

## Validação do modelo lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari)

Validation of the logical model of the National Policy for Comprehensive Health Care for Adolescents in Socio-Educational Care (Pnaisari)

Henrique Bezerra Perminio (<https://orcid.org/0000-0003-2644-8367>)<sup>1</sup>  
João Paulo Almeida Brito da Silva (<https://orcid.org/0000-0001-9750-7569>)<sup>1</sup>  
Armando Martinho Bardou Raggio (<https://orcid.org/0000-0002-8398-8928>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This research involves a descriptive and exploratory study, using documentary analysis, application of a questionnaire and focus group activity for elaboration and validation of a logical model of the National Policy for Comprehensive Health Care for Adolescents in Socio-Educational Care (Pnaisari). The implementation of the policy aims to guarantee access to health care for this population group. Thus, the scope of this study is to describe the stages of development and the results of the process of elaboration and validation of the logical model of Pnaisari. In terms of results, the validated Logic Model exalted the inter-sectoral and inter-federative articulation as a central and fundamental element for the implementation of the policy. As a way to improve the model, the recommendation is to insert the inputs involved in the actions, highlight mental health actions, describe the actors involved in the stages and organize the products and results into tangible goals, separating the result from the impact. Despite the challenges facing its implementation, all municipalities of the country should implement Pnaisari, since it is the Unified Health System's policy for adolescents and young people deprived of liberty.*

**Key words** *Public health policies, Adolescent health, Ex-ante analysis, Logical model*

**Resumo** *Trata-se de estudo descritivo e exploratório, utilizando de análise documental, aplicação de questionário e de grupo focal para elaboração e validação de modelo lógico da teoria da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari), que vem sendo implementada com o objetivo de garantir o acesso aos cuidados em saúde para essa população. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é descrever as etapas de desenvolvimento e os resultados do processo de elaboração e validação do modelo lógico da Pnaisari. Como resultados, o modelo lógico validado exaltou a articulação inter-setorial e interfederativa como elemento central e fundamental para a implementação da política. Como forma de aperfeiçoamento do modelo, recomenda-se inserir os insumos envolvidos nas ações, evidenciar as ações de saúde mental, descrever os atores envolvidos nas etapas, além da organização dos produtos e resultados em metas tangíveis, separando o que é resultado do que é impacto. Apesar de todos os desafios na implementação, os objetivos e diretrizes da política devem ser realizadas por todos os municípios do país, considerando que a Pnaisari é a política do Sistema Único de Saúde para os adolescentes privados de liberdade.*

**Palavras-chave** *Políticas públicas de saúde, Saúde de adolescente, Análise ex-ante, Modelo lógico*

<sup>1</sup> Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida L3 Norte s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, 70904-130 Brasília DF Brasil. [agaperminio@gmail.com](mailto:agaperminio@gmail.com)

## Introdução

Apesar da relevância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção à saúde de adolescentes, estudos recentes destacam a invisibilidade dessa população nos serviços de saúde<sup>1-3</sup>. Como barreiras de acesso, ressalta-se o desconhecimento sobre os serviços de saúde e a negação do atendimento desacompanhado dos pais ou responsáveis<sup>2-4</sup>. No caso de adolescentes que estão cumprindo medidas socioeducativas, observa-se como agravante um conjunto de preconceitos e práticas punitivas que reverberam diretamente na forma como são assistidos na saúde<sup>3,5,6</sup>.

Frente a esse contexto e considerando a necessidade de operacionalizar os princípios constitucionais e do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, publicaram a Portaria Interministerial nº 1426/2004, que aprova as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo, em regime de internação e internação provisória (Pnaisari). Assim, a Pnaisari vem sendo implementada com o objetivo do reconhecimento da lógica do SUS para os adolescentes em atendimento socioeducativo, fortalecendo o papel da Atenção Básica como principal coordenadora do cuidado no território. Apesar de alguns estudos sugerirem que a institucionalização da política fortalece a efetivação do direito à saúde dessa população, essa ainda não é a realidade em todo o país<sup>3,7</sup>.

A construção de boas políticas e a avaliação de seus impactos tendem a constituir as bases para que a ação estatal cumpra seu papel de forma efetiva, eficaz e eficiente. Nessa perspectiva, o Estado brasileiro tem se concentrado em reformas estruturantes, e na qualidade do gasto público, o que considera a avaliação de políticas públicas com foco nos resultados e impactos<sup>8</sup>.

Sendo assim, a avaliação de uma política deve começar no momento de sua formulação, estruturando o que será feito para o alcance dos resultados. Essa forma de avaliação é conhecida como avaliação *Ex Ante*. A experiência em avaliação demonstra que uma das questões mais complexas é a de definir de que forma os objetivos serão transformados em produtos, estes em resultados e esses resultados, a médio e longo prazo, se consolidem em impactos<sup>8</sup>. A estruturação nesse formato, conhecido como Modelo Lógico (ML) otimiza tempo e recursos, além de facilitar a de-

finição de indicadores a serem monitorados e avaliados, favorecendo estimar o impacto de um programa<sup>9</sup>.

Outra estratégia importante no processo de elaboração do ML de uma política, é a validação com a equipe envolvida na implementação<sup>8-10</sup>. A validação contribui para ampliar o debate, fortalecer a implementação e a aprendizagem dos envolvidos<sup>9</sup>. Possibilita ainda, ampliar a validade interna do ML através da oportunidade de diálogo entre a teoria e sua crítica a respeito de convicções, experiências e conhecimento<sup>9,11</sup>. Favorecendo o planejamento de estudos avaliativos<sup>8,11</sup>.

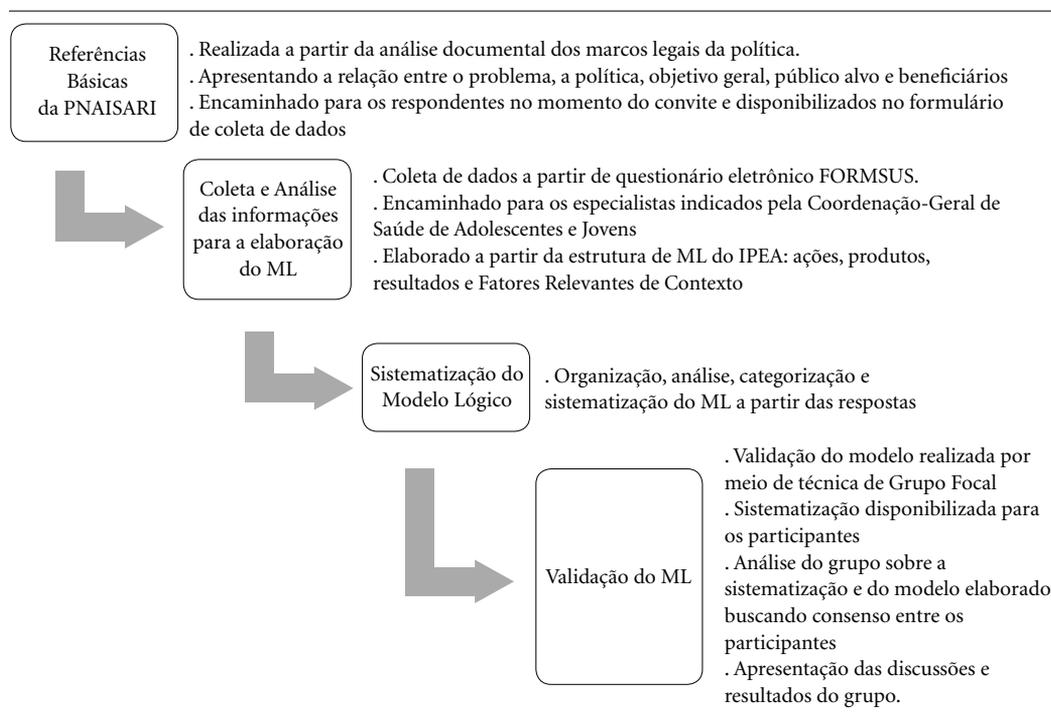
O presente estudo descreve as etapas de desenvolvimento e os resultados do processo de elaboração e validação do Modelo Lógico da Pnaisari, considerando os processos de gestão e governança, e a importância da concatenação entre eles com a teoria da política para sua implementação e o alcance dos resultados.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, utilizando análise documental dos marcos normativos, aplicação de questionário estruturado com especialistas sobre a Pnaisari para a elaboração de um modelo da teoria da política, além de atividade de grupo focal para validação desse modelo. Para tanto, foi utilizado o Modelo Lógico (ML), uma metodologia bastante conhecida devido a facilidade de compreensão, rapidez do aprendizado, eficácia, além da efetividade dos resultados com reconhecimento no serviço público<sup>8</sup>.

O processo de elaboração e validação do Modelo Lógico da política seguiu como fundamentação metodológica, roteiro elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)<sup>10</sup>. Além desse roteiro, o estudo utilizou o Guia para avaliação de políticas ex-ante do Ipea<sup>8</sup>.

A pesquisa utilizou como referência para a elaboração das etapas e condução das atividades os procedimentos para modelo lógico de programas existentes<sup>10</sup>. Considerando que a Pnaisari é definida por ato normativo, sendo implementada desde 2004, e com revisões no ano de 2008 e de 2014. O processo de validação foi desenvolvido em quatro etapas, intercalando momentos de pesquisa e análise de dados (quadrados tracejados), com momentos interativos com a banca de especialistas (quadrados não tracejados). A Figura 1 descreve as etapas utilizadas na validação do Modelo Lógico.



**Figura 1.** Etapas para validação do Modelo Lógico.

Fonte: Autores.

Na Etapa 1 – Análise documental e elaboração das referências básicas da Pnaisari – realizada a partir dos marcos normativos da política para a identificação e sistematização das suas referências básicas, objetivou explicitar os atributos que delimitam campo de atuação, público-alvo, beneficiários e objetivos. Nesta etapa, analisaram-se as leis, portarias, resoluções e marcos normativos que embasam e constituem a política.

Em seguida, na Etapa 2 – Coleta e análise das informações para o desenho do programa – aplicou-se o questionário estruturado composto de perguntas qualitativas acerca dos elementos de análise adotando como eixos ações, produtos, resultados intermediários e fatores relevantes do contexto, conforme estrutura lógica baseada em Nota Técnica Nº 06, do Ipea<sup>10</sup> e disponibilizado de forma virtual (FORMSUS).

O FORMSUS é um sistema de software livre do DATASUS, utilizado para criação de formulários com normas de utilização que asseguram a privacidade e sigilo de dados pessoais.

### Banca de especialistas

Foi solicitado à Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens participação na pesquisa e a indicação de especialistas que atuam na im-

plementação em nível local e de pesquisadores da área considerados como informantes-chave, bem como indicações de atores de diferentes setores. O rol de participantes indicados atendeu ao critério de ter experiência na temática há mais de quatro anos e conhecer a Pnaisari.

Na Etapa 3 – Sistematização do Modelo Lógico –, após a coleta de dados, as respostas foram consolidadas e agregadas em um documento de sistematização do Modelo Lógico, contendo os principais elementos, em um diagrama, mantendo tanto as informações congruentes quanto as divergências ou inconsistências identificadas a serem trabalhadas no momento de validação. Ressalta-se que foi garantido o sigilo de autoria das contribuições.

Etapa 4 – Validação do Modelo Lógico –, constituiu-se o grupo focal formado por especialistas convidados, pesquisador e moderador, conforme orientações de documento orientador do Ipea<sup>10</sup>, visando a neutralidade no processo. A metodologia de validação foi dividida em dois momentos: apresentação dos elementos que compõem o ML, análise do ML sistematizado e discussão sobre sua consistência<sup>12</sup>. As discussões foram sistematizadas, em ato, com elaboração final do modelo validado a partir das posições consensuais entre os participantes. Os itens não

consensuais também constam dos resultados, por serem considerados imprescindíveis para a pesquisa.

### Questões éticas

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Políticas Públicas de Saúde na Escola Fiocruz de Governo (EFG/Fiocruz - Brasília) sendo iniciada em novembro de 2018, com duração de seis meses. Todos os participantes foram informados sobre o anonimato, o caráter voluntário de sua participação, bem como o direito de desligamento da pesquisa. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EFG/Fiocruz - Brasília, sob o CAAE nº 95962118.9.0000.8027.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos participantes, tanto por meio virtual quanto presencial, para obter a declaração do consentimento dos participantes na pesquisa. Referiu-se como benefícios individuais e coletivos provenientes do estudo, a geração de conhecimento direcionado à saúde, na lógica de retroalimentação dos atores na gestão e implementação das políticas públicas para adolescentes.

## Resultados

### Etapa 1 – Análise documental e elaboração das referências básicas da Pnaisari

Além das portarias que fazem parte do histórico da implementação (Portaria Interministerial 1.426/2004, Portaria MS nº 647/2008, Portarias MS nº 1.082 e 1.083/2014), integradas em ato de consolidação no ano 2017 (Portarias de consolidação nº 02 e 06/2017), foram analisadas a Lei nº 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente, e a Lei nº 12.594/2012, do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Os componentes relativos às referências básicas foram identificados em sua normativa mais recente, Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017 – Anexo XVII. Os demais documentos apresentaram elementos importantes referentes ao histórico da política, as alterações nas estruturas de gestão e governança nesse período e o nível de interdependência com outras políticas públicas. Assim a Figura 2, apresenta as referências básicas, identificando objetivo geral, público alvo, beneficiários e os objetivos específicos da política. A Figura 2 evidencia a dimensão propositiva da Pnaisari.

Os objetivos da política pública devem ser tratados em termos de hierarquias ou prioridades (essencialidade)<sup>8</sup>, elencando-se a ampliação das ações e serviços de saúde como questão prioritária e fundamental para o atingimento de resultados. A partir das análises do levantamento e das relações entre as dimensões constitutivas da política evidencia-se que o problema inicial da política é a violação do direito à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo no Brasil.

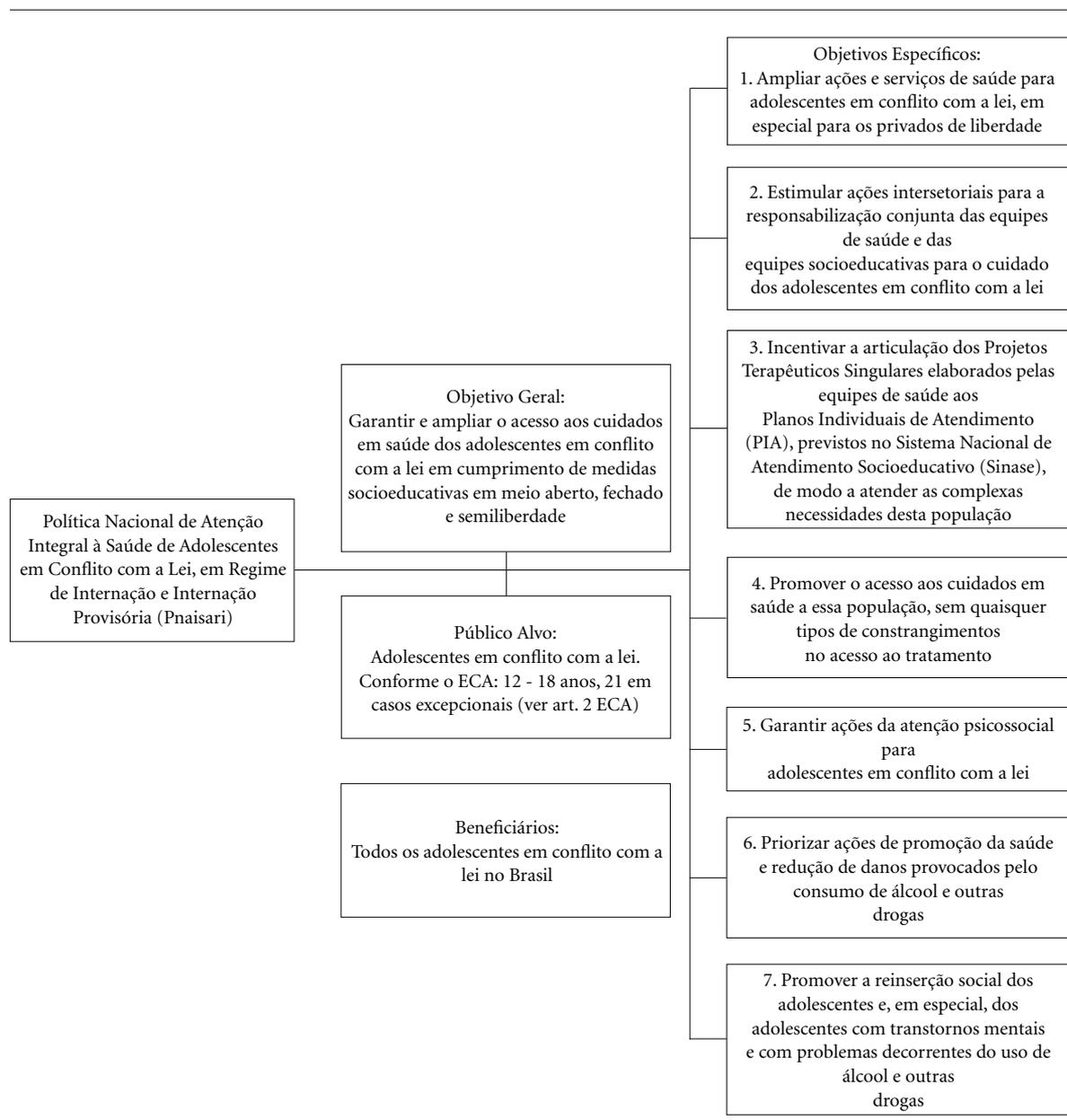
Ademais, a Pnaisari com o objetivo de garantir os normativos já instituídos pela Constituição Federal, no SUS e no ECA, visa garantir e ampliar os cuidados em saúde reforçando em seus objetivos específicos as ações intersetoriais e articulação entre sistemas, com especial atenção às ações psicossociais e de saúde mental, e sem constrangimento.

A relação intersetorial é destacado tanto no objetivo de estimular ações intersetoriais – objetivo específico 2 da Pnaisari – quanto na referência aos instrumentos de implementação do Sinase – objetivo específico 3 da Pnaisari. Ainda sobre os objetivos específicos, as ações de saúde mental e atenção psicossocial são ressaltadas nos três últimos objetivos específicos, o que pode indicar a relevância desse eixo de ação para os cuidados em saúde.

### Etapa 2 – Coleta e análise das informações para o desenho do programa

O grupo de participantes foi composto por especialistas convidados, incluindo gestores, profissionais de diferentes setores (saúde, cidadania, socioeducação), pesquisadores, e implementadores da política, conforme solicitado à equipe do MS, de origem estadual e municipal, do estado de Goiás e do Distrito Federal, além de representantes do Ministério dos Direitos Humanos (responsável pela implementação do Sinase) e Ministério do Desenvolvimento Social (responsável pela implementação da política socioeducativa no meio aberto na época), especialistas responsáveis por estudar a política e seu processo de implementação e, gestores federais responsáveis pelo acompanhamento da política desde sua formulação (tempo de atuação).

As indicações foram limitadas aos estados de Goiás e do Distrito Federal, seja por critérios de seleção: unidades socioeducativas habilitadas na Pnaisari com planos elaborados e grupos de trabalhos em funcionamento, além de critério de conveniência: mesma região geográfica e facilidade em participação do grupo focal na pesquisa.



**Figura 2.** Referências Básicas da Pnaisari.

Fonte: Adaptado de Cassiolato, Gueresi<sup>13</sup>

No Quadro 1 é possível visualizar participantes, instituição a qual pertencem, e se participaram do preenchimento do formulário e do Grupo Focal.

Destaca-se que dos 16 indicados pela equipe do MS, 11 responderam o formulário até a data marcada. Como subsídio para o preenchimento do formulário foram disponibilizadas as referências básicas da política (Figura 2). As respostas

dos formulários foram sistematizadas pelo pesquisador e equipe de orientação, por componentes, seguindo a proposta do formulário e do Modelo Lógico. Outro ponto que merece ser ressaltado é que todos os participantes tinham experiência com relação a temática.

Foram identificadas 43 ações, 24 produtos e 14 resultados intermediários. Observou-se que alguns participantes encontraram dificuldade em

**Quadro 1.** Discriminação dos participantes da pesquisa em ambas as etapas.

Lista	Instituição	Tempo de atuação	FORMSUS	Grupo Focal
Participante 1	Ministério da Saúde	4	SIM	SIM
Participante 2	Ministério da Saúde	4	SIM	SIM
Participante 3	Ministério da Saúde	4	SIM	SIM
Participante 4	Ministério da Saúde	14	SIM	SIM
Participante 5	Ministério da Saúde	10	NÃO	SIM
Participante 6	Ministério dos Direitos Humanos	5	SIM	NÃO
Participante 7	Ministério dos Direitos Humanos	4	SIM	SIM
Participante 8	Ministério da Cidadania	4	NÃO	NÃO
Participante 9	Ministério da Cidadania	8	SIM	SIM
Participante 10	GECRIA (Socioeducativo Goiás)	8	SIM	SIM
Participante 11	GECRIA (Socioeducativo Goiás)	5	SIM	SIM
Participante 12	Secretaria Municipal de Saúde - Goiânia	8	SIM	SIM
Participante 13	Secretaria Estadual de Saúde - DF	10	NÃO	SIM
Participante 14	Secretaria da Criança (Socioeducativo DF)	4	NÃO	NÃO
Participante 15	Especialista	10	SIM	SIM
Participante 16	Especialista	12	NÃO	NÃO

Fonte: Autores.

categorizar as respostas entre os eixos de ações e produtos. Nesse sentido, a sistematização buscou adequar as respostas a cada um dos eixos. Ressalta-se que foram identificadas respostas similares a cada uma das questões dentre atores de diferentes instâncias de gestão o que pode reforçar o nível de conhecimento dos participantes sobre a política.

### Etapa 3 – Sistematização do Modelo Lógico

O processo de codificação e de síntese dos dados foi orientado a partir dos objetivos específicos presentes no marco normativo, estruturados da seguinte forma: ações sintetizadas, produtos sintetizados e resultados intermediários sintetizados. A partir dessa síntese foi elaborada a sistematização do Modelo Lógico, conforme Figura 3.

O processo de síntese buscou identificar as informações mais relevantes, através da similaridade das respostas, assim como manter os termos, verbos e expressões mais utilizados na categoria de respostas. Seguindo as diretrizes da Nota Técnica nº 06, buscou-se limitar as palavras colocando apenas um item ou ideia em cada quadro, não incluindo informações não coletadas anteriormente, além de anotar e guardar para o momento de validação as inconsistências e as informações que não puderam compor o fluxograma<sup>10</sup>. Essa última observação é especialmente relevante quando consideramos que apesar de toda

síntese facilitar o processo de visualização e dar objetividade ao trabalho, questões tão caras ao desenvolvimento de um Modelo Lógico, ao mesmo tempo, pode-se acabar por desprezar vicissitudes e singularidades importantes na relação entre os atores. Assim, as respostas que derivaram cada uma das sintetizações, foram utilizadas para o momento de validação e possível debate.

### Etapa 4 – Validação do Modelo Lógico

Os dados foram disponibilizados para os participantes antes do início da atividade do grupo focal contendo tanto as respostas dos formulários quanto as sistematizações realizadas por eixo. Dos 16 convidados, 12 participaram do grupo focal conforme Quadro 1. Salienta-se que ao responder o formulário não era obrigatório participar do grupo focal. Nesse sentido, dez pessoas estiveram presentes nos dois momentos, três conseguiram contribuir em uma das etapas e apenas três pessoas convidadas não participaram da pesquisa. Observa-se na Figura 4 o Modelo Lógico definido por consenso da banca de especialistas.

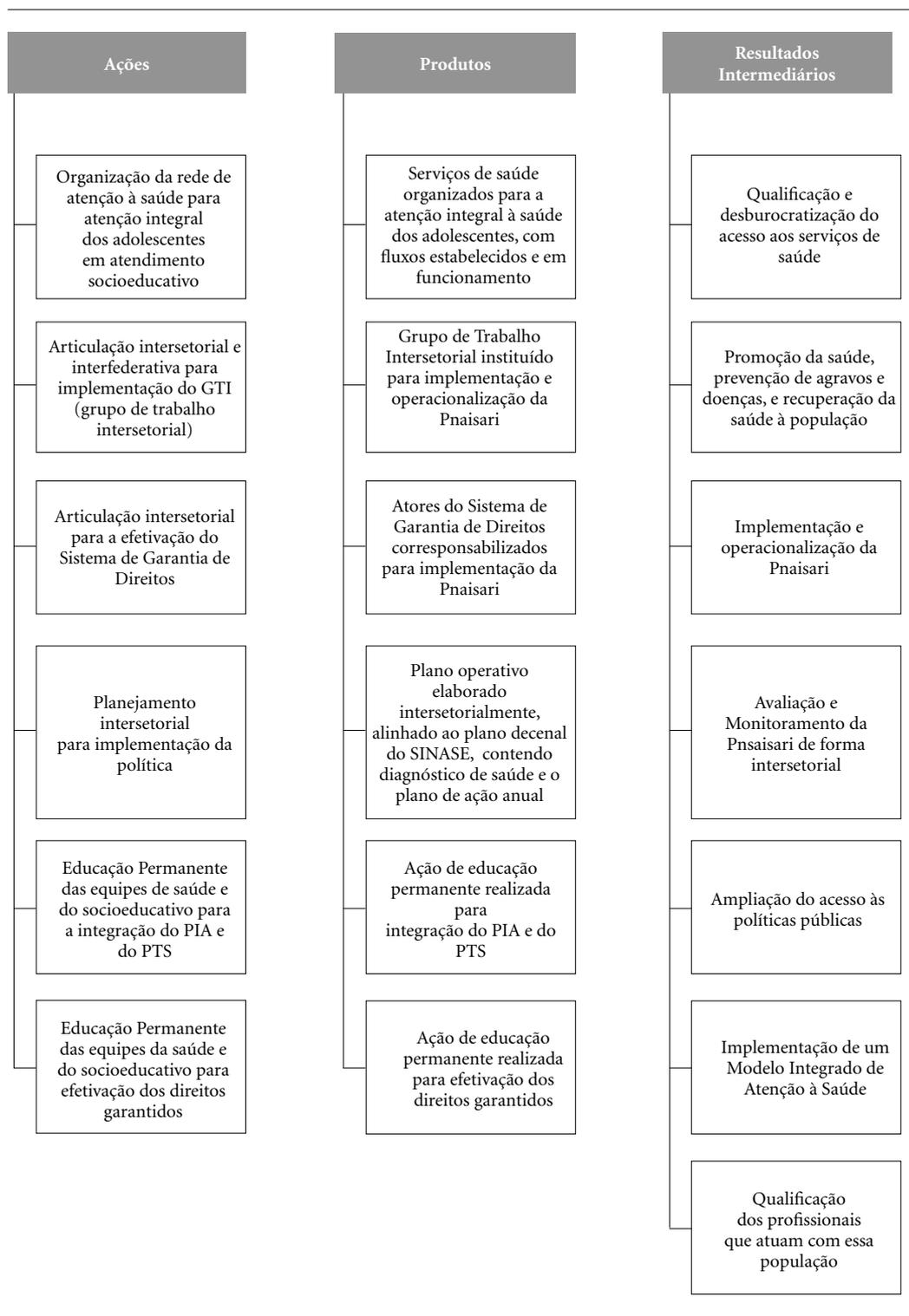
A partir do modelo validado, observa-se que apesar dos objetivos específicos (Figura 2) serem orientadores tanto no processo de elaboração quanto no de validação, o ML não seguiu um número de ações específicas para cada um desses objetivos.



**Figura 3.** Esboço do Modelo Lógico.

Fonte: Autores.

Destaca-se a confirmação dos diferentes atores sobre a relevância da intersetorialidade e da articulação interfederativa na implementação da Pnaisari. Das seis ações validadas pelo grupo,



**Figura 4.** Modelo Lógico validado pelo grupo focal.

Fonte: Autores.

cinco apresentam a relação de intersetorialidade, identificadas tanto na expressão intersetorial,

quanto na expressão “das equipes de saúde e do socioeducativo”. As ferramentas de gestão da po-

lítica como a organização da rede, o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) e os planos operativos e de ação foram destacados pelo grupo.

Não obstante ao campo das ações, os produtos validados também apresentaram ênfase ao nível de interdependência da Pnaisari com outros atores e políticas, com destaque para o Sinase e a relevância dos instrumentos de governança e de gestão da política socioeducativa, como o Plano Decenal e o Plano Individual de Atendimento (Pia). Importante notar que a relevância dada no momento de validação, reforça o grau de responsabilização entre as duas políticas, exigindo uma relação governamental coordenada entre os dois setores.

Outro fator relevante na discussão do ML, foi que apesar do termo capacitação ter sido utilizado no momento de preenchimento do formulário, a banca de especialistas o substituiu pela expressão educação permanente em saúde. Entre os argumentos utilizados pela banca de especialistas, foi a necessidade de um conceito mais amplo e que fosse comum a área da saúde. A partir dessa ampliação conceitual, a ação de sensibilização foi excluída do ML pelos participantes considerando que ela é produto da educação permanente.

A aplicação de recursos ganhou relevância na discussão, reforçando a ação de coordenar a forma de financiamento da política. Conforme marco legal, o financiamento da política é um incentivo de custeio repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo do ente federado responsável pela gestão das ações da Pnaisari. O valor repassado é determinado pelo número de adolescentes atendidos em cada unidade socioeducativa. Contudo, a normativa traz informações relevantes sobre a não execução financeira, expressando que o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados.

## Discussão

O ML validado exaltou a articulação intersetorial e interfederativa como elemento central e fundamental para a implementação, assim como o identificado em outras políticas públicas<sup>3,7,14,15</sup>. Dessa forma, espaços e estratégias privilegiadas para articulação e participação destes atores, de diferentes setores e instâncias da federação, como o GTI e o plano operativo e de ação, vêm sendo recomendados e descritos como facilitadores no processo de implementação de políticas públicas, auxiliando no manejo e na resolução de proble-

mas clínicos e sanitários<sup>3,16-18</sup>, além de fundamentais para os processos de planejamento, execução, monitoramento e gerenciamento dos recursos públicos. Nesse sentido, o planejamento da utilização do recurso se torna peça estratégica para sua execução conforme objeto pactuado.

No presente estudo, conceitua-se intersetorialidade, como o *processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns*<sup>19</sup>. A intersetorialidade vem sendo discutida enquanto modelo de gestão pública capaz de transcender aos modelos tradicionais verticalizados, fortalecer a implementação das políticas públicas, remetendo a ideia de territorialidade, equidade e efetivação de direitos sociais<sup>3,18,20-23</sup>. A dificuldade de clareza na sua definição<sup>22,24</sup>, agendas divergentes<sup>25</sup>, baixa governabilidade dos representantes institucionais, falta de planejamento conjunto e disputas pela condução do processo são apontadas como os desafios para sua implementação e avaliação<sup>26,27</sup>.

A necessidade de articulação entre diferentes atores também é destacada na perspectiva interfederativa. Embora para a aprovação das políticas públicas seja necessário a pactuação entre os entes federados, nem sempre essas relações são harmoniosas, principalmente quando se referem ao cofinanciamento e os serviços a serem executados. No caso da Pnaisari, apesar das atribuições e competências de cada esfera de governo estarem expressas em seu ato normativo, cabe ressaltar que para sua implementação é imprescindível a concatenação entre a lógica de municipalização do SUS com a do sistema socioeducativo, que se insere na esfera estadual<sup>6</sup>.

É fundamental que as estruturas do ML apresentem a descrição dos setores a serem responsabilizados, como nos casos em que referem as equipes de gestão e atenção, ou em que expressam a responsabilização conjunta das equipes, de saúde e do socioeducativo. Nessa perspectiva, sobre a ação nº 03, articulação intersetorial para a efetivação do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), compreende-se que a efetivação desse sistema é trabalho complexo, que exige esforço contínuo das instâncias do poder público, de diversos setores, e com a sociedade civil. Tal sistema consta do ECA com vistas à articulação e integração de várias instâncias do poder público na aplicação de mecanismos de promoção, defesa e controle da efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal. Reforçando a importância de um

desenho lógico atingível e verificável, sugere-se a equipe gerencial, responsável pela implementação do ML, revise o uso do termo SGD, buscando identificar e descrever os principais setores a serem responsabilizados.

Salienta-se que a expressão adotada *educação permanente* possui conceito definido pelo SUS, inclusive com ato normativo publicado, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, reconhecida por alguns autores, não só como uma prática de ensino-aprendizagem, mas como uma política de educação na saúde<sup>28</sup>. Considerando o tamanho do objeto e os produtos relacionados é importante que seja destacado no ML qual ação, ou ações que devem ser realizadas. Sugere-se assim esse incremento visando tanto a realização da ação como seu possível monitoramento.

Importante destacar que para a boa estruturação do ML de uma política é fundamental que todas as ações sejam incluídas, considerando que esse delineamento irá impactar diretamente no eixo produtos – cada ação leva a um produto, e por conseguinte, nos resultados esperados, considerada a parte mais complexa da estruturação do ML<sup>8</sup>. Nessa perspectiva o delineamento das ações é fundamental para uma boa implementação e futura avaliação da política.

Como destacado na etapa de elaboração das referências básicas e de análise dos instrumentos normativos, a Pnaisari traz a relevância de demandas relacionada a atenção psicossocial e saúde mental, expressa em três dos sete objetivos. Contudo, não foi identificada uma ação específica no ML para o alcance desse objetivo. É importante considerar que as demandas de saúde mental são identificadas como uma das principais demandas de saúde nessa população<sup>29-36</sup>.

Um outro ponto que merece destaque é que a Pnaisari prevê em seu ato normativo a inserção de profissional (is) de saúde mental na equipe de atenção básica do território, que será referência para a unidade socioeducativa. O número de profissionais irá depender do tamanho da unidade com destaque para onze atribuições, além das ações de matriciamento.

Apesar de considerar que a organização das atividades em saúde mental esteja incluída na descrição da ação nº 01 do ML, organização da rede, sugere-se a importância de seu destaque enquanto uma ação específica no ML visando reforçar sua priorização enquanto ação estratégica, e, por conseguinte, fortalecendo sua incidência

nas atividades monitoramento e avaliação da política em todas as instâncias de governo.

Por último, destaca-se que os resultados intermediários devem ser verificáveis e, portanto, não podem ser enunciados de maneira genérica<sup>8,10</sup>. Inclusive, a etapa de definição dos resultados intermediários é considerada como provavelmente a tarefa mais complexa na montagem do modelo<sup>10</sup>. Apesar de exigir maior aprofundamento e esforço da equipe, esta tarefa pode servir como ferramenta para ações de avaliação e monitoramento da política, um dos resultados intermediários destacados no ML. Assim, recomenda-se como forma de aprofundamento da atividade, o detalhamento dos resultados intermediários visando seu engajamento em indicadores e metas passíveis de verificação.

O presente estudo não teve o objetivo de alcançar todas as possibilidades de análise que o processo de elaboração e de validação do ML envolveram. Contudo, pretendeu-se abordar as principais questões identificadas que possam impactar na implantação e uso do ML. Como limitações do estudo, podemos apontar para o não aprofundamento das questões relacionadas ao eixo de gestão de risco, dos fatores relevantes de contexto e a necessidade de ampliação da pesquisa para outros estados e regiões do Brasil.

### Considerações finais

A coordenação governamental articulada, intersetorialmente e interfederativamente, é apontada tanto como estratégia central, quanto como grande desafio para a implementação da Pnaisari. Nenhum setor, política ou serviço consegue, por si só, responder à complexa tarefa da efetivação do direito à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo. Apesar da relação intersetorial está afirmada nas leis e normativas, a participação de forma horizontal de todos os atores envolvidos, desde o planejamento até a avaliação são apontados como imprescindíveis para o compromisso político e aproximação entre o universo da formulação e da efetivação das políticas, o que perpassa o próprio processo de democratização e de efetivação dos direitos sociais garantidos.

Todavia, para essa efetiva relação, algumas reflexões e questionamentos necessitam ser oportunizados nos espaços públicos, como: até onde a segurança pública e alguns setores da sociedade, de natureza hierarquizada, estão preparados para modelos de governança horizontais e dialogados? Até onde o próprio setor saúde, ainda hierarqui-

zado, está preparado para essa discussão? Independentemente da resposta para tais perguntas é fundamental que os modelos teóricos e normatizados possam contribuir para sua evolução ganhando destaque na Pnaisari mediante sua estreita relação com direitos humanos e segurança pública, discussões ainda paradigmáticas para as políticas de Estado.

Como forma de aperfeiçoamento do modelo, recomenda-se inserir os insumos envolvidos nas ações, evidenciar as ações de saúde mental, descrever os atores envolvidos nas etapas, além da organização dos produtos e resultados em metas tangíveis, separando o que é resultado do que é impacto. É fundamental que as equipes envolvi-

das no trabalho possam avaliar as sugestões aqui apontadas para um teste de consistência mais preciso do programa e incrementá-las para as demais etapas como o plano de monitoramento a partir da estrutura do ML.

Sugere-se, ainda, a realização de novos estudos avaliativos, complementares ao apresentado, que permitam destacar aspectos relacionados aos resultados da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari), considerando seus efeitos para os adolescentes, a família e a comunidade, além de identificar a oportunidade de mais ações sejam realizadas no sentido de qualificar o desenho lógico da política.

## Colaboradores

Todos os autores participaram em todos os processos desde a concepção até a revisão final.

## Referências

1. Vieira RP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. *Cogitare Enferm* 2011;16(4):714-720.
2. Vieira RP, Gomes SHP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Participation of adolescents in the Family Health Strategy from the theoretical-methodological structure of an enabler to participation. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014;22(2):309-316.
3. Perminio HB, Silva JRM, Serra ALL, Oliveira BG, Moraes CMA, Silva JPAB, Neto TLF. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. *Cien Saude Colet* 2018; 23(9):2859-2868.
4. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2491-2495.
5. Fernandes FMB; Moreira MR; Rezende M. O direito à saúde de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Rev Saude Direitos Humanos* 2008; 5(5):111-126.
6. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. *Saude Debate* 2015; 39:120-131.
7. Ribeiro DS, Ribeiro FML, Deslandes SF. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. *Cad Saude Publica* 2018; 34(3):1-11.
8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Avaliação de políticas públicas: Guia Prático de Análise Ex Ante* [Internet]. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, IPEA; 2018. 192 p. [acessado 2019 maio 26]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&id=32688&Itemid=433](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=32688&Itemid=433)

9. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica* 2017; 33(12).
10. Cassiolato M, Gueresi S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nota Técnica, IPEA [Internet]. 2010; (6):35. [acessado 2019 maio 26]. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Como+Elaborar+Modelo+L?gic+de+Programas:+um+roteiro+b?sico#0>
11. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZM A. *Uso de Modelos Teóricos Na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. Avaliação em Saúde dos Modelos teóricos à prática na avaliação Programas e Sist Saúde*. 2005; 41-63.
12. Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. *Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico*. Nota Técnica, IPEA [Internet]. 2009; [acessado 2019 maio 26] Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Como+Elaborar+Modelo+L?gic+de+Programas:+um+roteiro+b?sico#0>
13. Cassiolato M. *Roteiro Para Formular Programas e organizar avaliação*. Nota Técnica, IPEA [Internet]. 2010; (6):35. [acessado 26 maio 19] Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT\\_n06\\_Como-elaborar-modelo-logico\\_Disoc\\_2010-set.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf)
14. Luisa M, Helena M, Maia F. *O desafio da intersectorialidade no cuidado integral à saúde de adolescentes em privação de liberdade no estado do Acre*. 2015; 70-75.
15. Boas C, Cunha C, Carvalho R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(2):225-233.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Nucleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: MS; 2014. v. 1. 118 p.
17. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodriguez AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4361-4370.
18. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Admin Publica* 2000; 34(6):35-45.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNSPS). *Diário Oficial da União*. 13 nov. 2014.
20. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1781-1790.
21. Junqueira LAP. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saude Soc* 2004; 13(1):25-36.
22. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4291-4300.
23. Public Health Agency of Canada, World Health Organization. *Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies* [Internet]. 2008. 40 p. [cited 2019 maio 26]. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/health\\_equity\\_isa\\_2008\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf)
24. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL, Machado KM, Senna MIB. Rede intersectorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad Saude Publica* 2018; 34(5):1-15.
25. Nascimento S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Soc* 2010; (101):95-120.
26. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [Internet]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 103-150. [acessado 2019 maio 26]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-06.pdf>
27. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Rev Admin Publica* 2000; 34(6):63-80.
28. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saude* 2009; 6(3):443-456.
29. Silva E, Gueresi S. Texto para Discussão nº 979. *Adolescentes em Conflito com a Lei: Situação do Atendimento Institucional no Brasil*. 2003. 103 p. [acessado 2019 maio 26] Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0979.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0979.pdf)
30. Statement P. Health Care for Youth in the Juvenile Justice System. *Pediatrics* 2011; 128(6):1219-1235.
31. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(9):1010-1019.
32. Gergelis K, Kole J, Lowenhaupt EA. *Health Care Needs of Incarcerated Adolescents*. 2016 Sep:24-27.
33. Committee on Adolescence. Committee on Adolescence Health Care for Children and Adolescents in the Juvenile Correctional Care System. *Pediatrics* 2001; 107(4):799-803.
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Levantamento Nacional da Atenção em Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas*. [Relatório Preliminar]. Brasília: MS; 2009.
35. Kinner SA, Degenhardt L, Coffey C, Sawyer S, Hearps S, Patton G. Complex health needs in the youth justice system: A survey of community-based and custodial offenders. *J Adolesc Heal* 2014; 54(5):521-526.
36. Costa NR, Silva PRF. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1467-1478.

Artigo apresentado em 27/08/2020

Aprovado em 29/03/2021

Versão final apresentada em 31/03/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva