

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD
MESTRADO EM DIREITO

CRISTIANO PATRÍCIO JUNIOR

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE
ADOLESCENTES EM REGIME DE INTERNAÇÃO (PNAISARI) EM SANTA
CATARINA: UMA ANÁLISE DE SUA IMPLEMENTAÇÃO E ARTICULAÇÃO NO
SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

CRICIÚMA

2023

CRISTIANO PATRÍCIO JUNIOR

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE
ADOLESCENTES EM REGIME DE INTERNAÇÃO (PNAISARI) EM SANTA
CATARINA: UMA ANÁLISE DE SUA IMPLEMENTAÇÃO E ARTICULAÇÃO NO
SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado – Área de Concentração em Direitos Humanos e Sociedade, Linha de Pesquisa em Direito, Sociedade e Estado da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Ismael Francisco de Souza
– UNESC

CRICIÚMA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P314p Patrício Junior, Cristiano.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação (PNAISARI) em Santa Catarina : uma análise de sua implementação e articulação no sistema de garantias de direitos da criança e do adolescente / Cristiano Patrício Junior. - 2023.

113 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Direito, Criciúma, 2023.

Orientação: Ismael Francisco de Souza.

1. Princípio da proteção integral à criança e ao adolescente. 2. Direitos das crianças. 3. Direitos dos adolescentes. 4. Direito à vida. 5. Direito à saúde. 6. Adolescentes em conflito com a lei. I. Título.

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101

Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

CRISTIANO PATRÍCIO JUNIOR**“A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM REGIME DE INTERNAÇÃO (PNAISARI) EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE DE SUA IMPLEMENTAÇÃO E ARTICULAÇÃO NO SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE”**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Direito no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 28 de setembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ismael Francisco de Souza
(Presidente e Orientador (a) – UNESC)



Prof. Dr. André Viana Custodio
(Membro Externo – UNISC)



Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
(Membro – PPGD/UNESC)



Cristiano Patrício Junior
(Mestrando)



Prof. Dr. Daniel Ribeiro Preve
(Membro Suplente – PPGD/UNESC)



Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
Coordenador PPGD

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, base e constituição de quem eu sou; ao meu pai Cristiano, à minha mãe Lucilene, ao meu irmão João Victor e à minha melhor amiga Alaska (*in memoriam*) que estiveram sempre presentes me apoiando e incentivando, mesmo diante do meu silêncio, enquanto eu insistia em passar por momentos tão difíceis sozinho.

À minha companheira de vida, Talyta, com quem escolhi passar todos os meus dias, por toda compreensão, amor, dedicação e escuta por meio da sua presença, pois sempre esteve comigo e acreditou que eu seria capaz de concluir mais uma etapa dos meus sonhos.

Às grandes amigas que fiz ao longo do mestrado, Adrieli, Carol e Grazy, pelo companheirismo e disponibilidade durante todo o processo. Ainda tenho muito a aprender com vocês.

Ao meu querido professor Dr. Ismael Francisco de Souza, que, mesmo diante de tantas falhas minhas, nunca exitou em me presentear com sua imensurável paciência, compreensão, carinho e dedicação, sem o qual nada disso seria possível.

Aos demais professores do Programa de Mestrado em Direito da Unesc, em especial ao Prof. Dr. Reginaldo Vieira, pelas incontáveis aulas inspiradoras e ensinamentos que levarei para toda a vida.

À banca qualificadora e examinadora, especialmente ao Prof. Dr. André Viana Custódio pelo tempo disponibilizado para leitura e apontamentos com o intuito de construir e melhorar esta pesquisa.

Aos colegas e amigos da 3ª Promotoria de Justiça de Criciúma e do escritório Andréia Dota Vieira & Advogados Associados que auxiliaram nesta minha jornada com compreensão e incentivo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições Comunitárias de Ensino Superior (PROSUC), pelo auxílio da taxa escolar, sem a qual eu jamais chegaria à pós graduação.

Por fim, a todas/os as/os professoras/es que tive o prazer de compartilhar uma sala de aula e me incentivaram a trilhar - e acreditar - que o caminho da educação seria transformador na minha vida. À vocês dedico este humilde trabalho.

RESUMO

Em Santa Catarina, constatou-se que, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC), no ano de 2018, das 27 instalações do DEASE que prestam atendimento socioeducativo em regime de privação de liberdade (centros de atendimento socioeducativo, centros de atendimento socioeducativo provisórios e casas de semiliberdade), apenas 5 estavam habilitadas conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI). A Pesquisista apresenta como problema: Como garantir o direito fundamental à saúde de adolescentes perante situações de restrição de liberdade? Como se realizam ações, programas e projetos destinados à prevenção, promoção e proteção à saúde dessa população? De que forma tem sido articulada a implementação da PNAISARI para a atenção integral à Saúde de adolescentes em Santa Catarina? Como objetivo geral tem-se: contribuir com a articulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), em Santa Catarina, que é destinada a articular os serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na prevenção, promoção e proteção da saúde de adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, enquanto garantia dos direitos fundamentais e da dignidade da pessoa humana. A temática possui grande relevância social uma vez que o estudo serve para instrumentalizar os atores do Sistema de Garantia de Direitos na articulação das ações, na defesa dos direitos e garantias fundamentais da criança e do adolescente e na formulação e controle da implementação das políticas públicas a eles destinadas. A pesquisa alinha-se ao eixo específico “Estado, Direitos da Criança, do Adolescente e da Juventude” que trabalha as temáticas: direitos fundamentais da criança e do adolescente e políticas públicas. A metodologia utilizada foi a dedutiva, com pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa demonstrou que o sistema socioeducativo e, por consequência, os profissionais e o atendimento de saúde, ainda são permeados pela estigmatização dos sujeitos adolescentes, apesar dos esforços de garantir a saúde sem qualquer condicionante ou constrangimento.

Palavras-chave: Adolescente; Sistema de Garantias; Política de Saúde; Socioeducação.

ABSTRACT

In Santa Catarina, it was found that, according to the State Department of Health (SES/SC), in 2018, of the 27 DEASE facilities that provide socio-educational care under conditions of deprivation of liberty (socio-educational care centers, of provisional socio-educational care and semi-freedom homes), only 5 were qualified according to the National Policy for Comprehensive Health Care for Adolescents in Conflict with the Law (PNAISARI). The research presents the problem: How to guarantee the fundamental right to health of adolescents in situations of restriction of freedom? How are actions, programs and projects aimed at preventing, promoting and protecting the health of this population carried out? How has the implementation of PNAISARI been coordinated for comprehensive health care for adolescents in Santa Catarina? The general objective is to: contribute to the articulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Health Care for Adolescents in Conflict with the Law (PNAISARI), in Santa Catarina, which is intended to articulate the health services provided by the Unified Health System. Health (SUS) in the prevention, promotion and protection of adolescent health in compliance with socio-educational measures, while guaranteeing fundamental rights and human dignity. The theme has great social relevance since the study serves to equip the actors of the Rights Guarantee System in articulating actions, defending the fundamental rights and guarantees of children and adolescents and in formulating and controlling the implementation of public policies to they intended. The research is aligned with the specific axis "State, Rights of Children, Adolescents and Youth" which works on the themes: fundamental rights of children and adolescents and public policies. The methodology used was deductive, with documentary and bibliographical research. The research demonstrated that the socio-educational system and, consequently, professionals and health care, are still permeated by the stigmatization of adolescent subjects, despite efforts to guarantee health without any conditions or constraints.

Keywords: Adolescent; Guarantee System; Health Policy; Socioeducation

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Intersecções do SINASE com as políticas de atendimento proteção e justiça | 51 |
| Figura 2 - Interfaces da gestão e da execução da política de atendimento socioeducativo | 68 |
| Figura 3 - Alterações da PNAISARI entre os anos de 2008 e 2014 | 73 |
| Figura 4 - Medidas Socioeducativas cumpridas no DEASE (2016) | 86 |
| Figura 5 - Perfil dos adolescentes em cumprimento de MSE no DEASE segundo etnia/cor | 87 |
| Figura 6 - Comparativo da representação de etnia/cor de adolescente cumprimento MSE no DEASE e a representatividade da parcela populacional do Estado de Santa Catarina | 87 |
| Figura 7 - Situação escolar do adolescente antes e durante o cumprimento de medida socioeducativa no DEASE | 88 |
| Figura 8 - Uso de drogas pelos adolescentes em cumprimento de medidas nas unidades do DEASE | 89 |
| Figura 9 - Modelo de Gestão do SINASE | 91 |
| Figura 10 - Cenário de Implementação da PNAISARI no ano de 2018 | 95 |
| Figura 11 - Habilitação e realização de esforços para adesão à PNAISARI | 97 |
| Figura 12 - Atividades realizadas pelas unidades de atendimento para adesão (2020) | 98 |
| Figura 13 - Uso de algemas durante o atendimento de saúde nas UBS de referência..... | 100 |
| Figura 14 - Frequência da realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS)..... | 102 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CF/88** – Constituição Federal de 1988
- CEDCA** – Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
- CONANDA** – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
- CIJ** – Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude
- CNJ** – Conselho Nacional de Justiça
- DEASE** – Departamento de Administração Socioeducativo
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- FUNABEM** – Fundação Nacional do Bem-estar do Menor
- IBICT** – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
- IBGE** – Instituto brasileiro de Geografia e Estatística
- LOS** – Lei Orgânica de Saúde
- MP** – Ministério Público
- MS** – Ministério da Saúde
- NUPED** – Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PNAISARI** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
- PNAISAJ** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
- PIDCP** – Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos
- PIDESC** – Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
- SAM** – Serviço de Assistência ao Menor
- SC** – Santa Catarina
- SED** – Secretaria Estadual de Educação
- SES** – Secretaria Estadual de Saúde
- SGDCA** – Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- SINASE** – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
- TCE** – Tribunal de Contas do Estado
- UNESC** – Universidade do Extremo Sul Catarinense
- UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E OS PRESSUPOSTOS DO DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: A GARANTIA DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE..... | 16 |
| 2.1 A PROTEÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: OS TRATADOS E CONVENÇÕES INTERNACIONAIS..... | 16 |
| 2.2 FUNDAMENTOS DO DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO PLANO INTERNO: O ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO BRASILEIRO E AS GARANTIAS FUNDAMENTAIS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988..... | 26 |
| 2.3 OS PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES E CONCRETIZANTES DO DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE..... | 35 |
| 3 O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS: A ARTICULAÇÃO DOS SUBSISTEMAS E A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE NA ATUAÇÃO TRANSVERSAL DA REDE DE ATENDIMENTO..... | 41 |
| 3.1 O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO, PROTEÇÃO E JUSTIÇA..... | 41 |
| 3.2 ATO INFRAÇÃO, AS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS E A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (SINASE)..... | 50 |
| 3.3 A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS INTERSECÇÕES ENTRE O CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA E A GARANTIA DA SAÚDE INTRAMUROS..... | 57 |
| 4 POLÍTICAS PÚBLICAS E CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI (PNAISARI)..... | 66 |
| 4.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PENSADAS A PARTIR DA PROTEÇÃO INTEGRAL: O DESENHO DE CONSELHOS DE DIREITOS, CONFERÊNCIAS E PLANOS DECENAIS..... | 66 |
| 4.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: A REDEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES DA PNAISARI E A NECESSIDADE DE ATENÇÃO | |

| | |
|---|------------|
| INTEGRAL À SAÚDE DOS/AS ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA | 73 |
| 4.3 OS ATUAIS DESAFIOS DA POLÍTICA ATENDIMENTO À SAÚDE DE JOVENS EM MEIO FECHADO | 81 |
| 5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL AO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI (PNAISARI) EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE DE SUA IMPLEMENTAÇÃO E ARTICULAÇÃO NO SGDCA | 87 |
| 5.1 O CONTEXTO DO ESTADO DE SANTA CATARINA E UM PANORAMA DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO CATARINENSE..... | 87 |
| 5.2 A IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISARI EM SANTA CATARINA E OS PROCESSOS DE ARTICULAÇÃO NO SGDCA: ANALISANDO O PLANO NACIONAL E ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (2015 – 2024)..... | 95 |
| 5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA: DESAFIOS ENFRENTADOS PELO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO CATARINENSE NA IMPLEMENTAÇÃO E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO..... | 99 |
| 6 CONCLUSÕES..... | 109 |
| 7 REFERÊNCIAS..... | 111 |

1. INTRODUÇÃO

A demanda do Sistema Socioeducativo de Santa Catarina tem aumentado de tamanho nos últimos anos. De acordo com o Diagnóstico Social da Criança e do Adolescente de 2018, elaborado a partir de dados coletados em 2016, aproximadamente 4.181 adolescentes cumpriram medida socioeducativa no Estado de Santa Catarina. Desses, aproximadamente 1.447 adolescentes cumpriam medida socioeducativa nos regimes de internação, internação provisória, semiliberdade e sanção em uma das 27 instalações do Departamento de Administração Socioeducativo de Santa Catarina (DEASE). Esse número representa 34,6% do total de adolescentes cumprindo medida socioeducativa no Estado. Em abril de 2018, havia 513 adolescentes que aguardavam vaga para o cumprimento de medida socioeducativa em alguma unidade do DEASE, sendo que 48,1% estavam incluídos na lista de espera a mais de um ano (SANTA CATARINA, 2018).

Nesse cenário de alta demanda e lotação dos estabelecimentos de cumprimento de medida socioeducativa, a qualificação do atendimento, a estruturação dos serviços e a garantia das condições necessárias ao pleno desenvolvimento do projeto sociopedagógico tornam-se fragilizadas. Constatou-se que, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC), no ano de 2018, das 27 instalações do DEASE que prestam atendimento socioeducativo em regime de privação de liberdade (centros de atendimento socioeducativo, centros de atendimento socioeducativo provisórios e casas de semiliberdade), apenas 5 estavam habilitadas conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI). Isso representa um percentual de 18,5% de habilitação às diretrizes da PNAISARI (SANTA CATARINA, 2018). Ou seja, em Santa Catarina, a maioria das instalações do DEASE não adequaram os fluxos de atendimento à saúde para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde dos adolescentes em privação de liberdade.

Através desse cenário, como garantir o direito fundamental à saúde de adolescentes perante situações de restrição de liberdade? Como se realizam ações, programas e projetos destinados à prevenção, promoção e proteção à saúde dessa população? De que forma tem sido articulada a implementação da PNAISARI para a atenção integral à Saúde de adolescentes em Santa Catarina?

O presente projeto tem como objetivo contribuir com a articulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), em Santa Catarina, que é destinada a articular os serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na prevenção, promoção e proteção da saúde de adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, enquanto garantia dos direitos fundamentais e da dignidade da pessoa humana. A temática possui grande relevância social uma vez que o estudo serve para instrumentalizar os atores do Sistema de Garantia de Direitos na articulação das ações, na defesa dos direitos e garantias fundamentais da criança e do adolescente e na formulação e controle da implementação das políticas públicas a eles destinadas.

A necessidade da pesquisa demonstra-se pelo baixo número de trabalhos acadêmicos que versam sobre o tema. Existem poucos trabalhos científicos que tratam sobre a saúde no sistema socioeducativo, um menor número de trabalhos que tratam das políticas públicas de saúde para a população que cumpre medida socioeducativa com privação de liberdade. Em uma pesquisa ao Banco de Teses e Dissertações da CAPES e do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), verificou-se a existência de 2 (duas) teses e 1 (uma) dissertação versando sobre a temática, sob o escopo das ciências da saúde.

O mestrado em direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) tem a proposta de desenvolver um saber teórico/prático associado à realidade concreta dos interesses da coletividade social. Nesse sentido, tem como objetivos levantar grandes temas contemporâneos de direitos humanos e instrumentalizar a ação dos operadores para a garantia e implementação de direitos, através da criação de novos conhecimentos capazes de desenvolverem espaços de transformação social.

A temática tem coerência com a proposta do Programa de Pós-Graduação em Direito da UNESC, uma vez que pretende pesquisar a implementação de políticas públicas específicas para adolescente em cumprimento de medida socioeducativa em restrição de liberdade dentro da sistemática SUS, a partir do marco teórico da proteção integral, considerando a PNAISARI e a análise do Plano Estadual de Atendimento (2015 – 2024). Desta forma, o presente projeto demonstra-se plenamente vinculado à área de concentração “Direitos Humanos e Sociedade” e com a linha de pesquisa “Direito, Sociedade e Estado”.

O projeto tem adesão à linha de pesquisa do orientador, Prof. Ismael Francisco de Souza, que acumula vasta experiência no estudo, pesquisa e publicação na área do Direito da Criança e do Adolescente, em especial das políticas públicas para a garantia dos direitos fundamentais dessa população.

Por fim, o tema possui aderência à linha de pesquisa do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED), que trata dos processos de constitucionalização dos direitos humanos na América Latina e sua materialização no diálogo democrático entre Estado e Sociedade para formulação, execução e avaliação de políticas públicas. A pesquisa alinha-se ao eixo específico “Estado, Direitos da Criança, do Adolescente e da Juventude” que trabalha as temáticas: direitos fundamentais da criança e do adolescente e políticas públicas.

O marco teórico que sustenta o desenvolvimento do trabalho é a Teoria da Proteção Integral, introduzida no ordenamento jurídico brasileiro através do artigo 227, *caput*, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que inaugura o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos que devem ser garantidos com absoluta prioridade conforme a tríplice responsabilidade compartilhada entre família, sociedade e Estado.

O método de abordagem utilizado será foi dedutivo, segundo o qual o raciocínio parte de uma premissa geral para uma premissa específica (MONTEIRO; MEZZARROBA, 2009). O referido método baseia-se no silogismo, ou seja, uma operação lógica entre as premissas maiores e menores para atingir o resultado necessário que é a conclusão (MONTEIRO; MEZZARROBA, 2009, p. 66).

O método de procedimento foi o monográfico que consiste em um estudo aprofundado de condições, indivíduos, comunidades, grupos ou instituições com a finalidade de obter generalizações (LAKATOS; MARKONI, 2003, p. 108). Através desse procedimento propicia-se uma investigação completa do tema escolhido, “[...] observando todos os fatores que o influenciaram e analisando-o em todos os seus aspectos.” (LAKATOS; MARKONI, 2003, p. 108).

As técnicas de pesquisas utilizadas para o desenvolvimento do projeto são a bibliográfica e documental. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bibliotecas das universidades brasileiras, no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), Portal *Scientific Electronic Library Online*

(SciELO), Portal de Periódico da CAPES, assim como em Revistas brasileiras qualificadas no *Qualis*.

A pesquisa documental foi realizada junto ao Ministério da Saúde (MS), Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMDH), Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Conselho Estadual de Direitos da Criança e do adolescente (CEDCA) e Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Como exemplos de alguns documentos inicialmente analisados: Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo (2015 - 2024), Plano Estadual de Saúde (2020 - 2023), Levantamento Anual do Sistema de Atendimento Socioeducativo e o Diagnóstico da Realidade Social da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina. Serão levantados os dados preliminares que traçam o panorama do sistema socioeducativo catarinense através dos dados oficiais divulgados pelo Departamento Estadual de Atendimento Socioeducativo de Santa Catarina (DEASE/SC) e pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Além disso, como fonte documental da pesquisa será utilizado o relatório do levantamento intitulado “Saúde dos (as) Adolescentes Em Cumprimento De Medidas Socioeducativas Em Santa Catarina”, produzido e disponibilizado pelo Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude (CIJ/MPSC) para diagnóstico da implementação da PNAISARI em Santa Catarina até o mês de setembro de 2020. Participaram do estudo 21 unidades socioeducativas distribuídas em 16 municípios catarinenses.

2. A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E OS PRESSUPOSTOS DO DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: A GARANTIA DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE.

O marco teórico da proteção integral foi consolidado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei nº 8.069/1990) e representa um rompimento aos paradigmas expressos nas normativas anteriores à legislação estatutária. Anteriormente à vigência do ECA, o Código de Menores de 1927 (Decreto nº 17.943-A de 1927) estabelecia a Doutrina do Direito Penal do Menor e reunia um conjunto de normativas destinadas exclusivamente aos menores abandonados e delinquentes, aos quais era atestada uma situação de prática de violência. Da mesma forma, o Código de Menores de 1979 (Lei nº 6.697 de 1979) aprofundou a objetificação da infância e adolescência na medida em que instituiu a Doutrina da Situação Irregular que legitimava um conjunto de políticas de repressão e controle social.

O desenvolvimento do Direito da Criança e do Adolescente, enquanto ramo autônomo do Direito, a partir da Teoria da Proteção Integral, representa uma ruptura paradigmática com entendimento menorista acerca da infância e adolescência, abandonando concepções negativas, repressivas, estigmatizantes, tuteladoras e adultocêntricas, para assim estabelecer novos olhares. Dessa forma, não há que se falar em um “menor infrator” que se encontra “em conflito com a lei”, o qual é permeado pela chamada “delinquência juvenil”. A partir do marco teórico adotado, a análise do tema proposto reveste-se da capacidade emancipatória dos sujeitos, da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, da garantia do desenvolvimento integral humano, do protagonismo juvenil, da tríplice responsabilidade compartilhada, da prioridade absoluta de crianças e adolescentes e da dignidade da pessoa humana.

Este capítulo apresenta os pressupostos e fundamentos do Direito da Criança e do Adolescente sob o marco da Teoria da Proteção Integral, analisando as principais disposições normativas do plano internacional e interno e suas repercussões no processo histórico-teórico de reconhecimento e garantia dos direitos das crianças e adolescentes brasileiros. Além disso, traz um estudo da abordagem principiológica estruturante e concretizante do Direito da Criança e do Adolescente.

2.1. A PROTEÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: OS TRATADOS E CONVENÇÕES INTERNACIONAIS.

Os desafios impostos à humanidade durante o pós-guerra impulsionam a reflexão internacional para ressignificação da concepção de direitos humanos. Foi a partir da vivência das atrocidades cometidas ao longo da Segunda Grande Guerra e da relativização do valor da condição humana, condenada ao descarte e à destruição, que a discussão sobre a proteção dos direitos humanos transbordou as fronteiras dos Estados, tornando-se um legítimo interesse do esforço internacional (PIOVESAN, 2018).

Nesse contexto, podemos perceber um processo de generalização ou universalização dos direitos humanos sob ótica de que “[...] a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano um ser essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade, esta como valor intrínseco à condição humana.” (PIOVESAN, 2018, p. 3). Por essa condição, a expressão *direitos humanos* assume grande amplitude semântica, abrangendo todos os direitos do ser humano, enquanto sujeito de interesse e proteção internacional, independente de positivação, geralmente reconhecidos pelos organismos internacionais e por todos os povos e em todos os tempos, sob o manto da validade universal (ANNONI, 2006; CANOTILHO, 2002; SARLET, 2015). Por seu turno, na normatividade interna dos Estados, conforme ensina Canotilho (2002, p. 517), os direitos fundamentais seriam a expressão dos direitos humanos, “[...] jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espacio-temporalmente, [vez que] seriam os direitos objectivamente vigentes numa ordem jurídica concreta”.

É inegável a contribuição do esforço internacional para construção de uma base jurídica essencial dos direitos humanos; e o reconhecimento de conteúdos diferentes entre as duas categorias não as afasta, pois é justamente através da inspiração das normativas desenvolvidas no cenário internacional que se refletem o rol de direitos fundamentais positivados nas Constituições nacionais, “[...] logo, os direitos internacionais constantes dos tratados de direitos humanos apenas vêm a aprimorar e fortalecer, nunca a restringir ou debilitar, o grau de proteção dos direitos consagrados no plano normativo constitucional” (PIOVESAN, 2013, p. 478). Contudo, a necessidade de superar os desafios de planificação dos direitos implica em adotar um enfrentamento que leve em conta uma perspectiva de direitos nova, integradora,

crítica e contextualizada com as práticas sociais de emancipação (FLORES, 2009). Nesse sentido, na visão de Herrera Flores (2009, p. 17),

[...] os limites impostos ao longo da história pelas propostas do liberalismo político e econômico exigem uma reformulação geral que os aproximem da problemática pela qual passamos hoje em dia. A globalização da racionalidade capitalista supõe a generalização de uma ideologia baseada no individualismo, competitividade e exploração. Essa constatação nos obriga a todos que estamos comprometidos com uma visão crítica e emancipadora dos direitos humanos a contrapor outro tipo de racionalidade mais atenta aos desejos e às necessidades humanas que às expectativas de benefício imediato do capital.

Tendo em conta tais ponderações, para fins de analisar o desenvolvimento da normativa internacional direcionada à proteção humana global das crianças, não se pode olvidar da contribuição para evolução da concepção contemporânea dos direitos humanos, aos olhos da multiculturalidade (PIOVESAN, 2008), justamente da contribuição dos países historicamente marginalizados pelo processo de colonização, marcados por trajetórias de exploração, invisibilidade, empobrecimento, discriminação e genocídio.

Conforme pontua Cançado Trindade (2018, p. 106), é justamente o enfrentamento de tais questões que converge diferentes concepções de direitos humanos à luz da universalização, as quais refletiram no crescente aumento, durante o século XX, de instrumentos internacionais de proteção e no número de ratificações pelos Estados nacionais; difundiu-se a necessidade da “[...] adoção de novos tratados de proteção nos planos global e regional, tidos como essencialmente complementares, e atendendo a novas necessidades de proteção do ser humano”.

Dentro deste processo dinâmico de lutas e conquistas de direitos, que leva em conta parâmetros históricos, políticos, culturais, sociais e econômicos da realidade local e mundial, os sistemas e mecanismos de proteção internacional e as normas nacionais - ou internas - tornam-se complementares, pois se impulsionaram e se retroalimentaram.

No campo da atenção à proteção da criança e do adolescente, conforme observa Cabral (2019), tanto no cenário internacional como no caso brasileiro, crianças e adolescentes apresentaram trajetórias semelhantes: partiram do anonimato, que não reconhecia suas particularidades em relação à fase adulta, passando a serem objetos sob tutela do Estado até, efetivamente, conquistarem seu reconhecimento como sujeitos de direitos.

Ensinam Veronese e Falcão (2017) que se pode situar no século XX o nascimento dos primeiros documentos de caráter internacional com o objetivo de conferir proteção à infância e estimular a cooperação e comprometimento dos Estados na formulação de suas medidas internas. Entre as principais normativas internacionais na área da proteção da infância se destacam: a Declaração de Genebra de 1924, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959, os Pactos Internacionais sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), ambos de 1966, e a Convenção dos Direitos da Criança de 1989, além de seus Protocolos Facultativos.

De modo geral, o desenvolvimento da tradição protetiva das crianças e adolescentes tem seu referencial com a edição da Declaração de Genebra de 1924 pela Liga das Nações. A carta de 1924 contava com 5 artigos, chamados de *princípios*, os quais, todavia, apenas enumeravam direitos que abrangiam a proteção à educação, à alimentação e aos cuidados de situações de perigo, sem menção à família, sequer às responsabilidades dos Estados ou outros meios de atingir as garantias dessa parcela da população.

Apesar dos avanços na agenda mundial, a Carta de 1924 não teve a força necessária para consolidar o pleno reconhecimento dos direitos da criança no cenário internacional, “[...] talvez até como decorrência do próprio panorama histórico que já se desenhava e do previsível insucesso da Liga das Nações” (SOUZA, 2001, p. 58). As atrocidades perpetradas em face dos meninos e meninas ao longo da Segunda Guerra desvendaram as insuficiências do documento e a necessidade de outras medidas.

[...] o conflito que gerou aproximadamente 13 milhões de crianças abandonadas, cerca um milhão de órfãos na Polônia, em torno de 1,2 milhão de crianças judias foram mortas em decorrência das atividades nazistas. Como se percebe, era preciso a aprovação de outro documento e a criação de medidas que visassem proteger os direitos das crianças, fornecendo-as caminhos mais seguros para sobrevivência e bem-estar social (VERONESE; FALCÃO, 2017, p.59).

Neste período, quando nascia a Organização das Nações Unidas (ONU), os direitos humanos ganharam seu *status* internacional no sistema de poder global, justamente pela aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e dos seus respectivos sistemas regionais de proteção. Importante frisar que a

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) foi o primeiro documento que tratou de forma específica acerca da necessidade de proteção e atenção especial de crianças, ao tratar da maternidade e da infância em seu artigo XXV, item 2 (SOUZA, 2001, p. 58).

Vale destacar a importância da Declaração Universal dos Direitos do Homem, vez que, segundo Dallari (2011, p. 190), consagraram três objetivos fundamentais:

[...] a “certeza” dos direitos, exigindo que haja uma fixação “prévia” e “clara” dos direitos e deveres, para que os indivíduos possam gozar dos direitos ou sofrer imposições; a “segurança” dos direitos, impondo uma série de normas tendentes a garantir que, “em qualquer circunstância”, os direitos fundamentais serão respeitados; [e] a “possibilidade” dos direitos, exigindo que se procure assegurar a todos os indivíduos os meios necessários à fruição dos direitos, não se permanecendo no formalismo cínico e mentiroso da afirmação de igualdade de direitos onde grande parte do povo vive em condições sub-humanas.

Nessa linha histórica, a partir deste marco, a compreensão hodierna da proteção internacional delimita melhor seus contornos com a edição da Declaração Universal dos Direitos da Criança, agora editada pela ONU em 1959, pois em seu texto já se vislumbra o reconhecimento de que, pela etapa de desenvolvimento físico e psicológico, a criança necessita de cuidados especiais que são de responsabilidade de toda a humanidade, a serem instrumentalizados pela proteção legal devida mesmo antes e depois do nascimento (MENDES, 2006).

Em seus dez artigos (também chamados de princípios, assim como a Carta de 1924) estabelecem-se diretrizes para conferir as garantias dos pequenos, como a proteção desde nascimento, o direito a um nome e à nacionalidade, à proteção social e a vivência em ambiente de afeto, tolerância e amizade e, estende seu alcance aos familiares. Percebe-se, portanto, que as tratativas dos congressos ressoaram sobre a Declaração de 1959 (VERONESE; FALCÃO, 2017, p. 60 - 61).

Nessa toada, cabe destacar um dos grandes méritos da Carta de 1959: a introdução do interesse superior da criança como princípio enraizador para interpretação de seu texto, que pode ser encontrado em seu 7º princípio¹, juntamente com o aporte anterior da Declaração Universal dos Direitos Humanos que, por meio

¹ “[...] O interesse superior da criança deverá ser o interesse diretor daqueles que têm a responsabilidade por sua educação e orientação; tal responsabilidade incumbe, em primeira instância, a seus pais”.

de seu artigo XXV², garantia o direito à assistência e proteção especial tanto da criança quanto das mães (VERONESE; FALCÃO, 2017).

Todavia, além da imprecisão linguística do texto e da ausência de regulamentação de outros vários direitos, a Carta de 1959 sofreu duras críticas, sendo a maior delas no diz respeito à característica intrínseca do documento: a falta de imperatividade e vinculação de seus instrumentos (princípios) aos Estados nacionais. Importa observar que tanto a Declaração de 1924, quanto a Declaração 1959, compõem o conjunto de normativas internacionais chamadas de *Soft Law* (em contraponto às chamadas *Hards Laws*), as quais possuem um grau de normatividade inferior às normas tradicionais ratificadas pelos Estados, mas que, apesar disso, possuem inegável papel no amadurecimento do debate internacional (VERONESE; FALCÃO, 2017).

Tanto é que do ponto de vista prático, as duas Declarações não resultaram em medidas concretas de proteção à infância, mas pode-se dizer que tenham corporificado o “[...] embrião de uma nova doutrina relativa aos cuidados da criança” (SOUZA, 2001, p. 60).

Conforme aponta Cabral (2019), a segunda fase de consolidação da Declaração Internacional de Direito Humanos (1948), inaugura-se com a edição dos Pactos Internacionais sobre os Direitos Cíveis e Políticos (PIDCP) e Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), pela XXI Sessão da Assembléia-Geral das Nações Unidas em 1966³, pois reforçaram o conteúdo da Carta de 1948, vinculando os Estados signatários⁴ às suas disposições, além de terem criado mecanismos, através de seus respectivos Comitês Internacionais, para monitoramento da implementação pelos Estados, ao “[...] recebe[re]m os relatórios atinentes às medidas adotadas, bem como as comunicações interestatais e petições de vítimas de violações aos direitos neles consagrados” (CABRAL, 2019, p. 33).

No que tange à proteção da infância, dispostos nos artigos 10º, 12º e 14º do PIDESC, destacam-se: a adoção de medidas especiais de proteção e assistência à criança, à família e às mães após o parto, sem distinção de qualquer condição; a

² “[...] A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social”.

³ Os dois Pactos foram ratificados internamente (Decretos nº 591/92 e 592/92) e passaram a vigorar internacionalmente para o Brasil apenas em abril de 1992.

⁴ No conteúdo dos dois textos, consta que apenas passariam a vigorar após 3 meses da ratificação pelo trigésimo quinto Estado membro, o que ocorreu somente em 1976.

proteção contra a exploração econômica e social ou à exposição em trabalhos nocivos à saúde, à vida e ao desenvolvimento; o estabelecimento dos limites de idade, proibição e punição pelo emprego do trabalho assalariado infantil; a adoção do mais alto nível de saúde física e mental, assegurando o compromisso com a redução da mortalidade infantil; o acesso obrigatório e gratuito à educação primária (BRASIL, 1992a). Quanto aos direitos civis e políticos da criança, apontam-se os artigos 6º, 10º, 14º e 24º do PIDSC que preveem, dentre outras disposições: a não aplicação da pena de morte para pessoas menores de 18 anos ou mulheres grávidas; nos casos de privação de liberdade, a separação dos adultos de pessoas jovens, as quais deverão ser tratadas de forma condizente com sua idade e condição jurídica; o sigilo das decisões judiciais quando necessário à proteção dos interesses da criança; o direito às medidas de proteção que sua condição requer, sem qualquer discriminação, por parte da família, da sociedade e do Estado; e, por fim, o direito à nacionalidade e ao registro imediato do nome ao nascer (BRASIL, 1992b).

A perspectiva de proteção à infância ganha força imperativa com a Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989, na medida em que vincula os Estados ratificantes às suas disposições (*Hard Law*) e impõe a necessidade da organização de políticas públicas para a infância, produzindo uma nova dimensão de compreender as dinâmicas de crianças e adolescentes, não mais isolada, mas também junto das suas famílias (SOUZA, 2016).

Já em seu preâmbulo, a Convenção reafirma a universalidade dos direitos reconhecidos pela Declaração de 1948 sob o primado da dignidade humana e destaca a família “como grupo fundamental da sociedade e ambiente natural para o crescimento e o bem-estar de todos os seus membros”, de modo que “para o pleno e harmonioso desenvolvimento de sua personalidade”, a criança, “deve crescer no seio da família, em um ambiente de felicidade, amor e compreensão”, respeitados os valores e as tradições culturais de cada povo (UNICEF, 1989). O documento está estruturado em 54 artigos, divididos em 3 partes: a 1ª Parte trata dos direitos fundamentais à vida, à liberdade, à convivência familiar e comunitária e da vedação de qualquer discriminação, exploração, abuso ou opressão; a 2ª Parte que determina a criação do Comitê de Direitos das Crianças; e a 3ª Parte que organiza suas disposições finais, quanto às ratificações, adesão, vigência etc.

A convenção estabelece que *criança* é “[...] todo ser humano com menos de 18 anos de idade, salvo quando, em conformidade com a lei aplicável à criança, a

maioridade seja alcançada antes” (UNICEF, 1989)⁵. Segundo Falcão e Veronese (2017), a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, é um importante marco paradigmático para o desenvolvimento do Direito da Criança e do Adolescente e para a afirmação da proteção integral no Direito Internacional dos Direitos Humanos a ser introduzido no ordenamento jurídico brasileiro. A criança e o adolescente se inserem na perspectiva da garantia de direitos e o “[...] Estado país deverá dirigir suas políticas e objetivos tendo por objetivo priorizar os interesses das novas gerações [...]; o que implica reconhecer a criança sob a perspectiva do sujeito de direitos” (VERONESE; FALCÃO, 2017, p. 34). Consoante explica Picornell-Lucas (2019), a Convenção de 1989

[...] se convirtió en un texto de referencia dirigido a la supervivencia y al desarrollo holístico de la infancia y de la adolescencia, reconociendo su interrelación con los derechos de los niños y mostrando a la infancia como una categoría social propia. Ahora bien, la relevancia social otorgada a los derechos de los niños, consecuencia de la consideración del niño como persona, en cada realidad geográfica y momento histórico, ha afectado a la respuesta de los gobiernos; políticas de infancia orientadas por las características sociales, culturales y morales de cada país (PICORNELL-LUCAS, 2019, p. 1179).

Nesse ponto, esclareça-se que não se nega a contribuição das normativas anteriores, mas a Convenção de 1989 sistematizou, em um único texto, os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, possibilitando a existência de um texto com parâmetros normativos que são adaptáveis às realidades dos Estados ratificantes e são referência para as políticas legislativas (SOUZA, 2001. p. 62).

Por sua vez, os artigos e direitos tratados pela Convenção podem ser agrupados em três categorias distintas e complementares, conhecidas como “3P”: a) *participação*, relativos aos direitos civis e políticos (como registro, nome, nacionalidade, acesso à informação, liberdade de consciência e pensamento etc.); b) *provisão*, afetos aos direitos econômicos, sociais e culturais (saúde, educação, assistência, previdência, lazer, recreação etc.); e c) *proteção*, que dizem respeito à proteção contra abuso e violência, à criança refugiada, à criança com deficiência, em

⁵No caso brasileiro, destaca-se a diferenciação adotada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Artigo 2º da Lei 8.069/1990), ao tratar criança o indivíduo de zero até onze anos incompletos, e adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos, o que apontaria para um melhor entendimento e implantação de mecanismos de cuidados especiais ante a melhor compreensão da etapa de formação (PEREIRA, 2008).

situação abusiva de trabalho e em conflitos armados (VERONESE; FALCÃO, 2017, p. 64).

Para Bozzi (2011, p. 109), “la Convención sobre los derechos de la niñez ofrece un marco de trabajo, acordado internacionalmente, de normas mínimas necesarias para el bienestar de la niñez y a las cuales todas las niñas y niños tienen derecho”. Deste modo, o princípio básico para os direitos das crianças vem da ideia de que a sociedade tem como obrigação satisfazer suas necessidades e promover o seu desenvolvimento. Obrigações que se refletem no compromisso político dos países que ratificaram a Convenção de 1989 e estão agrupados em quatro princípios ou premissas orientadoras, que serão estudadas mais adiante: o interesse superior ou melhor interesse da criança; o direito à vida, sobrevivência e ao desenvolvimento; o direito à não discriminação; e o direito à participação (MORLACHETTI, 2014; BOZZI, 2011, LIMA, 2001).

Sem dúvida, a Convenção de 1989 integra o processo de universalização dos direitos humanos que requer a atuação e cooperação internacional para implementação, inclusive, o esforço internacional segue no mapeamento e discussão de situações que demandam novos instrumentos específicos para garantia de todos os direitos elencados.

Outros aportes de normativas internacionais ainda merecem destaque, como os protocolos facultativos incorporados à Convenção de 1989. Os Protocolos Facultativos tratam-se de Tratados Internacionais complementares, de adesão optativa pelos Estados ratificantes, que têm o objetivo de ampliar a discussão de um tema específico abordado na Convenção de 1989 (VERONESE; FALCÃO, 2017). Importa observar, conforme aponta Lima (2015, p.158) que

[...] os protocolos, ainda que de adesão facultativa, são mecanismos de atualização dos tratados principais, logo, quando os Estados ratificantes da Convenção principal deixam de ratificar o protocolo, esta falta de adesão ou sensibilidade para com os direitos humanos que se visa proteger representa, em muitos casos, o não comprometimento real do Estado-parte com a Convenção que em determinado momento histórico decidiu ratificar.

Citam-se: o Protocolo Facultativo I (2000), relativo à participação de crianças em conflitos armados; o Protocolo Facultativo II (2000), que diz respeito à venda de crianças, prostituição e pornografia infantil; e o Protocolo Facultativo III (2014), que trata da comunicação direta da violação dos direitos contidos na Convenção de 1989

ao Comitê dos Direitos da Criança da ONU, conhecido como “Protocolo de 2014” (VERONESE; FALCÃO, 2017).

Além disso, a fim de compor o panorama de proteção internacional da criança e do adolescente pertinente ao presente estudo, em especial no que tange às situações de privação de liberdade, citam-se as normativas específicas sobre o tema: as Regras de Beijing (Resolução nº 40/33 de 1985); as Diretrizes de Riad (Resolução nº 45/112 de 1990); e as Regras Mínimas Padrão das Nações Unidas para a Elaboração de Medidas Não Privativas de Liberdade (Resolução nº 45/110 de 1990, conhecidas como “Regras de Tóquio”)⁶ - as quais definiram parâmetros para formulação da política de administração da justiça juvenil e, principalmente, para desvendar alternativas à intervenção tutelar e jurisdicional.

Por fim, dentre esses documentos, destacam-se as Regras de Beijing como o primeiro documento internacional específico à proteção da criança e do adolescente *em confronto com a lei* e sua importância se dá ao fato de ter adotado princípios e parâmetros básicos a serem adotados no âmbito dos sistemas de justiça para assegurar os direitos fundamentais para apuração e responsabilização de crianças e adolescentes envolvidos na prática de infração penalizada pela lei interna. Em seus princípios gerais, chamados “orientações primárias”, o documento impõe aos Estados partes que promovam medidas concretas, com envolvimento da entidade familiar, escolar e comunitária, a fim de promover o bem-estar da criança, reduzir a necessidade de intervenção legal e tratar de modo equitativo e humano a situação de infração. Segundo explica Liberati (2004, p. 11), o documento está voltado à

[...] proteção dos jovens, pelo fato de estarem ainda, no estado inicial do desenvolvimento de sua personalidade e necessitarem de assistência particular, para desenvolver-se física e intelectualmente e para integra-se, de maneira satisfatória, na sociedade; necessitam, ademais, ser protegidos pela lei dentro de condições que garantam a paz, sua liberdade, sua dignidade e sua segurança.

⁶Tal documento não foi incorporado na legislação interna pelo Brasil, porém sua proposta é apontada como “[...] o divisor de águas entre uma cultura exclusivamente punitivista e a construção de um modelo mais humanizado de distribuição da justiça, na medida em que propõe a valorização de forma e resultados menos danosos do que aqueles decorrentes da utilização da prisão” (CNJ, 2016. p. 12) Inclusive, aponta-se que integrou o rol de documentos de normativas internacionais que orientaram o Marco Legal e Principiológico para elaboração do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE (SEDH, 2006), portanto, relevante e influente para o desenho da normativa de proteção proposta.

No mesmo sentido, segundo seu texto “nenhuma disposição das presentes regras poderá ser interpretada no sentido de excluir os jovens do âmbito da aplicação de outros instrumentos e normas relativos ao cuidado e à proteção dos jovens reconhecidos pela comunidade internacional”, ou seja, por meio da cláusula de salvaguarda (n.º 9), deixa-se expresso que o teor do documento está em consonância com todo o sistema de proteção internacional da criança e do adolescente, o qual é aplicável em primeiro lugar.

O documento prevê, ainda, outras determinações que mais tarde seriam incorporadas ao sistema de proteção interno brasileiro como, por exemplo: a) o tratamento em meio aberto ser prioritário, mediante a permanente assistência de todos os serviços disponíveis à comunidade, viabilizando a reabilitação no ambiente comunitário, preferencialmente na unidade familiar; b) a garantia de cuidado, proteção, educação e formação profissional a fim de desenvolver papel construtivo na sociedade; c) no caso de jovens institucionalizados, o direito de receberem os cuidados, a proteção e toda a assistência necessária social, educacional, profissional, psicológica, médica e física que requeiram devido à sua idade, sexo e personalidade e no interesse do desenvolvimento sadio; d) a atenção especializada à jovem institucionalizada; dentre outras disposições.

2.2. FUNDAMENTOS DO DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO PLANO INTERNO: O ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO BRASILEIRO E OS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

Na normativa interna brasileira, o Direito da Criança e do Adolescente encontra respaldo original a partir da Constituição Federal a qual, pela primazia da dignidade da pessoa humana e pelo restabelecimento do ideal democrático em 1988, dispõe que a República Federativa do Brasil constitui-se em um Estado Democrático de Direito. Os fundamentos da proteção de crianças e adolescentes são introduzidos em seu artigo 227⁷, que posteriormente serão instrumentalizados pela edição do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.

⁷Art. 227. 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,

Dentro dessa premissa adotada, o Estado Democrático de Direito pode ser considerado uma evolução das matrizes do Estado Liberal e do Estado Social de Direito, uma vez que as garantias até então estabelecidas são insuficientes à concretização da justiça social e da cidadania; “[...] ele concretiza a democracia para além das meras regras procedimentais e eleitorais, pois vislumbra a importância da democracia como fundamental, tanto nos resultados obtidos quanto nos meios utilizados para o alcance desses resultados.” (VIEIRA, 2013, p. 187).

A revolução industrial, durante o século XIX, desvendou as mazelas do Estado Liberal dentro do projeto capitalista industrial que, por meio da lógica individualista de proteção da liberdade do homem natural (BOBBIO, 2004), apesar de fundamentar o Estado de Direito e à garantia das liberdades individuais e da democracia liberal, não atendiam à realidade da Europa naquele período.

É na estruturação das bases do Estado Social em decorrência da profunda crise mundial daquele período e, sobretudo, da reflexão da “questão social” levantada pelos movimentos sociais da classe dos trabalhadores os quais se organizam para combater o sistema exploratório implantado com a revolução industrial e exigir uma série de direitos, sobretudo direitos sociais e assistenciais, que nasce a necessidade de um modelo de Estado intervencionista (ESPING-ANDERSEN, 1991; 1995). Neste primeiro momento, surgia o *Welfare-State*, conhecido como Estado de Bem-estar Social, cujo objetivo era estabelecer políticas assistenciais de cunho social a fim de se evitar o agravamento da crise e uma possível revolução por parte dos movimentos sociais (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 3).

O conseqüente modelo de Estado Social, propriamente dito, leva em conta uma infinidade de fatores e elementos complexos que permeiam a sociedade contemporânea, de modo que Garcia-Pelayo (2009, p. 3) menciona que “o Estado Social guarda relação com os aspectos totais de uma configuração estatal típica da atualidade”. Portanto, o Estado Social representa uma evolução no modelo de Estado tradicional não intervencionista, pois leva em conta as questões sociais da civilização industrial e pós-industrial, buscando alternativas para enfrentar os complexos problemas da atualidade de modo a diminuir as desigualdades através da promoção e garantia de direitos. “Com o Estado Social de Direito, projeta-se um modelo no qual

além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

o bem-estar e o desenvolvimento social pautam as ações do ente público.” (STRECK; MORAIS, 2014, p. 74).

Neste sentido, Wolkmer (2001, p. 16) afirma que:

que se parte da percepção de crise e de esgotamento do modelo jurídico liberal-individualista, que não oferece respostas satisfatórias (eficazes) aos reclamos político-sociais de segurança e certeza no atual estágio de evolução das sociedades complexas e conflituosas de massa. Impõe-se, como condição básica, a demarcação de um novo fundamento de validade para o mundo jurídico, um paradigma que incida, inexoravelmente, no reconhecimento de novas formas de ações participativas.

Contudo, segundo aponta Vieira (2013, p. 154), o “[...] Estado Social, que além das garantias fundamentais e individuais veio a reconhecer os direitos fundamentais e coletivos, não conseguiu resolver a crise jurídica e política do paradigma moderno, por ter usado apenas os instrumentos jurídicos e políticos da cidadania representada.”

O Estado Democrático de Direito, por sua vez, segundo defendem Streck e Morais (2014, p. 74),

[...] tem um conteúdo transformador da realidade, não se restringindo, como o Estado Social de Direito, a uma adaptação melhorada das condições sociais de existência. Assim, o seu conteúdo ultrapassa o aspecto material de concretização de uma vida digna ao homem e passa a agir simbolicamente como fomentador da participação pública no processo de construção e reconstrução de um projeto de sociedade, apropriando-se do caráter incerto da democracia para veicular uma perspectiva de futuro voltada à produção de uma nova sociedade, na qual a questão da democracia contém e implica, necessariamente, a solução do problema das condições materiais de existência.

O Estado Democrático de Direito, segundo apontam Streck e Morais (2014, p. 75), apresentam oito princípios: a) Constitucionalidade, ou seja, a vinculação do Estado à um instrumento básico de garantia jurídica, a Constituição; b) Organização Democrática da Sociedade; c) Sistema de direitos fundamentais e coletivos; d) Justiça social como mecanismos corretivos de desigualdades; e) Igualdade como articulação de uma sociedade justa, não apenas como possibilidade formal; f) Divisão de Poderes e Funções; g) Legalidade, como medida do direito e meio de ordenação racional, vinculante e prescritivos de regras, formas e procedimentos; e, h) Segurança e Certeza Jurídica.

Todavia, apesar do Brasil não ter vivenciado dentro das etapas de evolução desses modelos o Estado Social, pode-se afirmar que a realização do Estado inscrito

na CF/88 traz consigo compromissos e condições de transformação da realidade social (STRECK; MORAIS, 2014). Isso porque os objetivos essenciais de existência do Estado e da ordem constitucional estão essencialmente ligados também à possibilidade de “[...] exigir do poder público não a mera abstenção e sim, a sua intervenção no implemento das garantias a que se propõem os direitos fundamentais [...]” (CADEMARTORI, 2006, p. 162). Não por menos que, em seus artigos 5º e 6º, a CF/88 estabelece direitos e garantias fundamentais tanto de ordem individual, como o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, quanto prestações garantidas pelo Estado de ordem social, como a saúde, a educação, a moradia, o trabalho, a previdência, o transporte, a segurança etc.

Nessa seara, Figueiredo e Sarlet (2012, p. 62) caracteriza nossa evolução constitucional e denomina a existência do Estado Democrático e Social de Direito, aquele modelo que, consagrado pelas Constituições atuais, adota a concepção de que os direitos fundamentais sociais, aliados à forma do Estado Democrático, são exigência irremediável do exercício das liberdades e garantia das igualdades inerentes à noção de democracia de conteúdo não meramente formal, mas caracterizado pela essência do valor da justiça material.

A substancial mudança do papel do Estado, a ampliação e universalização de direitos e a mudança na gramática da democracia permitiram que a concepção da participação política no Estado brasileiro, da década de 1980, fosse interpretada sobre o novo paradigma da *Participação Cidadã*, cuja intervenção orientada à transformação social ocorre de forma planejada e articulada nas políticas públicas exigidas do Estado (GOHN, 2010).

Da mesma forma, Vieira (2013, p. 177) sustenta que a Constituição Federal de 1988 rompeu com o antigo modelo de cidadania, o qual se limitava à democracia representativa, estabelecendo novas formas de participação popular por intermédio da democracia semidireta e também da participativa. Vale mencionar que esse novo paradigma não exclui a democracia representativa, mas traz novas condições de possibilidade no que se refere ao exercício da cidadania.

O modelo de democracia participativa parte do pressuposto de que os indivíduos não se desenvolvem isoladamente, mas somente em sociedade, de modo que é fundamental que existam espaços deliberativos com ampla participação de todos os sujeitos (PATEMAN, 1992, p. 60). Assim, novos espaços para a participação popular são conquistados pela sociedade, a fim de que possam, por intermédio do

diálogo, deliberação e oposição, formar uma decisão coletiva em que todos os sujeitos efetivamente dela participam (VIEIRA, 2013, p. 182). A Constituição Federal de 1988, a partir do movimento reivindicatório de reconhecimento dos direitos sociais durante a redemocratização, ampliou as possibilidades de desenho de novos ambientes de participação do cidadão nas esferas de poder do Estado, cuja influência no processo político se atrelou não só a conquista de direitos, mas também à formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas sociais, ao exemplo das disposições no campo da seguridade social (art. 194, inc. VII), da saúde (art. 198, inc. III), da educação (art. 205 e 206, inc. VI) (SOUZA; BORGES, 2015); assim como aquelas atreladas aos grupos de interesses e segmentos sociais específicos, como crianças e adolescentes (art. 227, § 7º e 204, inc. II)⁸, idosos, mulheres, negros, povos originários, e aos interesses gerais da comunidade, como o meio ambiente e o patrimônio histórico-cultural (GOHN, 2002).

Toda essa construção está intimamente ligada ao desenvolvimento do Direito da Criança e do Adolescente brasileiro como o conhecemos hoje. A incorporação da Teoria da Proteção Integral no ordenamento jurídico brasileiro é o grande marco da mudança estruturante ao inaugurar um sistema de proteção de crianças, alterando a forma que são encaradas as demandas e necessidades da infância e adolescência no Brasil.

Os tratados e convenções internacionais de direitos humanos da criança e do adolescente estabeleceram o marco paradigmático da Doutrina da Proteção Integral no âmbito internacional, através da Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 1959, e, posteriormente, com a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, de 1989, mas no âmbito interno, o reconhecimento dos direitos fundamentais também ocorreu por um processo de lutas e participação cidadã e democrática.

A história brasileira, tanto no período colonial como imperial, foi marcada por uma negação da infância enquanto a etapa da vida de especial atenção ao desenvolvimento humano (RIZZINI; PILOTTI, 2011). A Doutrina do Direito do Menor

⁸“Art. 227, [...] § 7º No atendimento dos direitos da criança e do adolescente levar-se-á em consideração o disposto no art. 204” e “Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes: I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social; II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis” (BRASIL, 1988).

foi articulada pelo Código de Menores, de 1927, e importou no direito brasileiro as concepções acerca da infância que dominavam a Europa durante o século XIX. Embora afastasse a infância e a adolescência da criminalização, como era anteriormente ao período republicano, a legislação menorista expressiu a realização de práticas discriminatórias e repressivas, selecionadas e direcionadas a partir das condições econômicas como o fator determinante de exclusão (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

O Código de Menores, de 1927, conhecido também como Código de Mello Matos surgiu “[...] para supostamente resolver os incômodos da delinquência, do abandono e da ociosidade, apresentava propostas focalizadas nas consequências dos problemas sociais, omitindo-se [contudo] em relação à absoluta condição de exploração econômica.” (CUSTÓDIO, 2009, p. 17). A legislação, em seu artigo 26, elencava oito possíveis definições de menor em situação de abandono: eram crianças e adolescentes pobres, rotuladas como *menores*, *abandonados* e *delinquentes*, ou seja, meros objetos a disposição da ação Estatal materializada na repressão do Juiz de Menores (LIMA; VERONESE, 2012).

Em continuidade a legislação anterior, Código de Menores, de 1979, adotou a Doutrina da Situação Irregular marcando os indivíduos pela tutela do Estado, encarregado de prevenir, corrigir e conter aquelas crianças e adolescentes que eram considerados um risco à sociedade. Ao longo da história, percebeu-se que a Doutrina da Situação Irregular era irmã siamesa de sua antecessora e deu continuidade a todo o sistema antidemocrático, anti-humanista, repressivo e degradante do menorismo da década de 1920, que se pautava na condição *desviante*, *infratora*, ou *delinquencial* dos chamados *menores irregulares* (LIMA, 2001).

Esse período foi marcado pela atuação estatal que seguiu a lógica da institucionalização dos/as meninos e meninas pobres e estigmatizados que, durante o período republicano e durante a ditadura militar, sedimentou a internação em instituições de assistência como o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e a Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM). Segundo Rizzini e Pilotti (2011, p. 20),

a antiga prática de recolher crianças em asilos propiciou a constituição de uma cultura institucional profundamente enraizada nas formas de "assistência ao menor" propostas no Brasil perdurando até a atualidade. O recolhimento, ou a institucionalização, pressupõe, em primeiro lugar, a segregação do meio social a que pertence o "menor"; o confinamento e a

contenção espacial; o controle do tempo; a submissão à autoridade - formas de disciplinamento do interno, sob o manto da prevenção de desvios ou da reeducação dos degenerados (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 20).

Assim, a popularizada perspectiva higienista da tradição menorista elaborou seu discurso nas críticas às medidas correcionais do sistema carcerário, supostamente privilegiando a prevenção e reeducação (RIZZINI; PILOTTI, 2011). Na prática, as medidas adotadas eram sempre a segregação e o confinamento dos *menores* em instituições totais que reproduziam a mesma sentença punitiva: o objetivo era trazer maior vigilância e controle sobre a população pobre, afastando a infância material ou moralmente abandonada das famílias estigmatizadas pelo mito da desorganização (RIZZINI; RIZZINI, 2004; RIZZINI; PILOTTI, 2011).

Aliado a esse processo da institucionalização, o desenvolvimento da gestão Estatal da infância se apoiou nas representações sociais sobre a família pobre e *desestruturada*, ambiente do qual era papel do Estado proteger o menor.

A idéia de proteção à infância era antes de tudo proteção contra a família. Foi sobretudo, a partir da constituição de um aparato oficial de proteção e assistência à infância no Brasil, na década de 1920, que as famílias das classes populares se tornaram alvo de estudos e formulação de teorias a respeito da incapacidade de seus membros em educar e disciplinar os filhos (RIZZINI; RIZZINI, 2004, p. 39).

A proposta menorista perdeu força ao longo dos debates acadêmicos e populares durante a década de 1980, pois o modelo de tratamento da infância não mais se sustentava: existia forte crítica à institucionalização; à judicialização das políticas administrativas; à desigualdade produzida pelas figuras do *menor* e da *criança*; além da opinião pública tomar consciência da visibilidade da condição de pobreza e desigualdade da população (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 72). A reabertura democrática do Brasil possibilitou um intenso movimento de rediscussão da cidadania e as propostas das doutrinas anteriores reprodutoras das inúmeras desigualdades sociais brasileiras não encontravam mais seu fundamento, era necessária uma nova base jurídica (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009).

Foi no contexto brasileiro das décadas de setenta e oitenta, pela possibilidade de instauração de uma assembleia constituinte a debater os rumos da política nacional, que as reivindicações das manifestações populares contribuíram na construção e discussão de uma nova proposta de democracia, que assegurasse uma nova perspectiva da infância e adolescência (SOUZA, 2016). O Movimento Nacional

de Meninos e Meninas de Rua situa sua origem nos debates sociais que acompanharam os anos de 1980 no Brasil, buscando se opor ao modelo assistencialista e repressor da política de atendimento a crianças e adolescentes da época, privilegiando a luta pela extensão da cidadania para essa parcela da população (SANTOS et al., 2009; FIGUEIREDO, 1996; NICODEMOS, 2020). A abertura democrática e os movimentos populares foram grandes catalisadores da introdução da doutrina da proteção integral no ordenamento jurídico na transição entre doutrinas diametralmente opostas. Segundo Custódio (2008, p. 27),

[...] a colaboração indispensável dos movimentos sociais em defesa dos direitos da infância, que juntamente à reflexão produzida em diversos campos do conhecimento, inclusive àqueles considerados jurídicos, proporcionou a cristalização do Direito da Criança e do Adolescente com uma perspectiva diferenciada anunciando reflexos radicalmente transformadores na realidade concreta.

Desse modo, diversamente de ser entendida tradicionalmente como uma doutrina (VERONSE; SOUZA, 2001; RAMIDOFF, 2007) o paradigma da proteção integral desenvolve-se enquanto uma teoria ao “[...] deixa[r] de se constituir apenas como obra de juristas especializados ou como uma declaração de princípios propostos pela Organização das Nações Unidas uma vez que incorporou na sua essência a rica contribuição da sociedade civil brasileira (CUSTÓDIO, 2008, p.27)

É através do movimento internacional de (re)descoberta da infância, assim como as reivindicações de instituições e mobilizações da sociedade civil organizada durante o processo da assembleia constituinte (LIMA, 2001), que se promulga a Constituição Federal de 1988 incorporando o novo paradigma da Proteção Integral pelo sistema jurídico brasileiro no artigo 227, *caput*, que será materializado na garantia dos direitos fundamentais à infância e adolescência pela tríplice responsabilidade compartilhada.

A Carta Constitucional possui uma “nova base doutrinária, a qual implica que, fundamentalmente, as crianças e adolescentes brasileiros passem a ser sujeitos de direitos [...]; o indivíduo apreendido do ordenamento jurídico com possibilidades de, efetivamente, ser um sujeito-cidadão” (VERONESE, 2013, p. 49). Da mesma forma, crianças e adolescentes deixam de ser sujeitos inacabados, alcançando *status* para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, a ser garantido pelo mundo adulto (VERONESE, 2015). Na instrumentalidade dessa noção, a edição do Estatuto da

Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.089/90) prevê, em seu artigo 3º, que às crianças e adolescentes é garantido todo o conjunto de direitos fundamentais necessários à pessoa humana, assegurados “por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.” (BRASIL, 1990).

A concretização dos direitos elencados no artigo 4º do Estatuto, como o direito à vida e à saúde, será de responsabilidade “da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público” (BRASIL, 1990), que deverão ser garantidos com absoluta prioridade. Assim, o princípio da prioridade absoluta estampado no Estatuto servirá de critério interpretativo e “diretriz de ação para a efetivação dos direitos fundamentais, na medida em que estabelece a prioridade na realização das políticas sociais públicas e a destinação privilegiada dos recursos necessários à sua execução” (CUSTÓDIO, 2008, p. 34). Pode-se dizer então, segundo Ramidoff (2007, p. 196), que “[...] a fundamentação tanto para a proteção integral quanto da prioridade absoluta é legal, e não, meramente, moral, vale dizer, consubstanciam-se em expressões decorrentes dos direitos individuais fundamentais afetos à criança e ao adolescente”.

A base doutrinária adotada ou “eixo duro” é a própria Teoria da Proteção Integral; ao reconhecer como sujeitos de direitos, reconhecem-se

[...] sujeitos humanos em processo de desenvolvimentos, construtores, portanto, de um protagonismo, que se opõe a ideia civilista da “capacidade/incapacidade”. Ao situá-los como sujeitos, redimensiona conceitos tradicionais, em uma necessária crítica ao adultocentrismo, que minorizava e coisificava a infância (VERONESE, 2019, p. 21).

Dessa forma, segundo Lima (2001, p. 152), este novo ramo autônomo do direito é marcado pelo caráter emancipatório e pelo pressuposto democrático da legalidade, que não se harmoniza com concepções tradicionais jurídicas dominantes, pois não visualiza o Direito como um instrumento de controle social ou de manutenção de estruturas de poder, mas sua concretização é medida pelas relações sociais, como um conteúdo material de atitudes, procedimentos, hábitos individuais e coletivos e comprometido com o cuidado das crianças. Somado a isso, como se viu ao longo da história, crianças e adolescentes nunca ocuparam lugar de fala acerca das decisões políticas relacionadas à infância, seja no âmbito da família ou da sociedade, tal lugar sempre foi adulto centrado, pois considerava crianças incapazes, vulneráveis, imaturos ou ignorantes (VERONESE; FALCÃO, 2017), sendo um desafio a

implementação do direito de participação, mesmo que se reconheça crianças e adolescentes como atores sociais, ou seja, sujeitos com capacidade de ação e interpretação de suas escolar e decisões (SANCHES, 2015, p. 62).

Segundo Lima (2001, p.144), o modelo da proteção integral tem como finalidade histórico-social “[...] redefinir a relação da sociedade em geral e do Estado com o segmento infanto-juvenil, rompendo definitivamente com a chamada *tradição menorista*”, o que implica adotar como fundamento ideológico de tal Direito Positivo os seguintes eixos fundamentais:

- (i) a afirmação do valor intrínseco da criança como ser humano;
- (ii) o reconhecimento da criança e do adolescente como titulares de Direitos Fundamentais, gerais e especiais, na condição peculiar de pessoas em desenvolvimento;
- (iii) o reconhecimento do caráter prospectivo, o sentido de que ela é portadora da continuidade do seu povo e da espécie humana;
- (iv) o reconhecimento de que a criança é portadora de vulnerabilidade especial, o que a torna merecedora de proteção integral por parte da família, da sociedade em geral e do poder público (LIMA, 2001, p. 145).

De toda forma, a transdisciplinaridade com que se desenvolveu o Direito da Criança e do Adolescente conduz a pensar no paradigma da proteção integral levando-se em consideração ao menos três dimensões complementares: a) a dimensão jurídica, ou seja, todo o arcabouço normativo internacional e interno; b) a dimensão política, em que o Estado brasileiro deverá cumprir os pactos estabelecidos com os organismos internacionais, com vista à implementação de políticas públicas específica à crianças e adolescentes; e, c) a dimensão social, que “converge para uma sociedade que perceba a criança e o adolescente não por aquilo que serão no futuro, mas no agora, nas suas diversas fases de desenvolvimento e nas suas necessidades em cada momento [...]” (SOUZA, 2016, p. 75-76).

2.3. OS PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES E CONCRETIZANTES DO DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

Todo o ordenamento jurídico é composto por valores, princípios e regras, cujas normas jurídicas que integram o direito estão organizadas em um sistema de interdependência em uma lógica interna de interação. O Direito da Criança e do Adolescente, do mesmo modo, por ser um especial sistema jurídico garantista, possui

como função básica a garantia da proteção integral e a materialização dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes (LIMA, 2001, p. 105 - 107).

Segundo proposição de Dworkin, os princípios não estão necessariamente positivados na legislação, justamente por constituírem questões de fundamento, as razões de ser das regras, ou as pressuposições justificantes exteriores ao direito positivado: “são aquelas convicções de moralidade política mais profundas, mais intuitivas, mais originais e autênticas, que justificam uma determinada interpretação do direito como a melhor interpretação possível.”; enquanto as regras prescrevem condutas, direitos e obrigações (SIMIONI, 2011, p. 210).

Para Alexy (2008, p.90), tanto as regras como os princípios tratam-se de normas ou espécies normativas, visto que estabelecem um dever-ser, mas que se diferem não apenas em generalidade e hierarquia, mas em qualidade. Os princípios, segundo tal critério, constituem mandamentos de otimização, visto que ordenam a realização de seus fundamentos na maior e mais ampla medida possível em função da realidade fática e jurídica existente. As regras, segundo o critério da qualidade, indicam determinações específicas e estritamente definidas dentro do âmbito jurídico que serão ou não cumpridas de acordo com sua exigência, portanto, sem grau ou amplitude de realização (ALEXY, 2008, p. 91).

Na perspectiva de Ávila (2014), os princípios são constituídos como bases ou pilares do ordenamento que buscam contribuir para a tomada de decisão, mas que não são dotados de clareza conceitual; as regras, por outro lado, indicam e descrevem condutas, estabelecem obrigações, permissões e proibições. O conjunto da principiologia do Direito da Criança e do Adolescente, cujo fio condutor é a teoria da proteção integral, por sua vez, está diretamente vinculado à garantia da dignidade destes seres humanos que se encontram em condição peculiar de desenvolvimento, uma vez que

os direitos humanos, a cidadania, a proteção integral, a prioridade absoluta, enfim, todas essas novas categorias (re)significativas das liberdades substanciais para as crianças e adolescentes são mais do que meras categorias jurídico-legais, pois, na verdade, constituem-se em novas elementares para a construção paritária e igual da democracia, senão, do próprio regime democrático a ser renovado diuturnamente (RAMIDOFF, 2007, p. 48)

Assim, o que fundamenta a estrutura normativa do Direito da Criança e do Adolescente é, dentre outros princípios, a prioridade com que os direitos desses

sujeitos devem ser garantidos por todos e todas, seja a família, a sociedade e o Estado, de modo a assegurar que eles atinjam o potencial do seu pleno desenvolvimento humano.

Os princípios que compõem o Direito da Criança e do Adolescente, por classificação proposta por Lima (2001), dividem-se em estruturantes e concretizantes. Os princípios estruturantes são aqueles que indicam parâmetros fundamentais de sentido às normas e resolvem conflitos e antinomias entre regras e princípios. Por si, designam “parâmetros para a atribuição do sentido jurídico fundamental deste novo Direito, contendo as referências teleológicas e axiológicas que determinam, nos casos de antinomias, sua superioridade em face de outras normas (outros princípios, regras jurídicas)”, constituindo-se, portanto, em estruturas jurídico-positivas formais e materiais no topo da pirâmide normativa, as quais indicam diretrizes metodológicas que mantêm a organicidade, a unidade e a coerência do sistema de proteção de crianças e adolescentes (LIMA, p. 156 - 157). Elencam-se tais princípios: a vinculação à proteção integral, a universalização, o caráter jurídico garantista e o interesse superior da criança e do adolescente.

Os princípios concretizantes, por sua vez, subordinados e complementares aos primeiros, são aqueles que *densificam* e dão concretude aos princípios que estruturam o sistema, em uma ordem lógico-formal e lógico-material. O autor elenca como princípios concretizantes: a prioridade absoluta, a ênfase nas políticas sociais básicas, a descentralização político-administrativa, a participação popular, a interpretação teleológica e axiológica, a integração operacional, e a especialização técnico-profissional (LIMA, 2001).

O princípio da vinculação à proteção integral é o princípio enraizador de toda a sistemática proposta desde a Convenção de 1989, situado no plano mais elevado da pirâmide normativa, pois, enquanto *mandamento de otimização*, funciona como fundamento e diretriz hermenêutica para todo conjunto de princípios estruturantes.

Nesta condição de *primeiro princípio estruturante*, o seu conteúdo deve refletir-se em todas as ações de implantação e aperfeiçoamento do Direito da Criança e do Adolescente, em todos os níveis da produção jurídica (legal, institucional, político administrativa, legislativa, executiva, judiciária, preventiva, corretiva, sócio-educativa etc.), sob pena de frustrarem-se os fins sociais deste novo Direito. Desta forma, a mudança do panorama legal, o reordenamento institucional, a busca de novas formas de proteção aos Direitos Fundamentais, e de atendimento às Necessidades Básicas de crianças e adolescentes, devem traduzir-se em compromissos permanentes de todos os operadores do Direito da Criança e do Adolescente. (LIMA, p. 179).

Conforme apontado anteriormente, a proteção integral se origina da ruptura paradigmática promovida pelo texto da Convenção de 1989 e incorporada Estado Democrático e Social de Direito e na Carta Constitucional de 1988, cujo conceito é sócio-jurídico institucionalizante de um espaço novo para crianças e adolescentes, “*espaço da Cidadania*, entendido como o espaço de quem tem *direito a ter direitos*, ou de quem não pode mais ser visto como feixe de carências, mas deve ser considerado como *feixe de direitos*.” (LIMA, 2001, p. 176). Segundo Custódio (2009), tal é o princípio que mais se destaca, estando expresso no artigo 227 da Constituição Federal e também nos artigos 1º e 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Segundo Veronese (2015), a proteção integral é capaz de reconhecer a integralidade dos sujeitos, na medida em que atesta a existência de necessidades de proteção especializada e transversal, direitos próprios e especiais decorrentes de sua condição de pessoa em desenvolvimento, além de todos os outros direitos inerentes à pessoa humana, reafirmando-se, mais uma vez, a condição de sujeitos de direitos de crianças e adolescentes.

O princípio da universalização vem como uma forma de superação jurídica, ética, política do *etiquetamento conceitual* produzido pela vigência das doutrinas minoristas, a fim de promover uma emancipação dos sujeitos (LIMA, 2001). Portanto, são garantidos a esses indivíduos independentemente de condição, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia, crença, deficiente ou qualquer outra condição econômica ou social, conforme preceitua o artigo 3º do ECA.

Importa ressaltar, entretanto, as mazelas de aplicação de tal diretriz especialmente no caso brasileiro, frente o contexto histórico e a herança minorista do século passado, conforme advertem Lima e Veronese (2012, p. 175):

resta a dúvida se o Estado brasileiro, a sociedade civil e a família têm dado atenção a esses princípios que são também constitucionais e o que estão fazendo para reverter esse quadro lamentável de injustiça social. A doutrina da proteção integral não faz distinções entre crianças e adolescentes brancos e negros, mas percebe-se que no seu campo de atuação o segundo grupo é imensamente mais fragilizado na concretização dos seus direitos.

Justamente por isso, os direitos fundamentais de crianças e adolescente têm intrínsecos a susceptibilidade de reivindicação e efetivação para todos,

indistintamente, mediante a prestação positiva do Estado, a qual exige uma postura proativa nos processos reivindicatórios de construção de políticas públicas (CUSTÓDIO, 2009, p. 33).

O princípio do caráter jurídico garantista, por sua vez, encontra respaldo na teoria garantista de Ferrajoli, enquanto instrumento metodológico para fundamentar o Direito da Criança e do Adolescente, cujas premissas implicam em uma revisão dos fundamentos teóricos e dogmáticos da cultura juspositivista, na qual as concepções formais do direito e do estado resultam em um modelo sistemático avalorativo de normas que, por sua vigência, teriam valor intrínseco. A premissa da teoria jurídica garantista, então, “transforma-se num instrumento de emancipação do próprio Direito em face dos condicionamentos conservadores, propiciando a construção de uma concepção jurídica que acompanha a dinâmica social na construção do Estado de Direito (Garantista)” (LIMA, p. 189 - 193). Conforme pontua Lima (2001, p. 194),

este ramo jurídico, há quem o diga, constitui verdadeira “Carta de Alforria” da cidadania infanto-juvenil. Não se trata de um aperfeiçoamento do menorismo, mas do decreto de sua extinção, para tornar possível o surgimento de um padrão de juridicidade radicalmente inovador, que subverte as bases e o desenvolvimento do velho sistema repressivo-corretivo, conhecido como Direito do Menor, ou Direito dos Menores.

Nesse ponto, o Direito da Criança e do Adolescente encontra seu caráter jurídico-garantista, mediante o dever da família, da sociedade e do Estado de assegurar prioritariamente a materialização objetiva e concreta de todos os direitos previstos (CUSTÓDIO, 2009).

Por fim, dentre os princípios concretizantes, o interesse superior da criança e do adolescente, também presente ao longo de toda a Convenção de 1989, cumpre o papel de liminar e orientar decisões acerca dos direitos implícitos às crianças e aos adolescentes, tanto na esfera pública como na privada, funcionando como critério hermenêutico e de interpretação para resolução de aparentes conflitos de direitos (LIMA, 2001).

Este princípio é firmatário da prevalência dos interesses de crianças e adolescentes. Deve ser interpretado e aplicado num contexto jurídico, social e político, que pressupõe o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos próprios. Estes direitos devem ser, necessariamente, critérios de política jurídica em sentido amplo, ou seja, devem atuar em todos os níveis da criação jurídica e da operacionalização do Direito da Criança e do Adolescente (legislativa, administrativa, judiciária, família, poder público, sociedade em geral etc.). (LIMA, 2001, p. 209).

Custódio (2009, p. 34) aponta que a origem do princípio é a resposta ao modelo de sociedade desigual produzida pelo sistema capitalista, geradora de conflitos de interesses, “por isso, todos os atos relacionados ao atendimento das necessidades da criança e do adolescente devem ter como critério a perspectiva dos seus melhores interesses”. Cabe pontuar que o superior interesse da criança está intimamente ligado à prioridade absoluta, pois, conforme preceitua o artigo 4º, § único do ECA o alcance dessa garantia se estende à: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e, d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção da infância e juventude.

Dentre o rol de princípios densificadores, destacam-se a prioridade absoluta, a ênfase nas políticas sociais básicas, a descentralização político- administrativa, a desjurisdicionalização e a humanização.

3. O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS: A ARTICULAÇÃO DOS SUBSISTEMAS E A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE NA ATUAÇÃO TRANSVERSAL DA REDE DE ATENDIMENTO.

Neste capítulo, objetiva-se desenhar as linhas do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), constituído pelas políticas de atendimento, proteção e justiça. Posteriormente busca-se tecer breves linhas sobre o ato infracional, as medidas socioeducativas entendidas a partir da Teoria da Proteção Integral e o desenho do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), suas premissas, diretrizes e propostas para uniformização do atendimento socioeducativo nacional.

Ao final, discorre-se sobre a inauguração do Sistema Único de Saúde enquanto política pública de Estado e breves linhas sobre seus princípios e diretrizes, a fim de compatibilizar o modelo de saúde adotado pela Constituição Federal de 1988 com a realidade do sistema socioeducativo intramuros.

3.1. O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO, PROTEÇÃO E JUSTIÇA.

O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), estabelecido a partir do artigo 227 da Constituição Federal de 1988 e pelos artigos 3º e 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente, ampliou as possibilidades de articulação de estratégias de transformação social da infância e adolescência, fundamentada em uma organização de redes descentralizadas (CUSTÓDIO, 2008). A garantia dos direitos fundamentais é responsabilidade de um conjunto amplo de atores e agentes e demanda uma ação complexa e concorrente de diversos setores da sociedade e do Estado, uma vez que

a efetividade e a eficácia dessa intervenção dependem de sua dinâmica, que, por mais complexa que seja sua arquitetura, não pode deixar de realizar uma articulação lógica intersetorial, interinstitucional, intersecretarial e, por vezes, intermunicipal. Essa articulação deve levar à composição de um todo organizado e relativamente estável, norteado por suas finalidades. Esse tipo de organização configura um sistema, que se expande em subsistemas, os

quais, por sua vez, ampliam-se em outros subsistemas de menor dimensão, cada qual com suas especificidades (BAPTISTA, 2012, p. 188).

Segundo Veronese e Crispim (2019), é indispensável estabelecer um compromisso mutualístico de responsabilidade entre a família, a sociedade e o Estado, para dar concretude ao SGDCA e formar uma rede de apoio social à criança e ao adolescente. Apenas com a reavaliação das atribuições e do papel de cada um dos atores sociais, pode-se afastar a dogmática da situação irregular e a doutrina menorista. Considerando uma nova base valorativa, o papel da família é proporcionar o completo desenvolvimento das potencialidades físicas, emocionais, espirituais e cognitivas das crianças e adolescentes em um exercício de cuidado pautado na tríade: liberdade, respeito e dignidade (LIMA; VERONESE, 2012). A redefinição do papel do Estado na implementação de políticas sociais básicas institucionalizadas à proteção da criança demandou a integração de diversas instâncias e órgãos que compõem tal rede, envolvendo também outros segmentos representativos da sociedade, como entidades governamentais e não governamentais, conselhos tutelares e conselhos de direitos e a própria família, a fim de combaterem a histórico assistencialista das políticas públicas (SOUZA; MACHADO, 2014).

O sistema de garantia de direitos prevê a ação de princípios norteadores consagrados na descentralização político-administrativa nas três esferas do governo, no reordenamento institucional, o que implica repensar toda a lógica socioassistencial e protetiva para a infância e repensar o papel das políticas sociais e por fim, prevê que haja uma integração operacional do sistema, mais precisamente sob a perspectiva do trabalho em “rede” e de cooperações múltiplas entre os vários atores sociais pertencentes ao sistema de garantia de direitos (LIMA, VERONESE, 2012, p. 117).

O legislador constituinte não dispôs sobre a regulamentação institucional e organizativa do disposto no artigo 227 da Constituição de modo que, em 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) baixou a Resolução nº 113, definindo sobre os parâmetros de institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. A resolução segmentou 3 eixos de atuação nos quais deveriam organizar-se institucionalmente a rede de garantia: defesa, proteção e justiça. A proposta procurou especificar a atuação política do Estado e da sociedade, contemplando todas as interfaces para o acesso e garantia de direitos. A partir dessa premissa, buscar-se-ia afastar uma atuação isolada própria da política setORIZADA para privilegiar a

integralidade das ações “[...] que deveria cortar transversal e intersetorialmente todas as políticas públicas, incluindo nesse sistema o campo da administração da justiça, ao lado do campo das políticas de atendimento.” (BAPTISTA, 2012, p. 190).

Apesar da proposta organizativa que vincula a União Federal, a aplicação da sistemática proposta às três esferas se mostrou pouco eficiente quando aplicada à municipalidade, não sendo vinculante para as políticas governamentais estaduais e municipais em razão do princípio da descentralização político-administrativa (SOUZA, 2016). Desse modo, a necessidade de estruturação e fortalecimento do SGDCA decorre da construção doutrinária que, segundo Souza (2016, p. 82),

[...] ao compreender a tridimensionalidade da responsabilidade em respeito aos direitos de crianças e adolescentes, entre família, Estado e sociedade, compartilhadamente, a recomendação que se entende é que um sistema de garantia de direitos deve estar pautado em três níveis, atendimento, proteção e justiça [...] (SOUZA, 2016, p. 82).

Assim, o SGDCA está pautado na descentralização político-administrativa e em um reordenamento institucional que demanda repensar a lógica das políticas públicas para crianças e adolescentes. Necessita de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais nas três esferas de poder, conforme preceitua o artigo 86 do ECA, para que “haja uma integração operacional do sistema, mais precisamente sob a perspectiva do trabalho em “rede” e de comparações múltiplas entre os vários atores sociais pertencentes ao sistema de garantia de direitos” (LIMA; VERONESE, 2012). O SGDCA tem como seu principal alicerce a garantia de direitos pela concretização das políticas de atendimento, proteção e justiça de corresponsabilidade dos entes federados em uma perspectiva operacional e sistemática que se originaram de um contexto reivindicatório pela democratização das políticas públicas (SOUZA, 2016).

O Estatuto definiu as linhas de ação, as diretrizes e as responsabilidades relativas aos programas da política de atendimento no artigo 87 e seguintes. Destaca-se que uma das principais linhas de ação das políticas de atendimento são as políticas sociais básicas. Segundo Souza (2016, p. 82), a base SGDCA “[...] compreende um conjunto de serviços, programas e projetos de atendimento direto a crianças e adolescentes, classificado por níveis de proteção, básica e especial, fundamentado nas garantias previstas no artigo 227 da Constituição Federal.” Acrescenta-se que pesquisadores da área defendem a necessidade da ação colaborativa e

compartilhada, em face da pouca efetividade de ações isoladas e fragmentadas destinadas à população infanto-juvenil e as suas famílias, pois “[...] parcerias e atividades concretas, a interlocução entre as esferas governamentais e não governamentais, entre outras ações, abrem possibilidades de sensibilização de diversos setores sociais na perspectiva de viabilização de direitos.” (FARINELLI; PIERINI, 2016, p. 83).

A política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente, como dito, envolve linhas de ação, diretrizes e responsabilidades das entidades de atendimentos que compõem todo o conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, nos três níveis de governo (CUSTÓDIO, 2009). Segundo o artigo 87 do ECA, as linhas de ação envolvem: a) as políticas sociais básicas; b) serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção social e de prevenção; c) serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial; d) proteção jurídico-social por entidades de defesa de direitos; e) políticas e programas destinados a prevenir ou abreviar o afastamento do convívio familiar; e, f) campanhas de estímulo ao acolhimento e à adoção (BRASIL, 1990). Sob a perspectiva da efetivação direta e imediata dos direitos fundamentais previstos no artigo 227 da CF/88, destaca-se que os serviços especiais de atendimento à criança devem estar articulados de um conjunto de políticas básicas, de caráter universal, que define o agir do Estado além da caridade ou da filantropia, cujos limites de caráter centralizador, burocrático e compensatório resultaram no aprofundamento do processo de exclusão social (CUSTÓDIO, 2009).

Tal ruptura com modelos anteriores, substanciados pela ideia da situação irregular e do bem estar do menor, promoveu um reordenamento institucional, estabelecendo-se novas diretrizes orientadoras à operacionalização da nova sistemática, assim definidas no artigo 88 do ECA: a) a municipalização do atendimento; b) a criação de conselhos de direitos da criança, enquanto órgãos deliberativos e controladores das ações nas três esferas de poder, de composição paritária com a sociedade civil; c) a criação e manutenção de programas específicos; d) a criação de fundos da infância e adolescência (FIA), vinculados aos conselhos gestores; e) a integração operacional dos diversos órgãos envolvidos na políticas de atendimento de crianças e adolescentes, dentre eles o Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública, Assistência Social, Conselho Tutelar; f) a mobilização da opinião pública para participação dos diversos segmentos da sociedade; e três

outras disposições incluídas posteriormente, no ano de 2016, destinadas às políticas públicas sobre a primeira infância: g) a formação continuada e especialização dos profissionais das áreas de atenção à primeira infância; h) a formação profissional com abrangência intersetorial a fim de favorecer o desenvolvimento integral; e, i) a realização e divulgação de pesquisas sobre o desenvolvimento infantil e prevenção da violência. (BRASIL, 1990).

Segundo Custódio (2009, p. 80), é pressuposto da construção da política de atendimento a participação comunitária, o que implica da municipalização do atendimento, que decorre do princípio da descentralização político-administrativa, uma vez que “a experiência histórica brasileira demonstrou que a concentração de recursos públicos nas esferas mais elevadas sempre apresentou alto custo, baixo nível de eficiência, demora no atendimento e, como se não fosse suficiente, ainda dava margem para o desvio de recursos, o clientelismo e a corrupção”.

Entretanto a municipalização do atendimento aliada a descentralização de recursos permite que os programas de atendimento atinjam as reais necessidades das comunidades, as quais devem estar aliadas aos mecanismos específicos de deliberação, controle e monitoramento das políticas de atendimentos, substanciados pelos conselhos gestores de políticas nas três esferas de poder, verdadeiros instrumentos de exercícios da democracia participativa (CUSTÓDIO, 2009; VIEIRA; 2013).

A nível federal é a através da Lei n. 8.242/1991 que ocorre a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); enquanto aos estados e municípios, cabe legislar e criarem seus próprios conselhos, em atenção à descentralização político-administrativa, disciplinando as atribuições e competências de seus órgãos. A criação dos conselhos de direitos da criança e do adolescente, portanto, busca materializar as garantias de proteção integral, bem como objetiva “[...] integrar um conjunto de ações capazes de orientar propostas; inclusive políticas públicas para que as garantias e direitos conquistados para crianças e adolescentes sejam eficazmente cumpridos” (LIMA, VERONESE, 2012, p. 120). Destaca-se, ainda, que os conselhos tratam-se de verdadeiras inovações político-institucionais que, ao se aproximarem da realidade de uma comunidade, podem se transformar em espaços de *empoderamento local* na definição de um espaço público de concretização da cidadania, através da definição de agendas, ações, diagnósticos e planejamento de políticas públicas de acordo com as reais necessidades que as

crianças e os adolescentes daquela comunidade necessitam da política de atendimento (CUSTÓDIO; HAMMES, 2017). Além disso, seu caráter deliberativo vincula a administração pública a observar as disposições do conselho em substituição da discricionariedade do governante às políticas públicas, justamente por se consistir em resoluções (LIMA, 2015).

[...] os Conselhos de Direitos assumem a competência para criação de programas específicos, identificados com as realidades locais e capazes de atender às necessidades das populações em suas próprias comunidades. É nessa instância que se faz o diagnóstico da situação de crianças e adolescentes do município, propondo soluções de enfrentamento mediante o oferecimento de uma política de atendimento adequada às necessidades (CUSTÓDIO, 2009, p. 83).

A garantia da prioridade absoluta, vale dizer, conforme disposição do artigo 4º do Estatuto, compreende também a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas de interesse da infância e juventude, destinadas à proteção dos seus direitos. A manutenção de fundos para infância e adolescência (FIA), nas três esferas o Estado, vinculados à atuação dos respectivos conselhos, garante o desenvolvimento do efetivo papel dessas instâncias participativas, de modo a possibilitar o constante diagnóstico, monitoramento, avaliação e planejamento das políticas públicas, assim como a capacitação dos atores do sistema de garantia de direitos (CUSTÓDIO, 2009; SOUZA; BORGES, 2021).

Além disso, desta-se a importância das Conferências municipais, estaduais e nacionais dos direitos da criança e do adolescente, enquanto espaços de discussão e promoção de direito, destinadas a estabelecerem novas estratégias de ação amparadas pelos princípios da proteção integral (CUSTÓDIO, 2009; LIMA, VERONESE, 2012).

As conferências são espaços democráticos, nos quais a comunidade e o poder público se reúnem para pensar quais estratégias e políticas adotar para a garantia de direitos de crianças e adolescentes. As conferências na área da infância são realizadas de forma periódica a cada dois anos, organizadas pelos Conselhos de Direitos e realizadas nos três níveis de governo. As conferências permitem, inclusive, que a criança e o adolescente sejam protagonistas na luta por seus direitos, incluindo-os nos processos de decisão (LIMA, 2015, p. 2019).

Da mesma forma, os Plano de Direitos tornaram-se instrumentos que auxiliam na organização e desenvolvimento de políticas públicas para crianças a partir da análise e diagnóstico da realidade local, estabelecendo a construção de metas, ações, cronograma de implementação, além de formas de fiscalização, monitoramento,

avaliação e financiamento (LIMA, 2015). Pode-se concluir, dentre outras linhas, segundo Souza (2016, p. 92), que a política de atendimento “é um componente importante no processo de assistência integral a crianças e adolescentes, pois deve promover junto aos conselhos gestores ações articuladas e planejadas para enfrentar os desafios na municipalidade naquilo que constitui a garantia de direitos humanos de crianças e adolescentes.”.

Dentro do Sistema de Garantia de Direitos Da Criança e do Adolescente, também integram ações à política de proteção às crianças e aos adolescentes, nas hipóteses de ameaça ou violação dos seus direitos, por ação ou omissão da família, da sociedade ou do Estado (artigo 98 do ECA). Na centralidade da política de proteção, atuando em conformidade com a desjudicialização do direito da criança e do adolescente, está a atuação dos Conselho Tutelares enquanto instâncias administrativas essenciais à defesa dos direitos fundamentais. Segundo a premissa do ECA (artigo 131 do ECA), “o Conselho Tutelar como órgão permanente, autônomo e não jurisdicional, com competência para zelar pelo cumprimento dos direitos de criança e adolescente no âmbito da municipalidade a ele vinculada.” (SOUZA, 2016, p. 94). Destaca-se o duplo caráter permanente do órgão, a uma por ser criado por legislação municipal, não podendo ser desconstituído, a duas pelo caráter institucional, de funcionamento ininterrupto no atendimento imediato a todas as situações de ameaça ou violação de direitos de crianças e adolescentes (CUSTÓDIO, 2009). Além disso, o conselho tutelar tem autonomia para aplicar as medidas de proteção previstas no ECA (artigo 101), sendo instituição autônoma e não subordinada hierarquicamente aos demais órgãos da administração pública, executando suas decisões na esfera administrativa (TAVARES, 2018; LIMA; VERONESE, 2012).

Entretanto, conforme adverte Custódio (2009, p. 94-95), a atuação de proteção do Conselho Tutelar diz respeito ao primeiro atendimento e aplicação das pertinentes medidas de proteção (artigo 136, inciso I), que não pode, de qualquer forma “[...] substituir o atendimento, por meio de serviços especializados, de qualquer rede de políticas públicas, tais como a saúde, educação, assistência social e outras”, uma vez que não cabe ao Conselho Tutelar fazer o atendimento especializado, deslocando o seu escopo de atuação, pois é totalmente incompatível com as suas previsões. Diferente dos Conselhos de Direitos, que têm como função deliberar sobre as ações de proteção aos direitos e à política social especializada de atendimento, o Conselho

Tutelar tem como principal finalidade a integração com os demais atores do sistema de garantia e instrumentalizadores da política de atendimento, a fim de resolverem, de forma conjunta, as demandas quando constatadas as ameaças ou as violações de direito da população infanto-juvenil (RAMIDOFF, 2007).

A política de justiça, a partir da incorporação do paradigma de proteção integral e da reorganização institucional promovida pela Constituição, redefiniu a própria atuação do Poder Judiciário, pois a desjurisdicionalização dos direitos encontra-se no âmbito da família, da sociedade e do Estado. Segundo Lima e Veronese (2012, p. 102), “cabe agora ao judiciário, portanto, apenas garantir a prestação jurisdicional quando os direitos de crianças e adolescentes forem ameaçados ou violados”, ou “não providos pelas medidas administrativas aplicadas pelo conselho tutelar” (SOUZA, 2016, p. 100). Desse modo, a política de justiça, dentro do Sistema de Garantia de Direito composto pelo Poder Judiciário, Defensoria Pública e o Ministério Público devem se articular com as políticas de atendimento visando aprimorar o atendimento à criança e ao adolescente (LIMA, VERONESE, 2012). No mais, está ligada à garantia de acesso (artigo 141 do ECA), à garantia de assistência gratuita para todos que dela necessitem. Todavia, conforme adverte Custódio (2009, p. 105),

[...] para além do processo positivo de reordenamento institucional, é preciso ressaltar que o efetivo acesso à justiça numa sociedade fundada no modo capitalista de produção enfrenta muitos obstáculos, tais como os econômicos, que envolvem custas judiciais, honorários advocatícios, a eventualidade da sucumbência, e também a demora na prestação jurisdicional, o distanciamento cultural da população com menor poder aquisitivo do sistema de justiça, o formalismo, a complexidade da linguagem jurídica, o reduzido nível de conscientização sobre os próprios direitos, a distância do sistema de justiça por desconfiança ou resignação e, principalmente, o reconhecimento do sistema de justiça como um espaço de repressão e restrição de direitos.

Nesse ponto, cumpre observar que, apesar de possuir caráter suplementar (CUSTÓDIO, 2009), a possibilidade de demandar o judiciário diante da ineficiência das prestações sociais básicas e especializadas aos direitos de crianças e adolescentes, conforme a realidade brasileira, é um importante mecanismo para compor o sistema de garantia de direitos. Destacam Veronese e Silveira (2017, p. 385), que

a ineficiência do Poder Público no fornecimento de programas sociais que garantam melhores condições de saúde, educação, moradia, profissionalização, entre outros direitos sociais básicos, tornou gigantesca a dívida deste para com a infância e a juventude brasileiras. De sorte que a possibilidade de cobrar judicialmente do Estado por seu descaso na aplicação

de políticas sociais condizentes significa um passo importante nesse processo de democratização, de resgate efetivo da cidadania.

O Juiz da Infância e da Juventude, portanto, está desvinculado à figura do *juiz de menores*, assumindo papel de favorecer a efetividade dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, e “deverá não somente ter o conhecimento teórico e técnico necessário, mas, principalmente, ter uma sensibilidade aguda para com os interesses denominados difusos desse contingente imenso de cidadãos, esquecidos e abandonados (VERONESE; SILVEIRA, p. 386).

Por sua vez, o Ministério Público, para além das atribuições da área criminal, passou a desempenhar um novo papel institucional, representando os interesses da sociedade, defendendo a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais individuais e coletivos indisponíveis (artigo 127 da CF/88). Desta forma, segundo Souza (2016, p. 102 - 103), o Ministério Público caracteriza-se como “guardião não apenas da justiça legal, mas também da ordem jurídica mais ampla, incluindo sua matriz axiológica e a 103 efetividade das normas. Sua concepção implica igualmente o entendimento de que o Ministério Público é garantidor da justiça política ao pugnar pelo devido e legítimo processo democrático”.

Por fim, importa destacar a importância da Defensoria Pública na política de justiça, justamente por assumir papel fundamental no acesso à justiça (artigo 141, §º, do ECA), tendo em conta o histórico brasileiro que dispensava a defesa técnica ou mesmo a presença de advogados em casos que envolvessem crianças e adolescentes. Apesar dessa garantia constitucional e estatutária, inclusive prevista na seara internacional (Regras de Beijin), conforme aponta Souza (2016, p. 107), tal garantia é suprimida em casos de clara contradição, como por exemplo, quando “[...] o adolescente autor de ato infracional nas audiências de apresentação ao Ministério Público em grande parte dos casos não está constituído de advogado, momento em que mais se aplica às medidas socioeducativas, constitutivas da remissão cumulativa com as medidas em meio aberto”.

É dentro dessa tríplice ação dos três segmentos de políticas do Sistema de Garantia de Direitos que podemos entender a atuação transversal dos atores governamentais e não governamentais, bem como da família, da sociedade e do Estado, na garantia com prioridade absoluta dos direitos de crianças e adolescentes.

3.2 ATO INFRACIONAL, AS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS E A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (SINASE).

A Teoria da Proteção Integral fundamenta a atuação do SGDCA de modo que todos os atores que dele participam devem buscar uma interpretação que leve em consideração a principiologia estatutária. Importa observar que a Teoria da Proteção Integral, por estar intimamente ligada ao princípio estruturante do caráter jurídico garantista, em razão das suas virtudes éticas, jurídicas e políticas, as quais abandonam o caráter avalorativo das orientações estritamente normativas e radicais do juspositivismo dogmático, é orientada por uma realidade emancipatória (LIMA, 201, p. 86). Dessa premissa vinculativa do garantismo, que se aplica para além do campo do direito penal, segundo proposta por Ferrajoli (1995, p. 851 - 853), existem três acepções elementares do *garantismo*: a) um modelo normativo do Direito - que no plano epistemológico aponta para um poder mínimo, no plano político se estabelece como uma técnica de tutela capaz de minimizar a violência e maximizar a liberdade do indivíduo e no plano jurídico constitui um sistema de vínculos impostos ao poder punitivo do Estado, visando a garantia dos direitos dos cidadãos; b) uma teoria jurídica do Direito - enquanto uma *teoria da divergência* entre a normatividade e a realidade, e entre o direito válido e o direito efetivo, ou seja, estimuladora da criticidade⁹; e c) uma filosofia política, que pressupõe a separação entre o direito e a moral, entre a validade e a justiça, entre o ser e o dever ser do direito, ou seja, “equivale à assunção de um ponto de vista unicamente *externo*, aos fins da legitimidade e da deslegitimidade ético-política do direito e do estado.” (FERRAJOLI, 1995, p. 853, tradução livre).

Segundo Souza (2016, p. 44), o garantismo elege a centralidade da pessoa como conceito elementar “a quem o poder serve e em razão de quem o poder se constitui”, o que “[...] implica a redefinição do paradigma teórico e normativo das modernas democracias constitucionais, tendo em vista que o garantismo é intrínseco

⁹ Nas palavra de Ferrajoli (1995, p. 853), “En contraste con las imágenes edificantes de los sistemas jurídicos ofrecidas por sus representaciones normativas y con la confianza apriorística en la coherencia entre normatividad y efectividad difundida por la ciencia jurídica, la perspectiva garantista, por el contrario, invita a la duda, estimula el espíritu crítico y la incertidumbre permanente sobre la validez de las leyes y de sus aplicaciones, así como la conciencia del carácter en gran medida ideal -y por tanto irrealizado y pendiente de realización- de sus propias fuentes de legitimación jurídica.”

ao atual Estado constitucional de direito que assegura, em grau máximo, a eficácia dos direitos reconhecidos constitucionalmente”. É dentro desse âmbito que a Teoria da Proteção Integral, rompendo com o *direito do menor*, reconhece que crianças e adolescentes, por sua especial condição de desenvolvimento, além de serem sujeitos de direitos, são merecedores de proteção especializada, diferenciada, cujas garantias próprias são aplicáveis a todas as pessoas que não atingiram 18 anos completos, indistintamente (VERONESE; COSTA, 2006).

O Constituinte, por sua vez, segundo consta do artigo 228 da Constituição Federal, conferiu uma intervenção especial sobre o adolescente autor de atos infracionais, em conformidade com as disposições de proteção internacional. Uma vez que os menores de dezoito anos são penalmente inimputáveis, a legislação especial criou um sistema de responsabilização próprio atendendo às prerrogativas da proteção integral. Desta forma, ainda que o Estatuto da Criança e do Adolescente considere “ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção” (BRASIL, 1990), o distanciamento teórico e conceitual é importante na medida em que enuncia a diferenciação do agente que pratica a conduta e origina um sistema de responsabilização próprio (VERONESE, 2015, p. 138). Segundo Ramidoff (2008, p. 332), o ato infracional é o pressuposto lógico para a aplicação da medida socioeducativa quando comprovada a sua existência e delimitada a autoria de um/a adolescente.

O ato infracional, assim, é equiparado normativamente à “conduta descrita como crime ou contravenção penal”, mas, não em si ao crime ou contravenção penal, mas, apenas à conduta, ao comportamento contraditório descrito no núcleo (verbo ou acontecimento) dos tipos de injusto penal, os quais para tanto também exigem o reconhecimento de outros elementos constitutivos para se constituírem em crimes ou contravenções penais, e, que assim deverão estar presentes tanto na definição legal, quanto no caso concreto (RAMIDOFF, 2007, p. 333).

O novo paradigma estatutário alcança um papel pedagógico, provocador, central e necessário para toda a interpretação da intervenção proposta pela responsabilização dos adolescentes autores de atos infracionais (VERONESE, 2015). A responsabilidade penal de adolescentes menores de dezoito anos restou plenamente afastada pelo constituinte ao revestir a garantia individual do artigo 228 da Constituição Federal como cláusula pétrea. Assim, para delinear o modo de intervenção social e pedagógica para o adolescente autor de ato infracional, que afaste a visão menorista anterior a edição do ECA e a dogmática do Direito Penal,

adota-se a categoria *da responsabilização estatutária ou socioeducativa* proposta por Veronese (2005; 2015). Desta forma, a responsabilidade estatutária ou socioeducativa tem o objetivo último - assim como as demais responsabilidades jurídicas - o compromisso de assumir a obrigação pelo ato que foi praticado, não pela imposição de uma pena, mas por uma medida social e educativa. (VERONESE, 2005, p. 113).

O Estatuto da Criança e do Adolescente inaugura a responsabilidade especial pela prática de ato infracional propondo uma resposta por meio da intervenção de medidas socioeducativas, as quais constituem-se como “[...] medidas sociais, o que importa entender o adolescente autor de ato infracional como um ser social, não como uma patologia ou uma lacra moral e que deveria, portanto, ser objeto de um tratamento” (VERONESE, 2005, p. 115). A medida socioeducativa possui o caráter educativo que proporciona uma oportunidade do/a adolescente reavaliar o seu projeto de vida e dar oportunidade de efetivamente concretizar escolhas. Busca-se deslocar ato que foi praticado do âmbito subjetivo do adolescente que o praticou, com vistas a consolidar a sua cidadania e criar tecnicamente oportunidades para revisão do ato cometido (VERONESE, 2015, p. 405). O artigo 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente prevê o rol taxativo de medidas socioeducativas aplicáveis de acordo com a gravidade da conduta praticada, são elas: I – advertência; II – obrigação de reparar o dano; III – prestação de serviços à comunidade; IV – liberdade assistida; V – inserção em regime de semiliberdade; VI – internação em estabelecimento educacional, VII – qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI (BRASIL, 1990).

Pondera-se que medidas são elencadas de forma gradativa, da mais branda para a mais rigorosa, sendo a primeira uma advertência tomada por termo em razão da conduta, enquanto a reparação do dano pressupõe à restituição da coisa ou outras formas de reparação, quando possível (LEITE, 2021). A prestação de serviços à comunidade define-se como a “[...] realização de tarefas gratuitas de interesse geral, junto a entidades assistenciais, hospitais, escolas e outros estabelecimentos congêneres, bem como em programas comunitários ou governamentais” (LEITE, 2021, p. 87), havendo uma limitação temporal (artigo 117 do ECA) pelo prazo de cumprimento que não exceda o período de seis meses. A liberdade assistida, medida mais gravosa do meio aberto, é destinada ao acompanhamento, auxílio e orientação do adolescente, no período mínimo de seis meses, em que são tomadas providências para a promoção social da família do adolescente, a supervisão da frequência e

aproveitamento escolar, a profissionalização e inserção no mercado de trabalho (Artigos 118 e 119, do ECA).

As medidas previstas nos incisos V e VI do artigo 112 do ECA, semiliberdade e a internação, são as mais gravosas, porquanto implicam na intervenção direta mediante a privação da liberdade e institucionalização do adolescente. São aplicadas de forma excepcional, justamente por consistirem em medidas extremas e destinadas às condutas de atos infracionais praticados com violência ou grave ameaça à pessoa, praticada de forma reiterada de outras infrações ou quando for descumprida reiteradamente a medida aplicada, sem justificativa (Artigo 122, do ECA). Pontua-se que, segundo as disposições do Estatuto, a aplicação da medida deverá levar em conta a capacidade pessoal do sujeito de cumprimento, as circunstâncias do fato e a gravidade da conduta. Ainda, garante-se o tratamento individual e especializado ao adolescente com deficiência, adequado às condições necessárias e, em hipótese alguma, será aplicada mediante trabalho forçado (artigo 112, § 2º, do ECA). Segundo ressalta Rossato et al (2019, p. 570), a correta aplicação de qualquer medida socioeducativa pressupõe o respeito às garantias fundamentais do adolescente diante do ato praticado, asseguradas todas as garantias processuais, o devido processo legal, o exercício do contraditório e a ampla defesa.

No artigo 35 da Lei 12.594, que institui o SINASE no ano de 2012, estabeleceram-se um conjunto de princípios que orientam o cumprimento das medidas socioeducativas, dispostas no artigo 35 (BRASIL, 2012):

Art. 35. A execução das medidas socioeducativas reger-se-á pelos seguintes princípios:

- I - legalidade, não podendo o adolescente receber tratamento mais gravoso do que o conferido ao adulto;
- II - excepcionalidade da intervenção judicial e da imposição de medidas, favorecendo-se meios de autocomposição de conflitos;
- III - prioridade a práticas ou medidas que sejam restaurativas e, sempre que possível, atendam às necessidades das vítimas;
- IV - proporcionalidade em relação à ofensa cometida;
- V - brevidade da medida em resposta ao ato cometido, em especial o respeito ao que dispõe o art. 122 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) ;
- VI - individualização, considerando-se a idade, capacidades e circunstâncias pessoais do adolescente;
- VII - mínima intervenção, restrita ao necessário para a realização dos objetivos da medida;
- VIII - não discriminação do adolescente, notadamente em razão de etnia, gênero, nacionalidade, classe social, orientação religiosa, política ou sexual, ou associação ou pertencimento a qualquer minoria ou **status**; e
- IX - fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários no processo socioeducativo.

Na sistemática de responsabilidade estatutária, como prevê a própria legislação ao excepcionalizar a medida de internação, o apagamento e a invisibilização são amplamente combatidos, uma vez que o adolescente deve estar inserido no âmbito social que propicie o seu pleno desenvolvimento, pois “[...] 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). A medida de internação e segregação social obedecerá ao princípio da excepcionalidade, ou seja, será adotada apenas em casos especiais, nos quais, em razão da natureza da infração ou das condições psicossociais do adolescente, justifiquem “[...] o afastamento temporário do convívio social a que está habituado, [de modo que] ele não será atingido por nenhuma medida terapêutica ou pedagógica e poderá, além disso, representar risco para outras pessoas da comunidade” (LIBERATI, 2004, p. 115). Souza (2010, p.43) defende que “durante a permanência em privação de liberdade, devem ser observadas as questões que constituem sua realidade: sua situação familiar, sua capacidade de acesso às políticas públicas, suas relações com a comunidade e suas reais possibilidades de construção de uma vida digna”.

A exigência de proteção integral da sistemática adotada pelo ordenamento jurídico, principalmente nos casos de apuração de ato infracional e aplicação de medidas socioeducativas, deve levar em consideração dois aspectos: a elaboração e implementação de políticas públicas, prestadoras de serviços sociais, incluídas aqui as políticas de atendimento, proteção e justiça; e o comprometimento dos gestores públicos controlados e fiscalizados pelos conselhos de direitos na efetivação dos direitos (VERONESE, 2015, p. 406).

A responsabilidade estatutária é capaz de instrumentalizar a atuação das instituições e órgãos desde a apuração do ato infracional até o cumprimento da medida socioeducativa, uma vez que ela representa a sublimação da teoria da proteção integral na medida em que privilegia a capacidade emancipatória dos sujeitos, a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, o protagonismo juvenil, a prioridade absoluta e o caráter social e pedagógico da responsabilidade de adolescentes.

A necessidade de pôr em prática uma proposta pedagógica de responsabilidade dos adolescentes autores de atos infracionais permitiu o

desenvolvimento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que constituiu a política pública nacional para operacionalizar e padronizar critérios de aplicação das medidas socioeducativas tendo em conta os direitos e garantias estatutárias e o respeito aos direitos humanos. Nas palavras de Medeiros (2020, p. 298), “o SINASE parece uma proposta de *parametrização ética* das medidas de responsabilização de adolescentes”. A política adotada pelo SINASE sustenta-se de igual forma em princípios de respeito aos direitos humanos buscando “[...] constituição de parâmetros objetivos e procedimentos mais justos, com vistas a evitar a discricionariedade, buscando reafirmar a natureza pedagógica das medidas socioeducativas.” (ARRUDA; EDREIRA, 2010, p. 8). Ressalta-se que a construção da política demandou um processo coletivo e transversal de discussão no âmbito do SGDCA; conforme salientam Veronese e Lima (2009, p. 37),

o SINASE é fruto de uma construção coletiva envolvendo diversos seguimentos do governo, representantes de entidades de atendimento, especialistas na área e sociedade civil que promoveram intensos debates com a finalidade de construir parâmetros mais objetivos no atendimento ao adolescente autor de ato infracional. Trata-se de uma política pública que verdadeiramente procura atender aos preceitos pedagógicos das medidas socio-educativas conforme dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente (VERONESE; LIMA, 2009, p. 37).

Segundo Sposato e Costa (2014, p. 106), o SINASE é constituído por um “[...] conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida socioeducativa”. Assim, a política que constitui o SINASE orienta os demais subsistemas socioeducativos das três esferas federativas, bem como de todas as políticas públicas, planos e programas específicos destinados à garantia dos direitos fundamentais dos/as adolescentes autores/as de atos infracionais. O SINASE, aprovado em 2006 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e regulamentado pela Lei 12.594/12,

[...] 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. (BRASIL, 2006, p. 23, grifo nosso).

Segundo documento referencial editado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos em 2006, o SINASE é um subsistema específico transversalmente integrado aos demais sistemas internos do SGDCA (como visto, composto pelas políticas de atendimento, proteção e justiça), interrelacionado às políticas sociais, básicas, ao sistema de educação, Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social e Sistema de Justiça e Segurança Pública, cujos órgãos deliberativos e gestores devem estar pautados na incompletude institucional e na atuação intersetorial como princípio fundamental da prática socioeducativa de toda a rede de serviços (BRASIL, 2006).

Segundo o documento, ilustra-se o organograma do SINASE:

Figura 1 - Intersecções do sinase com as políticas de atendimento proteção e justiça.



Fonte: BRASIL, 2006.

Pontua-se que, diante dos princípios da intersetorialidade e da incompletude institucional, o SINASE não pode ser interpretado de forma desconexa das políticas sociais brasileiras, sob pena de aproximação dos modelos de instituições totais que marcaram a história da política assistencialista destinada à tutela de crianças e adolescentes (SOUZA, 2010). Da mesma forma, o SINASE é o documento que normatiza a forma como as entidades de atendimento devem trabalhar com adolescentes autores de atos infracionais, definindo as diretrizes pedagógicas de cada programa de atendimento e enumerando os profissionais necessários aos programas específicos, destacando-se a equipe multiprofissional, composta por pedagogos,

assistentes sociais, psicólogos dentre outros profissionais, como peça fundamental na concretização dos objetivos da medida aplicada (LIMA, VERONESE, 2009).

O SINASE também normatiza sobre os parâmetros arquitetônicos para unidades de atendimento socioeducativo, principalmente em relação ao espaço físico, infraestrutura adequada para atender os adolescentes e capacidade/vaga compatível com a demanda sem negligenciar os direitos dos adolescentes. Dispõe sobre a previsão orçamentária para execução e manutenção das medidas socioeducativas. Enfim, é um verdadeiro manual que em complemento ao Estatuto da Criança e do Adolescente mostra o *know how*, o como fazer, o como trabalhar com as medidas socioeducativas mediante e intervenção de práticas pedagógicas sem violar direitos (LIMA; VERONESE, 2009, p. 86).

Segundo aponta Motti (2015, p. 20), no que tange à operacionalização do sistema, a incompletude institucional demanda que os sistemas socioeducativos contemplem as políticas e serviços setoriais respondam a todas as necessidades dos adolescentes, todavia, diante da realidade brasileira de internação, tal premissa é deixada de lado, principalmente pela falta ou nenhuma previsão de atividades externas, agravando, em muito, os efeitos da institucionalização. Para tanto, destaca-se o papel fundamental dos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de direitos da Criança e do Adolescente na articulação dos órgãos de gestão, supervisão e avaliação de políticas públicas, os quais poderão exigir, por meio do desenvolvimento do plano de ações socioeducativas, as necessárias medidas que atendam às peculiaridades de atendimento de adolescentes dentro do SINASE; afirma-se, então, que os conselhos são “a casa onde nascem as políticas para infância e juventude, ou seja, as orientações de como a cidade deverá ver, pensar e agir em relação à criança e ao adolescente.” (MOTTI, 2015, p. 20).

3.3. A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS INTERSECÇÕES ENTRE O CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA E A GARANTIA DA SAÚDE INTRAMUROS.

Desta forma, a proposta do sistema socioeducativo corta transversalmente outros âmbitos de atuação estatal e das políticas públicas e sociais, como o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Sistema de

Justiça e Segurança Pública, o Sistema Educacional, entre outros; e, articula-se com essa rede para concretizar a proposta de intervenção da responsabilidade estatutária.

Como já visto, segundo o disposto no artigo 227 da Constituição Federal de 1988, a garantia constitucional de um rol de direitos fundamentais é assegurada às crianças e adolescentes por sua condição geracional essencial. O direito fundamental à vida e à saúde das crianças e dos adolescentes imputa o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar a sua realização com absoluta prioridade (BRASIL, 1988). Da mesma forma, o artigo 7º do ECA dispõe que a proteção à vida e à saúde será garantida “[...] mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal ao elencar em seu artigo 1º, inciso III a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República, dispõe sobre a imperatividade de proteção à pessoa por meio de todo o sistema jurídico, de forma a garantir o respeito absoluto ao indivíduo, à sua existência digna e à proteção em face de qualquer tipo de ofensa (MARTINI, STURZA, 2017). Segundo Sarlet (2015), nessa seara, o direito à vida tem um protagonismo acima de todos os outros direitos, pois a vida constitui-se enquanto condição do direito a ter direitos e é pré-condição da própria dignidade da pessoa humana.

O entendimento conceitual de “saúde”, segundo o proposto no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, demandaria “um completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Essa perspectiva situa os sujeitos para além das tensões entre o normal e o patológico ou mesmo da presença ou ausência de enfermidades, na medida em traduz a concretização de suas potencialidades pela garantia de padrões de vida digna.

Nesse mesmo sentido, outras normativas internacionais, como, por exemplo, a Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, ratificada no Brasil apenas no ano de 1992, atribuem ao conceito de saúde a realização de padrões de alto nível de bem-estar físico, mental e social a qual deverá ser garantida por meio do compromisso dos Estados-parte em reconhecer a saúde como bem público (VIEIRA; VIEIRA, 2011). Para Schwartz (2001), ao trabalhar a teoria de sistemas de Niklas Luhmann, a generalidade do conceito de bem-estar exige a localização sistêmica da saúde, de modo que possa reconhecer sua conexão com os demais sistemas sociais, com a

processualidade da evolução humana e com as condições individuais de atingir finalidade da saúde, que é o próprio bem-estar. Assim, para Schwartz (2001, p. 32), saúde constitui-se por

[...] um processo sistêmico que objetiva a prevenção e cura de doenças, ao mesmo tempo que visa a melhor qualidade de vida possível, tendo como instrumento de aferição a realidade de cada indivíduo e pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar (SCHWARTZ, 2001, p. 32).

Seguindo esses pressupostos, o artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) dispõe que as determinantes e condicionantes dos níveis de saúde se expressam na alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente sadio, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990b). Isto é, o bem-estar social, enquanto finalidade da saúde, pressupõe o acesso a um conjunto de bens e direitos sociais básicos para a garantia de uma vida digna. Neste sentido, o direito fundamental à saúde merece enorme destaque, uma vez que, segundo Sarlet (2015), é marcado pela interdependência e sobreposição de outros direitos necessários à vida humana e que são protegidos de forma autônoma pela ordem constitucional. Na esteira dos direitos sociais garantidos em nossa base constitucional, reconhece-se que o imperativo de preservação da vida humana não ocorre apenas pela ausência de enfermidades, mas por uma garantia dos elementares padrões de dignidade que apenas serão atingidos pela garantia dos demais direitos sociais (SARLET, 2015).

Incluso no rol de direitos sociais básicos (artigo 6º da CFRB/88) a saúde passa a integrar a ordem social sendo dever do Estado garanti-la “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). O direito fundamental à saúde correlaciona-se com os fundamentos do Estado brasileiro, tornando-se condições para a existência do modelo de estado de bem-estar social idealizado na centralidade do valor da pessoa humana. Segundo Martini e Sturza (2017, p. 36),

a proclamação do valor distinto da pessoa humana tem como consequência lógica a afirmação de direitos específicos de cada homem. A dignidade da pessoa humana é, por conseguinte, o núcleo essencial dos direitos fundamentais e a fonte ética, que confere unidade de sentido, de valor e de concordância prática ao sistema dos direitos fundamentais. Em consequência, na centralidade dos direitos fundamentais dentro do sistema

constitucional, eles apresentam não apenas um caráter subjetivo, mas também cumprem funções estruturais enquanto condição *sine qua non* do Estado Democrático de Direito. (MARTINI; STURZA, 2017, p. 36)

Atualmente, o direito à saúde (artigo 196 da CF/88) insere-se no contexto do Estado Social e Democrático de Direito comprometido com o bem-estar social e com a garantia ampla da realização das potencialidades dos sujeitos em uma vida digna. O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política social de Estado a instrumentalizar tal ideal do direito à saúde (AITH, 2007), é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei 8.080/90), e vem para materializar a saúde como direito fundamental de todas e todos instituindo um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990b). Segundo Vasconcelos e Pasche (2006, p. 531–532), o Sistema Único de Saúde pode ser entendido como um

[...] arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar [...] Assim, o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531–532).

Nessa perspectiva, o SUS constitui-se enquanto uma política de Estado a que se estabelecem os princípios doutrinários e as diretrizes organizativas que sistematizam todo o conjunto de ações, serviços, programas e sub políticas prestadoras e promotoras da saúde enquanto direito universal, para além do modelo anterior hegemônico de seguro social ligado ao trabalho e às contribuições previdenciárias

a proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social [...], nem de provar a condição 39 de pobreza [...], nem do poder aquisitivo [...], muito menos da caridade [...]. Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. (PAIM, 2016, p.43)

O SUS pauta-se pela universalidade de acesso e pela integralidade e equidade na prestação; e organiza o seu funcionamento com base nas diretrizes da descentralização, da regionalização e da participação comunitária (MATTA, 2007). Nesse contexto, verifica-se que a concepção do SUS está ligada a raiz do processo histórico-político-ideológico de constituição do Estado Social e Democrático de Direito brasileiro, pois a problematização do direito à saúde foi permeada por um longo debate e forte participação da sociedade durante a redemocratização do Brasil nos anos de 1980, destacando-se o papel importante que desempenharam os movimentos sociais, como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) na luta pela saúde pública universal (VIEIRA, 2013). Segundo Vieira (2013), apesar de não ser pacífica a distinção entre princípios e diretrizes do SUS, podemos extrair dos artigos 196 e 198 da CF/88 quatro princípios *implícitos*: a) universalidade; b) unicidade; c) regionalização; d) hierarquização; e, e) igualdade. A Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, em seu artigo 7º, refere treze princípios de atuação no âmbito do SUS, no âmbito das diretrizes propostas no artigo 198¹⁰ do CF/88, dentre eles: a) universalidade de acesso; b) integralidade de assistência; c) preservação da autonomia das pessoas; d) igualdade da assistência; e) direito à informação; f) divulgação de informações; g) utilização da epidemiologia; h) participação da comunidade; i) descentralização político-administrativa; j) integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico (BRASIL, 1990b).

Dentre os princípios/diretrizes, pontua-se a importância da universalidade, enquanto direito social coletivo, desvinculado à ideia de trabalho ou à ideia de pagamento (MATTA, 2007), cuja abrangência de acesso aos serviços de saúde é ampla e independe de qualquer qualidade econômica, social, regional, étnica ou religiosa (PAIM, 2016). No ponto, adverte Vieira (2013, p. 332), que tal premissa se difere da concepção *focalizada* dos serviços de saúde e que a segmentação do SUS

[...] coaduna-se com a ideia da privatização dos serviços de saúde e do neoliberalismo, e tem flanqueado a concretização do SUS durante toda a sua existência. Esse é o risco que se tem percebido nos últimos anos, ao qual, apesar da previsão constitucional, existe um processo não formal de atendimento para pobres com a prestação mitigada dos serviços de saúde.

¹⁰ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Intrinsecamente ligado à universalidade, o princípio da unicidade dispõe que as ações que integram o sistema são efetivadas por mais de um órgão de forma integrada e eficiente (artigo 37, da CF/88) entre todos os entes federados (REZENDE; TRINDADE, 2003).

Pontua-se também a importância da descentralização dos serviços de saúde, vez que representa uma ruptura com o modelo de gestão centralizada da saúde que predominava antes da CF/88, cuja ênfase na municipalização dos serviços atribui responsabilidade à conjuntura local para formulação de políticas de saúde mais eficientes, que atendam às necessidades das demandas de cada território, além de buscar superar a desarticulação do sistema (AGUIAR, 2011, p. 53). Destaca-se, conforme pontua Dallari (1988, p. 60) que “o direito à saúde deve ser definido em nível local [e] apenas será assegurado numa organização estatal e social que privilegie o poder local, uma vez que a responsabilidade deve ser especificada para que o direito seja garantido”. Um dos principais efeitos de tal premissa é a aproximação contextual das necessidades locais que “se associa com a ideia da participação da Sociedade na definição das políticas e ações do SUS, pois estando mais próximo da vida real de cada cidadão/usuário, torna mais concreto esse exercício da cidadania participativa” (VIEIRA, 2013, p. 333).

Da mesma forma, o princípio da regionalização permite a otimização dos serviços e ações de saúde no aprofundamento das necessidades regionais do país, mediante a promoção da equidade de acesso, otimização de recurso e a racionalidade de gastos (AGUIAR, 2011, p. 54), enquanto a hierarquização dos serviços de saúde, conforme explica Vieira (2013, p. 335), favorece a reordenação em níveis de complexidade, desde o nível primeiro e da baixa, média e alta complexidade, o que se efetiva por meio da “distribuição regionalizada que permita o atendimento das necessidades sanitárias da população, com qualidade e eficácia, sem que haja a sobreposição na prestação de serviços dentro da estrutura descentralizada do sistema”.

O princípio da integralidade de atendimento encontra disposição constitucional no artigo 198, inciso II, da Constituição de 1988, o qual dispõe como diretriz do SUS o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e, segundo preceito do artigo 7º, inciso II da Lei n. 8.080/90, constitui “[o] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de

complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a). A integralidade, também às vistas da concepção do Direito da Criança e do Adolescente, rompe com as concepções fragmentadas e isoladas dos sujeitos, para além das noções simplificadas da saúde-doença; segundo essa perspectiva,

[o] ser humano que deve ser olhado de uma visão holística, buscando compreender os fatores determinantes e condicionantes de sua condição de saúde, para procurar no contexto da estrutura do sistema e fora dele (com a interligação com os outros serviços públicos) a melhor forma de recuperar e promover a sua saúde. Esse modelo não se funda apenas em uma visão de saúde centrada no profissional médico, mas integrada ao conjunto dos outros profissionais que compõem o sistema e das outras redes de serviços públicos (VIEIRA, 2013, p. 336).

Segundo Paim (2016, p. 50), tal diretriz ou princípio, “busca compatibilizar ações preventiva e curativas, individuais e coletivas [...], representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidade de saúde da população de um bairro ou de uma cidade”. Portanto, é por meio da atenção integral que o SUS busca garantir a todos os indivíduos a prevenção, promoção e recuperação no cuidado com o cidadão, “além de ações intersetoriais para o alcance de melhores níveis de saúde individual e coletiva” (AGUIAR, 2016, p. 51).

Por fim, o princípio da igualdade está inserido na gênese do conceito de saúde e previsto no texto constitucional (artigo 196 da CF/88) e na LOS (artigo 7º, inciso IV). Contudo, para além da sua visão formal da igualdade, que pressupõe a não discriminação, demanda-se a noção de equidade, que pressupõe a realidade de condições do usuário do SUS, de ações afirmativas e de priorização dos mais necessitados e “garante ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada cidadão necessita de assistência à sua saúde; ele deve ser atendido conforme suas necessidades em tudo o que o sistema pela lei garante oferecer.” (VIEIRA, 2013, p. 337), cujo critério atende à justiça social, à repartição equânime de recursos, à correção de iniquidades, assim evitando discriminação e privilégios (AGUIAR, 2016; REZENDE; TRINDADE, 2003). Adverte-se que tais princípios devem ser interpretados de forma sistemática, com o intuito de não direcionar, por critério, o atendimento aos indivíduos carentes e hipossuficientes, ou seja, não podem ser usados como pretexto para justificar focalização e segmentação de ações (VIEIRA, 2013; RODRIGUES, 2016).

Pela inauguração da sistemática constitucional e criação do SUS, viabilizou-se o desenvolvimento de uma política pública de saúde integral, ou seja, especializada e que atende às necessidades particulares de crianças e adolescentes enquanto pessoas em especial condição de desenvolvimento; conjugada com uma atuação integrada e coerente dos demais atores governamentais e não governamentais corresponsáveis por garantir a efetividade dos seus direitos.

Nesse cenário, tendo como referência toda a sistemática inaugurada pela Constituição Federal de 1988, através da criação do SUS, da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) e da atuação do Sistema de Garantia de Direitos do ECA (Lei 8.069/90), principalmente com as linhas de ação e diretrizes da política de atendimento estatutária (artigo 87 e 88 do ECA), pode-se destacar o desenvolvimento de um conjunto de estratégias de organização dos serviços de saúde direcionados à atenção especial de crianças e adolescentes como, por exemplo, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN – 2000); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); o Pacto pela Saúde (2006); Mais Saúde Direito de Todos/Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (2008); Rede Cegonha (2011); Brasil Carinhoso (2012); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, em 2015; a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), em 2002; dentre outras estratégias intersetoriais.

De outro norte, as concepções históricas da infância e adolescência no Brasil obedeceram a uma certa linearidade histórica pela lógica do menorismo, da delinquência e da criminalização da pobreza que definiam o estado de coisas que impediram as demandas de ingressarem na agenda política (RUA, 1997), circunstância que inegavelmente ainda reverbera no imaginário social sobre o “adolescente em conflito com a lei”. Afinal, se a Lei o protege, estaria o adolescente em conflito com a Lei? Ao analisar criticamente a realidade dos estabelecimentos de atendimento socioeducativo, como aponta Veronese (2015, p. 268), percebe-se a reiteração de violações explícitas às normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, uma vez que

o modelo das instituições de internação, com raras exceções, continua sendo o do passado, herdado da fase correcional-repressiva. As pessoas, os prédios, a cultura ainda estão presos à concepção do menorismo, ou seja, o “infrator”, o “delinquente juvenil” [...] os adolescentes são ali jogados – um verdadeiro depósito à moda dos presídios, dos indesejáveis sociais - sem qualquer atendimento psicossocial, pedagógico, de manutenção dos vínculos

comunitários, sem atividades profissionalizantes [...] (VERONESE, 2015, p. 268).

Em que pese tal tratamento rotineiro de invisibilidade, todo o sistema jurídico-normativo, como vimos até aqui, firmado na centralidade da dignidade da pessoa humana e na Teoria da Proteção Integral, não apenas busca garantir a realização dos direitos fundamentais, mas também

[...] traduz a repulsa constitucional às práticas, imputáveis aos poderes públicos ou aos particulares, que visem a expor o ser humano, enquanto tal, em posição de desigualdade perante os demais, a desconsiderá-lo como pessoa, reduzindo-o à condição de coisa, ou ainda a privá-lo dos meios necessários à sua manutenção, destacando-se aqui o Direito à Saúde. (MARTINI; STURZA, 2017, p. 38).

Frente ao cenário de violações, a invisibilidade causada pela institucionalização agrava ainda mais a desassistência pela falta de serviços de saúde específicos para a faixa etária, pois, quando o cumprimento de medida socioeducativa se dá pela internação, o sujeito adolescente “[...] carrega consigo preconceitos e paradigmas punitivos que reverberam diretamente na forma como é assistido na saúde” (PERMINO, et. al, 2018, p. 2860).

4. POLÍTICAS PÚBLICAS E CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI (PNAISARI)

Neste tópico, buscou-se discorrer sobre a temática das políticas públicas, seus conceitos e aplicações a partir da Teoria da proteção integral, bem como acerca do desenho dos conselhos de direitos da criança e do adolescente, da importância e consequências das Conferências dos Direitos de Crianças e Adolescentes e dos instrumentos de implementação e articulação das políticas intersetoriais à população infanto-juvenil.

Posteriormente discorre-se sobre a evolução de políticas públicas destinadas a segmentos populacionais, em especial a PNAISAJ e a redefinição das diretrizes da PNAISARI, em 2014, elencando suas inovações enquanto política de articulação dos serviços do SUS. Ao final, fazem-se breves considerações sobre os desafios da promoção, atendimento e prevenção da saúde de adolescente em meio fechado, analisando-se estudos que apontam as principais demandas apresentadas por essa população.

4.1.AS POLÍTICAS PÚBLICAS PENSADAS A PARTIR DA PROTEÇÃO INTEGRAL: O DESENHO DE CONSELHOS DE DIREITOS, CONFERÊNCIAS E PLANOS DECENNAIS

A garantia da saúde de adolescentes que cumprem medida socioeducativa, perpassa pelo desenvolvimento, dentro da unicidade sistemática proposta pelo SUS, da especificação de políticas públicas de saúde, destinadas à promoção, prevenção, recuperação e ao bem-estar integral diante das condições que envolvem a restrição da liberdade, a segregação social e o afastamento da convivência familiar e comunitária. Conforme apontado anteriormente, são as políticas sociais básicas, tida por base o melhor interesse e da prioridade absoluta, que servem de instrumento de materialidade de direitos da criança e do adolescente (SOUZA, 2016).

São, portanto, as políticas públicas enquanto categoria que vinculam as demandas sociais no enfrentamento de problemas políticos em busca de uma resposta Estatal. As políticas públicas no âmbito do Estado podem ser definidas, segundo Bucci (2001, p. 13), como “[...] um instrumento de planejamento,

racionalização e participação popular [...]” que congregam “[...] o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobra esse fim, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos de sua realização”. Por ser um campo de análise primordialmente da Teoria Política, segundo conceito proposto por Schmidt (2018), políticas públicas podem ser entendidas como “um conjunto de decisões e ações adotadas por órgãos públicos e organizações da sociedade intencionalmente coerentes entre si, que, sob coordenação estatal, destinam-se a enfrentar um problema político” (SCHMIDT, 2018, p. 127).

A interpretação de políticas públicas enquanto resposta aos problemas políticos, parte da dinâmica entre as demandas e apoios que se originam no ambiente social, chamados de *inputs*, e a forma com que o sistema político processa as demandas na realização de ações e decisões, os chamados *outputs* (SCHMIDT, 2018). Nessa dinâmica desenvolve-se um processo de retroalimentação: as respostas políticas da ação estatal geram novas demandas sociais em um ciclo sistêmico (SCHMIDT, 2018).

A partir dessa análise, o estudo de políticas públicas leva em conta um campo de conhecimentos teóricos e empíricos que buscam promover uma ação governamental, ou modificá-la; pois “o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real” (SOUZA, 2003, p. 13).

Um segundo ponto importante acerca do processo de constituição de políticas públicas, segundo Gelinski e Seibel (2008), deve levar em consideração tanto a concepção de Estado adotada, quanto os sujeitos que as realizam (*policy makers*), uma vez que esses dois elementos definem as prioridades e o público-alvo das políticas públicas e quais as demandas sociais se tornam relevantes a ponto de ingressarem na agenda política da gestão pública estatal. Deve-se ressaltar, conforme aponta Bitencourt (2012, p. 111), que existe uma diferenciação entre as políticas públicas governamentais e as políticas de Estado, como é o caso do Sistema Único de Saúde.

Quando a política pública estiver tratando da consolidação do paradigma de fundo, da garantia da soberania nacional e da ordem pública em si, voltada para a estruturação do próprio Estado, a política em questão é política pública de Estado. Essas políticas tendem à estruturação, e uma supressão pura e simples por opção governamental pode colocar em risco a ordem pública, a

estabilidade das instituições democráticas e a própria consolidação do Estado. Por isso, tendem a ser mais estáveis e perdurar no tempo, pois criam condições mínimas para a implementação das políticas públicas governamentais (BITTENCOURT, 2012, p. 111)

No que tange às tipologias de políticas públicas, Souza (2007, p. 72), explica que as preposições de Theodore J. Lowi, estão elaboradas pela ideia de que “a política pública fazes a política”, ou seja, “cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoiar e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas”. Elas se categorizam em quatro formatos: a) políticas distributivas, que não possuem caráter universal, mas pontuais para o fins específicos em privilégio à grupos e regiões; b) políticas regulatórias, que são mais amplas e envolvem a burocracia, grupos de interesse; segundo Schimidt (2018, p. 129) “regulam e ordenam, mediante ordens, proibições, decretos, portarias, afetando diretamente o comportamento dos cidadãos”; c) política redistributivas, que são de maior amplitude, diversas camadas sociais, como as políticas de caráter social universal, o sistema tributário, sistema previdenciário, dentre outras, e d) políticas constitutivas, procedimentais, ou *estruturadoras* (SCHMIDT, 2018), estão ligadas aos procedimento gerais da políticas e estabelecem as “regras do jogo”, pelas quais determinam como serão definidas as demais políticas.

Segundo Souza (2006, p. 26), podemos situar a política pública no campo holístico, ou seja, “uma área que situa diversas unidade em totalidades organizadas”, o que implicaria em duas consequências: a) tornar-se uma área de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos; b) significa que comporta vários olhares, possuindo, ainda coerência teórica e metodológica. A autora ainda indica que a política pública compreende um ciclo deliberativo, de estágios, processos dinâmicos e aprendizados, em seis estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação (SOUZA, 2006, p. 29). Schmit (2008), por sua vez, elenca cinco etapas em que a política pública nasce e se desenvolve: a) a percepção e definição do problema, b) a inserção na agenda política, c) a formulação da política, d) a etapa de implementação, e e) a avaliação. De todas as interpretações dos ciclos da políticas, pode-se ponderar a importância da avaliação da política pública enquanto resposta à questão social, a fim de que seja verificada a necessidade de sua alteração, ampliação ou mesmo extinção, coletar os resultados de efetividade dentro do processo de desenvolvimento holístico proposto. Nesse

sentido, no início de seus ciclos, as políticas públicas desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação, pesquisas (SOUZA, 2006).

Todavia, conforme aponta Cabral (2019), as políticas para crianças na história brasileira perpassa por três fases, desde o período colonial e imperial, sob o qual inexistia qualquer política específica para crianças e adolescentes, visto a completa invisibilidade social da época; passando para às políticas de caridade, ligadas às ações filantrópicas do início do período republicano, tidas como um *favor* concedido pelo Estado e focadas principalmente na lógica da institucionalização e do apagamento; até às disposições de políticas atuais, após a redemocratização do país, já sob o marco da Constituição Federal de 1988, por meio do qual elegeu-se crianças e adolescentes uma prioridade das políticas de Estado. Nesse ponto, conforme explica Teixeira (2002, p.5), dentro das atuais dimensões de políticas e processo de formulação de políticas públicas, podemos entender sua formulação como “um processo dinâmico, com negociações, pressões, mobilizações, alianças ou coalizões de interesses”, vez que “[...] a formulação de uma agenda pode refletir ou não os interesses dos setores majoritários da população, a depender do grau de mobilização da sociedade civil para se fazer ouvir e do grau de institucionalização de mecanismos que viabilizem sua participação.”. De todo modo, as dimensões atuais das políticas públicas estão ligadas, essencialmente à atuação da sociedade civil, considerados os aspectos de identidade que definem as questões de importância coletiva dos atores sociais, às plataformas políticas que “expressam o sentido do desenvolvimento histórico-social dos atores na disputa para construir a hegemonia”, às mediações institucionais, cuja tensão de interesses e valores são disputados nos espaços públicos para negociar soluções aos grupos sociais determinados; e à dimensão estratégica, ligadas ao modelo econômico e às definições de fundos e financiamentos (TEIXEIRA, 2002, p. 5).

Como visto, as políticas públicas sociais básicas integram as linhas de ação da política de atendimento da criança e do adolescente (artigo 87, do ECA), além dos serviços, programas e benefícios de assistência social, serviços especiais de prevenção médico e psicossocial às vítimas de maus tratos, exploração, abuso ou operação, dentre outros, cujas diretrizes vinculam-se à municipalização do atendimento, primado da descentralização político-administrativa, e à vinculação aos conselhos gestores no âmbito nacional, estadual e municipal, controladores dos

fundos da infância e cujo papel também reside na mobilização da opinião pública (RAMIDOFF, 2007, p. 147).

Ressaltam-se os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente como articuladores de tais premissas, tanto no âmbito Nacional, Estadual e municipal, segundo aponta Tavares (2010, p. 355) “representam *um novo locus de discricionariedade*, onde a sociedade, quebrando a tradição de escolhas políticas, tão-somente, pela cúpula do Poder Executivo, participa da gestão Estatal, na definição das políticas vinculadas à população infanto-juvenil”. Tais instâncias, como já apontado, vinculam a administração pública às suas disposições na definição, deliberação e controle conjunto e paritário das políticas sociais e serviços especializados destinados à população infanto-juvenil, inclusive quanto a correta destinação dos recursos de seus fundos vinculados (FIA), através de planos de aplicação, cuja função prioritária é o diagnóstico, planejamento, monitoramento, avaliação das políticas públicas e capacitação dos operadores do sistema de garantia de direitos (CUSTÓDIO, 2009). Segundo Souza (2016, p. 90),

A concretização de políticas públicas para crianças e adolescentes implica necessariamente o fortalecimento dos conselhos de direitos, especialmente no seu potencial caráter decisório, ou seja, quando se promove um modelo descentralizado de gestão de política pública para criança e adolescente, reafirma-se o compromisso tanto previsto na norma estatutária quanto constitucional, ao elencar o interesse superior de crianças e adolescentes.

Da mesma forma, outro espaço de discussão que dá substrato à formulação de políticas públicas para proteção e promoção de direitos das crianças são as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais, que são realizadas de dois em dois anos “com a finalidade de avaliar as ações realizada e apontadas as diretrizes de ação para os próximos dois anos, nos três níveis, com ampla participação da sociedade civil e representantes do governo” (CUSTÓDIO, 2009, p. 79 - 80). Inclusive, a 8ª Conferência dos Direitos da Criança e do Adolescente¹¹, resultou em documentos

¹¹ Segundo aponta Cabral (2019, p. 152), “A 8ª Conferência dos Direitos da Criança e do Adolescente, realizada em 2009, teve papel essencial na construção da Política Nacional e do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, visto que o seu tema central foi justamente a discussão das diretrizes para a Política Nacional e o Plano Decenal. As diretrizes nela aprovadas vem sendo consolidadas por um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), composto por representantes de diversos ministérios, como o Ministério da Saúde, o da Educação, o do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (extinto em janeiro de 2019), o antigo Ministério da Justiça (hoje Ministério da Justiça e Segurança Pública), o Ministério do Trabalho e Emprego (extinto em janeiro de 2019), o Ministério da Fazenda e o do Planejamento, Orçamento e Gestão (extinto em janeiro de 2019), sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos e do CONANDA.”

essenciais à orientação da construção de uma Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e aos Planos decenais de direitos, nas três esferas, com o objetivo de auxiliar o processo de planejamento público de estratégias, ações, metas a serem executadas em dez anos, nas mais diversas áreas da infância e adolescência, a serem construídas com ampla participação social e comunitária (SOUZA, 2016, p. 90).

Da mesma forma, âmbito da Política Nacional de Atendimento Socioeducativo, a partir do diagnóstico situacional do atendimento socioeducativo da 9ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, no âmbito do CONANDA, realizada no ano de 2011, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR, órgão responsável pela gestão nacional do SINASE, editou o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo, cujo texto dispunha ser “a expressão operacional dos marcos legais do Sistema Socioeducativo, traduzida por meio de uma matriz de responsabilidades e seus eixos de ação” A proposta foi orientar o planejamento, a construção, a execução, o monitoramento e a avaliação dos Planos Estaduais, Distrital e Municipais decenais do SINASE, além de contribuir com a construção e aperfeiçoamento da elaboração dos Plano Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.¹²

No que toca ao diagnóstico e planejamento de ações do Sistema Socioeducativo, ocorre por meio da elaboração dos Planos Decenais do SINASE, cuja dificuldade primeira, em meados de 2013, foi elaborar um levantamento de dados que permitisse um mínimo diagnóstico da realidade do adolescentes, das instituições e dos serviços socioassistenciais. A legislação de 2012 definiu que os planos de atendimento socioeducativos deveriam incluir um diagnóstico, diretrizes, objetivos, metas, prioridades, formas de financiamento e gestão de ações de atendimento pelos próximos dez anos (artigo 7º da Lei do SINASE), a serem elaborados pelos três níveis de gestão do Estado com o propósito de orientar execução da política socioeducativa (COSTA; ZANELLA, 2015). Por sua vez, o Plano Nacional de Atendimento

¹²Conforme explica Souza (2016, p. 99). “O Plano Plurianual ‘é o instrumento de planejamento das ações governamentais de caráter estratégico e político, que deve evidenciar o programa de trabalho do governo manifesto nas políticas, nas diretrizes e nas ações para longo prazo e os respectivos objetivos a serem alcançados, quantificados fisicamente. As Diretrizes orçamentárias constituem um conjunto de instruções para a concretização de um plano de ação governamental. [e] a ‘Lei Orçamentária Anual é o instrumento que possibilita a realização das metas e das prioridades estabelecidas na LDO. É um plano de trabalho descrito por um conjunto de ações a serem realizadas para atender à sociedade”.

Socioeducativo, publicado em 2013, submetido à deliberação do CONANDA, estabeleceu 4 eixos de ação: a) gestão do SINASE, b) qualificação do atendimento socioeducativo, c) participação e autonomia dos adolescentes e d) fortalecimento dos sistema de justiça e segurança pública. Segundo o documento publicado pela Secretaria de Direito Humanos, em 2014, intitulado *Texto de Subsídio para os Planos Estaduais de Atendimento Socioeducativo*, a elaboração de um plano decenal socioeducativo visava atender duas perspectivas

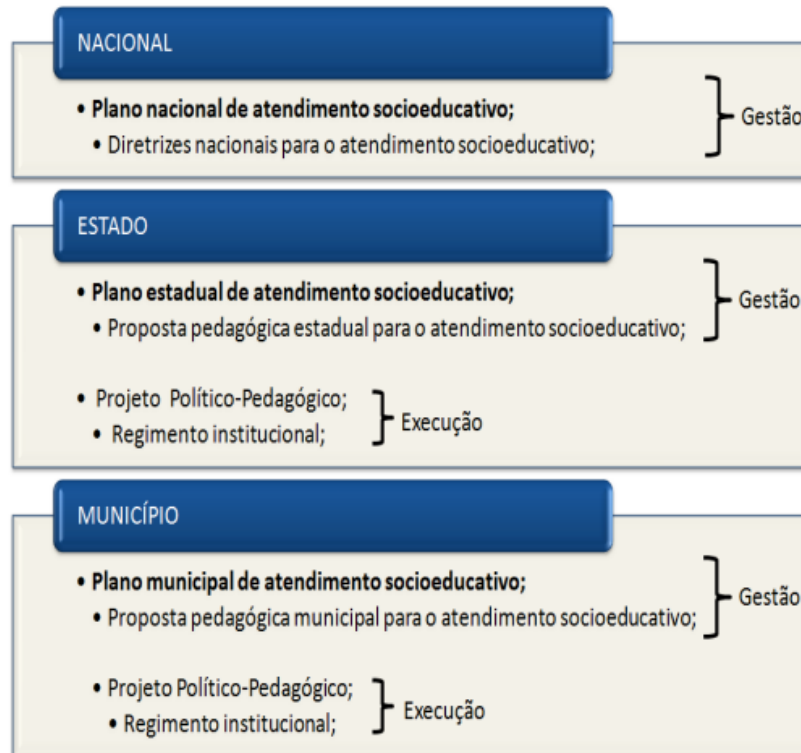
A primeira é ter presente que o atendimento socioeducativo foi regulamentado e instituído, enquanto Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), através da Resolução nº 119/2006 do Conanda e da Lei Federal nº 12.594 de 2012. Nesta direção, importará perceber o que houve de alteração ou de permanência no atendimento socioeducativo desde 2006 no tocante ao conjunto das seis medidas socioeducativas inseridas no art. 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente e nas modalidades de atendimento inicial e internação provisória. O segundo, que a definição de metas para um horizonte temporal de uma década não deve ser simplificada (BRASIL, 2014, p. 3)

O estabelecimento das diretrizes de organização e funcionamento das unidade e programas de atendimento, bem como das normas de referência destinadas ao cumprimento das medidas socioeducativas ficou a cargo da União (artigo 3º, da n.º Lei 12.594/12), bem como a coordenação da execução da política nacional, a assistência técnica aos demais entes federados, a qualificação da rede de atendimento, a instituição dos processos de avaliação, dentre outros. Conforme esclarecem Costa e Zanella (2015), a legislação referiu também a definição de um plano individual de atendimento (PIA) para orientar o percurso formativo do adolescente, sob responsabilidade de elaboração da equipe técnica em colaboração com o adolescente e sua família, conforme ainda preceituam os artigos 52 e 53 da Lei n.º 12.594/12 (VERONESE, 2015).

Por fim, no que tange aos projetos políticos-pedagógicos, no âmbito da execução e avaliação da política nos Estados e Municípios, são os documentos que ordenam a ação e a gestão do atendimento em uma unidade de base física, a fim de contribuir com a orientação dos profissionais que atuam em uma determinada instituição, tomando por base três referências de análise: a) o Marco Situacional, que identifica a realidade da unidade, ou seja um diagnóstico da realidade; b) o Marco conceitual, que embasa a orientação da práxis e o método de atuação e c) o Marco operacional, que define as linhas de ação e os programas de atendimento. (COSTA;

ZANELLA, 2015, p. 41). A fim de compor o panorama dos referidos documentos, ilustra-se no plano onde se situam na organização das competências do SINASE.

Figura 2 - interfaces da gestão e da execução da política de atendimento socioeducativo.



Fonte: COSTA; ZANELLA, 2015, p. 40.

Desse modo, pode-se concluir que os Planos Nacional e Estadual de Atendimento Socioeducativo, constituem-se como as propostas pedagógicas orientadoras da gestão do sistema, as quais, além de definirem seus eixos de atuação e diretrizes da política, estabelecem objetivos, metas e prazos para cumprimento de acordo com os respectivos atores co responsáveis pela concretização das suas disposições.

4.2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: A REDEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES DA PNAISARI E A NECESSIDADE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS/AS ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA

O desenvolvimento de políticas destinadas à saúde de segmentos populacionais fortalecem o entendimento da saúde como um direito universal e integral, não hegemônico, mas que reconhece a diversidade mediante o acolhimento e o cuidado (LOPEZ; MOREIRA, 2011). Consoante destacam Lopez e Moreira (2011, p. 1180), um dos aspectos da integralidade do Sistema de Saúde brasileiro se refere justamente à especificidade que cada segmento populacional demanda políticas especiais de promoção da saúde, como é o caso das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Mulher (PNAISM), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e de todas as demais legislações, portarias, resolução que exprimem estratégias de atuação governamental de segmentos populacionais definidos.

Apesar disso, as políticas de saúde instituídas no Brasil encontram dificuldade de abranger as necessidades integrais e heterogêneas advindas da adolescência (ARAÚJO, 2015).

O maior desafio é construir e implementar ações efetivas e eficientes que contemplem a atenção equitativa para a juventude, a intersetorialidade e a transdisciplinaridade na estrutura do cuidado. A participação efetiva das/os jovens na concepção, formulação, acompanhamento e avaliação das práticas e políticas públicas, num enfoque integral e interdisciplinar é indispensável e necessária para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) [...] (ARAÚJO, 2015, p. 36).

Historicamente, podem-se demarcar, a partir da década de 80, diante do intenso movimento político institucional brasileiro, diversas perspectivas voltadas à população jovem, como a proclamação do Ano Internacional da Juventude pela OMS em 1985, a oficialização do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), pelo Ministério da Saúde, por meio da Divisão de Saúde Materno-Infantil, estabelecendo bases programáticas para atender à problemática socioeconômica da população jovem da época (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010). Anterior ao Estatuto da Criança e do Adolescente, o PROSAD era destinado à adolescentes de 10 à 19 anos, com enfoque preventivo e educativo (ARAÚJO, 2016) e tinha como enfoque “ações básicas a cobertura do crescimento e desenvolvimento, sexualidade e saúde reprodutiva, saúde mental, prevenção de acidentes, violência, maus tratos pela família e instituições, sendo estimulada a sua realização fora das unidades de saúde, em parceria com outras instituições de assistência e na comunidade” (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010, p. 428). Da mesma forma surgiam tentativas de ruptura

com a Política do bem-estar do menor, através da Política de Promoção e Proteção Integral da Infância e da Adolescência, no ano de 1995.

Após a mudança paradigmática que reordenou todo o arranjo institucional brasileiro de atenção aos direitos de crianças e adolescentes, com a promulgação da CF/88 e do ECA em 1990, cumpre destacar que a atenção à saúde da criança e do adolescente ganhou *locus* especial com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 1994, a qual “elege[u] a unidade básica como local privilegiado da atenção básica. O enfoque de saúde da família considera que os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a obtenção do bem-estar, têm como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, entendido este em suas concepções estrutural e dinâmica (OLIVEIRA, et. al. 2009, p. 636). Segundo Oliveira et. al. (2009, p 636), tal estratégia é impactada pela herança das políticas de saúde da criança e do adolescente iniciadas na década de 1980, tendo como principal desafio dar continuidade às ações básicas com forte ênfase na qualidade de vida de crianças e adolescente de acordo com o perfil sociodemográfico, político e epistemológico do país naquele período.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescente e Jovens, tem seu marco referencial nas Oficinas Técnicas do Ministério da Saúde que discutiam objetivos, diretrizes e estratégias para elaboração da política, que efetivamente, no ano de 2010, culminou nas Diretrizes Nacionais da PNAISAJ, as quais buscam nortear todas as ações integradas às demais políticas de saúde, ações e programas já existentes no SUS em atenção aos desafios da população jovem brasileira (BRASIL, 2010). Seu maior intuito era “sensibiliza[r] gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população[...]”, bem como “[...] apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional.” (BRASIL, 2010, p. 11). Dentre outros temas estruturantes, o documento trata da participação juvenil, equidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania e igualdade racial e étnica (BRASIL, 2010).

Apesar da boa intenção de planificação de ações direcionadas à promoção da saúde especializada aos jovens brasileiros, aponta Bernhard (2021, p. 89), que o documento foi publicado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Departamento de

Ações Programáticas Estratégicas e da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde como *Normas e Manuais Técnicos*, de modo que em desvenda seu carácter meramente enunciativo, informativo, orientador e recomendativo, o qual traz análises da saúde de jovens, alguns temas estruturantes, seus marcos legais e outras informações, sem que a Política Nacional tenha sido promulgada, mesmo após a edição de suas diretrizes.

Como todas as demais políticas públicas destinadas à jovens, cujo interesse institucional é marginalizado, questiona-se a legitimidade institucional de tal Política Nacional por pesquisadores da área, por não viabilizarem uma política de governo, quiçá uma política de Estado (LOPEZ, MOREIRA, 2011, p. 1185). Desse modo, em que pese tenha existido estímulo por parte do governo para construção de uma proposta participativa e democrática com tal segmento social que se substanciou pela edição da PNAISAJ,

[...] este processo se restringiu ao momento político, a determinados atores que ocupavam, estrategicamente, a área da adolescência e estimularam o processo, sem, no entanto, ter uma contiguidade nas etapas posteriores necessárias para que a publicização de uma Política Nacional acontecesse com a abertura do grupo em redes de alianças, formação de lobbies, articulações no cenário legislativo e na sociedade civil ampliada (LOPEZ, MOREIRA, 2011, p. 1185).

Desse modo, tendo como parâmetro histórico a falta de efetividade da PNAISAJ, a qual não foi capaz de atingir no campo dos serviços do SUS a necessária problematização da atenção especializada, evidencia-se que os programas e políticas públicas de saúde voltados à segmentos populacionais TM enfrentado dificuldade de integrar e comunicar com as demais ações de saúde no Sistema Único de Saúde, a fim de “[...] ofereçam uma atenção resolutiva e de qualidade, o que abrange a construção de uma rede de proteção social que garanta os direitos dessa população, por meio de parcerias intersetoriais e atividades extramuros.” (RAPOSO, 2009, p. 129).

Dentro dessa perspectiva, destaca-se a dificuldade dos gestores de saúde diante da ausência de profissionais capacitados para o atendimento, a ausência de uma demanda organizada em consonância com a estratégia territorial que implique no desenvolvimento de ações específicas, a ausência de recursos materiais e financeiros para a implantação de ações específicas como a busca ativa, captação

precoce de adolescente grávidas e estratégias de trabalho com grupos de adolescentes na perspectiva do protagonismo (RAPOSO, 2009, p. 129).

Tendo em vista esse cenário, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), por sua vez, buscou-se a ampliação de uma política pública de saúde que atendesse às necessidades específicas dos/as adolescentes autores de atos infracionais, ou seja, que enfrentam as condições próprias da privação de liberdade nesta etapa do desenvolvimento humano. No ano de 2004, através da Portaria Interministerial nº 1.426, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). A política posteriormente foi alterada pela Portaria nº 1.082/2014 do Ministério da Saúde, para englobar a atenção especial ao cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto, com o objetivo de “[...] garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos “adolescentes em conflito com a lei” em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade.” (BRASIL, 2014, grifei).

A PNAISARI tem por finalidade (artigo 7º da Portaria n.º 1.082/14): a) ampliar as ações e serviços de saúde para adolescente privados de liberdade; b) estimular ações intersetoriais para responsabilização conjunta das equipes de saúde e equipes socioeducativas na execução das medidas; c) incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), elaborados pelas equipes de saúde com os Planos Individuais de Atendimento (PIA) a fim de atender a complexidade de demandas dessa população; d) promover o acesso aos cuidados de saúde, sem qualquer tipos de constrangimento durante o tratamento; e) garantir ações de atenção psicossocial; f) priorizar ações de promoção de saúde e redução de danos provocados pelo uso de álcool e outras drogas e g) promover a reinserção social, em especial de adolescente com transtornos mentais e com outros problemas decorrentes do uso de substâncias.

Atualmente as disposições da política foram consolidadas pela Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as políticas nacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e restou elencada na seção “Das políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais”, no entanto o seu texto permaneceu inalterado. A PNAISARI estruturou o financiamento, a distribuição de competência dos entes federados, a organização dos serviços de saúde, os

instrumentos de gestão intersetorial, a operacionalização dos fluxos de atendimento de saúde e os mecanismos de monitoramento e avaliação da política (BRASIL, 2014), de modo a viabilizar a ampliação da atenção à saúde dos adolescente intramuros.

Desde a sua idealização, no ano de 2004, quando editada pela Portaria interministerial nº 1.426. a PNAISARI sofreu mudanças significativas, refletidas nos esforços de ampliação da abrangência e qualificação da Política. Permino et. al. (2018), ao analisarem a progressão das normas que regulamentaram a PNAISARI, sintetizam suas alterações em 7 categorias ou dimensões de análise: a) Governança, b) Financiamento; c) Equipe de referência; d) Parâmetros Arquitetônicos do espaço de saúde da unidade; e) Modalidade de atendimento socioeducativo; f) Articulação interfederativa e g) Monitoramento e avaliação.

Dentre as principais evoluções entre as duas normativas analisadas, destaca-se a criação de um Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI), cujas competências de institucionalização é do Estado e do Município; a ampliação da equipe de referência mínima, que inclui profissional de saúde mental, mas, principalmente a prioridade de atendimento na Atenção Básica e a articulação da equipe de referência; a ampliação de suas disposições e diretrizes à semiliberdade e às medidas de meio aberto; a descentralização da atuação para a municipalidade e o estabelecimento de novos mecanismos de monitoramento e a avaliação. Ilustrativamente, colaciona-se o quadro produzido no referido estudo:

Figura 3 - Alterações da PNAISARI entre os anos de 2008 e 2014.

| Dimensão | Portaria nº 647/2008 | Portarias nº 1082 e nº 1083/2014 |
|-----------------|---|---|
| Governança | Fica a cargo dos municípios estabelecerem seus métodos de governança da política. | É incrementado o Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI), compreendido como um dispositivo intersectorial para a mesa de negociações e para as tomadas de decisão. A competência para sua institucionalização é dos estados e/ou municípios habilitados na política. |

| | | |
|--|--|---|
| Financiamento | Financiamento a partir da habilitação dos estados com transferências tanto para o fundo estadual ou municipal de saúde, com repasses trimestrais. Valores baseados no número de adolescentes atendidos por mês, por ano: . > 40 = R\$ 21.300,00 . 41 – 90 = R\$ 51.120,00 . < 90 = R\$ 85.300,00 . Semiliberdade = não havia incentivo | Ampliação do incentivo baseado nos parâmetros da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), repasse para o fundo municipal/estadual conforme habilitação, com repasses mensais e recurso financeiro destinado às casas de semiliberdade. Valores baseados no número de adolescentes atendidos por mês, por ano: . Até 40 = R\$ 89.838,00 . 41 - 90 = R\$ 102.672,00 . < 90 = R\$ 128.340,00 . Semiliberdade = R\$ 38.502,00 |
| Equipe de referência | Equipe mínima: . Médico . Enfermeiro . Cirurgião dentista . Psicólogo ou Assistente Social Prioriza o atendimento pela Rede Local de Saúde, nos casos quando houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa. Apresenta um anexo sobre como deve ser a estrutura física e de equipamentos. | Equipe mínima: . Médico . Enfermeiro . Cirurgião dentista . Profissional de Saúde Mental a depender do número de adolescentes atendidos na unidade por mês. Prioriza o atendimento na Atenção Básica e nos casos quando houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde de referência da Atenção Básica deverá ser articulada com a equipe de saúde do socioeducativo. Não faz referência a estrutura física e de equipamentos. |
| Parâmetros arquitetônicos do espaço de saúde na unidade socioeducativa | Parâmetros definidos enquanto área de saúde. | Não há descrição de parâmetros. |
| Modalidades de atendimento socioeducativo | Internação e Internação Provisória | Internação, e Internação Provisória, Semiliberdade e Medidas de Meio Aberto (diretrizes) |
| Articulação interfederativa | Centralização na habilitação pelos estados. | Descentralização para os municípios com possibilidade de habilitação estadual ou municipal. |
| Monitoramento e Avaliação | Plano operativo estadual. Seminários estaduais e/ou regionais A secretaria Estadual de Saúde deve encaminhar ao Ministério da Saúde cópia do capítulo do Relatório de Gestão no qual constam as ações do POE, o qual servirá de base para o monitoramento e avaliação até definição dos indicadores e procedimentos de monitoramento. Critérios de suspensão do incentivo (financiamento): . Equipe mínima incompleta ou não atualizada no SCNES. | Plano operativo e plano de ação estadual/municipal. Visitas técnicas “in loco” Preenchimento de formulário de Acompanhamento e Monitoramento da PNAISARI (Formsus) pelos parceiros subnacionais habilitados, semestralmente, dos formulários. Critérios de suspensão do incentivo (financiamento): . Equipe mínima incompleta ou não atualizada no SCNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). . Não envio do plano de ação anual . Constatação de outras irregularidades na implementação da política a critério da CGSAJ/ DAPES/SAS/MS |

Fonte: PERMINO et. al., 2018, p. 2863.

Cumpra observar-se que existem diversas barreiras na implementação da Política, seja pelos desafios de implementação da Política à nível nacional, seja pela

condição dos seus usuários, “pois esse carrega consigo preconceitos e paradigmas punitivos que reverberam diretamente na forma como é assistido na saúde” (PERMINO, et. al, 2018, p. 2860).

De modo geral, a implementação da PNAISARI apresenta muitos desafios desde a sua idealização em 2004. Segundo um estudo realizado no ano de 2018, através do FormSUS, junto à Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), no segundo semestre do ano de 2016 haviam 33 municípios brasileiros habilitados com os critérios estipulados da política, nos quais se distribuíram-se as 68 unidades socioeducativas com 63 equipes de saúde básica de referência (PERMINO, et. al, 2018). Romper o desafio da implementação da política reside na articulação intersetorial e interfederativa como elemento central, vez que

[...] espaços e estratégias privilegiadas para articulação e participação destes atores, de diferentes setores e instâncias da federação, como o GTI e o plano operativo e de ação, vêm sendo recomendados e descritos como facilitadores no processo de implementação de políticas públicas, auxiliando no manejo e na resolução de problemas clínicos e sanitários, além de fundamentais para os processos de planejamento, execução, monitoramento e gerenciamento dos recursos públicos. Nesse sentido, o planejamento da utilização do recurso se torna peça estratégica para sua execução conforme objeto pactuado. (PERMINO; SILVA. RAGGIO, 2020, p. 1245).

Todavia, importante lembrar os paradoxos da política socioeducativa, que mesmo com o avanços vinculados às normativas de proteção e garantia, como o SINASE e no campo da saúde, a PNAISARI, o discurso e a imagem do adolescente ainda é transpassada pela responsabilização estatal e o discurso público, como vivido por volta dos anos de 2015, indicava-se tendente à redução da maioria penal. Constantino (2019, p. 2780), nesse ponto, observa que “a institucionalização em massa tem como um de seus efeitos unidades superlotadas que não cumprem o seu papel socioeducador e opera, prioritariamente, através da lógica punitiva e coercitiva”. A promoção da saúde nesse contexto, e para esse grupo, é complexificada diante das vulnerabilidades vivenciadas tanto antes quanto depois da institucionalização, pois a realidade é permeada por diversos problemas de saúde físicas e mental; a qual é potencializada pela fragilidade da rede de saúde intramuros e extramuros, vez que, conforme aponta o autor, existe um abismo entre o ideal jurídico garantista e a realidade das unidades socioeducativas (CONSTANTINO, 2019).

Apesar disso, “a promulgação da PNAISARI, que objetiva garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes *em conflito com a lei* em cumprimento de medidas socioeducativas, se configura como um importante instrumento de *advocacy* pela garantia do direito à saúde” (CONSTANTINO, 2019, 2780).

4.3. OS ATUAIS DESAFIOS DA POLÍTICA ATENDIMENTO À SAÚDE DE JOVENS EM MEIO FECHADO

Um dos desafios ligados à promoção da saúde de adolescentes internos em unidades de atendimento socioeducativo é a questão da saúde mental e dos transtornos e sofrimentos psicológicos decorrentes da institucionalização. Respeitada a brevidade, a excepcionalidade e o respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, ao portador de transtornos mentais ou sofrimento psicológico, a internação de longa permanência não é mais referência na esfera da saúde pública. Segundo aponta Silva et. al. (2019, p. 63) “ A LRP [Lei da Reforma Psiquiátrica - n.º 10.2016/2001] determina que a internação seja indicada apenas quando esgotados os recursos extra-hospitalares, em especial o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), referência comunitária e territorial para a assistência em saúde mental em substituição ao modelo asilar de tratamento”.

O debate sobre saúde mental infantojuvenil, por sua vez, consolidou-se somente após o estabelecimento do sistema adulto de saúde, alicerçado pelas discussões dos movimentos sociais e pela introdução de novos paradigmas sobre a infância. Apenas no ano de 2001, com a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, elaborou-se um conjunto de deliberações, a partir da ampla participação da sociedade civil, para definir as orientações da política nacional de saúde mental de crianças e adolescentes (PNSMCA), quais sejam: a) a política orienta-se pelos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Lei 10.2016/01; b) crianças e adolescentes são considerados como *sujeitos psíquicos* e de direitos; c) a política pauta-se pela intersectorialidade como marca estruturante, pela construção de redes de cuidado com base territorial e pelas particularidades das crianças e adolescentes dos municípios atendidos; d) a estratégia dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) estende-se às crianças e adolescentes; e) a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes vai além da medicalização e institucionalização, que deverão ser geridos

com cautela; e f) as ações de saúde mental opõe-se ao controle e ajustamento de conduta de crianças e adolescentes com sofrimento psicossocial (COUTO, DELGAGO, 2015, p. 16).

A saúde mental de crianças e adolescentes, no grande arcabouço do SUS, foi atendida por duas ações primordiais: a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e a construção de estratégias intersetoriais de saúde mental para a assistência de crianças e adolescentes, que segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), constituem a *rede intersetorial potencial*. Posteriormente, em 2011, definiram-se as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que para além da reestruturação institucional dos serviços de saúde, assumiu a perspectiva do cuidado em rede para a criação, ampliação e articulação de pontos de cuidado para pessoas com sofrimento psíquico; destina-se a criar uma rede de ambientes “[...] produtores de relações sociais, as quais estejam alicerçadas em princípios e valores que tenham como horizontes a transformação social e conseqüentemente, a construção de espaços sociais para as pessoas em sofrimento psíquico” (FERNANDES et. al; 2020, p. 730).

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), criados em 2002 pela portaria nº 336, do Ministério da Saúde, tornaram-se a primeira e principal estratégia pública de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes no país, uma vez que se fundamentam pela intersectorialidade e pelos cuidados de base comunitária e territorial para ampliação dos laços sociais e familiares (MATEUS, 2013).

O objetivo dos Capsi é oferecer atendimento à população infantojuvenil de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social, pelo acesso à escola, lazer, cultura, esportes, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O acompanhamento clínico realizado nos Capsi contempla atenção diária, intensiva, efetiva, personalizada e promotora de vida através de dispositivos como Projeto Terapêutico Singular e Técnico de Referência. (RIBEIRO; PAULA, 2013, p. 335).

Nessa perspectiva, existe uma mudança radical nas políticas de saúde na medida em que se busca romper com o modelo de silenciamento e apagamento proposto pela institucionalização. A regra é criar espaços que dêem condições dignas para que o sujeito enfrente as suas vicissitudes e não se personifique a partir delas; é possibilitar o cuidado integral por meio de esforços comuns da família, da comunidade e dos espaços sociais em que estão inseridos.

Segundo Couto e Delgado (2015, p. 28), a inclusão, ainda que tardia, no debate político das demandas de saúde mental de crianças e adolescentes através da Reforma Psiquiátrica, representa “[...] a superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparasse ações cidadãs e não segregadoras”, diversas das práticas de intervenção Estatal que foram adotadas pela política de internação durante a vigência da concepção *menorista*. Os imperativos do desenvolvimento de uma política de atendimento específica para a atenção integral à saúde mental estão alinhados com os princípios garantidores de direitos da população infanto-juvenil, uma vez que atendem à especial condição de pessoa em desenvolvimento e à prioridade absoluta nas políticas sociais. Da mesma forma, uma nova experiência que se baseia no comunitarismo e no papel importante da família no processo atende à corresponsabilidade compartilhada no desenvolvimento pleno das potencialidades dos sujeitos.

Diante de tais apontamentos, como compatibilizar o cuidado da saúde mental com a impreterível institucionalização de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de internação e internação provisória? Existe um debate lógico diante das duas proposições, cujas afirmações e práticas podem inegavelmente remontar às ideias superadas da institucionalização presente na política de bem-estar do menor.

Contudo, não bastasse o sistema socioeducativo ser pautado pela incompletude institucional, podendo recorrer à tais instâncias para ampliação dos cuidados de saúde mental extramuros, conforme determina a própria PNAISARI, é também necessário que compunha a equipe de referência da Atenção Básica um profissional de saúde mental para promoção de ações dentro da institucionalização, diante do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da própria segregação, do afastamento da convivência familiar e comunitária, do convívio social, da própria violência institucional, dentre outros fatores. Segundo o Anexo I, da Portaria n.º 1.082/14 (PNAISARI) que dispõe sobre as atribuições das equipes de referência em saúde mental, integrantes da Atenção Básica do SUS, a inclusão de um profissional de saúde mental de referência tem como objetivo primordial o desenvolvimento de “tecnologias leves” no campo da saúde mental, as quais “[...] referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica

institucional que são produtores de adoecimento psíquico” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A atuação desses profissionais, portanto, baseia-se na lógica do matriciamento, entendido, dentre outras situações como: a) discussão de casos clínicos; b) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; c) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; d) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; e) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; f) realização de visitas domiciliares conjuntas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Todavia, apesar da proposta ser promissora, existem reflexos e resquícios impregnados no sistema socioeducativo que ainda não conseguiram se distanciar das perspectivas tuteladoras e controladoras das doutrinas há muito superadas. Um indício disso é justamente o uso indiscriminado da medicalização como instrumento de *amansamento* nas dos adolescentes nas unidades socioeducativas. Conforme adverte Vilarins (2013, p. 892) “[...] situado entre a lei e a psiquiatria, o adolescente autor de ato infracional com transtorno mental torna-se alvo desses dois campos de saber e poder. Ergue-se uma relação contraditória entre a punição e o tratamento, impossibilitando a conciliação das ações dos campos da justiça e da saúde no atendimento a esse adolescente.”. Portanto, segundo as análises de Vilarins (2013), nesses casos temos sujeitos invisíveis, que são escondidos nos muros da unidade, abandonados, quando a dimensão do cuidado é sobrepujada pela punição judicial.

Não fosse apenas esse desafio envolto no cuidado (necessário) da saúde mental, existe ainda a questão da medicalização indiscriminada que, apesar dos avanços e garantias normatizadas, ainda existe uma lacuna sobre o local onde se encontra o componente farmacológico nas unidades de internação (SILVA, et. al., 2019). Há de pontuar que a medicalização foi pautada pelo CONANDA por meio da Resolução n.º 177/2015, cujo teor, oportunamente se destaca:

Art. 5º A atenção integral à saúde dos adolescentes, no âmbito do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), tem como diretriz os cuidados especiais em saúde mental.

§ 1º Os cuidados especiais em saúde mental referidos no caput deverão ser realizados por equipe multidisciplinar e multissetorial de saúde cuja

composição esteja em conformidade com as normas de referência do Sistema Único de Saúde.

§ 2º O adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial e esta avaliação subsidiará a elaboração e execução da terapêutica a ser adotada, a qual será incluída no Plano Individual de Atendimento PIA do adolescente.

§ 3º **A prescrição de medicamento psiquiátrico para adolescentes no âmbito do Sinase deve ser feita nos termos da lei, bem como deve estar em conformidade com o PIA e com as necessidades individuais do adolescente.**

Art.6 **As entidades que ofereçam programas de atendimento socioeducativo e de privação de liberdade devem adotar medidas que coíbam a prática de excessiva medicalização e de contenção química arbitrária de adolescentes** (CONANDA, 2015, grifei).

Outro ponto que não pode ser descartado que remonta um desafio do sistema socioeducativo é a reflexão advinda diante do cenário da pandemia da Covid-19. No início do cenário pandêmico, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) emitiu as Resoluções n.º 62 e 313 buscando recomendar aos tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção da Covid-19.

Da mesma forma, o CEDCA emitiu o documento intitulado *Recomendações do Conanda para a Proteção Integral a Crianças e Adolescentes durante a Pandemia do Covid-19*, ratificando as recomendações do CNJ, e ponderando sobre a necessidade de revisão da medida socioeducativa de internação e internação provisória visando a progressão para o meio aberto, nos casos de adolescentes com doenças crônicas e nas situações de contágio iminente, por conta das condições sanitárias precárias das unidades de internação (BRASIL, 2020, p. 2).

Em face do cenário pandêmico, a SAP/SC, da qual é subordinado o Departamento de Administração Socioeducativo de Santa Catarina, adotou um conjunto de medidas para combater os efeitos da pandemia no sistema socioeducativo catarinense, principalmente relacionadas ao Plano de Contingência para a Covid-19 da Secretaria de Saúde e ao Protocolo de Atuação - Coronavírus.

O protocolo previa medidas sanitárias básicas para todos os estabelecimentos penais e socioeducativos. O isolamento social evidentemente se acentuou com a suspensão da visitação face à situação de risco de contágio. De modo geral, a visitação de todos os familiares restou suspensa (Portaria nº 1049/GABS/SAP), além da suspensão do recebimento de cartas ou correspondências (Portaria nº 231/GABS/SAP), autorizando-se os familiares dos socioeducandos no envio de 1 e-mail, por semana para comunicação. Entre as *medidas compensatórias*, com a

persistência e agravamento do contágio através da transmissão comunitária, deu-se início à possibilidade de visita remota, que consistia em uma ligação ou videoconferência a cada 15 dias, entre os familiares e os socioeducandos com duração máxima de 10 minutos (Portaria nº 255/GABS/SAP).

Os indicadores de contaminação apresentados apontaram para um panorama positivo no controle do avanço da Covid-19. Segundo os dados que foram diariamente divulgados pela SAP/SC, até março de 2022, Santa Catarina registrou 73 casos confirmados de Covid-19 entre os internos, porém nenhum caso evoluiu nos estágios mais graves da doença. Da mesma forma, não foram registrados óbitos no sistema socioeducativo catarinense ligados à infecção da Covid-19 (SANTA CATARINA, 2022).

Atualmente, a vacinação de adolescentes privados de liberdade apresenta estágios avançados, com a realização de 343 doses iniciais, sendo 294 adolescentes que já completaram o esquema vacinal, porém apenas 25 adolescentes tomaram a dose de reforço (SANTA CATARINA, 2022). Contudo, o tratamento indiscriminado de ações no combate da pandemia da Covid-19 para o sistema penal e socioeducativo demonstra a necessidade de tensionamento da proposta socioeducativa e da garantia dos direitos de adolescentes intramuros. Apesar das medidas de controle de contaminação nas unidades socioeducativas surtirem o necessário impacto na preservação da saúde e da vida, os indicadores positivos podem esconder uma realidade de violações e isolamento social ainda maior do que o experimentado pelo resto da população.

Apesar das recomendações dos órgãos e atores do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, visualizava-se a dificuldade das unidades socioeducativas em operacionalizar as políticas públicas essenciais dos sistemas de proteção social brasileiro, como, por exemplo, a articulação e implementação da PNAISARI nas unidades e a garantia de ações efetivas para promoção da saúde para além do isolamento.

5. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL AO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI (PNAISARI) EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE DE SUA IMPLEMENTAÇÃO E ARTICULAÇÃO NO SGDCA

Neste capítulo, primeiro se desenha o cenário do sistema socioeducativo catarinense, especialmente a partir dos dados extraídos do *Diagnóstico da Realidade Social da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina*, documento produzido pelo Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA/SC), da *Auditoria operacional para avaliar a gestão do sistema socioeducativo de Santa Catarina para adolescentes em conflito com a lei que receberam medida de internação* (Processo 19/00240626), realizada pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC), no ano de 2020, e da pesquisa intitulada *Saúde dos(as) adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em Santa Catarina*, produzida e disponibilizada, no ano de 2020, pelo Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude - CIJ, órgão integrante do Ministério Público do Estado de Santa Catarina (MP/SC).

Em um segundo momento se analisam as disposições atinentes à garantia da saúde constantes no Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo e a sua adequação e a implementação da PNAISARI no Estado de Santa Catarina de acordo com a pesquisa documental levantada para, ao final, buscar traçar as dificuldades das perspectivas de atuação e articulação da política junto do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente em Santa Catarina.

5.1. O CONTEXTO DO ESTADO DE SANTA CATARINA E UM PANORAMA DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO CATARINENSE

Primeiramente, cumpre esclarecer que diversamente das medidas socioeducativas em meio aberto que estão ligadas à execução no âmbito da política de assistência social (SUAS), a administração das medidas socioeducativas em meio fechado no Estado de Santa Catarina estavam sob competência da Secretaria

Executiva da Justiça e Cidadania, órgão este vinculado à Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão (art. 64 da Lei Complementar nº 381/2007).

Posteriormente, com a reestruturação administrativa aprovada pelas Leis Complementares n.º 534/2011 e n.º 741/2019, estabeleceu tal instância como Secretaria da Justiça e Cidadania, atualmente denominada Secretaria de Estado da Administração Prisional (SAP), cujas competências, de acordo com o artigo 30, inciso II, da legislação é implementar a política estadual de atendimento socioeducativo destinada a adolescentes autores de atos infracionais que estejam reclusos, em regime de privação e restrição de liberdade, nas unidades de atendimento. Ainda, conforme inciso VIII do artigo 30 da referida normativa, cabe ainda à SAP planejar, formular, normatizar e executar a política estadual de promoção e defesa dos direitos dos adolescentes infratores, cuja área finalística é posta em prática pelo Departamento de Administração Socioeducativo (DEASE).

Cabe ao DEASE a implantação e implementação do Sistema de Atendimento Socioeducativo catarinense em meio fechado, referente à execução das medidas socioeducativas em regime de restrição e privação de liberdade em observância às disposições da Constituição Federal de 1988, do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.

Dentro das atribuições de organização e funcionamento do DEASE, instituídas pela Portaria nº 354/GBS/SJC de 2013, pontuam-se as seguintes: a) implementar e coordenar o Sistema de Atendimento Socioeducativo Catarinense restritivo e privativo de liberdade em consonância com as Diretrizes Nacionais e as Legislações correlatas; b) prestar assessoria sociopedagógica, administrativa e operacional aos Municípios na implantação e implementação do Sistema Socioeducativo Estadual; c) implantar, alimentar e manter o SIPIA/SINASE – Sistema Nacional de Registro e Acompanhamento dos programas de execução das medidas socioeducativas em regime restritivo e privativo de liberdade; d) articular para intersetorialidade no âmbito governamental com o Sistema de Garantia de Direitos e com a sociedade em geral, promovendo ações e campanhas que favoreçam a inclusão social e produtiva dos adolescentes em conflito com a Lei e egressos do Sistema Socioeducativo.

Dentro do panorama das unidades de atendimento com restrição e privação de liberdade, de acordo diagnóstico situacional realizado pela edição do Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo em 2015, existem 4 Centros de Atendimentos Socioeducativos, destinados ao cumprimento das medidas de internação (artigo 121

do ECA¹³) nos municípios de Lages (capacidade para 35 adolescentes), Chapecó (capacidade para 60 adolescentes), Joinville (capacidade para 70 adolescentes) e São José, na grande Florianópolis (capacidade para 70 adolescentes), sendo que apenas os dois últimos atendiam os parâmetros arquitetônicos definidos no SINASE, enquanto o CASE de Chapecó, à época, encontrava-se desativado para construção de nova estrutura que atendesse os parâmetros mínimos (SANTA CATARINA, 2015).

Em dados mais recentes, os CASES de Joinville e Florianópolis apresentavam superlotação, sendo que no ano de 2018 haviam 513 adolescentes na lista de espera para cumprimento das medidas socioeducativas e cerca de 48,1% deles há mais de um ano aguardavam vagas (SANTA CATARINA, 2018).

Segundo auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina no ano de 2020 (Relatório técnico DAE - 27/2020), analisando a oferta e a demanda do sistema nas unidades de internação e internação provisória, apesar do melhoramento da oferta de vagas nos últimos anos, ainda há uma lista de espera principalmente em estabelecimentos de internação definitiva nas regiões Norte e Oeste do Estado (SANTA CATARINA, 2020). Ainda quanto à disponibilização de vaga, os gestores apontaram que, em 2018, haviam 730 adolescentes na fila de espera para internação, número que reduziu significativamente a partir da normatização da Central de Vagas da Gerência de Medidas Socioeducativas (Resolução conjunta nº 001/2017), o que de fato foi observado quando analisados os dados registrado pelo MP/SC em seu sistema “Qlik Sense”, vez que, na data de 21/09/2020, haviam 36 adolescentes aguardando vaga de internação em CASE (SANTA CATARINA, 2020, p. 65).

No que tange à equipe técnica mínima para atendimento nas unidades, segundo a referida auditoria, todas as unidades de atendimento socioeducativo de internação, incluídas as unidades de Centros de Internação Feminina de Florianópolis e Chapecó, apresentavam o quantitativo mínimo de profissionais definidas pelo SINASE e pela portaria n.º 340/2004 do MS. Entretanto, pondera-se que “o fato de possuir estes cargos preenchidos no seu quadro de servidores não necessariamente traduz em garantia de execução da função, uma vez que foi observado em inspeção in loco um alto número de licenças prolongadas e ausência de participação de membros da equipe na elaboração dos PIA’s” (SANTA CATARINA, 2020, p. 76).

¹³Art. 121. A internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Quanto aos Centros de Atendimento Socioeducativos Provisórios (CASEPs), destinados às solicitações de internação provisória (artigo 108 do ECA¹⁴) estavam divididos em 15 unidades espalhadas pelo Estado, sendo 3 delas sob administração direta do governo do Estado (Chapecó, Lages e Grande Florianópolis) enquanto as demais 12 unidades estavam sob administração indireta até 2015, com capacidade de atendimento para 1042 internos (SANTA CATARINA, 2015).

No que tange ao perfil dos adolescentes internados nas unidades o *Diagnóstico da Realidade Social da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina*, em seu volume 3, sobre o *Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade*, publicado no ano de 2018, de realização do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA/SC), traça alguns aspectos importantes da população, a partir de dados coletados com a Secretaria de Segurança Pública (SSP/SC), com o DEASE e com o Ministério Público de Santa Catarina (MP/SC).

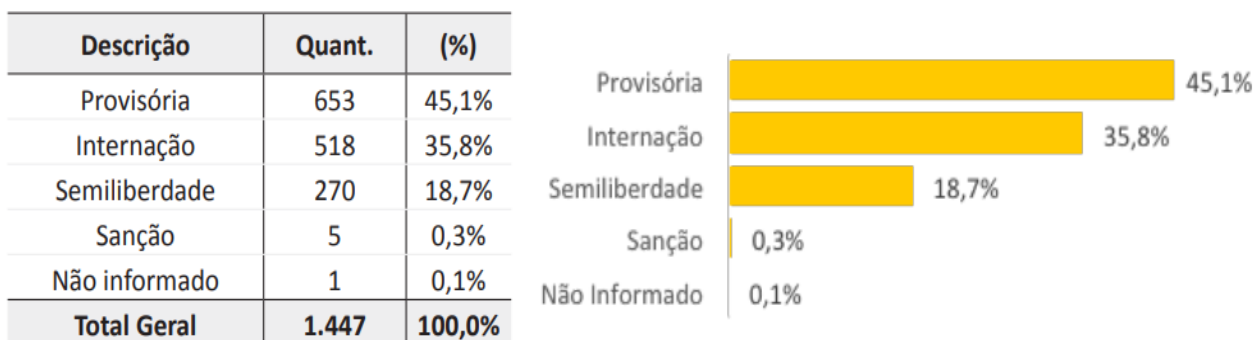
Dos dados coletado com a SSP/SC, foram obtido 11.440 registro de conduta praticadas por adolescentes no ano de 2016, delas 74,9% por adolescentes do sexo masculino, enquanto 25,1% do feminino. Quanto ao grau de instrução e escolaridade, 69% dos adolescentes possuíam ensino fundamental completo e apenas 14,8% ensino médio completo. No que tange à conduta análoga ao crime, foram 4 as mais praticadas: 17,7% estavam ligados a atos infracionais contra o patrimônio; 17,4% contra a liberdade individual; 16,3% relacionados à entorpecentes e 14,7% associados à ofensa à integridade física e psicológica (SANTA CATARINA, 2018).

Quanto o cumprimento de medida socioeducativa, cerca de 1.447 adolescentes cumpriam medidas socioeducativas nas modalidades de medida provisória de internação, semiliberdade ou sanção, enquanto 2.734 adolescente cumpriam medidas em liberdade nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), um total de 4.181 adolescentes.

Nas medidas cumpridas no DEASE, segundo fonte do próprio órgão datada do ano de 2016, 653 adolescentes, cerca de 45,1% cumpriam medida provisória e 35,8% medida de internação e 18,7% cumpriam medida de semiliberdade.

Figura 4 - Medidas Socioeducativas cumpridas no DEASE (2016).

¹⁴ Art. 108. A internação, antes da sentença, pode ser determinada pelo prazo máximo de quarenta e cinco dias.



Fonte: SANTA CATARINA, 2018.

Pontua-se a dificuldade de obtenção de uma base de dados consolidada, diante da escassez de relatórios, controle de informações e levantamento; constata-se, inclusive, que o próprio relatório elaborado pelo CEDCA/SC possui dados segmentados, cujos períodos e anos são variados. Pelo mesmo estudo, utilizando a base de dados obtidos com o DEASE, agora referente ao mês de abril de 2018, buscou-se traçar um perfil mais completo dos adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas.

Dos adolescente que se encontravam nas unidades de atendimento do DEASE naquele período, 96,7% eram do sexo masculino, deles apenas 13,1% eram jovens com mais de 18 anos. No que tange à etnia/cor, a maioria se auto declarava branca (58,6%), contudo, constatou-se que o percentual é proporcionalmente menor do que se encontra na população dessa faixa etária no Estado de Santa Catarina (81,2%), ou seja, os adolescentes da cor branca que cumpriam medida socioeducativa naquele período representavam 22,6% a menos do que o índice existente na população da mesma etnia/cor e faixa etária em Santa Catarina, de acordo com dados obtidos pelo IBGE.

Quando comparado com a população autodeclarada parda ou preta, tais índices se invertem, sendo que adolescentes da mesma faixa etária representam maior parcela reclusa em relação à representatividade do Estado. Enquanto no sistema socioeducativo, adolescentes pretos e pardos que cumpriam medida socioeducativa no DEASE representavam, conjuntamente, cerca de 34,6%, em Santa Catarina, tal população de mesma faixa etária (entre 12 e 21 anos) e etnia/cor correspondia a apenas cerca de 18,1% da população. Ilustra-se a seletividade em relação à população jovem preta e parda, conforme se observa dos gráficos:

Figura 5 - Perfil dos adolescentes em cumprimento de MSE no DEASE segundo etnia/cor.

Adolescentes em cumprimento de MSE

| Etnia/Cor | Quant. | (%) |
|--------------------|------------|---------------|
| Branca | 215 | 58,6% |
| Parda | 98 | 26,7% |
| Preta | 29 | 7,9% |
| Não informado | 25 | 6,8% |
| Total Geral | 367 | 100,0% |

Nota: Os dados referem-se a adolescentes que estavam nas unidades em abril de 2018.

Fonte: DEASE, 2018.

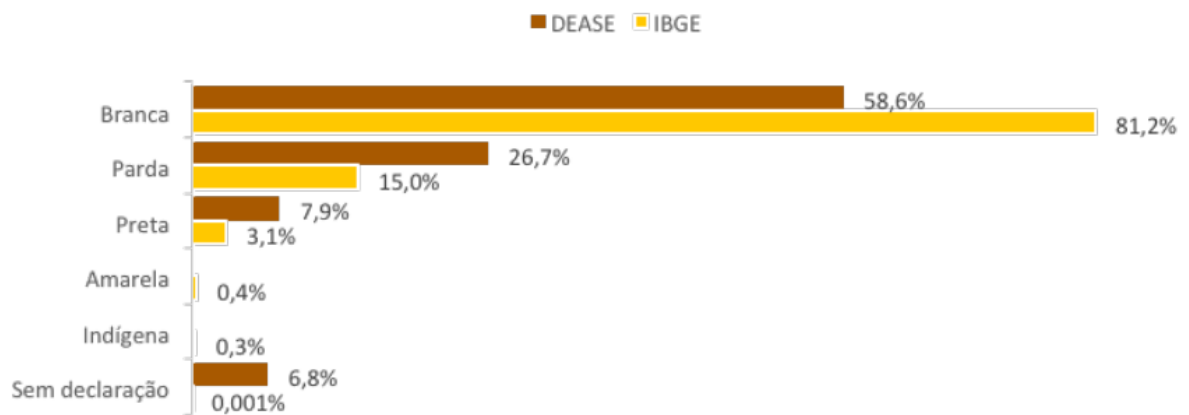
População de 12 a 21 anos no Estado

| Etnia/Cor | População de 12 a 21 anos | (%) |
|----------------|---------------------------|---------------|
| Branca | 881.591 | 81,2% |
| Parda | 162.726 | 15,0% |
| Preta | 33.383 | 3,1% |
| Amarela | 4.460 | 0,4% |
| Indígena | 3.422 | 0,3% |
| Sem declaração | 13 | 0,0% |
| Total | 1.085.595 | 100,0% |

Fonte: IBGE, 2010.

Fonte: SANTA CATARINA, 2018.

Figura 6 - Comparativo da representação de etnia/cor de adolescente cumprimento MSE no DEASE e a representatividade da parcela populacional do Estado de Santa Catarina.

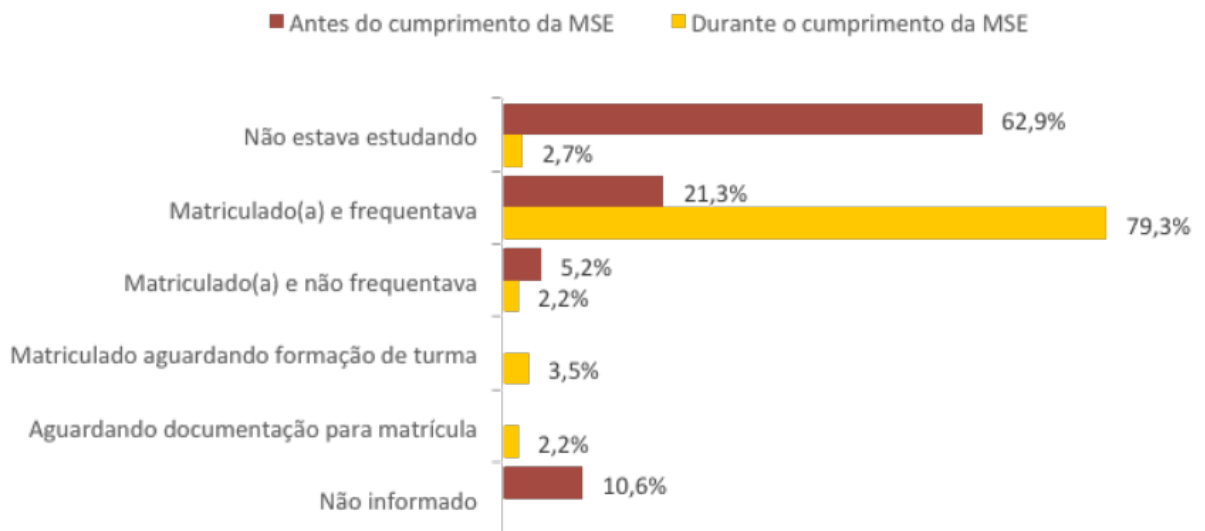


Fonte: SANTA CATARINA, 2018.

Quanto à renda familiar, constatou-se uma concentração nas faixas salariais de 1 a 2 salários mínimos, cerca de 55,9%. Outro dado importante da pesquisa realizada pelo CEDCA/SC foi um alto percentual de adolescentes que, antes de ingressarem no sistema socioeducativo, trabalhavam na informalidade, sem qualquer registro, cerca de 38,1%. Da mesma forma, quanto à situação escolar, o percentual de adolescentes que não estavam formalmente inseridos no sistema de educação antes de ingressarem no sistema socioeducativo representou um percentual muito

alto, cerca de 62,9%. Porém, o estudo aponta que o número de matriculados, e *regularmente estudando*, no sistema socioeducativo representa um número maior, vez que a escolarização é pilar essencial da socioeducação, mas que não atesta a efetividade do serviço prestado. Veja-se:

Figura 7 - Situação escolar do adolescente antes e durante o cumprimento de medida socioeducativa no DEASE.



Fonte: SANTA CATARINA, 2018.

Todavia, conforme observado pela auditoria realizada pelo TCE/SC em 2020, várias vicissitudes impactaram as políticas de escolarização de adolescente internos: a) a dificuldade e divergência de opiniões entre profissionais do DEASE (SAP) e da Secretaria Estadual de Educação (SED) quanto à melhor modalidade de ensino ofertada na instituição (Ensino regular ou Educação de Jovens Adultos - EJA); b) o descumprimento de carga horária mínima de escolarização exigida pela legislação (artigo 24 da Lei 9.394/96 - LDB); c) a oferta não padronizada de escolarização no período de férias escolares; d) o descumprimento de idade mínima para matrícula de adolescentes no EJA (artigo 38 da LDB); d) a oferta insuficiente de cursos de profissionalização nas unidades de internação, dentre outros problemas.

Um último dado obtido pelo estudo realizado pelo CEDCA/SC sobre o perfil dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em Santa Catarina, diz respeito ao consumo de drogas, segundo o perfil traçado em 2018: 78,2% consumiam

machonha, 37,6% cigarro, 22,1% eram usuários de cocaína e 18,3% declararam consumir álcool.

Figura 8 - Uso de drogas pelos adolescentes em cumprimento de medidas nas unidades do DEASE.

| Uso de drogas | Quant. | (%) |
|------------------------------|------------|----------|
| Maconha | 287 | 78,2% |
| Cigarro | 138 | 37,6% |
| Cocaína | 81 | 22,1% |
| Álcool | 67 | 18,3% |
| Crack | 6 | 1,6% |
| Ecstasy | 6 | 1,6% |
| Outras | 69 | 18,8% |
| Não estava mais utilizando | 3 | 0,8% |
| Nunca utilizou | 14 | 3,8% |
| Não informado | 43 | 11,7% |
| Total de Adolescentes | 367 | - |

Nota: os dados referem-se a adolescentes que estavam nas unidades em abril de 2018. Um adolescente pode usar mais de uma droga.

Fonte: DEASE, 2018.

Fonte: SANTA CATARINA, 2018.

Buscando desenhar o cenário do Sistema Socioeducativo catarinense, constatou-se que existem poucos estudos mapeando e segmentando outros recortes dos/as internos/as no DEASE. A falta de uma base consolidada e, da mesma forma, a precariedade de dados que são fragmentados por diversas bases e fontes, prejudicou a análise aprofundada de outras questões e recortes pertinentes ao estudo da saúde nas unidades de internação, internação provisória e semiliberdade.

A falta de dados mapeando a população de adolescentes com deficiência, e a especificidade que cada uma delas demanda do sistema de saúde, dados acerca das condições de saúde que afetam a faixa populacional, como obesidade, DST's, condições de sofrimento psicológico, a falta de dados identificando, para além da binaridade de gênero, a orientação sexual, as demandas da população tranvestigênere, a condição de gravidez na adolescência, as necessidades

específicas de pessoas que menstruam, dentre tantos outros recortes que impactam, diretamente, na especificidade das ações de promoção da saúde dentro (e fora) dos ambientes de cumprimento da medida socioeducativa. A ausência de tais dados, por si só, evidencia, desde já, a necessidade de aprofundamento de estudos e mapeamento do sistema de socioeducação a fim de qualificar a prestação de atendimento em garantia aos direitos da criança e do adolescente hoje cada vez mais específicos e necessários.

5.2. A IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISARI EM SANTA CATARINA E OS PROCESSOS DE ARTICULAÇÃO NO SGDCA: ANALISANDO O PLANO NACIONAL E ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (2015 – 2024).

Diante de todos os desafios de garantir a saúde de adolescentes permeados pelas vicissitudes da reclusão, da invisibilização e do apagamento, cabe analisar as disposições previstas nos Planos Nacional e Estadual de Atendimento Socioeducativo cujos objetivos e metas devem orientar a implementação da política socioeducativa em Santa Catarina.

De início, pontua-se que o Plano Nacional do SINASE, elaborado em 2013, possuía como um de seus fundamentos o aprimoramento institucional definidos nas disposições do ECA, da Resolução n.º 119/2006 do CONANDA e da Lei 12.594/12, diante da necessidade de alinhamento da gestão da política socioeducativa, em especial para cumprimento das diretrizes da descentralização e participação popular, através das organizações de representatividade da sociedade.

Para isso, buscou organizar o modelo de gestão sistemática em três pilares, nas instâncias Federal, Estadual e Municipal: a) órgãos de gestão, atrelados ao poder executivo, dividindo a gestão do sistema socioeducativo em meio fechado e meio aberto; b) as instâncias de articulação, garantidores da transversalidade das políticas do SINASE, expressas nas políticas setoriais, com a criação de comissões intersetoriais nas três instâncias do Estado e c) as instâncias de controle, compostas pelos órgãos fiscalizadores, como os Tribunais de Contas, Sistema de Justiça, Controladorias da Administração Pública, organizações da sociedade civil e, por fim,

destacando-se, os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente como expressão da participação da sociedade.

O desenho da gestão do SINASE, nas três esferas, apresentado pelo Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo se visualiza da seguinte forma:

Figura 9 - Modelo de Gestão do SINASE.

| | PODER EXECUTIVO | INSTÂNCIAS DE ARTICULAÇÃO | INSTÂNCIAS DE CONTROLE |
|-----------|---|--|---|
| FEDERAL | ÓRGÃO GESTOR DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO NACIONAL SDH Coordenador Nacional do Sistema Socioeducativo Medidas de Meio Fechado Medidas de Meio Aberto SINASE 4.1.3: Coordenar o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo; formular e executar a política nacional; suplementação de recursos; elaborar o Plano Nacional do SINASE; SIPIA, Assistência Técnica a Estados e Municípios; diretrizes gerais sobre organização e funcionamento; processos de avaliação de entidade e programas. | POLÍTICAS SETORIAIS COMISSÃO INTERSETORIAL ESCOPO: Garantir responsabilidade e transversalidade das Políticas Setoriais do SINASE. COMPOSIÇÃO: SDH, MINISTÉRIOS (MDS, MEC, Ministério da Saúde, do Esporte, de Cultura, de Planejamento, de Trabalho e Emprego, SEPP/PR), CONANDA, FONSEAS, CNAS, FONACRIAD, CONGEMAS | ÓRGÃOS FISCALIZADORES CONANDA, CGU, Congresso Nacional, TCU e Sistema de Justiça |
| | ÓRGÃO GESTOR DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO ESTADUAL Coordenador Estadual do Sistema Socioeducativo ÓRGÃO GESTOR DA PRIVAÇÃO E RESTRIÇÃO DE LIBERDADE ÓRGÃO GESTOR DA LIBERDADE ASSISTIDA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À COMUNIDADE Função: coordenar, monitorar, supervisionar e avaliar a implantação e o desenvolvimento do Sistema Socioeducativo; supervisionar tecnicamente as entidades; articular a intersetorialidade, estabelecer convênios, publicar, emitir relatórios, coordenar a elaboração do Plano Estadual, SIPIA, Assistência aos Municípios; criar e manter programas de internação, semiliberdade e internação provisória - SINASE 4.2.2; 4.1.4. | COMISSÃO INTERSETORIAL ESCOPO: Garantir responsabilidade e transversalidade das Políticas Setoriais do SINASE COMPOSIÇÃO: Órgão Gestor, Secretarias Estaduais, Coordenação Meio Aberto, Coordenação Meio Fechado, Sistema de Justiça e Organizações da Sociedade Civil. | Órgão de controle da Administração Estadual; Legislativo Estadual; Sistema de Justiça; Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e Organização da Sociedade Civil |
| MUNICIPAL | ÓRGÃO GESTOR DO PROGRAMA MUNICIPAL DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS Coordenador Municipal do Sistema Socioeducativo COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE LIBERDADE ASSISTIDA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO Função: Coordenar, monitorar, supervisionar, e avaliar a implantação e o desenvolvimento do Sistema Socioeducativo; supervisionar tecnicamente as entidades, avaliando e monitorando; articular a intersetorialidade, estabelecer convênios, publicar, emitir relatórios, SIPIA, coordenar a elaboração do Plano Municipal - SINASE 4.2.2; 4.1.5. | COMISSÃO INTERSETORIAL ESCOPO: Garantir responsabilidade e transversalidade das Políticas Setoriais do SINASE | CMDCA; Órgão de Controle Administração Municipal, Legislativo Municipal, CCM, CT, Sistema de Justiça e Organizações da Sociedade Civil. |

Fonte: Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo. BRASIL, 2013.

Dentre as metas, prazos e responsabilidades elencadas, o Eixo 2 do Plano Nacional tratou da qualificação do atendimento socioeducativo, cujos objetivos dizem respeito a: a) parametrização do SINASE; b) qualificação dos profissionais; c) qualificação do atendimento ao adolescente; d) enfrentamento da violência institucional; e) qualificação da infraestrutura. Destacam-se os seguintes objetivos, de responsabilidade do Ministério da Saúde e suas secretarias, para implementação até o 3º período definido no plano (ano 2023):

3.2 Incluir os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos Adolescentes nos PIA;

3.4 Organizar e **qualificar a rede de atenção à saúde ampliando o acesso de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas a ações e serviços de saúde resolutivos**, em tempo oportuno;

3.5 **Qualificar as redes de atenção à saúde para o atendimento de adolescentes envolvidos com práticas de atos infracionais com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sem quaisquer discriminações**, no caso de aplicação da medida protetiva do art. 101, inciso V, do ECA, cabendo à equipe de saúde eleger a modalidade do tratamento que atenda a demanda;

3.6 **Articular ações específicas entre as políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental dos adolescentes que pratiquem atos infracionais**, especialmente para os adolescentes que estejam cumprindo medidas socioeducativas de Internação ou Semiliberdade (BRASIL, 2013, grifei).

Já no âmbito estadual, analisando as disposições do Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo (2015 - 2024), também no eixo da qualificação do Sistema (Eixo 2), dispôs como objetivo n.º 7, “garantir o direito à saúde aos adolescentes inseridos no Sistema Socioeducativo” com as seguintes metas:

7.1) **Implantar e implementar o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei** até o ano de 2023;

7.2) **Organizar e qualificar a rede de atenção à saúde ampliando o acesso dos adolescentes em cumprimento de MSE a ações e serviços** que contemplem suas necessidades de saúde de forma integral, em tempo oportuno, de acordo com o Plano Operativo Estadual de Saúde até o ano de 2019;

7.3) **Assegurar o atendimento aos adolescentes em cumprimento de MSE nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde**, até o ano de 2019;

7.4) **Articular com gestores municipais e estaduais das políticas de saúde para ampliação da oferta de serviços especializados: CAPS I CAPSi, CAPS ad**, Unidades de acolhimento e leitos em hospitais gerais para atendimento a adolescentes usuários de substâncias psicoativas e com transtornos mentais, de acordo com o Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial até o ano de 2024;

7.5 **Articular e assegurar ações específicas entre as políticas voltadas à promoção da saúde mental dos adolescentes que pratiquem atos infracionais seja por meio do Estado, parcerias e convênios** até o ano de 2024 (SANTA CATARINA, 2015, grifei).

No que tange à implementação da PNAISARI, por sua vez, para concretização das metas de articulação, especificação e articulação das ações de saúde, o processo de implantação da Política Nacional deve ser priorizado pelos gestores estaduais e municipais, com a contribuição dos demais atores intersetoriais, que também compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. Para efetiva implementação, a Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens (ASAJ), organismos integrante do Ministério da Saúde, orienta aos Gestores Estaduais da importância de constituição de um Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI), a ser

aprovado por meio de resolução, composto por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo, dos Conselhos de Saúde e Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente para elaboração do Plano Operativo Estadual (POE). O segundo passo é a assinatura do Termo de Adesão à política, que deve conter, no mínimo, a anuência do secretário estadual de saúde, do gestões estadual do sistema socioeducativo, seguida da realização do diagnóstico da situação de saúde e o mapeamento das ações necessárias a serem desenvolvidas pelas unidades (SERRA; CARVALHO, 2012, P. 42).

Da mesma forma, orienta-se da necessidade de realizar um diagnóstico da situação de saúde do adolescente daquela localidade, mapeando todas as ações realizadas pelas unidades de internação e internação provisória, além da realização de reuniões temáticas específicas junto da Atenção Básica: saúde mental, saúde bucal, imunização, DST/aids, saúde sexual, média e alta complexidade de atendimento, dentre outros temas, a fim de planejar as ações específicas do plano operacional estadual (SERRA; CARVALHO, 2012, P. 42). O POE, de acordo com os interesses locais, pode ser utilizado inclusive como instrumento de monitoramento e avaliação da política (SERRA; CARVALHO, 2012, P. 42).

Ao longo de todo esse processo de implementação e adesão da política existe a necessidade a articulação de parcerias para implementação, desde a formulação dos planos operativos até a execução, monitoramento e avaliação das ações propostas que, para além de serem responsabilidade dos setores de saúde dos Estados e Municípios, apenas são viabilizadas pelo esforço de articulação de todos os outros atores de proteção no Sistema de Garantia de Direitos. Pontuam Serra e Carvalho (2012, p. 41), que

[...] uma preocupação fundamental é garantir que todos os atores necessários ao processo estejam sensibilizados e cientes da importância de seu compromisso para a efetiva implantação da Política. Essa mobilização prévia deve envolver os vários níveis hierárquicos dos órgãos envolvidos, como manifestação da prioridade dada à população adolescente e, mais especificamente, em conflito com a lei.

Através disposições relativas à PNAISARI constantes no Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo, verifica-se que a meta 7.1, a qual tem o escopo de implantar e implementar o Plano Operativo Estadual da PNAISARI, apesar de ser

definida para o ano de 2023, ainda não foi operacionalizada. Apesar disso, como se verá nos tópicos seguintes, muitos municípios que possuem unidades socioeducativas do DEASE já promoveram seus próprios processos locais e aderiram à Política Nacional. Seja pela falta de interesse público do Estado de Santa Catarina a fim de colocar em pauta a necessidade de articulação da política, seja pela resistência dos gestores municipais, ainda não existem perspectivas de criação de um Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI) Estadual que favoreçam a interlocução dos municípios com o Ministério da Saúde, como já é a experiência de outros estados brasileiros, como, por exemplo, o caso do Rio de Janeiro, o qual criou a Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade (SAPV), especificamente para organização e acompanhamento da atenção à saúde de grupos populacionais vulneráveis e tradicionalmente estigmatizados¹⁵.

De toda forma, cabe valorizar os processos locais de implementação da política de saúde, de modo a evidenciar a concretização da descentralização político administrativa, na qual a saúde se materializa por meio das necessidades locais, permeada pela participação dos atores do SGDCA, em especial, àqueles relacionados às políticas de atendimento e proteção para a articulação transversal da política no locus de sua atuação.

5.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA: DESAFIOS ENFRENTADOS PELO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO CATARINENSE NA IMPLEMENTAÇÃO E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO

Como visto, o objetivo da inauguração de um Política Nacional específica no desenvolvimento de ações intersectoriais de cura, promoção e prevenção de saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa busca, como objetivos primordiais o crescimento saudável e integral, a prevenção e detecção de agravos de saúde nas unidades socioeducativas, a atenção à saúde sexual e reprodutiva, à prevenção e redução do abuso de álcool e outras drogas, à atenção à saúde mental, dentre outras medidas necessárias e que compõe o cotidiano desses adolescentes.

No caso catarinense, a implementação da Política Nacional perpassa por um processo de desafios, seja pela necessidade de articulação de diversos segmentos

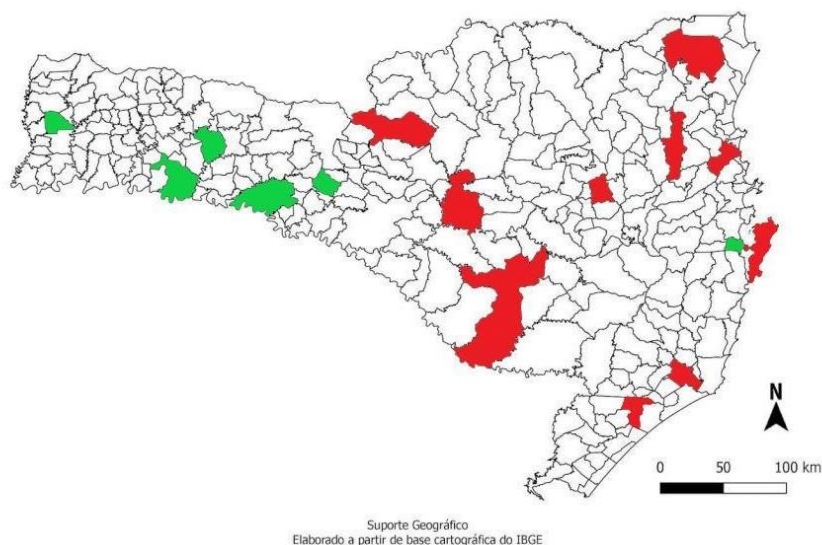
¹⁵ <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/conheca-a-sapv>.

de atuação do estado no interesse de adolescentes autores de atos infracionais, seja pela dificuldade de compreensão dos gestores da administração da importância de implementação de suas medidas, a qual fica, muitas vezes, condicionada à própria discricionariedade da gestão de saúde de cada município. Nessa seara, esclareça-se que não há obrigatoriedade legal na implementação das políticas.

Segundo os dados coletados pelo CEDCA/SC, ano de 2018, das 27 instalações do DEASE que prestam atendimento socioeducativo em regime de privação de liberdade (centros de atendimento socioeducativo, centros de atendimento socioeducativo provisórios e casas de semiliberdade), apenas 5 estavam habilitadas na política; o que representa um percentual de 18,5% de habilitação, (SANTA CATARINA, 2018).

Observa-se que apenas estavam regularmente habilitados os Centros de Internação Provisória, nos municípios de Concórdia, Joaçaba, Rio do Sul, São José do Cedro e Xanxerê, todos sob administração indireta, por meio de Organizações não Governamentais (ONG's), não diretamente pelo Estado. As unidades que primeiro conseguiram adequar seus fluxos de atendimento de saúde, alinhando seus atendimentos às equipes de referência nas Unidades de Atenção de Saúde Básica de sua unidade territorial foram aquelas situadas no Oeste de Santa Catarina, enquanto as demais regiões ainda não demonstraram esforços para implementar e adequar seus fluxos de atendimento, equipes, parâmetros, objetivos e planos operativos e de ação para condução da PNAISARI.

Figura 8 - Cenário de Implementação da PNAISARI no ano de 2018.



Fonte: produção do autor.

Ainda no que tange à promoção da saúde, existiam convênios com comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química de adolescentes que cumpriam medida de internação e internação provisória. Segundo informações prestadas pelo DEASE, eram ofertadas 15 vagas, mediante solicitação judicial, nas Comunidades Terapêuticas Recuperação Nova Esperança (CERENE) nos municípios de Palhoça, Blumenau e Ituporanga (CEDCA, 2018).

Relatório mais recente, elaborado pelo Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude do Ministério Público de Santa Catarina (2020), buscando analisar as condicionantes de implementação da política, as características dos atendimentos de saúde, a caracterização dos profissionais de cuidado, o planejamento e adesão da PNAISARI, aponta para uma pequena evolução do cenário que se desenhava no ano de 2018. Segundo o estudo, 6 unidades estão habilitadas de acordo com a PNAISARI: os Centros de Atendimento Socioeducativo Provisório de Concórdia, Joaçaba, São José do Cedro, São Miguel do Oeste e Xanxerê, e o Centro de Atendimento Socioeducativo de Chapecó (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020).

Por sua vez, de acordo com os dados levantados e as informações prestadas pelas unidades socioeducativas pesquisadas, estão em fase de habilitação: os Centros de Atendimento Socioeducativo Provisório de Curitibaanos, Joinville e Tubarão, e o Centro de Atendimento Socioeducativo de Criciúma. (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020).

Ainda, teriam sido realizados esforços no sentido de realizar a adesão à Política pelas seguintes unidades: a) Centro de Atendimento Socioeducativo de Itajaí; b) Centro de Atendimento Socioeducativo de Lages; c) o Centro de Atendimento Socioeducativo Provisório de Blumenau; d) o Centro de Atendimento Socioeducativo Provisório de Caçador; e) Centro de Atendimento Socioeducativo de Florianópolis; f) Centro de Internação Feminina de Florianópolis; g) a Casa de Semiliberdade de Criciúma; h) os Centros de Atendimento Socioeducativo e de Atendimento Socioeducativo Provisório de São José. Por outro lado, as Casas de Semiliberdade de Blumenau, Caçador e Lages, e o Centro de Atendimento Socioeducativo de Joinville afirmaram não ter realizado esforços no sentido da adesão (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020, p. 41).

Ilustra-se os resultados da pesquisa realizada pelo Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude - CIJ/MSJ:

Figura 9 - Habilitação e realização de esforços para adesão à PNAISARI

| Habilitados | Em habilitação | Realizaram esforços | Não realizaram esforços |
|----------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|
| CASE Chapecó* | CASEP Joinville | CASEP Blumenau | CSL Blumenau |
| CASEP Concórdia* | CASE Criciúma | CASEP Caçador | CASE Joinville |
| CASEP Joaçaba* | CASEP Curitibaanos | CSL Criciúma | CSL Caçador |
| CASEP São José do Cedro* | CASEP Tubarão | CASE e CIF Florianópolis | CSL Lages |
| CASEP São Miguel do Oeste* | - | CASE Itajaí | - |
| CASEP Xanxerê* | - | CASE Lages | - |
| - | - | CASE e CASEP São José | - |

Legenda:

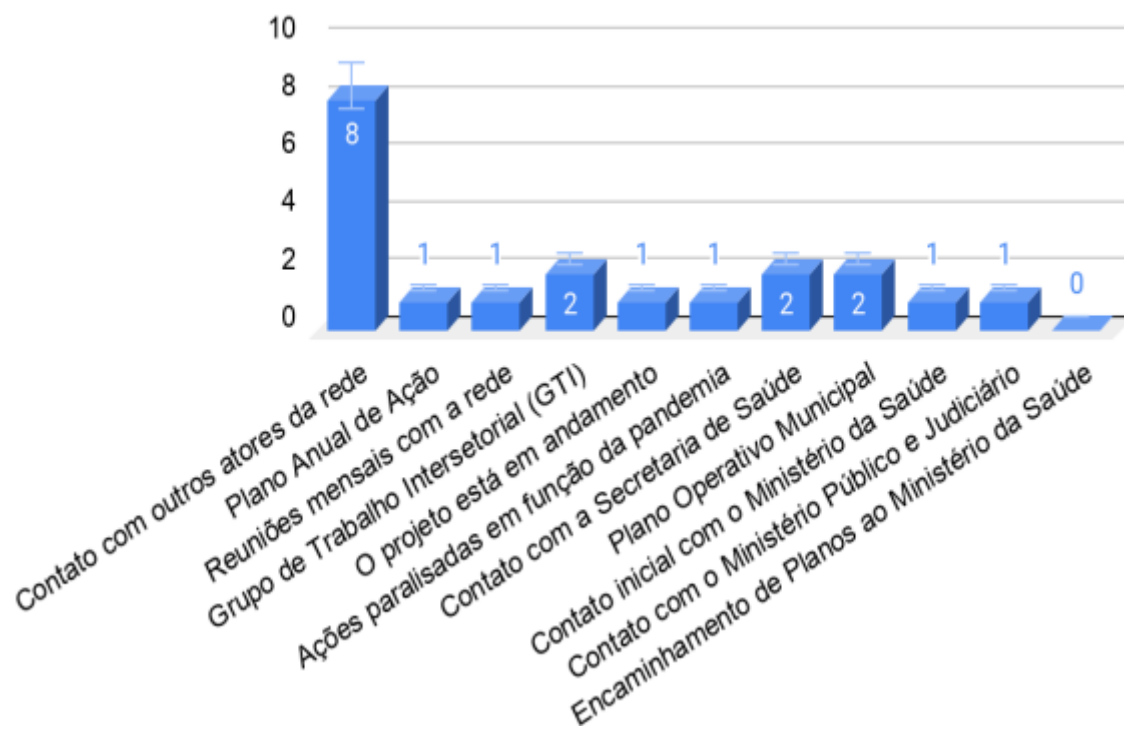
- Congruência entre as informações dos diferentes atores envolvidos;
- Baixa discrepância nas informações prestadas pelos diferentes atores envolvidos;
- Alta discrepância nas informações prestadas pelos diferentes atores envolvidos.

Fonte: Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude - CIJ/MPSC, 2020.

Dentre as atividades realizadas pelas unidades que ainda não estavam habilitadas, buscando sua regular adesão à PNAISARI, destacou-se o contato com

outros atores da rede na maioria das unidades (8 delas). Além disso, as unidades dos CASES de Lages e Tubarão mencionaram a formação e articulação do Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI); o CASEP de Joinville declarou já estar com o Plano em andamento, assim como o CASEP de Tubarão. Já na fase de elaboração do Plano Operativo Municipal, declararam estar em andamento com os trabalhos o CASE de Criciúma e o CASEP de Tubarão.

Figura 9 - Atividades realizadas pelas unidades de atendimento para adesão (2020).



Fonte: Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude - CIJ/MPSC, 2020.

Outro motivo que restou evidenciado na pesquisa acerca a dificuldade das unidades de aderirem à política, foi o desinteresse por parte do gestor público, a falta de conhecimento da política pelos gestores e equipes das secretarias e a dificuldade de contatos iniciais relacionados à pandemia da Covid-19, que demonstraram a necessidade de incentivos de agentes externos para que houvesse progressão em relação à adesão à PNAISARI:

3 (três) das 4 (quatro) unidades respondentes, trouxeram a questão do desinteresse por parte do poder público (Casa de Semiliberdade de Blumenau e Lages e Centro de Atendimento Socioeducativo de Joinville).

Duas dessas respostas estão direcionadas especificamente à gestão municipal, acrescentando-se a falta de envolvimento e articulação (Casa de Semiliberdade de Blumenau) e falta de conhecimento da Secretaria Municipal de Saúde (Casa de Semiliberdade de Lages). A Casa de Semiliberdade de Caçador afirma desconhecer as razões. Em Joinville, as informações prestadas tanto pelas unidades socioeducativas como pela gestão municipal de saúde explicitam a falta de interesse por parte desta última, ponto primordial de articulação para implementação da PNAISARI. Em Blumenau como todo os envolvidos, exceto a Casa de Semiliberdade, informaram que o município está em processo avançado de habilitação. Há necessidade de inclusão da Casa de Semiliberdade nas discussões a respeito da PNAISARI. Lages e Caçador relatam dificuldades na realização de contatos iniciais com a rede, o que é agravado em função da pandemia de Covid-19. (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020, p. 44).

O cenário apurado demonstra que as políticas públicas especializadas na atenção integral à saúde do/a adolescente, em especial a PNAISARI, necessitam ser fortalecidas e qualificadas no âmbito do SGDCA, uma vez que são capazes de operacionalizar um conjunto de princípios, diretrizes, estratégias, ações e responsabilidades dos órgãos públicos no reordenamento dos serviços de promoção, prevenção e proteção à saúde de modo a efetivamente garantir o direito fundamental dos sujeitos de direito que cumprem a medida socioeducativa.

No caso de Santa Catarina, nos dois estudos analisados, apresentam grandes dificuldades de compatibilização das práticas de saúde nas unidades de atendimento com os princípios e diretrizes definidas na organicidade do SUS.

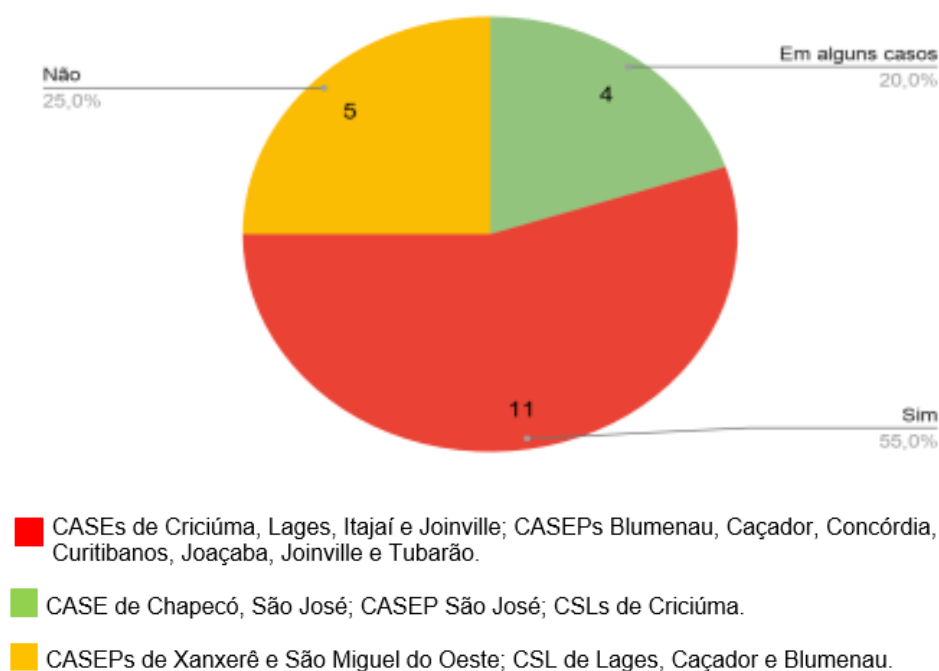
No ponto, cabe destacar o apurado pelo CIJ/MPSC, quanto às características dos serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (Unidades de Referência) e nas Unidades de atendimento de saúde internas, pelos critérios adotados: a) acesso; b) receptividade dos profissionais de atendimento e c) receptividade da comunidade no atendimento de adolescentes em regime de internação.

Dentre as dificuldades nas Unidades Básicas de Saúde apontadas, destaca-se a dificuldade de facilitação de acesso dos adolescentes ao atendimento de saúde, a dificuldade de agendamentos, a dificuldade na oferta de saúde mental, dificuldade de encaminhamento para atendimento de alta complexidade e especialidades, dentre outros. As dificuldades apontadas estavam relacionadas, também, ao estigma, preconceito e falta de atenção humanizada. (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020, p. 12)

Pontuam-se algumas percepções das equipes que participaram do estudo: *“grande rotatividade de profissionais”*; *“a boa receptividade não é padrão nas unidades”*; *“falta qualificação”*; *“despreparo”*; *“O acesso a unidade [...] nem sempre se consegue no primeiro contato”*; *“em relação à comunidade nota-se que esta possui*

preconceito em relação aos adolescentes”; *“alguns profissionais demonstram receio*”, dentre outras análises. Nesse ponto, o estabelece o artigo 7, inciso IV da PNAISARI, que é um dos seus objetivos promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento. Todavia, o estudo constatou o rotineiro uso de algemas para acompanhamento do adolescente até as Unidades Básicas de Saúde, recurso manifestamente degradante, com intuito de correção, disciplina, controle, supostamente justificado pelo medo dos profissionais de saúde que atendem nas unidades. De acordo com os dados levantados, 11 unidades utilizavam o uso de algemas com todos os adolescentes; 4 unidades justificaram o uso de algemas apenas quando identificado risco de segurança aos agentes socioeducativos, profissionais de saúde ou terceiros; e outras 5 declararam não fazer qualquer uso de algemas durante os atendimentos de saúde. Ilustra-se:

Figura 13 - Uso de algemas durante o atendimento de saúde nas UBS de referência



Fonte: Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude - CIJ/MPSC, 2020 (adaptado).

Apesar disso, alguns pontos positivos foram destacados pelas unidades pesquisadas, como por exemplo, a realização de exames, testes rápidos e atualização vacinal, atendimento prestativo e agilizado e a prioridade de atendimento, dentre outros (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020, p. 12).

Quanto aos atendimentos realizados nas próprias unidades socioeducativas, nos pontos negativos, em primeiro lugar se destacou a falta de médicos nas unidades, além da ausência de infraestrutura adequada e da dificuldade de tratamento odontológico. Quanto aos pontos positivos destacados, temos a facilidade de acesso aos adolescentes, a atualização vacinal e testagem, a existência de atendimento psicológico, dentre outros (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020).

No que tange à valorização do atendimento psicológico na unidade, cabe destacar que, na auditoria realizada pelo TCE/SC no ano de 2020, os auditores constataram a administração indiscriminada de medicação controlada nos internos, especialmente psicoativos, sem a prescrição de profissional médico da Rede de Atenção Básica e sem qualquer acompanhamento médico periódico da necessidade de manutenção da aplicação de fármacos relacionados à saúde mental (SANTA CATARINA, 2020). Extrai-se uma realidade preocupante do estudo, pois durante as inspeções *in locu*, os auditores identificaram casos em que o uso de tais medicamentos psicotrópicos sequer estava registrado no Plano Individual de Atendimento Socioeducativo (PIA), porém, quando entrevistado, os adolescentes mencionaram que faziam uso de medicação para dormir.

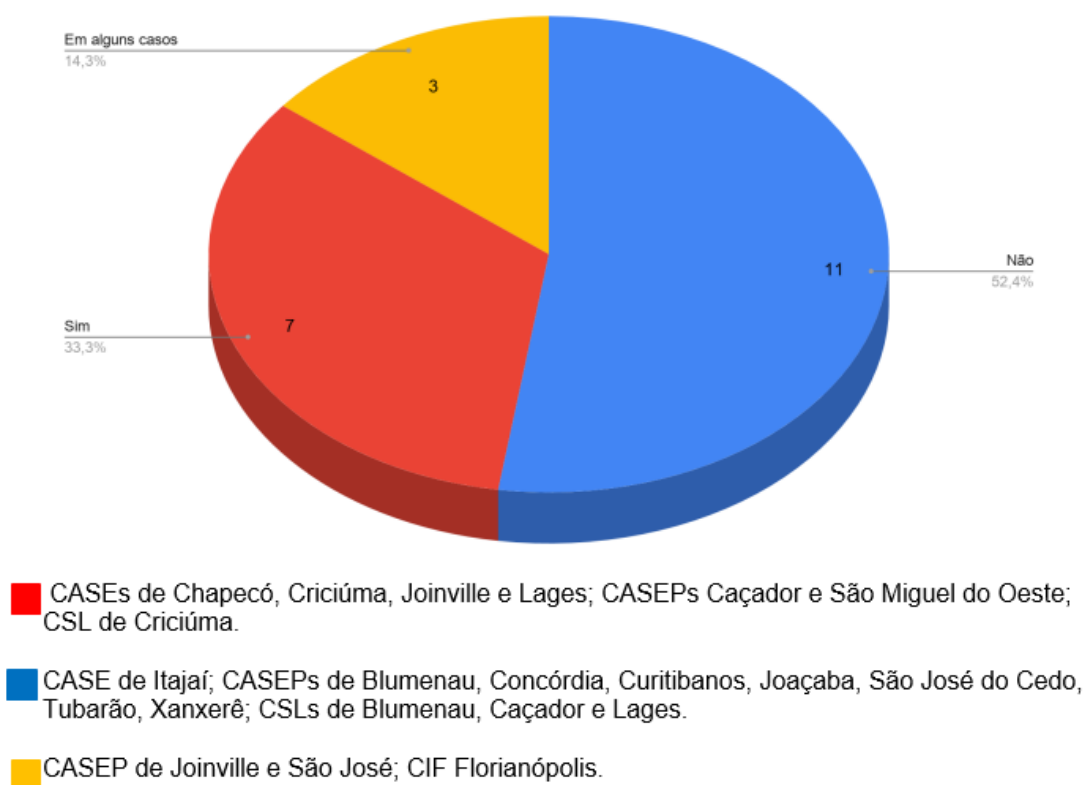
As entrevistas com os adolescentes revelaram que esta é uma prática comum no sistema. O hábito é passado de um para o outro logo que ingressa no sistema. Ao serem questionados porque necessitam da droga, todos alegaram dificuldade para dormir. Por outro lado, quando perguntados se esse problema era anterior à internação, houve unanimidade de resposta negativa. Foram raros os adolescentes entrevistados que responderam que necessitavam de outro tipo de psicotrópico (para outros transtornos) e que o uso se iniciou antes do ingresso na unidade socioeducativa. (SANTA CATARINA, 2020, p. 130 - 131).

Por meio dessas constatações, o órgão de controle, naquele ano, determinou que a Secretaria de Administração Prisional e Socioeducativa (SAP), encaminhasse todos os adolescentes com necessidade de uso de medicamentos controlados, especialmente psicotrópico ao atendimento na rede de atenção básica à saúde, bem como acompanhasse periodicamente, através de consultas médicas, a reavaliação da prescrição, conforme preconiza a PNAISARI (artigo 12, §§ 1º e 2º)¹⁶ (SANTA CATARINA, 2020).

¹⁶Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. § 1º Todas as unidades socioeducativas terão como

No que tange à elaboração do Projeto terapêutico Singular (PTS)¹⁷, em consonância e articulação ao Plano Individual de Atendimento (PIA), reforça-se que de acordo com a PNAISARI esta é uma estratégia fundamental de planejamento e intervenção individualizada de reconhecimento do sujeito, possibilitando o acesso à saúde em todas as suas dimensões de prevenção e cuidado. De acordo com os dados levantados pelo CIJ/MPSC, a maioria das unidades, 11 das pesquisadas, não era realizada a produção do referido instrumento (54,4%), enquanto o restante referiu que realizava a confecção, contudo, 3 unidades referiram que adotavam esse instrumento apenas em alguns casos:

Figura 14 - Frequência da realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS).



Fonte: Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude - CIJ/MPSC, 2020 (adaptado).

referência uma equipe de saúde da Atenção Básica. § 2º 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.
¹⁷Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI: III - incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender às complexas necessidades desta população.

Quanto à equipe técnica que presta os cuidados à saúde de adolescentes dentro das unidades constatou-se a presença majoritária de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, médicos clínicos, pedagogos e odontologistas (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020). Há de se ponderar, entretanto, que a PNAISARI, em seu artigo 11, estabelece que a atenção à saúde será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. Desse modo, além da equipe de referência, todas as unidades socioeducativas devem ter como referência a Unidade Básica de Saúde do território, justamente a fim de atender à incompletude institucional definida no SINASE, de modo que a saúde não seja vivenciada em um ambiente totalitário.

Por fim, quanto às atividades de promoção da saúde, das ações intersetoriais e capacitações conjuntas das equipes de saúde e socioeducativa, segundo o levantamento realizado pelo CIJ/MP/SC, 13 unidades referiram realizar ações conjuntas (61,9%); 6 unidades referiram não realizar quaisquer atividades intersetoriais de planejamento para promoção da saúde (28,6%); enquanto 2 referiram realizar apenas quando existente uma demanda específica. Dentre as ações mais referidas, cerca de 40% delas, correspondiam a encontros, palestras e oficinas, avaliações periódicas e estudos de casos, além de ações de prevenção e conscientização foram referidas (26,67%) (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020).

7. CONCLUSÕES

Diante das constatações do estudo proposto, pode-se observar um processo fragilizado de implementação das diretrizes orientativas da PNAISARI nas unidades de cumprimento de medida socioeducativa com privação e restrição de liberdade do DEASE em Santa Catarina.

Apesar de existir, desde a idealização da Política no ano de 2004, certa perspectiva de avanços na articulação dos serviços de atendimento, prevenção e promoção da saúde de adolescentes em privação de liberdade no âmbito do Sistema Único de Saúde, a implementação da PNAISARI em Santa Catarina revela-se enquanto um processo fragmentado, cujas dinâmicas de articulação ficaram restritas aos âmbitos dos Municípios. O Estado de Santa Catarina aparenta ter pouco papel articulador da Política, visto que o cumprimento das disposições e metas do Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo se vencem com o passar dos anos sem muitos avanços. Cita-se, por exemplo, a inexistência de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) Estadual, bem como a falta de um Plano Operativo Estadual, de modo que a Administração Pública pudesse incentivar a articulação das demais instâncias na promoção da implementação da PNAISARI, à sua adesão junto do Ministério da Saúde, o fomento de ações intersetoriais de garantia à saúde especializada diante das vicissitudes de adolescente reclusos.

No ponto, a pesquisa demonstrou que o sistema socioeducativo e, por consequência, os profissionais e o atendimento de saúde, ainda são permeados pela estigmatização dos sujeitos adolescentes, apesar dos esforços de garantir a saúde sem qualquer condicionante ou constrangimento. Cita-se, como exemplo, a rotineira prática do uso de algemas durante os atendimentos de saúde nas equipes de referência das Unidades Básicas (UBS) vinculadas ao território em que se situa a unidade socioeducacional.

Além disso, pode-se constatar que, dentro do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, alguns atores que inegavelmente ocupam as políticas de Justiça, como o Ministério Público, assumiram um papel *sui generis* na implementação da Política no estado, adentrando a seara de responsabilidade da gestão pública. Dentre as dificuldades apontadas para a implementação da Política no estado, destacam-se a falta de imperatividade de adesão à PNAISARI, que fica adjacente à discricionariedade do gestor municipal e estadual. No mesmo sentido, a

falta de qualificação profissional, o desconhecimento pelas equipes multiprofissionais que atuam no sistema socioeducativo das disposições, fluxos e diretrizes propostas pela Política é um fator determinante na dificuldade de articulação intersetorial dos serviços de saúde. Justamente pela falta de adesão à Política, instrumentos importantes na promoção da saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa são, por vezes, esquecidos, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Outro fator que não pode ser esquecido, que ainda permeia todo o sistema socioeducativo e que, apesar dos esforços propostos pela PNAISARI, ainda é uma dura realidade, é a perigosa prática de medicalização indiscriminada, cujo propósito desvenda resquícios de práticas de institucionalização higienistas das doutrinas já muito superadas como a política do bem-estar do menor. É, no mínimo, perigoso o desvirtuamento das disposições que garantem, dentro e fora das unidades socioeducativas, as ações de atenção à saúde mental e psicológica. É sempre bom pontuar que adolescentes que cumprem medida socioeducativa são sujeitos de direitos integrais, cuja responsabilidade estatutária é baseada no sistema garantista e protetivo inaugurado pelo artigo 227 da Constituição Federal de 1988 e instrumentalizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Apesar desses apontamentos, aparentemente existe certa perspectiva de incremento das ações de atenção à saúde dos adolescentes internados, o que, em maior ou menor grau, pode estar relacionado às dificuldades de garantia à saúde desvendadas pela pandemia da Covid-19, a qual demandou maiores respostas da gestão de saúde pública na prevenção de agravos relacionados à reclusão. Em que pese a resposta imediata e, talvez, necessária, tenha sido a intensificação do isolamento social, no mesmo período houve significativo incremento dos esforços de habilitação à PNAISARI por quase todas as unidades socioeducativas no Estado de Santa Catarina, o que demonstra uma preocupação na qualificação e especialização dos serviços destinados à esta população.

De toda forma, importa mencionar a necessidade de atuação decisiva das instâncias de controle da política pública para maior efetividade de implementação da PNAISARI em Santa Catarina, em especial, dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente nos âmbitos municipal e estadual. Apenas através do controle, fiscalização e participação dessas instâncias que, para além da ampla adesão, a qualificação e melhoramento da política de atenção integral à saúde poderá ser promovida e revitalizada.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

ANNONI, Danielle. O direito humano de acesso a justiça em um prazo razoável. 346 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

ÁVILA, Humberto. **Teoria dos princípios: da definição à aplicação dos princípios jurídicos**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

ARRUDA, Érica Maia Campelo; EDREIRA, Lucas Wolff. O impacto do direito internacional na implementação das políticas de proteção da infância: um olhar sobre o sistema nacional de atendimento socioeducativo. In: ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 19., 2010, Fortaleza. **Anais [...]**. [S.L]: Conpedi, 2010. p. 1-29.

BAPTISTA, Myrian Veras. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 109, p. 179-199, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-66282012000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/478ZwRHWkjkz7G9ZYd4p7yP/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 2 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26. out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990a**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso 22 out. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992a**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1992/decreto-591-6-julho-1992-449000-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992b**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo**. 2006. Disponível em: <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/sinase.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 26 out. 2021.

BITENCOURT, Caroline Muller. **O controle jurisdicional de políticas públicas a partir das contribuições da teoria discursiva e democrática com base na dogmática e na realidade brasileira**. 2012. 331 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2012.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOZZI, Sonia. **La familia y otros grupos como garantes de los derechos de la niñez a 20 años de la Convención de los Derechos del Niño**. In: CONTRÓ, Monica Gonzalez. Los derechos de niños, niñas y adolescentes en México: 20 años de la convencion sobre los derechos del niño. México: Ed. Porrúa, 2011.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos. In: BUCCI, Maria Paula Dallari et al. **Direitos humanos e políticas públicas**. São Paulo: Pólis, 2001. p. 5-16.

CABRAL, Johana. **Políticas públicas de proteção para crianças na condição de refúgio no Brasil: limites e possibilidades**. 2019. 206 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2019.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos sobre direitos fundamentais**. São Paulo: Revista dos Tribunais. Coimbra: Coimbra, 2002.

COSTA, Antônio Carlos Gomes. Natureza e implementação do novo Direito da Criança e do Adolescente. In: PEREIRA, Tânia da Silva. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8.069/90: "estudos sócio-jurídicos"**. Rio de Janeiro: Renovar, 1992. p. 17-34.

Conselho Nacional de Justiça. Regras de Tóquio: regras mínimas padrão das nações unidas para a elaboração de medidas não privativas de liberdade. **Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos**. Brasília: CNJ, 2006. 24 p.

CUSTÓDIO, André Viana. Teoria da proteção integral: pressuposto para compreensão do direito da criança e do adolescente. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, p. 22-43, jan. 2008. ISSN 1982-9957. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/657/454>. Acesso em: 14 maio 2021. doi:<https://doi.org/10.17058/rdunisc.v0i29.657>.

CUSTÓDIO, André Viana. **Direito da Criança e do Adolescente**. Criciúma: Unesc, 2009. 112 p.

CUSTÓDIO, André Viana; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Crianças esquecidas: A exploração do trabalho infantil doméstico no Brasil**. Curitiba: Multidéia, 2009.

CUSTÓDIO, André Viana; HAMMES, Leila Viviane Scherer. **Políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente com deficiência: estratégias de articulação intersetorial dos conselhos de direitos no Vale do Taquari-RS**. Curitiba: Multideia, 2017.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 30 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **As três economias políticas do Estado de BemEstar Social**. in: Lua Nova. Revista de Cultura e Política. nº 24. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 1991.

FARINELLI, Carmen Cecilia; PIERINI, Alexandre José. O Sistema de Garantia de Direitos e a Proteção Integral à criança e ao adolescente: uma revisão bibliográfica. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 35, p. 63-86, jan. 2016.

FERRAJOLI, Luigi. **Derecho y razón: teoría del garantismo penal**. Trad. Perfecto Andrés Ibañez, Alfonso Ruiz Miguel, Juan Carlos Bayón Mohino, Juan Terradillos Basoco, Rocío Cantarero Bandrés. Madrid: Editorial Trotta, 1995.

FLORES, Joaquín Errera. **A reinvenção dos direitos humanos**. Tradução de: Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. Notas sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional

brasileira. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Org.). **Direito sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GARCIA-PELAYO, Manuel. **As transformações do Estado contemporâneo**. Tradução e prefácio de Agassiz Almeida Filho. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

GELINSKI, Carmen R. O. G.; SEIBEL, Erni J. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, v. 42, n. 1 e 2, p. 227-240, out. 2008. Acesso: 26 out. 2021.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, v. 1, n. 7, p. 9-31, jun. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/9257/6867>. Acesso em: 05 jun. 2022.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. Petrópolis: Vozes, 2010.

LEITE, Priscilla Ramineli. **Direito da Criança e do Adolescente**. Brasília: Cp Iuris, 2021. 176 p.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Adolescente e ato infracional: medida socioeducativa é pena?** São Paulo. Ed. Juarez de Oliveira Ltda. 1ª Edição. 2002

LIMA, Miguel M. Alves. **O direito da criança e do adolescente: fundamentos para uma abordagem principiológica**. 2001. 530 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

LIMA, Fernanda da Silva. **Os direitos humanos e fundamentais de crianças e adolescentes negros à luz da proteção integral: limites e perspectivas das políticas públicas para a garantia de igualdade racial no Brasil**. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito. Florianópolis, 2015.

LIMA, Fernanda da Silva; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Os direitos da criança e do adolescente: a necessária efetivação dos direitos fundamentais**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012. 243 p. (Pensando o Direito no Século XXI; v. 5).

LIMA, Fernanda da Silva; VERONESE, Josiane Rose Petry. Política pública para a criança e o adolescente no Brasil: uma trajetória de avanços e desafios. In: VERONESE, Josiane Rose Petry (Org.). **Direito da Criança e do Adolescente: novo curso – novos temas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017. p. 559-583.

LIMA, Fernanda da Silva; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Mamãe África cheguei ao Brasil: os direitos da criança e do adolescente sob a perspectiva da igualdade racial**. Florianópolis: Ed. da UFSC: Fundação Boiteux, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003. 311 p.

MARTINI, S. R.; STURZA, J. M. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 25–41, 2017. DOI: 10.17566/ciads.v6i2.367. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/367>. Acesso em: 2 mar. 2022.

MATTA, Gilmar Corrêa. Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; MOURA, Ana Lucia. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MORLACHETTI, Alejandro. La Convención sobre los Derechos del Niño y la protección de la infancia en la normativa internacional de derechos humanos. In: **Derechos Humanos de los grupos vulnerables**, 2014. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/29539.pdf#page=21>. Acesso em 20 julh. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEREIRA, Tânia da Silva. **Direito da criança e do adolescente: uma proposta interdisciplinar**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

PERMINIO, Henrique Bezerra; et. al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 9, p. 2859-2868, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.13162018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KsXPvnyRtyrQXf4qbRHgX7L/?lang=pt#>. Acesso em: 27 out. 2021.

PICORNELL-LUCAS, Antonia. La realidad de los derechos de los niños y de las niñas en un mundo en transformación: a 30 años de la Convención. **Revista Direito e Práxis** [online]. 2019, v. 10, n. 2 [Accedido 6 Julio 2021], pp. 1176-1191. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40095>>. Epub. 27 Jun 2019. ISSN 2179-8966. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40095>.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013.

PIOVESAN, Flávia. **Declaração universal dos direitos humanos: desafios contemporâneos**. Inter: Revista de Direito Internacional e Direitos Humanos da UFRJ, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1 – 14, abr. 2018.

RAMIDOFF, Mário Luiz. **Direito da Criança e do Adolescente: por uma propedêutica jurídico-protetiva transdisciplinar**. 2007.432 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/12287>. Acesso em: 15 out. 2021.

RAMIDOFF, Mário Luiz. **Lições de direito da criança e do adolescente: ato infracional e medidas socioeducativas**. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2008

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; TRINDADE, Jorge. Manual da atuação jurídica em saúde pública. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. vol. 2. p. 13-154.

RIBEIRO, Edith Lauridsen; PAULA, Cristiane Silvestre de. Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: MATEUS, Mario Dinis (org.). **Políticas de Saúde Mental: do caps** Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 1-400.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A Arte de Governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2004.

ROSSATO, Luciano Alves et al. **Estatuto da Criança e do Adolescente: comentado artigo por artigo**. 11. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2019. 1227 p.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas: Conceitos Básicos**. Washington, Indes/BID, 1997. Disponível em: https://www.univali.br/pos/mestrado/mestrado-em-gestao-de-politicas-publicas/processo_seletivo/SiteAssets/Paginas/default/RUA.pdf Acesso em: 26 out. 2021.

SANCHES, Helen Crystine Corrêa. Desafios para garantia do direito à participação de crianças e adolescentes no sistema judicial brasileiro. In: VERONESE, Josiane Rose Petry; ROSSATO, Luciano Alves; Lépore, Paulo Eduardo (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente: 25 anos de desafios e conquistas**. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 61-90.

SANTA CATARINA. **Diagnóstico da Realidade Social da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina**. 1ª Edição. Florianópolis: CEDCA, 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania. **Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo Santa Catarina (2015-2024)**. Florianópolis: SEJC, 2014.

SANTA CATARINA. Secretária de Saúde. **Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina (2020-2023)**. Florianópolis: SES, 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 12^a ed., rev. atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SCHMIDT, João Pedro. **Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas**. Revista do Direito, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set. 2018.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 27-38, 2001. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v2i1p27-38. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13085>. Acesso em: 27 out. 2021.

SIMIONI, Rafael. Regras, princípios e políticas públicas em Ronald Dworkin: a questão da legitimidade democrática das decisões jurídicas. In: **Revista Direito Mackenzie**. v. 5. n. 1. p. 203-218. 2011. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rmd/article/view/4756>. Acesso em: 26 jan 2022.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, [S.L.], n. 16, p. 20-45, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-45222006000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWYBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2021.

SOUZA, Ismael Francisco de. **O reordenamento do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI): estratégias para concretização de políticas públicas socioassistenciais para crianças e adolescentes no Brasil**. 2016. 279 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11624/1304>. Acesso em: 12 out. 2021.

SOUZA, Ismael Francisco de; BORGES, Fabiana Koinaski. O efeito da democracia nos conselhos de direitos municipais das crianças e dos adolescentes. **Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas (Unifafibe)**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 325-353, dez. 2021. Disponível em: <https://unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/1034>. Acesso em: 05 jul. 2022.

STRECK, Lenio Luiz; MORAIS, José Luis Bolzan de. **Ciência política e teoria do Estado**. 8ª. Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

TAVARES, Patricia Silveira. A política de atendimento. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. As sete décadas de projeção da declaração universal dos direitos humanos (1948-2018) e a necessária preservação de seu legado | DOI: 10.12818/p.0304-2340.2018v73p97. **Revista da Faculdade de Direito da Ufmg**, [S.L.], v. 1, n. 73, p. 97-140, 20 dez. 2018. Revista da Faculdade de Direito da UFMG. <http://dx.doi.org/10.12818/p.0304-2340.2018v73p97>.

UNICEF. **Convenção sobre os direitos da criança**. Adotada em Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 30 out 2022.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. **O sistema único de saúde**. In: CAMPOS, G.W. et. al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 531-562.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Acesso à Justiça**: a defesa dos interesses difusos da criança e do adolescente-ficção ou realidade? 1994. 367 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/76073>. Acesso em: 26 out. 2021.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Humanismo e infância**: a superação do paradigma da negação do sujeito. In: MEZZARROBA, Orides (Org.). Humanismo Latino e Estado no Brasil. Florianópolis: Fundação Boiteux, Treviso: Fondazione Cassamarca, 2003, p. 439.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Sistema de justiça da infância e da juventude**: construindo a cidadania e não a punição. Sequência, ano XXIV, n. 50, jul. 2005, p. 103-120.

VERONESE, Josiane Rose Petry; COSTA, Marli Marlene Moraes da. **Violência doméstica**: quando a vítima é a criança ou o adolescente – uma leitura interdisciplinar. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2006.

VERONESE, Josiane Rose Petry; LIMA, Fernanda da Silva. O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase): breves considerações. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 29-46, jun. 2009. Anual. Disponível em: <https://seer.pgskroton.com/adolescencia/index>. Acesso em: 27 out. 2021.

VERONESE, Josiane Rose Petry; SILVEIRA, Mayra. **Estatuto da criança e do adolescente comentado**. São Paulo: Conceito Editorial, 2011.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Direito Penal Juvenil e Responsabilização Estatutária**: elementos aproximativos e/ou distanciadores? o que diz a Lei do Sinase - a inimputabilidade penal em debate. Rio de Janeiro, Lumen Juris: 2015. p. 317.

VERONESE, Josiane Rose Petry. Os Direitos da Criança e do Adolescente: construindo o conceito de sujeito-cidadão. In: WOLKMER, Antonio Carlos; LEITE, José Rubens Morato (Org.). **Os “novos” direitos no Brasil**: natureza e perspectivas – uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

VERONESE, Josiane Rose Petry; FALCÃO, Wanda Helena Mendes Muniz. A criança e o adolescente no marco internacional. In: VERONESE, Josiane Rose Petry. **Direito da criança e do adolescente**: novo curso - novos temas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017. p. 11-41.

VERONESE, Josiane Rose Petry. O direito e o tempo na perspectiva da construção do ser criança. In: VERONESE, Josiane Rose Petry; SILVA, Rosane Leal da (org.). **A Criança e seus Direitos**: entre violações e desafios. [S.L.]: Editora Fi, 2019. Cap. 1. p. 1-457. Disponível em: <https://www.editorafi.org/548crianca>. Acesso em: 26 out. 2021.

VERONESE, Josiane Rose Petry; CRISPIM, Carlos Alberto. A inclusão escolar e social de crianças com deficiência. In: VERONESE, Josiane Rose Petry; SILVA, Rosane Leal da (org.). **A Criança e seus Direitos**: entre violações e desafios. [S.L.]: Editora Fi, 2019. Cap. 9. p. 1-457. Disponível em: <https://www.editorafi.org/548crianca>. Acesso em: 20 out. 2021.

VIEIRA, Cláudia Maria Carvalho do Amaral; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Crianças encarceradas**: a Proteção Integral da criança na execução penal feminina da pena privativa de liberdade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

VIEIRA, Reginaldo de Souza; VIEIRA, Roseli Schminski (org.). O direito à saúde da criança e do adolescente. In: CUSTÓDIO, André Viana; VIEIRA, Reginaldo de Souza (org.). **Estado, política e direito**: políticas públicas e direitos sociais. 3. ed. Criciúma: Unesc, 2011. p. 79-100.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na República Participativa**: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde. 2013. 540 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Pluralismo jurídico**: fundamentos de uma nova cultura do direito. 3. ed. São Paulo: Alfa-Ômega, 2001.