) reforçam o dever estatal de assegurar saúde, dignidade, integridade física e moral, bem como ambientes institucionais seguros e humanizados. Esses instrumentos normativos, ao reconhecerem a adolescência como fase peculiar do desenvolvimento humano, orientam os Estados à adoção de medidas que privilegiem a reabilitação e a reintegração social, evitando toda forma de tratamento cruel, desumano ou degradante.

Os adolescentes inseridos no contexto socioeducativo constituem um grupo altamente vulnerabilizado, cujas trajetórias são frequentemente marcadas por múltiplas formas de violência — praticadas e sofridas —, pobreza, discriminação, rupturas familiares e evasão escolar. Muitos vivenciam experiências de violência doméstica, recrutamento por grupos criminosos, uso e tráfico de substâncias psicoativas, além de estigmatização social persistente. A privação de liberdade, embora prevista como medida de caráter socioeducativo, pode introduzir novos fatores de vulnerabilização: o

afastamento do convívio comunitário, a exposição a ambientes de violência institucional ou entre pares, e a interrupção de projetos de vida e laços afetivos, o que reforça a necessidade de políticas integrais de cuidado.

Nesse sentido, a saúde coletiva assume papel central ao propor uma abordagem ampliada que transcende o atendimento médico individual e contempla a promoção, a prevenção e a vigilância em saúde dentro das unidades socioeducativas. Essa perspectiva reconhece que a produção da saúde está condicionada a determinantes sociais — como moradia, educação, alimentação, relações familiares e contextos de violência — e que, portanto, o cuidado deve ser intersetorial, participativo e emancipador. A organização dos serviços deve pautar-se pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e humanização, orientando práticas institucionais que fortaleçam a autonomia dos adolescentes e a corresponsabilidade do Estado na promoção de seus direitos.

A consolidação de políticas de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) requer uma abordagem integrada e intersetorial, em que o cuidado seja compreendido como prática coletiva, articulada entre os sistemas de saúde, educação, assistência social, justiça e segurança pública. O art. 7º da Lei nº 12.594/2012 estabelece que a execução das medidas socioeducativas deve observar o princípio da integração operacional das políticas públicas, de modo a garantir atenção integral à saúde física e mental dos adolescentes.

Essa diretriz converge com o Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios organizativos. No contexto socioeducativo, tais princípios traduzem-se na criação de protocolos intersetoriais entre as SEAS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social, assegurando que o adolescente privado de liberdade tenha acesso contínuo a ações de prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde, inclusive após o desligamento do sistema.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) reforça a necessidade de construir redes territoriais de cuidado, capazes de articular a atenção básica, especializada e hospitalar. Essa articulação demanda planejamento conjunto, fluxo de referência e contrarreferência e mecanismos permanentes de vigilância em saúde, especialmente voltados à prevenção de agravos relacionados às condições de confinamento, como doenças respiratórias, infecções sexualmente transmissíveis, transtornos mentais e violência institucional.

Para que tais políticas sejam efetivas, é imprescindível a criação de indicadores de saúde e bem-estar que permitam monitorar a implementação das ações e avaliar seus impactos, tais como:

- Percentual de adolescentes com acesso a consultas médicas, odontológicas e psicológicas;
- Taxas de prevalência de doenças infecciosas e crônicas;
- Cobertura vacinal;
- Indicadores de saúde mental e uso de substâncias psicoativas;
- Frequência de episódios de violência institucional e de autolesão;
- Taxa de reinserção escolar e comunitária pós-medida.

A produção e o uso de dados epidemiológicos permitem a formulação de políticas baseadas em evidências, fortalecendo a gestão pública e o controle democrático das instituições.

Além disso, a efetivação da saúde coletiva no sistema socioeducativo demanda a formação continuada de profissionais e a institucionalização de práticas de governança e gestão participativa, com a inclusão de adolescentes e familiares nos processos decisórios. A atuação dos trabalhadores deve estar orientada pelos princípios da ética do cuidado, da escuta qualificada, da não discriminação e do respeito à singularidade, conforme preconizam as Regras de Beijing (1990) e a Convenção Americana de Direitos Humanos (OEA, 1969).

Desse modo, a saúde coletiva, quando incorporada como política transversal do SINASE, transcende a dimensão biomédica e consolida-se como estratégia de garantia de direitos humanos, de promoção da cidadania e de reparação histórica de desigualdades. Ao reconhecer o adolescente como sujeito de direitos e protagonista de seu processo de desenvolvimento, o Estado reafirma sua responsabilidade ética, política e social de construir instituições protetivas, educativas e saudáveis, que contribuam para a efetiva reintegração social e a redução das vulnerabilidades que historicamente marcam o sistema socioeducativo brasileiro.

2.2 E a Saúde do Trabalhador?

O trabalho no sistema socioeducativo possui características singulares que o distinguem de outras esferas do serviço público, exigindo dos profissionais a conjugação

de competências técnicas, éticas, relacionais e emocionais em contextos marcados pela alta complexidade institucional.

A organização da atenção à saúde nesse ambiente enfrenta tensões estruturais persistentes, expressas na necessidade de conciliar a lógica da segurança com a lógica do cuidado, equilibrar abordagens disciplinares e socioeducativas e harmonizar a promoção da autonomia do adolescente com as restrições inerentes à privação de liberdade.

Nessa dinâmica, os profissionais são constantemente convocados a desempenhar funções potencialmente contraditórias: garantir a segurança e a contenção física sem romper vínculos educativos; exercer autoridade, ao mesmo tempo em que estimulam a autonomia e a corresponsabilidade do adolescente; intervir em situações de crise, conflito ou agressividade sem perder a postura ética, acolhedora e respeitosa. Esse conjunto de exigências configura um campo de atuação emocionalmente denso, no qual o trabalhador é desafiado a lidar simultaneamente com risco, sofrimento e cuidado.

A complexidade do cotidiano é agravada pela exposição frequente a situações de violência e vulnerabilidade, incluindo ameaças, agressões físicas e verbais, rebeliões, autolesões e tentativas de suicídio — eventos que constituem fatores críticos de tensão emocional e estresse ocupacional. A ausência de condições adequadas de trabalho — como déficit de pessoal, infraestrutura precária, insuficiência de materiais, sobrecarga de jornada e remuneração incompatível com as responsabilidades — intensifica o desgaste e compromete a qualidade da intervenção socioeducativa.

A esses fatores somam-se elementos simbólicos e sociais: o estigma histórico que recai sobre o sistema socioeducativo e sobre quem nele trabalha, frequentemente associado à ideia de repressão ou fracasso social. Tal estigmatização fragiliza a identidade profissional e reduz o reconhecimento social e institucional, gerando impactos diretos sobre o sofrimento psíquico, a motivação e o senso de pertencimento dos trabalhadores.

Nesse cenário, a atenção à saúde mental dos profissionais do sistema socioeducativo assume caráter estratégico e estruturante das políticas públicas. O art. 227 da Constituição Federal e as diretrizes do SINASE estabelecem que a proteção integral deve alcançar não apenas os adolescentes, mas também os profissionais responsáveis por sua execução, reconhecendo que a qualidade da atenção socioeducativa depende de ambientes laborais saudáveis, seguros e humanizados.

A saúde ocupacional, nesse contexto, é indissociável da efetividade das políticas socioeducativas. A negligência em relação ao cuidado com o trabalhador repercute diretamente na qualidade do atendimento, fragilizando vínculos, comprometendo a

segurança institucional e dificultando a implementação de práticas educativas consistentes. Por outro lado, políticas institucionais de cuidado e prevenção, que incluam escuta qualificada, apoio psicossocial, supervisão técnica, capacitação continuada e gestão participativa, fortalecem o engajamento, a resiliência e a capacidade transformadora das equipes.

Cuidar da saúde mental dos profissionais, portanto, não se reduz a uma ação assistencial, mas constitui uma estratégia de governança e de humanização institucional. Ao reconhecer o trabalhador como sujeito de direitos e de cuidado, o Estado reafirma os princípios da dignidade humana, da valorização do serviço público e da ética do cuidado, pilares indispensáveis para a construção de um sistema socioeducativo efetivamente protetivo, educativo e emancipador.

Além disso, a consolidação de um ambiente de trabalho saudável e seguro no sistema socioeducativo requer políticas institucionais integradas de saúde mental e valorização profissional, concebidas como componentes estruturais da política socioeducativa, e não como ações pontuais ou assistenciais.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) e as diretrizes do SINASE (Lei nº 12.594/2012) reconhecem que a saúde do trabalhador está intrinsecamente vinculada à organização do trabalho, às relações institucionais e às condições materiais e simbólicas em que se exerce a função pública.

Ao reconhecer o trabalhador socioeducativo como sujeito de direitos, e não apenas como executor de tarefas, o Estado reafirma os valores constitucionais da dignidade da pessoa humana, da valorização do trabalho e da promoção do bem de todos (art. 1º, III e IV; art. 3º, IV; art. 6º da Constituição Federal).

Investir em saúde mental, segurança e valorização profissional significa investir na qualidade da política socioeducativa, na eficácia das medidas aplicadas aos adolescentes e na construção de instituições públicas mais éticas, humanas e resilientes.

3. Políticas, diretrizes e planos de ação em saúde coletiva

A implementação de políticas de saúde coletiva no contexto do sistema socioeducativo do Ceará, por meio da SEAS, apresenta singularidades derivadas de sua natureza institucional. A SEAS não é um órgão de saúde, mas de gestão socioeducativa; assim, a aplicação dos preceitos de saúde coletiva ocorre em articulação com órgãos municipais, estaduais e federais da área da saúde. Essa característica molda a forma como

protocolos, planos de contingência e programas preventivos são estruturados, exigindo capacidade de governança intersetorial, mediação política e coordenação técnica entre diferentes pastas.

Nesta correlação tripartite de coresponsabilidades, a trajetória da SEAS entre 2016 e 2024 permite interpretar a implementação de políticas de saúde coletiva em contextos de privação de liberdade à luz dos conceitos de Campos *et al.* (2012), Mattos & Baptista (2015) e Medronho *et al.* (2009). A leitura dos documentos oficiais evidencia avanços significativos na organização e institucionalização do cuidado, mas também limitações metodológicas e conceituais relevantes.

3.1. Fase 1 (2016-2019): Estruturação e Institucionalização

A fase inicial da SEAS concentrou-se em criar fundamentos institucionais e estruturais que permitissem a implementação de práticas de saúde coletiva, em consonância com dispositivos legais nacionais e internacionais. O Documento Técnico – Sistema Socioeducativo: Perspectivas e Possibilidades para um Novo Modelo de Gestão, entregue à CIDH em dezembro de 2016, é emblemático dessa estratégia. Ele evidencia um diagnóstico crítico: ausência de equipes de saúde regulares, precariedade das condições sanitárias, falta de protocolos assistenciais, inexistência de articulação com a rede de saúde estadual e carência de políticas de saúde mental.

Sob a perspectiva de Campos *et al.* (2012), essa fase pode ser entendida como a criação de uma estrutura organizacional capaz de integrar princípios de saúde coletiva a um sistema não originalmente vinculado à saúde, um processo que exigiu adaptação e articulação com a SESA e outros órgãos municipais e federais. A SEAS, portanto, assume responsabilidade objetiva pela saúde da população socioeducativa, mas sempre mediada por pactos intersetoriais, contratos de cooperação técnica e protocolos de encaminhamento.

A institucionalização de serviços de saúde envolveu a criação de equipes multiprofissionais, protocolos de atendimento, sistemas de informação e mecanismos de supervisão, estabelecendo uma base mínima de governança em saúde coletiva. Apesar disso, os dados epidemiológicos permaneciam limitados, impedindo análise quantitativa detalhada da efetividade das intervenções. Sob a ótica da avaliação de programas e serviços (Campos *et al.*, 2012, cap. 23), essa etapa corresponde à fase de implementação inicial, onde a prioridade foi estrutural: assegurar o funcionamento do sistema, capacitar

equipes e definir rotinas de atenção à saúde, ainda que de forma indireta e dependente de órgãos de saúde públicos.

A análise crítica indica que essa fase foi estratégica para preparar a SEAS como articuladora de políticas de saúde coletiva, criando instrumentos normativos e mecanismos de governança intersetorial que serviriam de base para responder a crises futuras. Contudo, a dependência de dados secundários e a ausência de vigilância epidemiológica própria limitaram a capacidade de avaliação contínua de impacto, uma lacuna que seria progressivamente abordada nas fases seguintes.

3.2. Fase 2 (2020-2022): Pandemia e Adaptações Protocolares

A fase 2 da trajetória da SEAS foi marcada por desafios sem precedentes impostos pela pandemia de COVID-19, situação que revelou de forma clara a complexidade de articular políticas de saúde coletiva em um órgão não pertencente à rede formal de saúde. Os centros socioeducativos, caracterizados por alta densidade populacional, rotatividade de profissionais, limitações de ventilação e impossibilidade de isolamento completo, configuraram um contexto de vulnerabilidade epidemiológica elevada, exigindo respostas rápidas, sistematizadas e intersetoriais.

A SEAS respondeu com a elaboração de protocolos operacionais robustos, como a Portaria nº 50/2020 e o Plano de Contingência para COVID-19, que incluíam rotinas de testagem, quarentena para novos ingressos, protocolos para colaboradores e visitantes, controle de materiais de proteção individual e procedimentos de afastamento para grupos de risco. Além disso, medidas como a suspensão e posterior retomada gradual de visitas familiares e a implementação do teletrabalho emergencial demonstram a capacidade da SEAS de adaptar sua governança institucional às exigências de saúde coletiva, mesmo sem ser um órgão de saúde formal.

Sob a perspectiva de Campos *et al.* (2012, cap. 20), essas ações refletem princípios clássicos da prevenção em saúde coletiva, incluindo vigilância epidemiológica, barreiras sanitárias, promoção de comportamentos de proteção e articulação intersetorial. No entanto, a ausência de séries históricas de dados epidemiológicos próprias da SEAS impôs limitações significativas para avaliação quantitativa do impacto das medidas, evidenciando a dependência de informações provenientes de parceiros da saúde municipal e estadual. Nesse sentido, a experiência ilustra um ponto central de análise crítica em saúde coletiva: a efetividade das políticas depende não apenas da elaboração

de protocolos, mas também da capacidade de articulação e integração institucional, especialmente quando se trata de órgãos cuja função primária não é a saúde.

A emergência da Monkeypox (2022) constituiu um segundo teste para a maturidade institucional adquirida durante a pandemia. A SEAS elaborou o Plano de Contingência para Monkeypox, antecipando medidas de vigilância, prevenção, detecção precoce, isolamento de casos suspeitos, tratamento e comunicação de risco. A elaboração desse plano demonstra aprendizado institucional e capacidade de retroalimentação das políticas, coerente com o conceito de ciclo de políticas públicas descrito por Mattos & Baptista (2015, cap. 5), em que a avaliação e a adaptação constante das ações permitem respostas mais ágeis a novas ameaças à saúde coletiva.

3.3. Fase 3 (2023-2024): Consolidação e Expansão Das Ações

A terceira fase marca o **amadurecimento institucional da SEAS**, caracterizado pela consolidação de protocolos, expansão territorial, qualificação contínua de equipes e integração com outras políticas públicas, especialmente na saúde. A fase evidencia a transição de respostas emergenciais para **ações estruturadas e sustentáveis**, com mecanismos de governança consolidados, capazes de articular o atendimento socioeducativo com a rede de saúde estadual e municipal.

Sob a perspectiva de Campos *et al.* (2012), essa etapa demonstra progressão em promoção da saúde, vigilância epidemiológica e atenção integral, com a SEAS atuando como coordenadora e articuladora de políticas de saúde coletiva, ainda que não disponha de autonomia plena em relação à gestão da saúde pública. A consolidação dos protocolos e sistemas de informação reflete a importância da **interoperabilidade de dados e integração intersetorial**, reforçando que a efetividade da política depende tanto da execução de ações quanto da articulação institucional.

Do ponto de vista da análise crítica, essa fase evidencia avanços significativos: fortalecimento das práticas preventivas, ampliação do alcance territorial e consolidação de programas de educação permanente para equipes. No entanto, a dependência de dados produzidos por parceiros de saúde continua sendo uma limitação, que destaca a necessidade de mecanismos de avaliação integrados e sistemáticos para sustentar políticas de saúde coletiva de longo prazo, conforme os princípios de avaliação de programas de Campos *et al.* (2012, cap. 23) e a lógica de ciclo de políticas públicas de Mattos & Baptista (2015, cap. 5).

Outro aspecto importante dessa fase foi o reconhecimento institucional do novo modelo em instâncias nacionais e internacionais, o que contribuiu para ampliar a legitimidade política e social do projeto. Esse reconhecimento se refletiu na participação em fóruns estratégicos, na assinatura de cooperações técnicas e na difusão de práticas inovadoras para outros estados e municípios.

No plano interno, consolidou-se uma cultura organizacional voltada à corresponsabilidade, ao trabalho em rede e à valorização das equipes. Essa mudança cultural foi fundamental para sustentar as transformações alcançadas e evitar retrocessos, permitindo que as ações desenvolvidas deixassem de depender exclusivamente de lideranças individuais e passassem a integrar de forma orgânica o funcionamento institucional.

4. Dimensões do atendimento

A trajetória da SEAS entre 2016 e 2024, organizada em três fases — estruturação e institucionalização (2016-2019), enfrentamento de emergências sanitárias (2020-2022) e consolidação e expansão das ações (2023-2024) — fornece o pano de fundo para compreender as diferentes dimensões do atendimento à saúde no contexto socioeducativo. Cada fase evidenciou desafios específicos e estratégias adaptativas que impactaram diretamente a forma como os serviços de saúde coletiva foram operacionalizados, articulando princípios legais, recomendações internacionais e preceitos técnicos da vigilância epidemiológica e da promoção da saúde.

As dimensões do atendimento detalhadas nas subseções seguintes refletem a implementação progressiva e articulada das ações de saúde mental, prevenção de doenças transmissíveis, saúde sexual e reprodutiva, assistência farmacêutica, saúde do trabalhador e educação permanente em saúde. Cada uma dessas dimensões só pôde ser efetivamente operacionalizada graças ao contexto articulador e estruturante proporcionado pelas três fases anteriormente discutidas, evidenciando como planejamento, protocolos e articulação intersetorial constituem pré-requisitos para a consolidação de políticas de saúde coletiva em ambientes complexos como os centros socioeducativos.

4.1. Saúde Mental

A saúde mental constitui eixo prioritário da atenção à saúde na SEAS, reconhecendo as especificidades da população atendida e os riscos psicossociais associados à institucionalização.

Atendimento psicológico: Em 2023, foram realizados 849 atendimentos psiquiátricos, além dos atendimentos psicológicos regulares realizados pelas equipes técnicas dos centros socioeducativos. Os psicólogos desempenham papel fundamental na promoção da saúde mental, oferecendo escuta qualificada, apoio emocional e orientações que contribuem para processos de reflexão, autoconhecimento e transformação pessoal.

A atuação da psicologia vai além do cuidado individual, traduzindo-se em práticas que fortalecem vínculos, estimulam a convivência social e apoiam o desenvolvimento de projetos de vida. O trabalho dos psicólogos também se estende ao suporte das equipes multiprofissionais e ao diálogo com as famílias, fortalecendo a rede de proteção e cuidado.

Prevenção ao suicídio: A Portaria nº 23/2019 representa marco normativo específico, dispondo sobre a padronização de termos, normas, rotinas e procedimentos voltados para a prevenção do suicídio nos centros socioeducativos. A portaria menciona inclusive necessidades de pós-venção, garantindo atendimento pela equipe multiprofissional, em articulação com a PNAISARI, com preenchimento de fichas de notificação para inserção no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

Além da portaria, a SEAS possui um Manual específico que regulamenta ações contínuas para prevenir e detectar a problemática do suicídio no contexto socioeducativo. Anualmente, especialmente durante a campanha Setembro Amarelo, são realizadas palestras e atividades de sensibilização em todos os centros socioeducativos, em parceria com instituições como o Instituto Bia Dote.

Articulação com CAPS: A articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da rede municipal garante atendimento especializado para casos de maior complexidade, especialmente relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas e transtornos mentais graves.

4.2. Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis

Em 2023, foram realizadas 1.799 testagens para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no âmbito do sistema socioeducativo. As ações contemplaram testagem rápida, aconselhamento pré e pós-teste, tratamento dos casos diagnosticados e atividades preventivas voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva. Entre as estratégias de prevenção, destacam-se as ações educativas e a distribuição de preservativos masculinos e femininos, reforçando o compromisso com as diretrizes da Política Nacional de Prevenção das IST/HIV/AIDS e com os princípios de acesso universal e integralidade do cuidado preconizados pelo SUS.

Além das ações assistenciais, a SEAS promoveu capacitações técnicas específicas voltadas aos profissionais de saúde e servidores das unidades, com ênfase no aconselhamento em ISTs, nos cuidados e biossegurança na execução de testes rápidos e no manejo clínico de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Essas formações representam investimento contínuo na qualificação técnica das equipes e na consolidação de uma rede de atenção integral à saúde dos adolescentes e trabalhadores do sistema socioeducativo.

No campo da vigilância ambiental, a SEAS estabeleceu parceria com o Núcleo de Controle de Vetores (NUVET) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), com foco na formação e mobilização de agentes multiplicadores para o enfrentamento de doenças causadas pelo mosquito *Aedes aegypti*.

As capacitações realizadas nos centros socioeducativos de Fortaleza abordaram aspectos biológicos e epidemiológicos do vetor, incluindo seu ciclo evolutivo, formas de reprodução e medidas de prevenção, capacitando profissionais para a identificação e eliminação de focos de proliferação nas unidades e em seus domicílios.

Essa iniciativa fortalece a integração entre saúde, educação e gestão ambiental, promovendo o protagonismo dos profissionais na adoção de práticas sustentáveis e na construção de ambientes institucionais saudáveis e livres de arboviroses como dengue, *zika* e *chikungunya*.

4.3. Saúde Sexual e Reprodutiva

O cuidado com a saúde sexual e reprodutiva no âmbito da Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS) está estruturado em protocolos técnicos e assistenciais que se iniciam no acolhimento inicial do adolescente, anterior ao

cumprimento da medida socioeducativa. Essa abordagem está em consonância com os princípios da integralidade, universalidade e equidade previstos na Constituição Federal de 1988 e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), instituída em 2014 (BRASIL, 1988; BRASIL, 2014).

Na Unidade de Recepção Luís Barros Montenegro, responsável pelo acolhimento de adolescentes apreendidos pela prática de ato infracional, realiza-se um atendimento de enfermagem inicial, que inclui testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e anamnese voltada à saúde sexual e reprodutiva. Essa etapa tem como finalidade identificar precocemente agravos à saúde e subsidiar as equipes técnicas dos Centros Socioeducativos na continuidade do cuidado durante o cumprimento da medida.

O protocolo inicial de saúde cumpre função estratégica ao assegurar a continuidade terapêutica, o tratamento oportuno de diagnósticos e a articulação intersetorial entre os sistemas de saúde e socioeducação. Essa prática concretiza os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que orienta o atendimento integral e humanizado, e do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que preconiza a proteção integral e a corresponsabilidade estatal na promoção dos direitos dos adolescentes.

As ações desenvolvidas pela SEAS no campo da saúde sexual e reprodutiva contemplam:

- Educação em saúde, voltada à prevenção de ISTs, à promoção da sexualidade saudável e ao exercício responsável da paternidade e maternidade;
- Acesso a métodos contraceptivos e distribuição de preservativos masculinos e femininos;
- Aconselhamento pré e pós-teste e tratamento dos casos diagnosticados de IST/HIV/AIDS;
- Acompanhamento pré-natal, parto e puerpério de adolescentes gestantes, assegurando atenção integral à saúde materno-infantil.

As práticas educativas assumem papel central nesse processo, ao promover a reflexão crítica sobre sexualidade, gênero e direitos reprodutivos, aspectos fundamentais para o desenvolvimento integral do adolescente (MATTOS; BAPTISTA, 2015). Exemplo disso foi a palestra “Infecção Sexualmente Transmissível e Paternidade”, realizada no

Centro de Semiliberdade de Crateús em parceria com a Secretaria da Saúde, que estimulou o debate sobre masculinidades e responsabilidade social.

No tocante à saúde da mulher, especialmente nas unidades femininas, como o Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa Mota, a SEAS adota protocolos específicos de atenção ginecológica e reprodutiva, compreendendo consultas regulares, exames citopatológicos oncóticos (preventivos), orientações sobre higiene íntima, planejamento familiar e saúde menstrual, e atenção às dimensões psicossociais do ciclo menstrual e do encarceramento feminino.

Tais ações estão em consonância com os marcos normativos internacionais — como as Regras de Beijing (ONU, 1990) e a Convenção Americana de Direitos Humanos (OEA, 1969) —, que estabelecem a obrigação dos Estados de garantir condições dignas de saúde, bem-estar e reintegração social a adolescentes privados de liberdade. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pela SEAS exemplifica uma política pública orientada pelos princípios da saúde coletiva, que reconhece a sexualidade como dimensão essencial da vida humana e a saúde sexual e reprodutiva como direito fundamental.

Assim, a atuação integrada entre atenção básica, educação em saúde e acompanhamento especializado contribui para a construção de uma política socioeducativa centrada na dignidade, na autonomia e na proteção integral do adolescente, reafirmando o compromisso do Estado com os direitos humanos e com a promoção de ambientes institucionais saudáveis, seguros e humanizados.

4.4 Assistência Farmacêutica

A estruturação da Assistência Farmacêutica no âmbito da Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS) representa um avanço significativo na consolidação da política de saúde voltada a adolescentes e trabalhadores das unidades socioeducativas. Em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), foi criada a Central de Abastecimento Farmacêutico da SEAS, no ano de 2017, unidade responsável pelo armazenamento, controle e distribuição de medicamentos recebidos das Secretarias Municipais de Saúde, para todos os Centros Socioeducativos do Estado.

A implantação dessa estrutura possibilitou padronizar o fluxo logístico de medicamentos, aprimorar a rastreabilidade dos insumos e garantir abastecimento regular,

contribuindo para a segurança terapêutica e para o fortalecimento da atenção integral à saúde no sistema socioeducativo.

Entre as experiências inovadoras, destaca-se, ainda, o projeto Farmácia Viva, implementado em parceria com o Núcleo de Fitoterápicos (NUFITO) da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA). A iniciativa, noticiada em janeiro de 2020, foi implantada no Centro Socioeducativo Dom Bosco e simboliza a abertura institucional da SEAS à incorporação das PICS, em consonância com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

A experiência da Farmácia Viva baseia-se na produção e no uso racional de fitoterápicos e plantas medicinais, associando saberes tradicionais e práticas científicas para promoção da saúde e prevenção de agravos. Além de ampliar o acesso a terapias seguras e culturalmente adequadas, o projeto contribui para a educação em saúde, o uso racional de medicamentos e a sustentabilidade institucional, fortalecendo a dimensão pedagógica e comunitária do cuidado no sistema socioeducativo.

4.5. Saúde do Trabalhador

O reconhecimento da saúde dos trabalhadores do sistema socioeducativo como dimensão estratégica das políticas de saúde da SEAS representa um avanço institucional significativo e um diferencial qualitativo na consolidação de uma gestão humanizada e sustentável. Em consonância com os princípios da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da Política Nacional de Humanização (PNH), a SEAS compreende que a promoção da saúde ocupacional é condição indispensável para a qualidade do atendimento socioeducativo e para a efetividade das medidas aplicadas aos adolescentes.

Nesse contexto, o Núcleo de Saúde da SEAS desenvolve ações específicas voltadas ao eixo de promoção e proteção da saúde do trabalhador, oferecendo atendimentos psicossociais individuais e coletivos, escuta qualificada, orientações sobre autocuidado, além de encaminhamentos estruturados para a rede pública de saúde. Essa abordagem amplia a noção tradicional de saúde ocupacional, incorporando dimensões emocionais, relacionais e institucionais do trabalho socioeducativo.

Entre as principais ações desenvolvidas, destacam-se:

- Palestras e campanhas de educação em saúde, com ênfase na prevenção do suicídio e na promoção da saúde mental no trabalho;
- Campanhas sazonais de conscientização, como o Outubro Rosa (prevenção do câncer de mama) e o Novembro Azul (prevenção do câncer de próstata);
- Acompanhamento e avaliação de afastamentos laborais relacionados à COVID-19, com monitoramento de sintomas, fluxos de atendimento e reintegração gradual de servidores;
- Supervisão clínica e institucional para as equipes técnicas, favorecendo a reflexão sobre o trabalho, o manejo de conflitos e o fortalecimento das relações interpessoais;
- Controle de frequência e gestão de licenças médicas, com foco na prevenção de adoecimentos recorrentes e na melhoria das condições de trabalho.

Durante a pandemia de COVID-19, o Núcleo de Saúde elaborou e implementou protocolos específicos de biossegurança, em consonância com as orientações da Secretaria da Saúde do Estado (SESA) e do Ministério da Saúde. As medidas incluíram:

- Afastamento preventivo de servidores pertencentes a grupos de risco;
- Testagem de profissionais sintomáticos e rastreamento de contatos;
- Definição de fluxos para liberação e retorno de servidores;
- Fornecimento e uso obrigatório de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- Adoção de medidas de distanciamento e higienização ambiental.

Essas ações asseguraram continuidade dos serviços socioeducativos essenciais durante o período pandêmico, preservando a saúde dos trabalhadores e dos adolescentes atendidos. Além disso, reforçaram a importância de uma política institucional permanente de cuidado com o servidor público, baseada na prevenção, na escuta, na valorização profissional e na corresponsabilidade institucional — princípios fundamentais para um sistema socioeducativo ético, seguro e humanizado.

4.6. Educação Permanente em Saúde

A educação permanente em saúde constitui estratégia central para qualificação dos profissionais e consolidação das práticas. Ao longo do período 2016-2024, foram realizados cursos de capacitação sobre:

- Preenchimento de fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)
- Aconselhamento em ISTs
- Cuidados na execução de testes rápidos
- Manejo clínico em HIV/AIDS
- Vigilância de transtornos mentais relacionados ao trabalho
- Suporte básico de vida
- Notificação de violência interpessoal e autoprovocada
- Prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores
- Protocolos de COVID-19 e Monkeypox

Em 2021, foram capacitados 155 profissionais para participação em curso sobre suporte básico de vida, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará. A parceria com a ESP-CE representa elemento estratégico para sustentabilidade das ações de educação permanente.

5. Discussão

A análise da trajetória da SEAS revela um processo de institucionalização de políticas de saúde coletiva singular, marcado pela complexidade de operar em um órgão cuja função principal não é a saúde, mas que assumiu responsabilidades objetivas em articulação com secretarias municipais, estaduais e federais de saúde. Observa-se que a SEAS incorporou progressivamente princípios de promoção da saúde, prevenção de doenças e avaliação de programas, articulando-os com protocolos normativos, capacitação de equipes e governança intersetorial.

Na fase inicial (2016-2019), a SEAS concentrou esforços em estruturar serviços, formalizar protocolos e integrar a atenção à saúde à gestão socioeducativa. Essa etapa foi essencial para criar instrumentos normativos, estabelecer parcerias técnicas e organizar equipes multiprofissionais, ainda que sem dados epidemiológicos próprios. Tal realidade evidencia um ponto crítico: a implementação de políticas de saúde coletiva em ambientes complexos depende da capacidade de mediação institucional e da articulação com sistemas de saúde formalmente constituídos.

O período de pandemia (2020-2022) revelou desafios emergenciais e testou a maturidade institucional alcançada. A resposta à COVID-19 e, posteriormente, à Monkeypox, demonstrou capacidade de adaptação rápida e elaboração de protocolos

operacionais coerentes com os princípios clássicos da prevenção em saúde coletiva, incluindo vigilância epidemiológica, barreiras sanitárias e educação em saúde. Entretanto, a ausência de séries históricas de dados epidemiológicos próprios limitou a avaliação quantitativa de impacto, reforçando a dependência de informações provenientes de parceiros da saúde pública. Nesse sentido, a experiência da SEAS evidencia uma lição central em saúde coletiva: a efetividade de políticas depende tanto da construção de protocolos e normas quanto da articulação intersetorial e do aprendizado institucional contínuo.

Na fase de consolidação (2023-2024), a SEAS alcançou maior robustez em governança, integração intersetorial, expansão de programas e educação permanente em saúde. A consolidação de sistemas de informação, protocolos de atendimento e capacitação contínua de profissionais reforça a importância da interoperabilidade e da gestão baseada em evidências, ainda que os dados próprios permaneçam limitados. A legitimação política e social do novo modelo institucional, combinada à valorização das equipes e à cultura de corresponsabilidade, foi crucial para sustentar os avanços alcançados e prevenir retrocessos.

Criticamente, o percurso da SEAS ilustra dilemas centrais na implementação de políticas de saúde coletiva em contextos não tradicionais: a necessidade de articular ações preventivas e promocionais em ambientes de alta vulnerabilidade, equilibrando segurança e cuidado; a dependência de dados de parceiros externos; e a importância de construir capacidade institucional capaz de responder rapidamente a emergências sanitárias e novas demandas. A partir da análise dos pressupostos de Campos *et al.* (2012), Mattos & Baptista (2015) e Medronho *et al.* (2009), podemos identificar lacunas significativas nas ações de saúde coletiva desenvolvidas pela SEAS entre 2016 e 2024. Apesar dos avanços institucionais e do esforço de articulação intersetorial, algumas dimensões previstas na literatura de saúde coletiva não foram plenamente operacionalizadas.

Em primeiro lugar, a vigilância epidemiológica própria e sistemática configura uma lacuna central. Embora a SEAS tenha demonstrado capacidade de resposta a emergências como a pandemia de COVID-19 e a emergência da Monkeypox, não desenvolveu sistemas próprios de monitoramento contínuo da frequência de doenças e agravos. A dependência de informações fornecidas por parceiros externos comprometeu a possibilidade de gerar séries temporais consistentes e indicadores de impacto confiáveis, limitando a avaliação de tendências epidemiológicas internas e a capacidade de antecipar riscos. Criticamente, a ausência de vigilância própria evidencia que a gestão da saúde

coletiva, mesmo bem estruturada, permanece fragilizada quando não se consolida a produção independente de evidências quantitativas e qualitativas.

Em segundo lugar, verifica-se um déficit nas medidas de prevenção terciária e acompanhamento longitudinal, especialmente em relação ao adoecimento mental de trabalhadores. A literatura enfatiza a importância de estratégias que assegurem acompanhamento de casos complexos, reinternações ou complicações de doenças crônicas e transtornos mentais graves. Embora a SEAS tenha implementado protocolos de testagem, isolamento e campanhas educativas, as ações estruturadas voltadas à prevenção do sofrimento psíquico e à promoção do bem-estar ocupacional ainda são insuficientes.

O campo da Saúde do Trabalhador, consolidado no Brasil a partir da década de 1980 e institucionalizado no Sistema Único de Saúde pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012), fundamenta-se em princípios que incluem: a compreensão do trabalho como determinante social da saúde; o reconhecimento do saber dos trabalhadores sobre seu próprio trabalho e seus riscos; a participação dos trabalhadores nas decisões sobre condições de trabalho e saúde; e a articulação entre vigilância, assistência, promoção e prevenção.

A investigação epidemiológica constitui ferramenta fundamental para o campo da Saúde do Trabalhador, permitindo identificar magnitude, distribuição e determinantes dos agravos relacionados ao trabalho. Estudos transversais que estimam prevalências de agravos e investigam fatores associados mediante análises estatísticas contribuem para caracterizar a situação de saúde de populações trabalhadoras específicas, subsidiando políticas e ações. A utilização de instrumentos validados para avaliação de desfechos relacionados à saúde mental garante comparabilidade com outros estudos e confiabilidade das medidas, permitindo acúmulo de evidências científicas.

A formulação de políticas públicas de saúde do trabalhador deve fundamentar-se em princípios de promoção da saúde e prevenção de agravos, compreendendo essas estratégias como complementares e articuladas. A prevenção, em suas diferentes dimensões — primária, secundária e terciária —, articula-se a ações de promoção que fortalecem ambientes de trabalho saudáveis e potencializam recursos individuais e coletivos.

No campo específico da saúde mental e trabalho, a prevenção primária envolve ações que visam evitar o surgimento de transtornos mentais, atuando sobre fatores de risco modificáveis relacionados à organização do trabalho. A prevenção secundária

envolve identificação precoce de sintomas e intervenções oportunas para evitar agravamento. A prevenção terciária envolve ações voltadas a trabalhadores já acometidos por transtornos mentais, visando reabilitação e prevenção de incapacidades.

A promoção da saúde, por sua vez, transcende a lógica da prevenção de doenças, atuando sobre determinantes sociais da saúde e fortalecendo capacidades individuais e coletivas. No contexto do trabalho, a promoção da saúde envolve transformações nas condições concretas de trabalho, valorização profissional, fortalecimento de redes de suporte, participação dos trabalhadores em decisões sobre seu trabalho e construção de ambientes laborais que potencializem desenvolvimento humano.

Outro ponto relevante refere-se à avaliação estruturada do impacto das ações., destacando que a efetividade de programas de saúde coletiva depende da capacidade de medir resultados, identificar pontos críticos e promover ajustes com base em evidências. No caso da SEAS, apesar da consolidação de protocolos, relatórios de atividades e capacitação contínua de equipes, não houve implementação consistente de indicadores de desempenho e impacto que permitissem avaliar a efetividade real das políticas sobre saúde mental, prevenção de doenças transmissíveis ou saúde do trabalhador. Tal lacuna compromete a capacidade de retroalimentação e aprendizado institucional, fundamentais para a sustentabilidade das políticas de saúde coletiva.

Embora Matos & Batista (2015, p. 256) defendam a ideia de que um ciclo da política com fases delimitadas - Reconhecimento do problema, Formação de agenda, Formulação da política, Tomada de decisão, Implementação, Avaliação, Reconhecimento do problema - parece funcionar muito mais como um artifício para o controle e definição de políticas que subsidiem a tomada de decisão do que para análises críticas dos processos políticos em curso, é preciso considerar que, na perspectiva crítica, o contexto e o arranjo específico de cada política são fundamentais. Isso significa que a análise não deve se limitar à reprodução de modelos racionais e universais, mas sim refletir o debate político em sua complexidade.

Adicionalmente, observa-se limitação na integração de dados individuais e institucionais para análise epidemiológica, questão nodal para políticas baseadas em evidências já que a análise de determinantes sociais do adoecimento requer a articulação de informações clínicas, psicossociais e epidemiológicas. Na experiência da SEAS, os dados coletados são predominantemente administrativos ou provenientes de protocolos pontuais, sem consolidação sistemática que permita análises robustas de associação entre fatores de risco, condições institucionais e resultados de saúde. Essa lacuna impede a

identificação de padrões de vulnerabilidade e fragiliza a formulação de políticas preventivas baseadas em evidências, limitando a capacidade de intervenção proativa.

Nesse sentido, ainda que, no caso da SEAS, as ações tenham alcançado avanços importantes a etapa de avaliação e retroalimentação da formulação de políticas permanece limitada. Tal restrição na área da saúde do trabalhador decorre, em grande parte, da ausência de diagnósticos estatísticos sobre a prevalência e incidência dos agravos, bem como da falta de indicadores consolidados. Essa lacuna evidencia a importância da fase de avaliação como componente essencial do ciclo de políticas públicas, não apenas para ajustes contínuos e fortalecimento da governança, mas também para permitir análises críticas que considerem as especificidades dos contextos e contribuam para o aprimoramento das estratégias de saúde coletiva.

A experiência da SEAS evidencia, portanto, que a consolidação institucional e a articulação intersetorial, embora imprescindíveis, precisam ser complementadas por mecanismos estruturados de monitoramento, análise crítica e retroalimentação contínua para superar situações de riscos epidemiológicos e operacionais.

Considerações finais

A trajetória da SEAS entre 2016 e 2024 evidencia que a implementação de políticas de saúde coletiva em contextos socioeducativos demanda estratégias de governança adaptativas, articulação intersetorial e construção gradual de capacidade institucional. A experiência demonstra que, mesmo sem autonomia plena em saúde, órgãos gestores socioeducativos podem coordenar ações preventivas, promocionais e de vigilância, promovendo saúde integral de adolescentes e trabalhadores.

Os avanços alcançados incluem a estruturação de equipes multiprofissionais, a implementação de protocolos normativos, o fortalecimento da assistência farmacêutica, a ampliação de ações em saúde mental, sexual e reprodutiva, e a consolidação da educação permanente em saúde. A resposta a emergências sanitárias, como a COVID-19 e a Monkeypox, revelou a capacidade de adaptação e aprendizado institucional, reforçando a relevância da articulação com a rede de saúde e a importância de sistemas de informação integrados.

No entanto, limitações persistem, especialmente relacionadas à escassez de dados epidemiológicos próprios e à dificuldade de avaliação contínua de impacto. Esses desafios indicam que, para consolidar políticas sustentáveis e baseadas em evidências, é

necessário fortalecer mecanismos de monitoramento, análise de indicadores e retroalimentação das práticas institucionais.

Em síntese, a experiência da SEAS contribui para o debate sobre saúde coletiva em contextos de privação de liberdade, oferecendo um modelo de intervenção articulado, progressivo e adaptativo, capaz de integrar princípios legais, normativos e técnicos em um cenário de alta vulnerabilidade. Essa trajetória fornece subsídios para aprimoramento de políticas públicas, ampliação de experiências replicáveis e promoção de saúde integral em populações historicamente invisibilizadas.

Referências

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 maio 2014.

CAMPOS, G. W. de S.; SCHRAMM, J. M.; FREITAS, C. M. de. *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012

CEARÁ. Decreto nº 31.892, de 23 de fevereiro de 2016. Institui a equipe técnica de organização, transição e implantação do novo modelo de gestão para o Sistema Socioeducativo do Estado do Ceará. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, 24 fev. 2016.

CEARÁ. Decreto nº 31.988, de 12 de julho de 2016. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS). Diário Oficial do Estado, Fortaleza, 13 jul. 2016.

CEARÁ. Lei nº 16.040, de 28 de junho de 2016. Cria a Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS). Diário Oficial do Estado, Fortaleza, 29 jun. 2016.

CEARÁ. Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos. Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo. Plano de Contingência para Infecção do Novo Coronavírus (COVID-19). Fortaleza: SEAS, 2020. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/coronavirus/>.

CEARÁ. Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos. Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo. Plano de Contingência SEAS para o Monkeypox. Fortaleza: SEAS, 2022. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/publicacoes-2/>.

CEARÁ. Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos. Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo. Portaria nº 23, de 04 de março de 2019. Dispõe sobre a padronização de termos, normas, rotinas e procedimentos voltados para a prevenção do suicídio, a ser implementado nos Centros Socioeducativos do Estado do Ceará. Fortaleza: SEAS, 2019.

CEARÁ. Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos. Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo. Portaria nº 50, de 25 de março de 2020. Institui o plano de contingência para infecção do novo coronavírus no âmbito dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Estado do Ceará. Fortaleza: SEAS, 2020.

CEARÁ. Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos. Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo. Portaria nº 123, de 07 de agosto de 2020. Institui o plano de retomada gradual de visitas familiares nos centros socioeducativos da Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo do Estado do Ceará. Fortaleza: SEAS, 2020.

CEARÁ. Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos. Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo. Relatório de Gestão 2016-2022. Fortaleza: SEAS, 2022. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/publicacoes-2/>.

CEARÁ. Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos. Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo. Relatório de Gestão 2023. Fortaleza: SEAS, 2024. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/publicacoes-2/>.

CEARÁ. Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos. Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo. Relatório de Monitoramento da Implementação e Cumprimento da Lei Estadual nº 15.175/2012 – Período: 01/01/2022 a 31/12/2022. Fortaleza: SEAS, 2023. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/publicacoes-2/>.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Sesa e Seas definem estratégias de garantias de direito à saúde no sistema socioeducativo. Fortaleza: SESA, 9 mar. 2023. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2023/03/09/sesa-e-seas-definem-estrategias-de-garantias-de-direito-a-saude-no-sistema-socioeducativo/>.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). Medida Cautelar nº 60/2015 – Mil Adolescentes Internados no Ceará, Brasil. Washington, DC: OEA, 2015.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA). Resolução nº 119, de 11 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2006.

FRANCO, C. S. Sistema Socioeducativo do Estado do Ceará: Perspectivas e Possibilidades de um Novo Modelo de Gestão. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2019.

FRANCO, C. S.; FROTA, F. H. Sistema socioeducativo brasileiro: uma ficção normativa não realizada. Revista Inovação & Tecnologia Social, v. 4, n. 10, 2023.

FRANCO, C. S. (Orgs.). *Liberta: redações e arte de adolescentes em medida socioeducativa*. Fortaleza: Imprensa Universitária da UFC, 2020.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. (Orgs.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Política de saúde: organização, financiamento e gestão*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (Org.). *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA; SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS; GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. *Sistema Socioeducativo: Perspectivas e possibilidades para um novo modelo de gestão*. Documento Técnico elaborado em resposta à Medida Cautelar nº MC 60-15. Brasília/Fortaleza, 2016. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/publicacoes-2/>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade (Regras de Havana)*. Resolução 45/113, de 14 de dezembro de 1990. Nova York: ONU, 1990.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica)*. San José, Costa Rica, 22 de novembro de 1969.