



Rosália Arêdes Teixeira Xavier

**Vivências e desafios do profissional de saúde no atendimento ao adolescente no Sistema
Socioeducativo de Minas Gerais: Relato de Experiência**

Belo Horizonte

2018

Rosália Arêdes Teixeira Xavier

**Vivências e desafios do profissional de saúde no atendimento ao adolescente no Sistema
Socioeducativo de Minas Gerais: Relato de Experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Viviane Souza Maciel de Almeida

Belo Horizonte

2018

G3v

Xavier, Rosália Arêdes Teixeira.

Vivências e desafios do profissional de saúde no atendimento ao adolescente no sistema socioeducativo de Minas Gerais: relato de experiência. / Rosália Arêdes Teixeira Xavier. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.

51 p.

Orientador(a): Viviane Souza Maciel de Almeida.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Adolescente. 2. Atenção integral à saúde. 3. Adolescente privado de liberdade. 4. Medida socioeducativa. 5. Sistema socioeducativo. I. Almeida, Viviane Souza Maciel de. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 300

Rosália Arêdes Teixeira Xavier

Vivências e desafios do profissional de saúde no atendimento ao adolescente no Sistema Socioeducativo de Minas Gerais: Relato de Experiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 11 de Junho de 2018

Banca Examinadora:

Maria Núbia Alves Cruz
Mestre em Saúde Pública

Fabício Junio Rocha Ribeiro
Mestre em Psicologia

Viviane Souza Maciel de Almeida
Mestre em Saúde Pública

Belo Horizonte

2018

A todos os adolescentes privados de liberdade que sofrem com os efeitos de uma sociedade que os culpabiliza e marginaliza, e não luta pela igualdade de direitos e pela dignidade da pessoa humana.

AGRADECIMENTOS

A Deus, alegria da minha juventude e, fonte de todo a ciência e amor existente nessa terra.

Aos meus pais, Júlio e Marilza, meus irmãos, Júlia e Ivan, e ao meu esposo, Murillo, pelo amor, apoio e respeito às minhas escolhas e ao meu trabalho.

Ao Centro Socioeducativo São Jerônimo, pela acolhida e carinho direcionados ao meu trabalho como enfermeira nessa Instituição.

Às colegas da Diretoria de Atenção à Saúde, Érica Caputo, Eveline Araújo, Sara Campos e Flaviana Silva, que me ensinam a cada dia a ser uma profissional melhor, com foco na garantia do direito à saúde dos adolescentes do sistema socioeducativo de Minas Gerais.

À Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo pela atenção ao desejo de me qualificar enquanto profissional cuidadora desse público.

A todos os profissionais que se dedicam diariamente em atender esses adolescentes de forma qualificada e diferenciada, a fim de que se possa ofertar a eles a atenção e o cuidado que lhes são de direito, independente das circunstâncias.

À orientadora Viviane Maciel por compartilhar seus conhecimentos e contribuir significativamente para que esse trabalho fosse concluído com a importância que tem.

Aos avaliadores da banca examinadora, pela brilhante contribuição para a versão final desse estudo.

À Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP/MG – pelo aprendizado e por proporcionar o conhecimento e a maturidade adquiridos em todo o período do curso e para a minha vida.

RESUMO

Os adolescentes sentenciados à medida socioeducativa de privação de liberdade, após decisão judicial por prática de ato infracional, são encaminhados para as Unidades Socioeducativas, instituições de privação total da liberdade. Nessas instituições eles podem permanecer por um período que varia de 6 meses a 3 anos, seguindo uma orientação metodológica do atendimento socioeducativo previsto pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, que possui vários eixos de acompanhamento a esse público por equipe multiprofissional seguindo os parâmetros de atendimento. A atenção à saúde é um eixo da medida socioeducativa e, nesse contexto de privação, constitui a garantia de direitos e acesso a serviços de saúde do Sistema Único de Saúde –SUS e, é executado por profissionais que compõe as equipes de enfermagem, devendo existir como um trabalho integrado, de articulação e oferta de serviços de saúde nas variadas demandas, relacionadas à saúde desses adolescentes durante e após o cumprimento da medida socioeducativa. Trata-se de um relato de experiência de profissional de saúde que atuou no atendimento à saúde de adolescentes, do gênero feminino, privadas de liberdade em uma Unidade Socioeducativa feminina no Estado de Minas Gerais e que também vivenciou a gestão do atendimento socioeducativo na atenção à saúde desses adolescentes no âmbito Estadual. O estudo expõe as vivências e os desafios enfrentados na garantia do direito à saúde e na atenção integral a esse público, propostos pelo SINASE, bem como traz a realidade vivenciada dentro dessas instituições de socioeducação, através do olhar de quem atuou na atenção à saúde direta a esse público e, do ponto de vista da gestão da atenção à saúde dos adolescentes do sistema socioeducativo, no que tange às articulações com a rede de saúde e promovendo pactuações dessas ações a serem direcionadas a esse público.

Palavras-chave: Adolescente. Atenção Integral à Saúde. Adolescente privado de liberdade. Medida Socioeducativa. Sistema Socioeducativo.

ABSTRACT

The adolescents sentenced to the socio-educational measure of deprivation of liberty, after judicial decision for the practice of an infraction, are sent to the Socio-educational Units, institutions of total deprivation of liberty. In these institutions they can stay for a period ranging from 6 months to 3 years, following a methodological orientation of the socio-educational assistance provided by the Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE, which has several axes to accompany this public by multiprofessional team following the parameters of attendance. Health care is an axis of the socio-educational measure and, in this context of deprivation, it constitutes the guarantee of rights and access to health services of the Sistema Único de Saúde - SUS and is executed by professionals who make up the nursing teams, as an integrated work, articulation and provision of health services in the varied demands related to the health of these adolescents during and after compliance with the socio-educational measure. This is an account of the experience of a health professional who worked in the health care of female adolescents, deprived of their liberty in a female Socio-educational Unit in the State of Minas Gerais, and who also experienced the management of socio-educational care in adolescents at the State level. The study exposes the experiences and challenges faced in guaranteeing the right to health and in the integral care of this public, proposed by the SINASE, as well as bringing the lived reality within these institutions of socioeducation, through the look of those who acted in direct health care to this public and, from the point of view of the health care management of the adolescents of the socio-educational system, regarding the articulations with the health network and promoting agreements of these actions to be directed to this public.

Keywords: Adolescent. Integral Health Care. Adolescent deprived of liberty. Socio-educational Measure. Socio-educational system.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CRAS	Centros de Referência em Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializado de Assistência Social
CGSAJ	Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DCA	Departamento da Criança e do Adolescente
DOM	Diário Oficial do Município
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor de São Paulo
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestir e Transexuais
LA	Liberdade Assistida
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SAM	Serviço de Atendimento ao Menor
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SCNES	Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	12
2 – METODOLOGIA.....	13
3 – OBJETIVOS	14
4 – DESENVOLVIMENTO.....	15
4.1 - A trajetória histórica dos métodos de punição ao adolescente autor de ato infracional e a criação do SINASE	17
4.2 – O mecanismo de acompanhamento socioeducativo proposto pelo SINASE e a implementação da política socioeducativa	22
4.3 – Eixos do Atendimento Socioeducativo propostos pelo SINASE	27
4.4 – O eixo Saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei	32
4.5 – Relato de Experiência	37
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
6 - REFERÊNCIAS	49

1 - INTRODUÇÃO

O atendimento socioeducativo compreende uma série de processos que se iniciam quando um adolescente é submetido a uma sentença judicial de cumprimento de medida socioeducativa, após ter sido autor de um ato infracional.

Um dos desafios enfrentados pela política de atendimento socioeducativo é falar de um acompanhamento orientado por uma legislação específica, na qual determina o papel de vários profissionais responsáveis pelo acompanhamento aos adolescentes que, em algum momento de sua vida, tiveram uma atuação fora do que é determinado pela lei e se configuram como sujeitos compostos por inúmeras complexidades, contextos de vida, realidades sociais e que, para que esse acompanhamento sistemático aconteça, é necessária a presença de vários atores, órgãos governamentais.

Como parte do atendimento socioeducativo, o acompanhamento integral à saúde do adolescente privado de liberdade é uma das ações executadas nas Unidades Socioeducativas pelos profissionais de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem, dentistas e auxiliares de saúde bucal, que atuam dentro dessas instituições e são responsáveis por iniciar e acompanhar os encaminhamentos e articulações das demandas de saúde dos adolescentes nos serviços da rede pública de saúde.

Contudo, o cotidiano do acompanhamento a esse público dentro de uma Unidade Socioeducativa nos permite dizer que, o atendimento integral depende não só de uma rede de atenção à saúde que atenda, de fato, as demandas apresentadas pelo público adolescente privado de liberdade, mas também de vários outros condicionantes como, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, mencionados na Lei nº 8080 (1990), Lei Orgânica do Sistema único de Saúde (SUS). Além disso, as condições em que se encontram os adolescentes dentro das Unidades Socioeducativas, no que diz respeito a condições sanitárias, psicológicas e de higiene, são fatores que incidem de maneira fundamental nas questões de saúde.

O foco deste estudo é a atenção à saúde do adolescente privado de liberdade, tendo como parâmetro o fato que a saúde é um eixo de atendimento socioeducativo, previsto no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), enquanto documento orientador para a execução do atendimento socioeducativo, criado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). O atendimento à saúde do adolescente privado de

liberdade é um dos eixos do acompanhamento às medidas socioeducativas, uma vez que faz parte do processo de responsabilização do adolescente o comprometimento com a própria saúde, além do cumprimento de outros eixos impostos pelo SINASE, que também serão expostos ao longo da escrita.

Nessa lógica, busca-se conhecer, através de relato de experiência, a vivência enquanto profissional de saúde de uma equipe de enfermagem que atuou dentro de uma Unidade Socioeducativa feminina e poder entender o quanto os determinantes e condicionantes sociais estão diretamente ligados à condição de vida dos adolescentes. Histórias de vida que passam por violações de direitos, gravidez na adolescência (e na privação da liberdade), a convivência em um ambiente coletivo e de confinamento composto por regras e limites, a distância dos familiares, a ausência de referência ou vínculo familiar, são um dos pontos abordados no relato.

Conseqüentemente, serão colocados os desafios, as experiências, o acompanhamento sistemático, a importância do alinhamento institucional entre os profissionais de uma instituição socioeducativa, além disso, como essas questões refletem no atendimento e como cada adolescente traz em si questões provocadoras e desafiadoras, convocando os profissionais a assumirem um papel de referência positiva no acompanhamento à medida socioeducativa, com o intuito de dar a esse indivíduo, no retorno ao seu convívio social, a opção e oportunidade de fazer novas escolhas, contrárias à sua vida no universo infracional.

2 – METODOLOGIA

O presente estudo é um relato de experiência da atuação como profissional de saúde do sistema socioeducativo, expondo suas vivências na assistência à saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade, e também sua experiência profissional na gestão da atenção à saúde desses adolescentes a nível Estadual.

Cabe acrescentar que é a temática da socioeducação no Brasil é contextualizada, a partir de uma revisão bibliográfica, seguindo uma ordem cronológica da evolução dessa política até legislações vigentes.

3 – OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é mostrar a experiência enquanto profissional de saúde atuante do atendimento socioeducativo, na assistência direta aos adolescentes e na gestão do atendimento socioeducativo. Os específicos são:

- Explicitar como a atenção à saúde do adolescente é executada dentro de uma unidade socioeducativa durante o cumprimento de medida socioeducativa;
- Descrever os desafios da prática de profissionais de saúde que atuam na assistência direta a esses adolescentes, bem como dos que atuam na gestão do atendimento socioeducativo.

4 – DESENVOLVIMENTO

O período da adolescência como uma fase de transição marcada por inúmeras mudanças, sejam elas emocionais, psíquicas, hormonais, fisiológicas e, principalmente anatômicas, por si só, em muitos contextos, introduz à vida de um indivíduo momentos de adaptação, descoberta, transformações, dificuldades de aceitação, conflitos, enfrentamentos. Essa fase se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social (TANNER, 1962 apud EISENSTEIN, 2005).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (*adolescents*) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (*youth*), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Usa-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (*youngadults*) (WHO, 1986 apud EISENSTEIN, 2005).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e considera a adolescência a fase da vida compreendida entre 12 a 18 anos de idade, e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o ECA é aplicável até os 21 anos de idade.

Consonante à essa definição, e introduzindo a perspectiva da garantia de direitos e um acompanhamento sistemático e político-pedagógico aos adolescentes, o ECA também estabelece, em seu Artigo 112, as primeiras orientações relativas à execução das medidas socioeducativas, foco deste estudo, aplicadas, segundo autoridade competente, ao adolescente que efetuou ato infracional (Lei 8.069 de 13 de julho de 1990).

O ECA traz consigo as linhas de proteção integral à criança e ao adolescente e, mais tipicamente, entre outras normativas, introduz algumas diretrizes aplicadas aos adolescentes com trajetória infracional. De modo abrangente, direciona as condutas para a execução de um atendimento a esse público, na tentativa de modificar uma lógica histórica em que coloca adolescente autor de ato infracional como parte de um público desamparado pela lei e, em muitos casos, alvo de violações de direitos.

A Lei 8.069/1990 (BRASIL, 1990) propõe a reformulação da ideia do processo de responsabilização desses adolescentes, porém, de imediato, não há elementos precisos sobre o que, de fato, seria o atendimento socioeducativo. Conforme Bisnoto et al. (2015), a noção de

socioeducação surgiu com a implementação das medidas socioeducativas normatizadas pelo ECA, o qual contempla a organização estrutural e o funcionamento das instituições de atendimento, mas deixou uma lacuna quanto à compreensão da socioeducação que pudesse se materializar em intervenções consistentes e promotoras do desenvolvimento dos adolescentes. Ou seja, o conceito de socioeducação foi sendo construído na prática das unidades socioeducativas e está em constante aprimoramento.

Partindo das primeiras discussões que se iniciaram com o ECA, dando início ao processo de construção metodológica do atendimento socioeducativo, o CONANDA aprovou a criação do SINASE, Lei nº 12.594/2012, que representa um avanço na garantia de direitos dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa, sendo considerado, portanto, o documento orientador das medidas socioeducativas no Brasil, na atualidade.

Com efeito, esse documento é norteador das políticas intersetoriais em nível local e a construção de redes comunitárias de apoio. Constitui-se, por conseguinte, como ferramenta indispensável para a efetivação do Estatuto que, em muitos aspectos, encontra-se estritamente no plano jurídico e político-conceitual, longe de alcançar os sujeitos de direitos: os adolescentes. É de grande interesse do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e dos movimentos sociais de defesa da criança e do adolescente, o enfrentamento das situações de violência e violação de direitos que afetam os adolescentes autores de ato infracional no âmbito do sistema socioeducativo, por isso se justifica a criação do SINASE (VILAS BOAS, 2014, p. 29-30).

De acordo com Fernandes (2013), o SINASE nasce como mais uma tentativa de compreender que a política socioeducativa é de inclusão do adolescente em conflito com a lei nos diversos espaços sociais, a partir do reconhecimento de seus direitos e responsabilização pelo ato infracional cometido. Do mesmo modo, as instituições de execução das medidas são responsáveis pela garantia de programas socioeducativos que primem pela qualidade do atendimento, pois direitos e responsabilização são indissociáveis.

Nessa vertente que apresenta o SINASE como documento orientador das medidas socioeducativas, criado com a proposta de uma nova metodologia de atendimento, focada na ruptura com a trajetória infracional na vida do adolescente, a partir de estratégias que possibilitem a esses indivíduos a retomada do convívio social na lógica do respeito à lei, é necessário compreender como o Sistema se originou ao longo da história.

4.1 - A trajetória histórica dos métodos de punição ao adolescente autor de ato infracional e a criação do SINASE

A partir de um apanhado histórico, seguindo uma linha cronológica, será possível visualizar e compreender as etapas que antecederam a construção da lógica que compõe hoje a execução das medidas socioeducativas. Esse levantamento literário tem o intuito de proporcionar um melhor entendimento sobre os processos de formulação do atendimento socioeducativo aplicado a esse público, influenciado pelos fatores sociais, econômicos e transição política enfrentados pelo Brasil, desde o início da década de 1920 até os anos de 1990, antecedentes ao ECA.

Neste conjunto de fatos históricos, que abordam as primeiras discussões relacionadas aos métodos punitivos para o adolescente infrator no Brasil, é possível entender como o atendimento a esse público, desde os seus primeiros registros de existência, com condutas consideradas “medievais” de reeducação, acompanhou a evolução social, política e econômica do Brasil, seguindo a lógica do capitalismo, no que diz respeito aos diferentes grupos sociais classificados como produtivos para a economia (que geram lucro) ou os que são dependentes de políticas sociais de assistência.

É possível perceber que as diferenças econômicas entre as classes evidenciou uma realidade social heterogênea, com sinais de distanciamento entre os níveis sociais, caracterizando o favorecimento dos grupos com maior poder econômico e, em contrapartida, desfavorecendo o tecido social que mais necessita de assistência e garantia de direitos. Nesse contexto social de marginalização e exclusão, os adolescentes em conflito com a lei, chamados nos primórdios como delinquentes, não eram considerados indivíduos capazes de despertar o interesse político por sua condição de vida, sendo submetidos à privação de liberdade na qual possuía métodos de punição corretivos, pouco eficazes e de baixa resolutividade.

Para Vieira (2001, p.18), o Estado que administra os conflitos provenientes da relação social de exploração e dominação não poderia deixar de ser um Estado Capitalista, concebendo e implementando as Políticas Sociais – as quais são produto das relações capitalistas hegemônicas – como medida estratégica para controlar as contradições da ordem vigente.

As Políticas Sociais, como mediadoras no Estado capitalista, estão subordinadas aos interesses da acumulação e reprodução do capital, sendo elas concebidas e implementadas no conjunto de ações de direção e controle social. Nesse processo insere-se a Política de

Socioeducação, componente da Política Social, a qual está inserida no processo de acumulação capitalista, no conjunto de ações estratégicas do Estado capitalista para contribuir com a manutenção da ordem e controle social (SILVA; FIGUEIREDO, 2013, p. 3).

Para Faleiros (2011, p. 47), a trajetória histórica da construção dos direitos da criança e do adolescente marca o início da intervenção do Estado na elaboração das primeiras políticas públicas para a juventude no Brasil com a instituição do já revogado Código de Menores, de 1927, conhecido como Código Mello Matos, que atuava na esfera de atendimento à infância abandonada ou ao delinquente, ou em perigo de ser. O Código de Menores de 1927 incorporou uma visão correccional disciplinar e higienista de proteção do meio e do indivíduo, como uma visão jurídica repressiva e moralista contribuindo para a consolidação do termo *menor* como categoria classificatória da infância pobre, marginalizada e em situações de abandono ou delito.

A partir de tais encaminhamentos, pode-se constatar o controle do Estado, principalmente sobre a população promotora da desordem, reforçando a ideia de que o adolescente infrator deveria ser acompanhado, vigiado, disciplinado, moldado e reabilitado para que pudessem se tornar homens úteis à sociedade (REZENDE, 2010, p.39).

Há de se mencionar sobre a concepção que ainda persiste mesmo após a criação do ECA e a implementação do SINASE. Muitos adolescentes vivem à margem da sociedade, compõe grupos com práticas infracionais e referências negativas para a sua formação pessoal, além de possuírem seus direitos violados, sofrem violências sociais, familiares, preconceitos e, ao serem privados da liberdade, ainda são alvos de estigma, julgamentos e violações, corroborando com uma cultura instalada de que o adolescente em conflito com a lei não deve ser considerado um cidadão de direitos como qualquer outro.

Além disso, é importante expor que a redução da maioridade penal opera em sentido contrário à normativa internacional e às medidas necessárias para o fortalecimento das trajetórias de adolescentes e jovens, representando um retrocesso aos direitos humanos, à justiça social e ao desenvolvimento socioeconômico do país. Salienta-se, ainda, que se as infrações cometidas por adolescentes e jovens forem tratadas exclusivamente como uma questão de segurança pública e não como um indicador de restrição de acesso a direitos fundamentais, o problema da violência no Brasil poderá ser agravado, com graves consequências no presente e futuro (ONU, 2015, p.3).

Ainda no raciocínio cronológico, a legislação destinada aos menores vinha legitimar o objetivo de manter a ordem almejada, à medida que, ao zelar pela infância abandonada e

criminosa, prometia extirpar o mal pela raiz, livrando a nação de elementos vadios e desordeiros, que em nada contribuíam para o progresso do país. Sob o comando da Justiça e da Assistência, julgou-se estar, desta forma, combatendo os embriões da desordem (RIZZINI, 2011, p. 139).

Na perspectiva de reabilitar o “menor infrator” para a sociedade, em 1941, foi criado o Serviço de Atendimento ao Menor (SAM) por meio do Decreto-Lei nº 3.799/1941. O SAM tinha como objetivo “corrigir” os menores desvalidos e infratores utilizando-se de uma política corretivo-repressivo-assistencial (casas de correção e reformatórios) e que por uso de métodos inadequados e repressivos (violência) no atendimento às crianças e adolescentes esse acabou fracassando (JESUS, 2006, p. 52).

Com golpe militar de 1964, por meio da Lei nº 4.513/1964, extinguiu-se o SAM e instituiu-se outro órgão de atendimento à criança e ao adolescente, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM). A extinção do SAM foi amplamente justificada devido à política repressora que permeava as ações deste órgão. As instalações eram inadequadas, amontoavam-se menores em condições promíscuas, os técnicos eram despreparados, os dirigentes omissos, os espancamentos sofridos pelas crianças eram inúmeros, enfim, o atendimento destas crianças era tão generalizado que o SAM transformou-se em sinônimo de horror (GOMIDE, 2006, p. 16).

Na conjuntura de um governo militar autoritário, que tem como base a repressão intensificada para a manutenção da ordem, a FUNABEM, que se propunha a ‘assegurar prioridades aos programas que visem à integração do menor na comunidade, através da assistência na própria família e da colocação familiar em lares substitutos, a apoiar instituições que se aproximem da vida familiar, respeitar o atendimento de cada região’, acaba se moldando à tecnocracia e ao autoritarismo (FALEIROS, 2011, p. 65)

Em 1973 foi criada a extensão estadual da FUNABEM, a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor de São Paulo (FEBEM). Tanto a FEBEM, quanto a FUNABEM não se diferenciaram em nada das políticas e práticas anteriores. Suas ações estavam limitadas a práticas imediatistas, paliativas e filantrópicas, marcadas por irregularidades, práticas de violência e regimes carcerários de internação. “O histórico de fugas, rebeliões e violência contra os internos transformou a FEBEM em referência negativa no tocante ao tratamento de adolescentes em conflito com a lei” (JESUS, 2006, p. 56-57).

Com o fim desse período marcado por repressão, resistência e movimentos sociais, o Brasil a partir de então começaria um novo capítulo de sua história, a qual teria o marco

inicial com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que “significou um grande avanço nos direitos sociais e isto por sua vez beneficiou, entre outros, a criança e o adolescente” (VERONESE, 1997, p. 11).

Os direitos da criança e do adolescente no Brasil passaram a ser dever da família, da sociedade e do Estado como determinado no Artigo 227 da Constituição Federal de 1988, é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Para regulamentar o Artigo 227 supracitado, em 1990, a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, instituiu o ECA, substituindo o antigo Código de Menores, de 1979, o qual negava a condição de sujeito de direitos e colocava o adolescente em uma posição de inferioridade (JESUS, 2006, p.65).

Tanto o Código de 1927 quanto o Código de 1979, eram marcados por uma ideologia constituída por elementos da esfera social que determinavam como destinatários dessa lei todos os que não se enquadravam no modelo social considerado como normal: devia-se proteger a criança para que não se desviasse de um dado padrão e, dessa forma, a ordem social e o progresso da nação estivessem assegurados. Os que haviam sido vítima de abandono, os órfãos e os que mendigavam pelas ruas passavam a ser objeto dos referidos Códigos (COSSETIN, 2012, p. 42).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) contrapõe-se, historicamente, a um passado de controle e exclusão, estando sustentado na Doutrina da Proteção Integral. Assim, aproximadamente um ano após a promulgação do ECA, atendendo à recomendação do seu Artigo 88, Inciso II, foi criado o CONANDA, o qual funciona vinculado à estrutura do Ministério da Justiça e do Departamento da Criança e do Adolescente (DCA).

Ao CONANDA compete elaborar as normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, além de zelar pela sua aplicação, ou seja, tem como competências básicas formular as diretrizes gerais da Política Nacional de Atendimento aos Direitos da Criança e do Adolescente, e avaliar as políticas estaduais e municipais, sua execução, e a atuação dos conselhos estaduais e municipais dos direitos da criança e do adolescente. Logo, é responsável pelo monitoramento nacional das expressões da questão social da infância e adolescência, e pela regulamentação de medidas – por meio de

resoluções – a esse segmento, bem como os conselhos de direitos e tutelares de todo o país (SALES, 2010, 224-225).

Nessa perspectiva, pode-se mencionar que o CONANDA tem um papel fundamental no controle social para a implementação de políticas públicas relacionadas à criança e ao adolescente, ao passo que, ele traz consigo o direcionamento para o atendimento ao menor infrator, proporcionando importantes discussões, com características específicas, permitindo o aprimoramento das ações que fortalecem a política socioeducativa, a partir de abordagens e participação de uma rede multiprofissional e intersetorial.

Diante disso, após uma série de discussões, iniciadas em 2006, e avaliações que envolviam diversos atores em um diálogo nacional, na construção de um sistema de atendimento socioeducativo, e que sua criação o consolidasse como um instrumento guia para a execução das medidas socioeducativas, em 18 de janeiro de 2012, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo foi aprovado pela Lei nº 12.594. Norteados pela Doutrina da Proteção Integral, o SINASE regulamenta a execução das Medidas Socioeducativas destinadas aos adolescentes autores de ato infracional, procurando corrigir algumas lacunas do ECA verificadas no atendimento dessa importante e complexa demanda, uma vez que o Estatuto não estabelece regras processuais de execução de Medidas Socioeducativas (LIBERATI, 2012, p. 11).

O SINASE, considerado como resultado de uma construção coletiva, estratégica e democrática, envolveu diversas áreas do governo, representantes de entidades especializadas na área, além de vários debates e encontros regionais protagonizados em todo o país por operadores do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) (BRASIL, 2006, p. 15).

Esse processo de elaboração concentrou-se principalmente num tema que tem mobilizado a opinião pública, a mídia, e diversos segmentos da sociedade brasileira: o que deve ser feito no enfrentamento de situações de violência que envolvem adolescentes enquanto autores de ato infracional ou vítimas de violação de direitos no cumprimento de Medidas Socioeducativas (BRASIL, 2006, p. 13).

Do ponto de vista da proposta de atenção integral para além da saúde, o adolescente sentenciado a uma medida socioeducativa deve ser acompanhado intersetorialmente. Sabe-se de que muitos contextos de vidas eclodem para a trajetória infracional, tendo em vista que muitos adolescentes possuem realidades de vida marcadas por referências negativas para a sua formação como sujeito, além disso, há de se acrescentar que, muitas políticas sociais voltadas para os grupos vulneráveis necessitam avançar no que tange a uma cobertura eficaz e eficiente

à prevenção de violências e criminalidade, a fim de evitar que em algum momento da vida esses sujeitos entrem na lógica infracional, sejam privados da sua liberdade e, se coloquem em riscos de vida ou morte nesse contexto de criminalidade e violência.

No tocante às mudanças propostas pelo SINASE, considera-se que Unidade é o espaço arquitetônico que unifica, concentra, integra o atendimento ao adolescente com autonomia técnica e administrativa, com quadro próprio de pessoal, para o desenvolvimento de um programa de atendimento e um projeto pedagógico específico. Neste sentido, cada Unidade terá até quarenta adolescentes, sendo constituída de espaços residenciais denominados de módulos (estruturas físicas que compõem uma Unidade), com capacidade não superior a quinze adolescentes. No caso de existir mais de uma Unidade em um mesmo terreno, o atendimento total não poderá ultrapassar a noventa adolescentes. Neste conjunto de Unidades poderá existir um núcleo comum de administração logística. Somente a partir da mudança da estrutura física baseada num projeto pedagógico e com profissionais capacitados será possível humanizar o atendimento e transformar as Unidades em ambientes verdadeiramente socioeducativos (BRASIL, 2006, p. 51).

Sendo assim, o acompanhamento a esses adolescentes partiria de um processo que inclui uma metodologia que vai desde a criação de parâmetros ideais de estrutura física das Unidades Socioeducativas, até o momento em que o adolescente é desligado de sua medida para retomar o convívio social. O desafio, na realidade, é atender, de fato, todas as proposições colocadas na política de atendimento socioeducativo, cumprindo com os parâmetros para construção das Unidades, profissionais capacitados e com perfil que se adeque a esse público, a fim de que se alcance a responsabilização e, conseqüentemente evitar a reinfração desse jovens e adolescentes que os faça retornar à vida privada de liberdade.

4.2 – O mecanismo de acompanhamento socioeducativo proposto pelo SINASE e a implementação da política socioeducativa

De acordo com o CONANDA (2006, p. 23), o SINASE constitui--se de uma política pública destinada à inclusão do adolescente em conflito com a lei que se correlaciona e demanda iniciativas dos diferentes campos das políticas públicas e sociais. Essa política tem interfaces com diferentes sistemas e políticas e exige atuação diferenciada que coadune responsabilização (com a necessária limitação de direitos determinada por lei e aplicada por sentença) e satisfação de direitos.

Desse modo, sua implementação objetiva o desenvolvimento de uma ação socioeducativa, com bases éticas e pedagógicas para o atendimento dos adolescentes em conflito com a lei. O SINASE é compreendido como um conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a adolescente em conflito com a lei (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, o SINASE se orienta pelas normativas nacionais (Constituição Federal e Estatuto da Criança e do Adolescente) e internacionais das quais o Brasil é signatário (Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança, Sistema Global e Sistema Interamericano dos Direitos Humanos: Regras Mínimas das Nações Unidas para Administração da Justiça Juvenil – Regras de Beijing – Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade), ou seja, os princípios do atendimento socioeducativo se somam àqueles integrantes e orientadores do Sistema de Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2006, p. 25).

O CONANDA (2006, p.16) sustenta que a implementação do SINASE objetiva primordialmente o desenvolvimento de uma ação socioeducativa sustentada nos princípios dos direitos humanos. Defende, ainda, a ideia dos alinhamentos conceitual, estratégico e operacional, estruturada, principalmente, em bases éticas e pedagógicas.

Cabe mencionar que o SINASE, enquanto uma política pública, tem sido duramente criticado no que tange a responsabilização por atos infracionais, relativizando a forma de punição com impunidade. A esta tentativa de associação, por consequência, tenta-se vincular esta situação dos/as adolescentes com uma ‘inadequação’ do ECA e por conseguinte do Sistema de Garantia de Direitos (BRASIL, 2017).

É importante constar que o acesso às políticas sociais, indispensável ao desenvolvimento dos adolescentes, dar-se-á, preferencialmente, por meio de equipamentos públicos mais próximo possível do local de residência do adolescente (pais ou responsáveis) ou de cumprimento da medida. A medida de internação (seja provisória ou decorrente de sentença) leva, no mais das vezes, à necessidade de satisfação de direitos no interior de Unidades de atendimento. No entanto, assim como nas demais medidas socioeducativas, sempre que possível esse atendimento deve acontecer em núcleos externos, em integração com a comunidade e trabalhando os preconceitos que pesam sobre os adolescentes sob medida socioeducativa e internação provisória (BRASIL, 2006. p. 24).

Amparados, então, em uma legislação que empodera o atendimento socioeducativo enquanto acompanhamento sistemático a esses adolescentes, é importante evidenciar que, de acordo com Fernandes, Ribeiro, Moreira (2015, p. 121), o direito de ir e vir dos adolescentes na situação de privação de liberdade foi cerceado, mas seu direito à saúde, não. É, pois, dever do poder público garantir esse direito, aliado ao dever de oferecer serviços de atendimento à saúde para todo e qualquer cidadão, seja em qual situação jurídico-legal ele estiver.

O funcionamento do atendimento socioeducativo acontece com a participação de vários atores na composição da gestão socioeducativa. Nessa dinâmica, têm-se a função dos três entes federados, União, Estados e Municípios, que estabelecem normas sobre o atendimento socioeducativo, financiam programas e ações relacionadas ao atendimento inicial desses adolescentes, garantem a publicidade das informações pertinentes à execução da medida socioeducativa, através do Poder Executivo, fornecem meios e instrumentos ao Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, atuam na promoção às políticas sintonizadas com os princípios dos direitos humanos e contra o racismo, a discriminação racial, a xenofobia e intolerância correlatas, além de implementar programas em parceria com a sociedade civil organizada, Organizações Não-Governamentais (ONG's) e instituições que garantam os direitos das populações e grupos discriminados, desfavorecidos ou em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2006, p.32-33).

Segundo o CONANDA (2006, p.30), a Constituição Federal determina que a competência da União se restrinja à coordenação nacional e à formulação de regras gerais do atendimento, enquanto os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão gerenciar e coordenar e executar programas de atendimento no âmbito de suas competências.

É importante destacar que o SINASE prevê a descentralização político-administrativa do atendimento mediante a criação e a manutenção de programas específicos. Isto é, o Estado pode executar suas atribuições de dois modos: de forma centralizada – quando as atribuições são executadas por meio de órgãos e agentes integrantes da própria administração direta – ou de forma descentralizada – quando o Estado executa suas atribuições em cooperação com ONG's, em uma condição de co-gestão.

A Metodologia do Atendimento Socioeducativo acontece entre Estados e Municípios, configurando uma gestão participativa em que todos os atores são chamados ao compartilhamento de responsabilidades e ao compromisso coletivo com os resultados. Nessa perspectiva, o objetivo superior é alcançar a Unidade Socioeducativa, ou, Comunidade Socioeducativa, como é trazido no SINASE (2006, p. 40-41).

As medidas socioeducativas, a depender da gravidade do ato infracional e dentro dos limites estabelecidos em lei, a partir de sentença judicial, poderão ser executadas em meio aberto, com a Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) ou Liberdade Assistida (LA), uma vez que, o meio aberto é acompanhado pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), através dos serviços municipais de Assistência Social, os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS).

As medidas socioeducativas cumpridas em meio fechado são aquelas em que os adolescentes são encaminhados às Unidades Socioeducativas para cumprir medida de internação ou internação provisória, e são acompanhadas pelos três níveis das esferas de governo. O meio fechado também inclui as medidas de semiliberdade nas quais o adolescente cumpre em uma casa de semiliberdade.

Nas Unidades Socioeducativas, o adolescente dá entrada quando é acautelado após a autoria do ato infracional e permanece durante todo o tempo em que cumpre medida socioeducativa. A sua permanência na Unidade pode durar até 45 dias nas Instituições de Internação Provisória, quando o indivíduo ainda não recebeu uma sentença judicial, ou aguarda pelo alvará de soltura. Porém, ao ser sentenciado à medida socioeducativa de Internação definitiva, o adolescente permanece privado da sua liberdade por um período que pode se estender até o tempo máximo de 3 (três) anos.

O tempo de cumprimento dessas medidas socioeducativas é determinado por um juiz da Vara da Infância e da Juventude. Na internação, que é a medida mais severa, o prazo máximo para cumprir a medida é de três anos. Depois disso, o adolescente sairá compulsoriamente, não tendo nenhum resquício em seus registros sociais. Caso infracione mais vezes, o prazo de cumprimento da medida poderá ser revisto e se estender, no máximo, até que ele atinja 21 anos de idade (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2015, p. 121).

Cabe acrescentar que todo o adolescente que cumpre medida socioeducativa de internação deve ter o seu Plano Individual de Atendimento (PIA). Esse constitui-se numa importante ferramenta no acompanhamento da evolução pessoal e social do adolescente e na conquista de metas e compromissos pactuados com esse adolescente e sua família durante o cumprimento da medida socioeducativa. A elaboração do PIA se inicia na acolhida do adolescente no programa de atendimento e o requisito básico para sua elaboração é a realização do diagnóstico polidimensional por meio de intervenções técnicas junto ao adolescente e sua família (BRASIL, 2006, p. 52).

Conforme o SINASE (2006, p. 27) orienta, o tempo de permanência dos adolescentes nessas instituições deve acontecer de forma que o processo socioeducativo não se desenvolva em situação de isolamento do convívio social. E, toda medida socioeducativa, principalmente a privação de liberdade, deve ser aplicada somente quando for imprescindível, nos exatos limites da lei e pelo menor tempo possível, pois, por melhor que sejam as condições da medida socioeducativa, esta implica em limitação de direitos e sua pertinência e duração não devem ir além da responsabilização decorrente da decisão judicial que a impôs.

A Unidade Socioeducativa é composta pelos profissionais e adolescentes em cumprimento de medida, e opera, com transversalidade, todas as operações de deliberação, planejamento, execução, monitoramento, avaliação e redirecionamento das ações, que devem ser compartilhadas, rotativas, solidárias, tendo como principal destinatário o coletivo em questão, contemplando as peculiaridades e singularidades dos participantes (BRASIL, 2006, p.41).

Conforme preconizado pelo SINASE (2006, p.41-42), a Unidade Socioeducativa deve operar em cumprimento das seguintes diretrizes do atendimento socioeducativo:

- Gestão Participativa, com a participação de todos nas deliberações, decisões e funcionamento dos programas de atendimento;
- Diagnóstico situacional dinâmico e permanente quantitativo e qualitativo da situação do programa de atendimento;
- Assembleias periódicas como espaços de discussão, que contem com a participação dos profissionais da Unidade e dos adolescentes;
- Comissões temáticas ou grupos de trabalho;
- Avaliação participativa, na qual envolve a avaliação do trabalho da direção, da equipe, do próprio funcionário e do adolescente;
- Rede interna institucional, proporcionando canais de comunicação entre funcionários a fim de que sejam participantes ativos do processo socioeducativo;
- Articulação de ações de promoção com a Rede Externa, oferecendo ao opções de atividades que, voluntariamente, o adolescente participe;
- Equipes técnicas multidisciplinares: compostas por profissionais como psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, assistente social, analista jurídico, auxiliar administrativo, profissionais socioeducadores (agentes socioeducativos), enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, técnico de saúde bucal;

- Projeto pedagógico, no qual se incluem procedimentos que dizem respeito à atuação dos profissionais junto aos adolescentes, fluxogramas, regimento interno, organograma, detalhamento da rotina, reuniões das equipes, estudos de caso, elaboração e acompanhamento do PIA; e,
- Estabelecimento da rotina da Unidade no que diz respeito aos horários de despertar dos adolescentes, refeições, higiene pessoal, cuidados com vestuários e ambientes, escola, oficinas, lazer, esportes, cultura, atendimentos técnicos, visitas, atividades externas e outras.

Diante dessas disposições, é necessário acrescentar que o SINASE traz consigo os parâmetros da gestão pedagógica do atendimento socioeducativo, no qual ele aponta um conjunto de ações socioeducativas a serem desenvolvidas nessas instituições que contribuam na formação do adolescente, a fim de que ele se torne um cidadão capaz de se relacionar melhor consigo mesmo e com a sociedade sem retornar à prática infracional.

O atendimento inicial previsto no ECA, e, portanto, contemplado no SINASE (2006, p. 46), refere-se aos procedimentos e serviços jurídicos que envolvem o processo de apuração de ato infracional atribuído ao adolescente. Esses diferentes atos que compõem a ação judicial socioeducativa realizados por diferentes órgãos (Segurança Pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Juizado da Infância e Juventude e Assistência Social) denominam-se de Atendimento Inicial.

Conforme orienta o CONANDA (2006, p. 46), após sua apreensão em flagrante de ato infracional, o adolescente deverá ser apresentado à autoridade policial, liberado aos pais ou apresentado ao Ministério Público, apresentado à autoridade Judiciária, e encaminhado para o programa de atendimento socioeducativo (Unidade de internação provisória) para posterior aplicação de medida socioeducativa. O adolescente acusado de prática de ato infracional deve ter o seu Atendimento Inicial agilizado, reduzindo-se oportunidades de violação de direitos, devendo para tanto haver a integração entre os órgãos envolvidos.

4.3 – Eixos do Atendimento Socioeducativo propostos pelo SINASE

Ao ser sentenciado ao cumprimento de medida socioeducativa de internação, no qual o adolescente permanece em uma Unidade Socioeducativa por um período que pode variar de 6 meses a 3 anos, inicia-se o seu acompanhamento metodológico multiprofissional, em uma

abordagem intersetorial na qual constituem-se os eixos do atendimento socioeducativo. São eles:

- Suporte Institucional e Pedagógico (BRASIL, 2006, p.55): disponibilizar um espaço físico adequado para a condução do trabalho nas Unidades, que inclui o desempenho das atividades dos profissionais, construção de relatórios de acompanhamento da medida do adolescente (Plano Individual de Atendimento, Relatórios de Acompanhamento da Medida, por exemplo) e cumprimento dos prazos para envio dos relatórios ao setor judiciário, entre outros.
- Diversidade étnico-racial, gênero e orientação sexual (BRASIL, 2006, p.58): assegurar e consolidar parcerias com entes da administração direta, ONG's, e da iniciativa privada; incluir ações de promoção à igualdade e combate à discriminação, o preconceito e a desigualdade racial no âmbito do atendimento socioeducativo com o objetivo de erradicar as injustiças e a exclusão social; garantir a equidade no atendimento socioeducativo prestado aos adolescentes de ambos os sexos; promover a autoestima dos adolescentes na sua especificidade de gênero e étnico-racial, enfatizando a autovalorização e o auto-respeito e ações voltadas à valorização da adolescente, promovendo a participação familiar e comunitária; capacitar os profissionais que atuam no atendimento socioeducativo; realizar oficinas pedagógicas que abordem os variados temas relacionados à adolescência.
- Educação (BRASIL, 2006, p.59): consolidar parcerias com Órgãos executivos do Sistema de Ensino, a garantia de regresso, sucesso e permanência dos adolescentes na rede formal de ensino; desenvolver os conteúdos escolares, artísticos, culturais e ocupacionais de maneira interdisciplinar no atendimento socioeducativo; permitir o acesso à educação escolar considerando as particularidades do adolescente com deficiência, equiparando as oportunidades em todas as áreas.
- Esporte, Cultura e Lazer (BRASIL, 2006, p.60): propiciar o acesso a programações culturais, teatro, literatura, dança, música, artes, constituindo espaços de oportunização da vivência de diferentes atividades culturais e artísticas, e também de favorecimento à qualificação artística, respeitando as aptidões dos adolescentes; assegurar e consolidar parcerias com Secretarias estaduais e municipais, órgãos e similares responsáveis pela política pública, ONGs e iniciativa privada na oferta a esses tipos de atividades; propiciar o acesso dos adolescentes a atividades esportivas e de lazer e culturais como instrumento de inclusão social; assegurar no atendimento socioeducativo espaço a diferentes

manifestações culturais dos adolescentes; promover por meio de atividades esportivas, o ensinamento de valores como liderança, tolerância, disciplina, confiança, equidade étnico-racial e de gênero; e garantir que as atividades esportivas de lazer e culturais previstas no projeto pedagógico sejam efetivamente realizadas.

- Abordagem Familiar e Comunitária (BRASIL, 2006, p.62-64): além de consolidar parcerias com as Secretarias ou órgãos oficiais de assistência social nos diferentes níveis visando à inclusão das famílias dos adolescentes em programas de transferência de renda e benefícios no âmbito dos serviços do SUAS, assegurados por Lei, garantir o atendimento às famílias dos adolescentes, ampliar o conceito de família para aquele grupo ou pessoa com as quais os adolescentes possuam vínculos afetivos, respeitando os diferentes arranjos familiares; adotar métodos de mediação de conflito a fim de promover a concordância entre adolescente e família, realizar visitas domiciliares a fim de constatar a necessidade socioeconômica e afetiva das famílias e encaminhá-las aos programas públicos de assistência social e apoio à família; garantir a possibilidade da visita íntima aos adolescentes que já possuem vínculo afetivo anterior ao cumprimento da medida socioeducativa e com a autorização formal dos pais ou responsáveis do parceiro(a), de acordo com os pressupostos legais, sobretudo, assegurando o acesso desses adolescentes a atendimentos de orientação sexual com profissionais qualificados, acesso aos demais métodos contraceptivos devidamente orientados por profissional da área de saúde (exclusivo para internação); discutir nos grupos de orientação de pais a temática relacionada à sexualidade responsável bem como o respeito às diferentes opções sexuais.
- Profissionalização/Trabalho/Previdência (BRASIL, 2006, p.64): consolidar parcerias com as Secretarias de Trabalho ou órgãos similares visando o cumprimento do artigo 69 do ECA; possibilitar aos adolescentes o desenvolvimento de competências e habilidades básicas, específicas e de gestão e a compreensão sobre a forma de estruturação e funcionamento do mundo do trabalho; oferecer ao adolescente formação profissional no âmbito da educação profissional, cursos e programas de formação inicial e continuada e, também, de educação profissional técnica de nível médio com certificação reconhecida que favoreçam sua inserção no mercado de trabalho mediante desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, respeitando a escolha do adolescente; encaminhar os adolescentes ao mercado de trabalho desenvolvendo ações concretas e planejadas no sentido de inseri-los no mercado formal, em estágios remunerados, a partir de convênios com as variadas instituições; desenvolver atividades de geração de renda durante o

atendimento socioeducativo que venham a ampliar competências, habilidades básicas, específicas e de gestão, gerando renda para os adolescentes; promover ações de orientação, conscientização e capacitação dos adolescentes sobre seus direitos e deveres em relação à previdência social e sua importância e proteção ao garantir ao trabalhador e sua família uma renda substitutiva do salário e a cobertura dos chamados riscos sociais (tais como: idade avançada, acidente, doença, maternidade, reclusão e invalidez, entre outros), geradores de limitação ou incapacidade para o trabalho.

- Segurança (BRASIL, 2006, p.65-66): estruturar e organizar as ações do cotidiano socioeducativo e investir nas medidas de prevenção das situações-limite (brigas, quebraadeiras, motins, fugas, invasões, incêndios, agressões e outras ocorrências desse tipo) como intervenções estratégicas de segurança preventiva; promover um ambiente de convivência tranquilo e produtivo onde as situações críticas tenham chances reduzidas de eclosão e proliferação; estabelecer procedimentos operacionais padronizados nas relações com as Polícias Militar e Civil, Defensoria Pública, Ministério Público, e com a Justiça da Infância e Juventude a fim de propiciar condições adequadas de segurança no atendimento socioeducativo; receber fiscalização periódica e sistemática nos programas de atendimento socioeducativo do Ministério Público, da Justiça da Infância e da Juventude, dos Conselhos dos Direitos e do Conselho Tutelar; assegurar que o processo de recrutamento e seleção do pessoal dirigente, técnico e operacional seja orientado pelo projeto pedagógico; oferecer treinamentos práticos de segurança, combate a incêndio e a prestação de atendimento de primeiros socorros para todos os profissionais do atendimento socioeducativo; treinar sistematicamente os profissionais do atendimento socioeducativo para que saibam agir com discernimento e objetividade nos momentos de situações-limites do atendimento e, sobretudo em técnicas de negociação; investir na capacitação introdutória e contínua de todos os envolvidos no atendimento socioeducativo; assegurar revista às famílias de forma humanizada e digna; criar regras e mecanismos ágeis para a substituição de profissionais quando os mesmos adotarem condutas desleais, não condizentes com o bom desempenho do trabalho socioeducativo ou outras atitudes antipedagógicas; adotar métodos que favoreçam a boa comunicação entre os adolescentes que proporcione o bom andamento do trabalho socioeducativo e a manutenção de um clima de entendimento e paz; utilizar a contenção do adolescente somente como recurso para situações extremas que envolvam risco à sua integridade e de outrem; apurar e punir com justiça e equilíbrio todas as responsabilidades administrativas

e criminais o surgimento da situação-limite; assegurar diuturnamente, inclusive nos finais de semanas e feriados, a presença de profissional responsável pela coordenação da entidade e/ou programa de atendimento socioeducativo; e garantir aos adolescentes o acesso ao Defensor Público e as informações relativas à sua situação processual.

E, finalmente, o eixo Saúde, foco desse estudo, tem as seguintes responsabilidades (BRASIL, 2006, p.60-62): consolidar parcerias com as Secretarias de Saúde visando o cumprimento do SINASE e do ECA; garantir a equidade de acesso dessa população às ações e serviço de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que abordem temas como: autocuidado, autoestima, autoconhecimento, relações de gênero, relações étnico-raciais, cidadania, cultura de paz, relacionamentos sociais, uso de álcool e outras drogas, prevenção das violências, esportes, alimentação, trabalho, educação, projeto de vida, desenvolvimento de habilidades sociais e ações de assistência à saúde, em especial, o acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial, saúde sexual, saúde reprodutiva, prevenção e tratamento de Doença Sexualmente Transmissível (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), imunização, saúde bucal, saúde mental, controle de agravos, assistência a vítimas de violência; oferecer grupos de promoção de saúde com temas relacionados à sexualidade e direitos sexuais, prevenção de DST/Aids, uso de álcool e outras drogas, orientando-o sobre a disponibilidade e encaminhando-o para os serviços básicos de atenção à saúde; buscar articulação e parcerias com a Secretaria de Saúde do Município como forma de desenvolver ações que atendam às demandas trazidas ou presentes nas situações de vida dos adolescentes; assegurar o direito ao acesso aos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS de acordo com as suas necessidades; garantir o acesso e tratamento de qualidade a pessoa com transtornos mentais, preferencialmente, na rede pública extra-hospitalar de atenção à saúde mental, em dispositivos de saúde mental pautados na Lei nº 10.216 de 06/04/2001; buscar articulação dos programas socioeducativos com a rede local de atenção à saúde mental, e a rede de saúde, de forma geral, visando construir, interinstitucionalmente, programas permanentes de reinserção social para os adolescentes com transtornos mentais; assegurar que as equipes multiprofissionais dos programas socioeducativos – articuladas com a rede local de atenção à saúde e saúde mental – estejam habilitadas para atender e acompanhar de maneira individualizada os adolescentes com transtornos mentais que cumprem medida socioeducativa em meio aberto e/ou fechado respeitadas as diretrizes da reforma psiquiátrica; assegurar que os adolescentes com transtorno mental não sejam confinados em alas ou espaços especiais, sendo o objetivo permanente do atendimento socioeducativo e das equipes de saúde a

reinserção social desses indivíduos; garantir que a decisão de isolar, se necessário, o adolescente com transtornos mentais que esteja em tratamento seja pautada por critérios clínicos (nunca punitivo ou administrativo) sendo decidida com a participação do paciente, seus familiares e equipe multiprofissional que deverá encaminhar o paciente para a rede hospitalar; garantir que todos os encaminhamentos para tratamentos do uso/dependência de drogas sejam precedidos de diagnóstico preciso e fundamentados. Nenhuma ação de saúde deve ser utilizada como medida de punição ou segregação do adolescente; assegurar que as ações de prevenção ao uso/abuso de drogas sejam incluídas nos grupos de discussão dentro das Unidades de atendimento socioeducativo, privilegiando ações de redução de danos e riscos à saúde; e desenvolver práticas educativas que promovam a saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e os seus parceiros, favorecendo a vivência saudável e de forma responsável e segura abordando temas como: planejamento familiar, orientação sexual, gravidez, paternidade, maternidade responsável, contracepção, DST/Aids e orientação quanto aos direitos sexuais e direitos reprodutivos; implantar e implementar ações no âmbito da promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência a agravos dentro dos princípios da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica da Saúde (LOS), da Norma Operacional de Assistência à Saúde e do ECA; assegurar às adolescentes direito da assistência pré-natal, parto e puerpério na rede SUS recebendo orientações em relação ao parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido e com o bebê; e assegurar o direito à amamentação no prazo mínimo de seis meses após o nascimento, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Aos adolescentes que estão cumprindo medida em meio fechado deve ser assegurado o direito à convivência com o(s) filho(s) para visita a fim de preservar os vínculos afetivos.

4.4 – O eixo Saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei

O Eixo Saúde ao longo da implantação do SINASE foi ganhando espaço e se tornou também ponto de discussão e aprimoramento, no qual as ações e estratégias de execução e financiamento ganhariam a dimensão de política pública direcionada ao atendimento integral à saúde desses adolescentes, de modo a possuir diretrizes a serem executadas dentro das Unidades Socioeducativas, na gestão do atendimento socioeducativo, em âmbito Estadual e nas Secretarias Municipais de Saúde através dos serviços de saúde do SUS.

Foi nessa perspectiva que, em 23 de maio de 2014, o Ministério da Saúde (2014) publicou as Portarias nº1.082, na qual redefiniam-se 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), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelecia novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade e, a nº 1.083, instituindo o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1.082/GM/MS.

A PNAISARI configura um importante avanço para a garantia do direito ao acesso à saúde para esse público que, embora esteja privado de sua liberdade, o direito à saúde seria garantido independente dessa condição, a partir de um compartilhamento de responsabilidades que inclui os três níveis de gestão do SUS, porém com um maior protagonismo dos municípios, que, após um processo de discussão, alinhamento de ações com a gestão estadual, em um movimento de adesão e cumprindo critérios relacionados ao planejamento de ações destinadas a esses adolescentes, se habilitariam às Portarias 1082 e 1083, e receberiam o repasse financeiro como incentivo na oferta de ações de saúde ao público socioeducativo.

A adesão às portarias da PNAISARI está relacionada a um compartilhamento de responsabilidades, entre a gestão estadual das medidas socioeducativas, e os municípios que possuem Unidades Socioeducativas. Essa pactuação reforça a ideia de que o direito à saúde é uma garantia, e não uma opção, uma vez que, os municípios que possuem Unidades Socioeducativas e ainda não optaram pela adesão às Portarias, da mesma forma devem garantir o atendimento integral à saúde desses adolescentes.

Para habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro instituído pela PNAISARI, o ente federativo interessado deverá atender às disposições da Portaria nº 1.082 de 2014, que além de instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI, deverá apresentar à Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ), o Plano Operativo, que integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo, e possui validade de 4 anos, elaborado conforme modelo padrão da política e, o Plano de Ação Anual, que deve ser apresentado por cada

Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade, e elaborado conforme é orientado pela PNAISARI em modelo padrão.

É importante enfatizar que o Plano Operativo deverá ser encaminhado à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, quando couber, à Comissão Intergestores Regional (CIR) para ciência, e aprovado pelo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, antes de ser enviado à CGSAJ.

O Plano Operativo e o Plano de Ação Anual serão documentos orientadores para a execução das fases de implementação da PNAISARI, assim como para o repasse de recursos, monitoramento e avaliação. É papel da gestão estadual acompanhar todas as etapas de implementação da PNAISARI nos municípios, e da construção do Plano Operativo.

Ao receber a documentação física, CGSAJ avaliará se a documentação encaminhada pelo ente federativo interessado, está correta e atende as exigências da PNAISARI, podendo aprová-la ou não. Aprovada a documentação tratada acima, será publicado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com a relação dos entes federativos contemplados, as unidades socioeducativas beneficiadas e os valores que serão repassados mensalmente para cada unidade socioeducativa.

O objetivo geral dessa política é garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medida socioeducativa. E seus objetivos específicos são: ampliar ações e serviços de saúde principalmente para os privados de liberdade; estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado a esse público; incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos PIAs, previstos no SINASE, de modo a atender as complexas necessidades desta população; promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei; priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No artigo 10 da portaria nº 1082 (2014), a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, garantindo-se, pela Atenção Básica, ações de promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; os cuidados de

saúde bucal, ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos.

Para as adolescentes do sexo feminino, a política orienta que o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes deve ser feito pela Atenção Básica, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha, garantindo o aleitamento materno, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade (BRASIL, 2014).

Na atenção à saúde mental, é papel da Atenção Básica o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas (BRASIL, 2014).

Além disso, essa política prevê o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei. A atenção às especialidades e às urgências e emergências também são garantidas na PNAISARI, orientando o acesso aos serviços específicos dessas modalidades de assistência pela rede SUS (BRASIL, 2014).

Além do acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica, a Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial, e é a responsável pela coordenação do cuidado à saúde desse público na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014).

Segundo a Portaria nº 1082 (2014), corroborando com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, a PNAISARI prevê que todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica e, nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde, acrescentando que, as equipes de saúde das Unidades Socioeducativas serão inseridas no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Em linhas gerais, pode-se inferir que, a execução das medidas socioeducativas deve se dar tanto com a participação do núcleo gestor estadual, responsável por acompanhar as ações e o cumprimento dos eixos do atendimento socioeducativo nas Unidades Socioeducativas pelas equipes multiprofissionais de atendimento socioeducativo, e pelos profissionais que atuam dentro das Instituições socioeducativas na lida direta com os adolescentes.

Em se tratando do atendimento integral à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de internação e internação provisória, todas as ações acontecem em uma rede interdisciplinar e intersetorial que inclui as equipes de saúde da Unidade Socioeducativa, o núcleo gestor estadual que orienta, monitora e acompanha a execução das medidas nas Instituições e os serviços de saúde presentes na Rede de Atenção à Saúde do SUS.

4.5 – Relato de Experiência

Muitos dos encaminhamentos a serem dados para cada demanda apresentada pelos adolescentes que são admitidos nas Unidades Socioeducativas, percorrem um trajeto que envolve profissionais de vários setores da saúde, dos variados níveis de atenção e assistência e, ainda permitem articulações com outras áreas, Assistência Social, Defensoria Pública, em uma perspectiva de integralidade da atenção às demandas de cada indivíduo que, de um modo ou de outro acabam por impactarem em sua saúde, e/ou em seu processo de socioeducação durante o cumprimento de medida.

Introduzindo nesse aspecto a vivência enquanto profissional de uma equipe de saúde de uma Unidade Socioeducativa do Estado de Minas Gerais, mais precisamente no município de Belo Horizonte, as considerações a seguir estão diretamente ligadas à experiência obtida em um processo que se inicia com o primeiro contato do profissional com o público que cumpre medida socioeducativa de internação e internação provisória, em uma Instituição Socioeducativa Feminina, como cenário da vivência trazida neste estudo.

A partir do atendimento ofertado a essas adolescentes foi possível, ao longo do tempo, entender como o cuidado integral à saúde deve se concretizar dentro desses espaços de confinamento, além de, a partir da perspectiva da saúde, conhecer cada história de vida, suas angústias, suas demandas, e muitos elementos que, direta ou indiretamente promovem impacto na saúde das adolescentes e em seu processo de responsabilização pelo ato infracional que as conduziram à situação de privação da liberdade.

Além do contato direto com as adolescentes, ainda há de se acrescentar a experiência na gestão do atendimento socioeducativo, como um olhar panorâmico da metodologia de trabalho executado nessas Instituições. Portanto, o autor pode, nesse estudo, expor sua dupla experiência nas vertentes do cuidado integral à saúde direto a esse público e no âmbito da gestão do atendimento socioeducativo. Desse modo, partindo de uma linha sequencial dos acontecimentos, é importante expor como se deu a vivência nesses espaços.

Em uma breve contextualização, de acordo com o último Levantamento Anual do SINASE (2017), em 2014 o Estado de Minas Gerais possuía 31 Instituições Socioeducativas exclusivamente masculinas que incluem as Casas de Semiliberdade e 2 Instituições Socioeducativas exclusivamente femininas, uma de privação de liberdade e outra de semiliberdade. Nesse mesmo ano, 1.853 mil adolescentes estiveram em restrição e privação de liberdade. Em um breve comparativo, de 2012 para 2014, houve um aumento de 932 para

1.150 mil o número de adolescentes que estiveram em restrição e privação de liberdade. Em um panorama nacional trazendo algumas características sociodemográficas, dos 24.628 mil adolescentes que estiveram em restrição e privação de liberdade, 95% era homens, 56% tinham a idade de 16 e 17 anos, e 55,77% considerava-se de cor Negra/Parda.

Das 24 Unidades Socioeducativas de Minas Gerais, estão localizadas no município de Belo Horizonte 6 (seis) Unidades Socioeducativas de Internação, 2 (duas) Unidades de Internação Provisória e 1 (uma) Unidade Socioeducativa de Internação e Internação Provisória para Adolescentes do Sexo feminino. A habilitação desse município nas Portarias nº1082 e nº1083 da PNAISARI, aconteceu em 24 de janeiro de 2015, aprovada pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) na 10ª Sessão Plenária Ordinária em 03 de novembro de 2014, publicada em Diário Oficial do Município (DOM) (BELO HORIZONTE, 2015).

Ao dar início ao trabalho a ser desenvolvido em uma Unidade Socioeducativa Feminina, foi percebido que as ações pautadas no eixo saúde do SINASE são executadas dentro das Unidades Socioeducativas, especificamente pelos profissionais que compõem a equipe de saúde. Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal são os principais profissionais que executam ações de promoção, prevenção e assistência à saúde pautadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do SUS, para o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de internação e/ou internação provisória. Apesar de haverem psicólogos e assistentes sociais nas equipes socioeducativas, os mesmos são considerados equipe psicossocial e constituem-se uma equipe diferente da equipe de saúde, ao contrário do que acontece no SUS.

As equipes de enfermagem, compreendidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem, realizam atendimentos de saúde em um espaço ou sala de atendimento de enfermagem, nos quais podem, em um ambiente de privacidade, acolher o adolescente, conhecer suas demandas de saúde, realizar consulta de enfermagem, bem como pequenos procedimentos nos níveis da atenção primária à saúde do SUS.

A equipe de saúde dessa Unidade em especial, era formada por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. A rotina semanal das ações de saúde era composta pelos acolhimentos de saúde e consulta de enfermagem realizadas pela enfermeira, atendimentos às demandas, encaminhamentos para consultas de saúde na rede municipal, ações de promoção e educação em saúde como a realização de oficinas temáticas de saúde, com parceiros e profissionais de saúde da rede municipal.

Os atendimentos de odontologia também acontecem dentro das instituições socioeducativas, quando essas possuem consultório odontológico devidamente equipado e em condições de uso. Quando a unidade socioeducativa não possui esse espaço próprio, os atendimentos odontológicos são garantidos nos Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Território da Unidade Socioeducativa para atender as demandas de baixa complexidade e nos Centros de Especialidades Odontológicas para as demandas consideradas de alta complexidade em Saúde Bucal. A Unidade Socioeducativa, palco da experiência relatada neste estudo, não possuía consultório odontológico, sendo as adolescentes, portanto, encaminhadas para os atendimentos de saúde bucal na rede de saúde do município.

É orientação da metodologia do atendimento socioeducativo que todos os adolescentes tenham prontuário de saúde, instrumento legal de registro de todas as ações e serviços de saúde ofertados aos adolescentes durante todo o período de permanência na Unidade Socioeducativa, de modo que essa premissa se estende a todas as Unidades Socioeducativas de Minas Gerais, em modelo padronizado.

É importante acrescentar que, na Unidade Socioeducativa em questão, os atendimentos de saúde aconteciam em uma sala ou ambiente restritivo da equipe de enfermagem, com o intuito de promover um ambiente de privacidade durante os atendimentos. As ações desenvolvidas iam desde um acolhimento das demandas ou uma escuta de saúde até o encaminhamento das urgências e/ou emergências para a rede externa de saúde do SUS, sempre que necessário.

No decorrer da prática do atendimento à saúde das adolescentes, percebia-se algumas limitações e impasses que apareciam com a própria rotina e pelo perfil de alguns profissionais. Uma vez que a proposta do atendimento ao adolescente perpassa pelo alinhamento institucional e pela lógica da ética, notava-se que a realidade era duramente atravessada, principalmente, pela postura de alguns profissionais que mantinham a ideia de julgamento e preconceito em relação às adolescentes, adotando condutas de desrespeito e desvalorização no que diz respeito ao importante papel que esses profissionais deveriam executar na socioeducação.

Um evento bastante relevante que deve ser exposto nesse estudo, foi a admissão de uma adolescente transexual (aquela designada no nascimento com sexo masculino, cuja identidade de gênero é feminina) nessa instituição feminina, como um fato inédito até o momento para o Sistema Socioeducativo de Minas Gerais. Tal situação foi considerada espantosa para alguns e normal para outros. Do ponto de vista da saúde, atender uma adolescente trans é algo novo e desafiador porém, simples, já que, para a saúde não há privação de direitos, e sim garantias.

Cabe mencionar, que atores da gestão do atendimento socioeducativo promoveram muitos momentos de capacitação, rodas de conversa, que contavam com vários representantes de outras instituições, universidade, poder judiciário, entre outros, a fim de que, embora fosse algo novo para a realidade institucional, o objetivo é a socioeducação, em que as condutas ética, de respeito e de inclusão do outro deveriam sobressair a qualquer concepção ou avaliação pessoal sobre a escolha da adolescente. A admissão de uma adolescente transexual em uma Unidade Socioeducativa feminina, como fato considerado pioneiro nessa instituição, partiu de uma determinação judicial do juiz da vara infracional da infância e juventude de Belo Horizonte, considerado um passo importante para a garantia de direitos referente ao público de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestir e Transexuais (LGBT).

Ainda sobre o público LGBT presente em Unidades Socioeducativas, do ponto de vista da gestão do atendimento de saúde no socioeducativo, sabe-se de que é um desafio desconstruir concepções conservadoras, principalmente quando percebem-se perfis de socioeducadores que vão de encontro à lógica da garantia de direitos, inclusão e combate à LGBTfobia, no que diz respeito a adolescentes que, privados de liberdade e com muitos direitos violados, ainda recebam sejam alvo de discriminação e violência por sua orientação sexual.

Para além dos contextos sociais que emergiam na situação da privação de liberdade, na Unidade feminina havia adolescentes com sofrimento mental, adolescentes gestantes, e/ou que, fora da privação de liberdade, viviam em situação de abrigo, sem referência familiar e mais ainda, a intensa demanda por atendimentos de saúde que muitas delas apresentavam em virtude de uma dificuldade de expor algo que causasse angústia ou dificuldade de enfrentamento.

As demandas trazidas pelas adolescentes iam desde uma breve escuta às demandas clínicas, dor, insônia, pontuais como dificuldades de convivência, de lidar com frustrações até crises graves de saúde mental. Havia sempre uma preocupação do profissional por trás de uma demanda trazida por uma adolescente, que poderia ser algo exposto por ela mesma verbalmente, ou através de movimentos como brigas, desentendimentos no alojamento, mudança de humor, auto mutilação e, nos casos mais extremos, tentativas de auto extermínio.

Além disso, as adolescentes apresentavam grande demanda do uso de medicações para alívio de insônia e ansiedade. Percebia-se que, o desejo de voltar ao convívio social era algo que lhes causava grande instabilidade emocional, fazendo com que elas recorressem ao uso de medicação, em muitos casos psicotrópicas. Do ponto de vista do atendimento à saúde, isso não só prejudicava o cumprimento dos eixos do atendimento, mas também o seu processo de

responsabilização, uma vez que, salvo os casos em que o uso da medicação era algo inquestionável, em várias circunstâncias essas demandas poderiam ser solucionadas com outras estratégias terapêuticas, envolvendo todos os atores da Unidade Socioeducativa. A possibilidade de acolher as demandas dos adolescentes, indo além da objetividade do pedido de medicação e realmente escutando e inventando estratégias de intervenção, não foi possível perceber na instituição em questão.

Observou-se que a vivência de adolescentes dentro de uma instituição de privação de liberdade é atravessada por diversas questões que desafiam cotidianamente o processo de cumprimento de medida e, em muitas situações dificultam a adaptação e o processo de responsabilização como prerrogativa do atendimento socioeducativo.

A imposição de regras, a mudança de rotina, a convivência em ambiente coletivo sem o domínio da própria liberdade impõe uma condição de difícil enfrentamento que só se encerra no momento do seu desligamento da medida. Ligado a isso, lança às equipes de atendimento um desafio singular, proporcionar a essas jovens um acompanhamento que as faça obter o êxito do cumprimento, se não de todos, ao menos da maioria dos eixos do atendimento socioeducativo, de modo que atinjam a responsabilização sobre o ato infracional e, após seu desligamento da medida, dar continuidade à sua trajetória de vida sem retornar à prática infracional.

O manejo do atendimento em saúde dentro das Unidades Socioeducativa perpassa pelas inúmeras variáveis da vida do adolescente. O contexto social, cultural, familiar, deve ser levado em consideração quando as demandas de saúde surgem no contexto da privação de liberdade. Assim, aos profissionais da saúde instala-se o desafio diário de promover a saúde no lugar em que a liberdade é algo limitado.

Entende-se que os atendimentos de saúde são momentos importantes para se estar com esses adolescentes, sobretudo quando o adolescente é admitido nessa instituição quando ele sofre a ruptura com a sua liberdade. Pode-se considerar que, nos momentos de acolhimento e escuta, o profissional tem a oportunidade de proporcionar ao adolescente um momento de acolhida, escuta, conforto para tratar de suas angústias e segurança para expor suas demandas de saúde, inquietações, dificuldades sobre qualquer problema que lhe esteja inquietando.

Ao se tratar de adolescentes do gênero feminino, a problemática se intensifica. Como já foi mencionado, existiam (e existem) contextos de vida marcados por violência, abandono, preconceito que, na percepção do profissional de saúde se evidenciavam pela lógica cultural de que a mulher é alvo. Caracterizando essa ideia, é possível dizer que muitas adolescentes

tinham um histórico de perdas, injustiças, maus tratos, insegurança, violência doméstica intra e extrafamiliar, violência sexual, psicológica, violação de direitos, além disso, uma sequência de atos infracionais executados por adolescentes, do sexo masculino, que não os sentenciavam à privação, para adolescentes do sexo feminino, um ato considerado leve, era algo suficiente para privá-las da liberdade.

Há ainda que acrescentar os desafios que diariamente tocavam a execução do trabalho, variando desde pontos que impediam um melhor desempenho das ações como, estrutura física precária, falta de materiais de trabalho, até a dificuldade de se trabalhar em equipe ao lidar com perfis que não se adequavam ao público socioeducativo e conquistar a atenção das adolescentes no momento das oficinas de saúde, responsabilização e comprometimento com o seu tratamento.

Do ponto de vista da gestão do atendimento socioeducativo, é de responsabilidade da Unidade Socioeducativa, isso inclui todos os profissionais, garantir aos adolescentes o acesso aos serviços de saúde e ao seu tratamento, que se dá no momento em que, após avaliação e necessidade confirmada pela equipe de enfermagem, o adolescente recebe um encaminhamento para atendimento na rede externa de saúde e, após finalizada sua consulta recebia as medicações prescritas pelo médico responsável por tratar sua queixa. Após retornar para a Unidade socioeducativa a equipe de saúde era responsável pela continuidade do tratamento, ofertando as medicações de acordo com as orientações expressas na prescrições médicas, seguindo os horários determinados para cada medicação.

Outro desafio que marcava a realidade dessa Unidade feminina era o distanciamento de Belo Horizonte das suas cidades de origem. Muitas delas eram de famílias de baixa renda e, pelo fato de seus entes estarem distantes e sem condições financeiras suficientes os familiares não podiam se deslocar para Belo Horizonte para visitar as jovens que cumpriam medida. Essas adolescentes permaneciam meses sem receber visitas, o que afetava diretamente o seu cumprimento de medida, visto que, apenas o contato telefônico semanal não era suficiente.

O trabalho desempenhado pela saúde não poderia meramente ser executado por ações de saúde protocolares, a simples escuta ao outro é cuidado, e também é ação de saúde. Ao se deparar com tantos contextos diferentes de vida, e cada um com um desafio peculiar, era praticamente impossível não haver envolvimento, interceder e compartilhar a outros profissionais da equipe socioeducativa, e mobilizar os órgãos de apoio sobre a ocorrência desses casos. Era uma missão que envolvia um comprometimento profissional, com responsabilidade e, acima de tudo, ética, a fim de desempenhar uma função que minimamente

justifique o papel dos profissionais que atuam nesses espaços e minimizem os danos sofridos por essas e por todos esses adolescentes.

No que tange à gestão do atendimento socioeducativo, o SINASE orienta que a estrutura física das Unidades respeitem um padrão imposto, obedecendo as medidas e lotação, além de trazer que os profissionais que compõe o atendimento socioeducativo devem ser selecionados e ter perfil para executar as ações que compreendem a medida socioeducativa do adolescente. Em muitas situações, em especial na Instituição Unidade feminina, os espaços são adaptados, ou até improvisados pela administração pública. Além disso, percebe-se a incidência de profissionais pouco preparados e sem identificação com o trabalho que deve ser desempenhado a esse público, que demanda ações de cunho político, social e de saúde.

As ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos eram realizadas nas oficinas semanais de saúde, que contavam com profissionais de saúde do município e sobretudo, nos atendimentos de saúde. As oficinas abordavam temas como sexualidade, infecções/doenças sexualmente transmissíveis – IST/DST, caderneta do adolescente, uso de drogas, hábitos alimentares, além de outros temas abordados por outros profissionais da Unidade, como Estatuto da Criança e do Adolescente, Promoção e Cultura de Paz, por exemplo.

As ações de imunização também são executadas pelas Unidades Socioeducativas. Muitos adolescentes não possuem cartão nacional de imunização, apesar de que em todos os casos a família deve ser questionada a fim de não haver revacinação. Muitas campanhas são realizadas dentro das Unidades em virtude do elevado quantitativo de adolescentes e a baixa condição de conduzi-los às UBS para imunização e, as vacinas previstas em Calendário Nacional de Imunização e fazem parte da faixa etária desse público, são ofertadas pelos Centros de Saúde ou UBS, onde os adolescentes são encaminhados e imunizados, se assim quiserem, de acordo com seu interesse.

Os atendimentos de saúde fora da Unidade Socioeducativa compreende em, ao menos uma consulta médica anual para cada adolescente. Os adolescentes realizam consultas médicas na rede SUS dos municípios, a nível de atenção primária e nível secundário para as consultas especializadas, além de exames laboratoriais e diagnósticos, e fazem acompanhamentos periódicos. Esses atendimentos também incluem as consultas de odontológicas nos centros de saúde e especializadas nos Centros de Especialidades Odontológicas municipais.

As adolescentes gestantes eram a maior preocupação da equipe de saúde. Enfrentar uma gravidez tendo seu direito à liberdade retirado não era uma situação fácil de se vivenciar uma vez que, os alojamentos não proporcionavam o conforto adequado a essas adolescentes, muitas delas eram de cidades distantes e não poderiam contar com um familiar, responsável ou o companheiro, caso viessem a entrar em trabalho de parto fora da data provável.

As equipes de saúde e técnica multiprofissional da Unidade trabalhavam com bastante empenho e comprometimento para que essas adolescentes pudessem exercer a maternidade, sem que seus direitos fossem violados e, para além disso, que elas fossem desligadas da medida socioeducativa após o parto, a fim de que elas iniciasse uma nova fase da vida fora da Instituição Socioeducativa, o que configurava uma corrida contra o tempo e uma das ações mais desafiadoras para esses profissionais, considerando o rigor dos órgãos do poder judiciário nesses casos.

Situações que causavam intensa preocupação em todos os profissionais eram os eventos de tentativa de auto extermínio. Como previsto no SUS, todos os casos de saúde mental são acompanhados na Rede de Atenção Psicossocial. Os casos de saúde mental que eram identificados dentro da Unidade Socioeducativa eram encaminhados e inseridos nos tratamentos pautados na mesma rede de atenção psicossocial. As crises em saúde mental eram encaminhadas aos dispositivos de saúde mental de referência.

Em algumas ocasiões percebiam-se movimentos de grupo entre as adolescentes. Auto mutilações, e até tentativas de auto extermínio, eram uma das reações que as adolescentes executavam, o que intrigava grande parte dos profissionais dessa instituição e os desafiava diariamente a planejar e criar estratégias de intervenção e responsabilização a essas adolescentes sobre as graves consequências dessas atitudes.

No que tange ao papel dos profissionais da equipe de saúde na Unidade Socioeducativa, o desafio era acolher e buscar um entendimento, durante os atendimentos de saúde, ou os possíveis motivos, causas que levaram essas adolescentes a optar por condutas que colocavam suas vida e saúde em evidência, sem que elas por vezes não demonstrassem preocupação com as consequências. Muitas delas não apresentavam uma razão concreta, outras acabavam por culpar a dificuldade de enfrentar a medida e outras não sabiam o que justificar. O que acontecia em todos os casos eram os devidos encaminhamentos para a rede atendimento às urgências e, após avaliação clínica, iniciavam acompanhamento imediato na RAPS.

Um outro papel importante desempenhado pela equipe de saúde na Unidade Socioeducativa é a continuidade do cuidado. Muitas adolescentes iniciavam tratamentos de saúde durante o cumprimento da medida socioeducativa e, ao serem iniciados os procedimentos que antecedem o seu desligamento, a equipe de saúde já referenciava a adolescente à Unidade Básica de Saúde do território em que ela faria residência, fosse no município de Belo Horizonte, fosse em outro município de Minas Gerais, a ação primordial era a garantia da continuidade do cuidado e a referência em saúde para todas as vezes em que ela necessitasse de assistência ou acessar o serviço.

Na gestão do atendimento socioeducativo, as dificuldades estão ligadas aos “gargalos” presentes no cotidiano das Unidades e que são responsabilidades do órgão gestor. A infraestrutura precária das Unidades, a defasagem de profissionais, a superlotação das Unidades, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, e as dificuldades com as redes de atenção à saúde dos municípios e Estado que não se responsabilizam pelas ações sanitárias desse público, tornam evidente a dificuldade em considerar os adolescentes cidadãos de direitos como é previsto constitucionalmente.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade vivida pelas adolescentes trouxe muitas provocações enquanto profissional de saúde que cuida desse público dentro de uma unidade socioeducativa. Afinal, o que, de fato, seria o modelo ideal de socioeducação capaz de alcançar o êxito na vida desses meninos e meninas, a partir do momento em que eles retornassem à vida em convívio social? Muitos, influenciados pelo contexto social no qual estão inseridos, ou sem oportunidades positivas para a sua formação ideal enquanto cidadão de direitos acabam por retornar à criminalidade, prática de violência, e nos casos mais graves, acabar por perder suas vidas.

Se a lógica do CONANDA foge às condições medievais de atendimento presentes nas legislações que antecederam o SINASE, a realidade permite-nos uma leitura de que ainda há muito o que avançar, no que diz respeito à atenção integral a esses adolescentes, para além da saúde, mas com uma análise enfática de que, os condicionantes e determinantes sociais estão ligados ao bem estar do indivíduo, e essa lógica tem relação direta com o seu estado de saúde.

Na visão de muitos profissionais, a situação atual proporciona uma condição quase fiel às leis ultrapassadas, no que diz respeito à condição de confinamento em alojamentos quase que em período integral, e pouca possibilidade de convívio social, afetados principalmente pelo quantitativo insuficiente de agentes socioeducativos, chamados socioeducadores, responsáveis pelo acompanhamento a esses adolescentes dentro e fora das Unidades. Somado a isso um ambiente com condições de baixa salubridade, no qual expõe a saúde dos adolescentes a agentes causadores de infecções do trato respiratório, dermatoses, até infecções de fácil contágio como as parasitológicas, escabioses e pediculoses, e até virais e/ou bacterianas como, conjuntivite, caxumba, catapora.

Apesar de haverem muitos profissionais comprometidos com a situação dos adolescentes, há um déficit de ações previstas no SINASE que ainda não foram postas em prática. Embora muitos adolescentes tenham dificuldade de entender que são os protagonistas em seu processo de responsabilização e queira mudar sua lógica de vida, o papel de todos os profissionais que atuam como socioeducadores devem seguir rumos opostos ao que gera situações de julgamento, isolamento, perda de credibilidade e desvalorização dos adolescentes. O desafio diário é promover a ruptura dessa cultura que coloca o adolescente no lugar de marginalizado e sem direitos.

No que tange ao público adolescente LGBT em cumprimento de medida socioeducativa, é necessário esclarecer que a orientação sexual do indivíduo não pode ser

considerada um impedimento ou dificultador quando se fala em garantias de direitos. O espaço da privação de liberdade não pode ser ainda mais agravado por questões de cunho moral, visto que, apenas o direito de ir e vir suspenso, os demais direitos e garantias de acesso a políticas públicas deve ser mantido independente de concepções ou julgamentos pessoais.

Considerando uma realidade social marcada por concepções tradicionais e de desrespeito à mulher, pontos presentes no contexto de privação de liberdade das adolescentes, emerge a ideia de que a política socioeducativa necessita aprimorar seus critérios de eleição de atores para atuarem nesses espaços, no que diz respeito a posturas consideradas machistas, conservadoras, que desvalorizam a mulher por causa do seu contexto de vida, já que a esses profissionais é atribuído um papel de relevância social e marcado pela impessoalidade, diante de uma sociedade que culturalmente consente com a lógica do encarceramento.

Na posição de profissional de saúde ao lidar diretamente com as adolescentes na Unidade Socioeducativa feminina e, posteriormente na gestão do atendimento socioeducativo, pode-se inferir que todos os adolescentes, considerados pela sociedade como sujeitos marginalizados, possuem um alto potencial para mudar a lógica de que eles são cidadãos indignos de direitos como os demais.

É possível reconhecer que a falta de aplicabilidade das políticas públicas apontadas para esse público ainda é evidente, tendo em vista que, ao longo dos últimos anos, no Estado de Minas Gerais, o número de adolescentes que estiveram privados de liberdade aumentou, evidenciando que, cabe aos atores que compõe as políticas sociais, sejam eles gestores ou executores, a responsabilidade de que, minimamente, a percepção ou a perspectiva de vida desses adolescentes seja desviada da criminalidade e do contexto de violência e violações.

O trabalho desempenhado pelos profissionais da gestão e das Unidades Socioeducativas deve fugir à lógica da fragmentação das ações, já que o foco do trabalho é a socioeducação. As ações desenvolvidas pela política socioeducativa, sejam elas de saúde ou não, estão diretamente ligadas ao acompanhamento das medidas socioeducativas dos adolescentes, logo, o ponto focal de todo o movimento para garantia dos direitos, ou de uma lógica que permita a melhor dinâmica institucional e aprimoramento da implementação da política socioeducativa deve ser a figura do adolescente, considerado um cidadão inserido nos variados contextos de vida como qualquer outro indivíduo é, e digno de direitos e deveres como todos os demais são.

Finalmente, corroborando com o que é exposto pelo Ministério dos Direitos Humanos (2017), grande parte dos e das adolescentes em atendimento socioeducativo, na privação e

restrição de liberdade, fazem parte de um contingente de adolescentes que vivem esta importante e fundamental fase da vida alijados das condições mínimas necessárias para o pleno desenvolvimento. São cerca de vinte e cinco mil adolescentes que estão no atendimento socioeducativo ao qual pode ser um espaço de efetividade das políticas públicas de atenção integral que possibilitem uma parceria para a reconstrução de todas as vidas envolvidas no ato praticado, na tentativa de novas alternativas ao roteiro previamente desenhado. Esta é a missão da socioeducação.

6 - REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Levantamento Anual SINASE 2014**. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, Brasília, 2017. 65 p. Disponível em: < <http://www.sdh.gov.br/noticias/pdf/levantamento-sinase-2014> > Acesso em: 30/04/1988.

_____. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. **Imprensa Oficial**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Portaria n. 1082 de 23 de Maio de 2014. 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 60-63, seção 1, 2014.

_____. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 25 de Abril de 2018.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo (SINASE). Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasília, DF, p. 100, 2006. Disponível em: < <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/sinase.pdf> >. Acesso em: 3 de março de 2018.

_____. Lei Federal, de 05 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm > Acesso em: 03 de março de 2018.

_____. Lei n. 12.594 de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm. Acesso em: 25 de Abril de 2018.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Ata de 10ª Sessão Plenária Ordinária no dia 03 nov. 2014. **Diário Oficial do Município**. ed. 4731, publicado em 24 jan. 2015. Disponível em: < <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1136180> >. Acesso em: 20 de março de 2018.

BISINOTO, Cynthia, et al. Socioeducação: Origem, Significado e Implicações para o Atendimento Socioeducativo. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 20, n. 4, p.575-585, out-dez. 2015.

COSSETIN, Márcia. **Socioeducação no Estado do Paraná: os sentidos de um enunciado necessário**. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel - PR: UNIOESTE, 2012.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A arte de governar crianças: a história das Políticas Sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**, São Paulo: Cortez, 3. ed. p. 33 – 96. 2011.

FERNANDES, Julião Elionaldo. Adolescentes em conflito com a lei e suas famílias. **Juventudes, Políticas Públicas e Medidas Socioeducativas**, Rio de Janeiro, p. 202. 2013.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 120-131, dez. 2015.

GOMIDE, Paula Inez Cunha. **Menor infrator: A caminho de um novo tempo**. 2. ed. Curitiba: Juruá. 2006.

JESUS, Maurício Neves. **Adolescente em conflito com a lei: prevenção e proteção integral**. Campinas: Servanda, 2006.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **O adolescente e o Ato Infracional**. Medida Socioeducativa e pena? 2. ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas no Brasil. **Adolescência, juventude e redução da maioridade penal**. Brasília, junho de 2015. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/06/Position-paper-Maioridade-penal-1.pdf> >. Acesso em: 15 de abril de 2018.

REZENDE, Elaine Cristina. **Políticas públicas e adolescência: avaliação participativa da operacionalização das diretrizes pedagógicas do SINASE**. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba – PR. 2010.

RIZZINI, Irene. Crianças e menores: do pátrio poder ao pátrio dever. Um histórico da legislação para a infância no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A arte de governar crianças: a história das Políticas Sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 3. ed, p. 97-149. 2011.

SALES, Mione Apolinário. **Política e Direitos de Crianças e Adolescentes: entre o Litígio e a Tentação do Consenso**. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Mauríli Castro, LEAL, Maria Cristina. (orgs). **Política Social, Família e Juventude. Uma Questão de Direitos**. 6. Ed. São Paulo: Cortez, p. 207-241. 2010..

SILVA, A. T.; FIGUEIREDO, I. M. Z. **Política de Socioeducação no Brasil: Histórico Da Sua Constituição**. In: Xi Jornada Do Histedbr, 2013, Cascavel - Pr. Xi Jornada Do Histedbr - A Pedagogia Histórico Crítica, A Educação Brasileira e os Desafios de sua Institucionalização, 2013.

TANNER, J. M., 1962 apud EISENSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Revista Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, jun. 2005.

VERONESE, J. R. P. **Temas de Direito da Criança e do Adolescente**. São Paulo: LTr. 1997.

VIEIRA, Evaldo. Estado e política social na década de 90. In: NOGUEIRA, F.M.G. **Estado e Políticas Sociais no Brasil**, Cascavel: Edunioeste. 2001.

VILAS BOAS, Cristina Campolina. **A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte: impasses e desafios**. Tese (doutorado em Ciências da Saúde) FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte, p. 162, 2014.

WHO, World Health Organization, 1986 apud EISENSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Revista Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, jun. 2005.