

XXII CONGRESSO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Três décadas de Constituição Federal de 1988: Os novos desafios do Ministério Público

I – Área Cível e Especializada

Título: Gestão interdisciplinar e participativa das medidas socioeducativas por meio da saúde na linha do cuidado

Autor: Frederico Augusto de Oliveira Santos

Mestre e Doutor em Direito UFMG

Titular da 4ª. Promotoria de Justiça de Goiânia*

Proposta de Enunciado: A transversalidade da saúde e sua interface com o PIA e a educação, mediante o Projeto Terapêutico Singular, para articulação intersetorial na linha do cuidado.


I- A TRANSVERSALIDADE DA SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM O PIA E A ESCOLA, MEDIANTE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

I.1 Socioeducação e saúde

O **tripé da socioeducação** está fundado nos eixos da **assistência social** (CREAS e CRAS), **educação** (Secretaria Municipal de Educação e Gerência do EJA) e **saúde** (Superintendência de Políticas de Atenção Integral a Saúde e Superintendência de Vigilância em Saúde/Gerência de Vigilância Epidemiológica/Promoção da Saúde). A questão do desenvolvimento, sob pano de fundo psicossocial, é tão importante quanto a aproximação dos projetos políticos pedagógicos destinados ao adolescente em conflito com a lei. Na medida em que a saúde se insere no âmbito da **Política de Proteção Integral**, que possui desdobramentos no meio fechado e aberto, ela foi eleita como ponto de confluência dos três eixos. Conforme o art. 2º, da Recomendação CNMP n. 26, de 28 de janeiro de 2015, cabe aos Ministérios Públicos fazer observar os processos de elaboração e implementação dos Planos Municipais e Estaduais, prestigiando essa articulação intersetorial.

Os Planos Municipais e Estadual são a plataforma para a formação de um Comitê Gestor Intersetorial do Serviço de Medidas Socioeducativas com o escopo de coordenar, monitorar, supervisionar, avaliar a implantação e desenvolvimento das medidas aplicadas em meio fechado (Estado) e aberto (Município). Nesse sentido, vale realçar a relevância da construção da arquitetura intersetorial deste órgão para a convergência dos três eixos da socioeducação, em que o enfoque da saúde pode instrumentalizar a transição do meio fechado para o meio aberto. Na esteira da Lei 12.594, de 19 de abril de 2012, art. 4º, VII e art. 5º, VI, o processo de atenção multidisciplinar desencadeada pelo Estado, nela incluída a saúde, ocorre desde o primeiro momento de contato com o adolescente desavindo, incidindo de forma crítica em relação a fragmentação não apenas do objeto, mas também metodológica da abordagem infracional. O caráter transdisciplinar da saúde, uma vez inserida no **Plano Individual de Atendimento** (PIA) do adolescente infrator, permite sua repercussão, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) nos estabelecimentos educandários, naturalmente vocacionados para servirem como espaços de transição e reintegração na comunidade. Eventual interseção do binômio saúde-educação, tão prestigiado como estratégia do Poder Público, com as atribuições de outras Promotorias, não interfere, mas antes legítima, por sua conexão ideológica com a socioeducação, a atuação da Promotoria da Infância (Resolução CNMP n. 33, de 05/04/2016, art. 4º. e Recomendação CNMP n. 26, de 28/01/2015, art. 5º.).

Conquanto no início do ciclo da vida da criança, já podemos verificar a transversalidade da saúde em questões que envolvem o ato infracional, cujos reflexos sobre o desenvolvimento decorrem de incidentes antes, durante e após o nascimento, tais como da prematuridade de recém nascidos, intercorrências da gestação, ou falta de cuidados básicos. Se a criança não é acompanhada por um pediatra e se a gestante não for bem atendida na Atenção Primária pelos aparelhos apropriados, a consequência é a sobrecarga dos Equipamentos da Atenção Secundária, cujo foco é diverso. Estas situações que envolvem risco à saúde da criança e da gestante e podem ser debitadas ao pré-natal malfeito e, portanto, evitáveis quando diagnosticadas prematuramente, do contrário deixarão marcas indelévels na vida do adolescente. A relevância da matéria reside na repercussão no ato infracional e reflexo na capacidade cognitiva de seus agentes, tanto que, numa perspectiva de anamnese, não passou despercebida pelo legislativo o **potencial prospectivo de construção de modelos a partir da interlocução com a saúde**. Nesse

*Rua T-30, Esq. com T-47, nº 669, Setor Bueno, Goiânia – GO 
prédio do Juizado da Infância e Juventude
Telefone e Fax (62) 3285-5429
4promotoria@mpgo.mp.br

sentido, a Lei nº 13.438, publicada no dia 26 de abril de 2017, que alterou o art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, acrescentando o §5º enunciou: "§ 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico."

I.2 Desenvolvimento e **violência intrafamiliar, intergeracional e institucional**

A interseção da saúde com o ato infracional aparece frequentemente, de maneira sintomática, na correlação do agente da conduta desviada e sua defasagem escolar, podendo ser associada retrospectivamente a problemas não diagnosticados no nascimento, cujo enfoque foi destacado pelo Estatuto da Primeira Infância (Lei 13.257, de 08 de março de 2016)¹. Além disso, intercorrências no desenvolvimento psicossocial no âmbito doméstico, tais como **violência intrafamiliar, intergeracional e institucional**, também cooperam para a perda da capacidade cognitiva comprometendo adaptação do adolescente infrator à escola e à comunidade.

Em situações envolvendo **violência intrafamiliar**, verificamos, durante as oitavas, que os fatores de atraso escolar estavam ligados à perversão da autoridade no lar ou mesmo interrupção do desenvolvimento em razão de violência, quer seja física ou psicológica. A defasagem escolar do adolescente vítima de violência doméstica reflete a opressão sofrida e desajuste familiar, principalmente em se tratando de crianças expostas à agressão na **Primeira Infância**, período que coincide com a alfabetização. Nesse contexto, percebemos também que a saúde pode intermediar a gestão das medidas endereçadas aos pais (ECA, art. 129), conferindo caráter sistêmico à **Política de Proteção Integral**, cuja experiência ensaiada no âmbito desta Promotoria de Justiça ocorreu por meio de ciclo de palestras endereçadas aos pais chamadas de Oficinas do Cuidado, cuja sequência ficou comprometida pela falta de regularidade, outros compromissos assumidos e, sobretudo, do custo de deslocamento alegado pelos pais para acompanhar adolescentes, o que hoje poderia ser facilmente remediado por meio do acesso remoto, via smartphones, através da **Plataforma Virtual do Telesaúde**.

Ao buscar parcerias com a saúde, estabelecemos a **Plataforma Virtual do Telesaúde**, vinculada e disponibilizada pelo Núcleo de Telemedicina e Telesaúde da Faculdade de Medicina da UFG - NUTTS e sua ramificação entre os diversos CRAS, como posto avançado para a formatação de cursos a distância e acesso remoto por qualquer aparelho smartphone, potencializando a disseminação de seu conteúdo. O conteúdo haurido da experiência da rotina da **Promotoria da Infância, Protagonismo Juvenil** e de outros **segmentos**, almeja sua produção e difusão democrática para compor os desvios infracionais, resultando em melhor efetividade socioeducativa, quer seja do ponto de vista da eficiência, quer da prevenção, por meio do acompanhamento do PIA, que serve de baliza da evolução do adolescente em conflito com a lei em termos de atendimento de serviços públicos, cujo espectro e alcance se pretende ampliar por meio da referida Plataforma Virtual. Iniciativas anteriores paralelas, antes isoladas, como as adotadas para coibir a violência doméstica, tais como ciclos de palestras, poderiam ser compartilhadas por esse suporte para implementar política pública voltada ao atendimento da Primeira Infância. A diretriz de "promover a formação da cultura de proteção e promoção da criança" sinaliza para o uso dos "meios de comunicação social"². Uma vez assimilados e integrados à **Plataforma Virtual do Telesaúde**, esse conteúdo, tal como o das Oficinas do Cuidado, poderiam reciprocamente subsidiar os trabalhos das Promotorias da Infância e Violência Doméstica. A formatação de cursos de interesse comum permitiria a reprodução e multiplicação, sem abdicar de atender ao público para o qual foram originalmente destinados, à

¹Lei 13.257/2016: "Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. § 3º Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário." (Destaque nosso).

²Lei 13.257/2016: " Art. 4º As políticas públicas voltadas ao atendimento dos direitos da criança na primeira infância serão elaboradas e executadas de forma a: [...] VII - articular as ações setoriais com vistas ao atendimento integral e integrado; VIII - descentralizar as ações entre os entes da Federação; IX - **promover a formação da cultura de proteção e promoção da criança, com apoio dos meios de comunicação social.**" Destaque nosso.

formação continuada dos agentes que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas da infância³, alcançando também vítimas potenciais de violência doméstica que remanescem subjacentes aos modelos de repressão, uma vez que a Justiça Criminal reconhece como sujeito passivo apenas o ofendido seviciado, ignorando, não raro, a criança que se habitua a assistir a violência sofrida pela mãe. A reiteração de sua prática no âmbito doméstico e resignação da vítima, como contraposto da **cultura de proteção e promoção da criança**, contribui para a banalização e deformação da construção de modelos de referência que se manifesta tanto em termos cognitivos de aprendizado quanto de conformação da sua identidade.

Como frequentemente as famílias dos infratores padecem de falta de organização, o EJA funciona como estuário de adolescentes cujo padrão interno de relacionamento para com seus pais ignora a hierarquia. Essa modalidade de ensino sofre com a ausência de traquejo dos professores para lidar de forma pedagógica com o gerenciamento dessa clientela carente de referência de autoridade. A noção de autoridade é construída pela experiência, porque ela depende de aprendizado e da percepção de assimetria. A experiência da perversão da autoridade na infância, agravada pela inadaptação na escola, recorrência de casos de abuso da repressão e pela interpretação social dos comportamentos de risco, seja na perspectiva dos indicadores de saúde no âmbito da produção de cuidado, seja na perspectiva do desvio, segundo o vetor disciplinador e moralizante que caracteriza tanto a **violência intergeracional** quanto **institucional**, não favorece a revisão de atitudes e valores. Por isso, as escolas devem separar um espaço de transição não-institucionalizado onde o adolescente egresso do sistema vai elaborando gradual e progressivamente uma outra identidade, que, por natureza, são provisórias, ao mesmo tempo em que incorpora a premissa de autoridade como condição para a maturidade e desenvolvimento.

II.3 O cuidado como vetor da socioeducação e contraponto da indiferença

Exemplifiquemos o dilema do adolescente em conflito com a lei como uma encruzilhada a ser percorrida que vai do aliciamento pelo consumo de entorpecentes até o engajamento no tráfico de drogas, em que **fatores de risco e vulnerabilidade do território** remontam ao ambiente familiar. A violência aprendida na infância, como instinto de sobrevivência, à medida que ocupa papel centralizador na solução de conflitos e estratégia de educação, se reproduz como forma de comunicação endógena e exógena de seus membros para com a comunidade. A agressividade como costume, o desrespeito como prática e a rejeição à escola como *status quo*, cunhados pelo ambiente subcultural e tráfico de drogas para forjar uma identidade, são vertentes de uma matriz de cujo projeto o adolescente quer se desvincular, porque ele sabe que sua expectativa de vida é inexoravelmente curta. Esse sentimento ambivalente de abundância e brevidade da vida é alimentado pela ansiedade e falta de alternativas oferecidas pela sociedade. Depois que a instância familiar falha, a tarefa de reintegração é relegada para a comunidade e a rejeição ao adolescente compromete seu **potencial de resiliência**. A capacidade de resiliência está na base do desenvolvimento de todo indivíduo e depende do bom funcionamento do suporte das redes de relacionamento. A falta de identificação de referência de autoridade e afeto (**indiferença**) na família pelo adolescente, encontra no tráfico o superego do qual ele foi privado no ambiente doméstico e escolar. Caso o adolescente houvesse desenvolvido seu **potencial de resiliência**, situações difíceis e obstáculos encontrados pela vida, em vez de fragmentá-lo ou fragilizá-lo, iriam fortalecê-lo pela resistência às adversidades e memória acumulada desse aprendizado de superação, uma vez que o gerenciamento de emoções e capacidade de tolerância às frustrações são fatores adquiridos que, uma vez consolidados, podem ainda ser desenvolvidos no decorrer da vida.

A falência do desenvolvimento manifesta-se como sintoma da **falta de cuidado** em razão da **indiferença**.

³Lei 13.257/2016: “Art. 10. Os profissionais que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas destinados à criança na primeira infância terão acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a especificidade da primeira infância, **a estratégia da intersetorialidade na promoção do desenvolvimento integral e a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança**”. Destaque nosso. Outra não é a diretriz do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo no que concerne à *qualificação do atendimento socioeducativo dos profissionais do SIMASE (5)* que trata desde a “formação continuada” dos profissionais até das “instituições que recebem adolescentes para cumprimento de Prestação de Serviço (5.03, 5.04 e 5.05) à Comunidade” (5.06), para cujo desiderato poderia se prestar a **Plataforma Virtual do Telesaúde**.

Quando o desenvolvimento psicossocial da criança é interrompido, ela passa a interagir com uma identidade provisória que coincide com o efeito (impressão) da violência em um fenômeno conhecido como “causalidade circular”. O desdobramento dessa interrupção manifesta-se como cooptação pelo tráfico já que a esfera familiar é sobrepujada pela esfera pública à medida que se torna pauta da segurança, e não de políticas públicas. A agenda imediatista da política de repressão, por ser de curto prazo, não permite o controle da reincidência. O **cuidado** como contraponto à interrupção do desenvolvimento pela violência começa com a singela presença dos pais, ou **equivalente(s)**, na rotina da vida da criança.

Os casos de desvios de comportamento sedimentados devem ser acompanhados por serviços especializados. A ausência do adolescente ao CREAS ou à Escola deve ser comunicada à Justiça, do contrário, ao se ignorar a situação de vulnerabilidade, ela se deteriora. Ainda que o monitoramento não seja o mais qualificado, o CREAS, Escola e a própria instância familiar reabilitada criam a expectativa de que alguém se importa com o adolescente. Ao ser visto, ele é avaliado e se reforça a relevância das consequências de seus atos para induzir a conformidade de seu comportamento aos padrões sociais. O esquecimento do adolescente cria uma zona de conforto e permissividade, sendo que o desenvolvimento pressupõe limite, sem o qual haverá sempre descompasso entre a idade cronológica e a maturidade. É nesse **espaço de esquecimento**, sobretudo institucional, que viceja o desvio de conduta, em que a reincidência deixa de ser uma eventualidade e se torna uma constância. Nesse sentido, para o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo, constitui Eixo Operativo, concernente ao objetivo de *qualificação do atendimento socioeducativo ao adolescente*, garantir que o Plano Individual de Atendimento aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto tenha monitoramento periódico, lembrando que essa mesma periodicidade, como intervalo mínimo, deve ser adotada em relação ao Plano de Atendimento Especial às Famílias e Indivíduos (PAEFI). Por isso, o acompanhamento da execução das medidas socioeducativas, onde o adolescente estiver, configura fator decisivo de mudança de conduta. Daí a relevância que atribuímos à **Plataforma Virtual do Telesaúde** e ao controle e fiscalização das medidas socioeducativas em meio aberto (PIA), mesmo após a extinção da medida (ECA, art. 94, XVIII).

Com efeito, prevê a Lei nº 12.594/12, art. 39 que “para aplicação das medidas socioeducativas de prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade ou internação, será constituído processo de execução para cada adolescente, respeitado o disposto nos arts. 143 e 144 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990”. Ressalte-se que a interpretação sistemática indica claramente que o processo executivo deve ser constituído também nos casos de remissão concedida pelo Ministério Público, com cumulação das medidas de liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade, devidamente homologada pelo Juiz, uma vez que, para fins de execução, as medidas são as mesmas, não importando o momento procedimental em que forem aplicadas. A própria Resolução nº 165 do CNJ assim prevê, ao determinar que o ingresso do adolescente em qualquer programa de cumprimento das medidas de internação, semiliberdade, liberdade assistida ou prestação de serviços à comunidade só se dará após a expedição da guia de execução (art. 5º), estabelecendo seja ela instruída com uma série de documentos, dentre os quais a cópia da sentença que homologou a remissão cumulada com medida socioeducativa em meio aberto (art. 9º, IV, *in fine*). Confirma, ainda, que a execução deverá ser processada em autos próprios, de forma obrigatória, ainda que o juízo da execução seja o mesmo do processo de conhecimento (art.11). Além disso, não devemos menosprezar a obrigação de acompanhamento do egresso, mesmo após a extinção da medida mediante o **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**.

Como dissemos, o **potencial de resiliência** deve ser incentivado e reforçado desde a infância⁴ e encontra

⁴Lei 13.257/2016: “Art. 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios apoiarão a participação das famílias em redes de proteção e cuidado da criança em seus contextos sociofamiliar e comunitário visando, entre outros objetivos, à formação e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com prioridade aos contextos que apresentem riscos ao desenvolvimento da criança.

Art. 14. As políticas e programas governamentais de apoio às famílias, incluindo as visitas domiciliares e os programas de promoção da paternidade e maternidade responsáveis, buscarão a articulação das áreas de saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente e direitos humanos, entre outras, com vistas ao desenvolvimento integral da criança.

§ 1o Os programas que se destinam ao fortalecimento da família no exercício de sua função de cuidado e educação de seus filhos na primeira infância promoverão atividades centradas na criança, focadas na família e

esteio no suporte e respeito mútuos, à capacidade individual de se desenvolver autonomamente e ao apoio oferecido pelo ambiente social e familiar. Para alcançar essa meta, o adolescente deve ser contemplado com um processo de execução individualizado, que contenha o Plano Individual de Atendimento e, não raro, Projeto Terapêutico Singular, que permita a fiscalização do cumprimento das medidas e a resolução satisfatória dos incidentes surgidos durante a execução. Quando nos referimos a **equivalente**, nós nos reportamos ao conceito de representação na filosofia em que o CREAS ou qualquer outro ente age como núcio da autoridade seja ela Ministério Público ou Judiciário, como porta-voz do chamado **nome-do-pai**. A mera convocação para audiência de justificação revela-se como suficiente para restabelecer o cumprimento da medida, ao mesmo tempo em que empresta o caráter lacaniano de onisciência e onipresença do **nome-do-pai** no fluxo dinâmico da rede. Essa **presença da autoridade** pode-se manifestar através da articulação dos CREAS e escolas por meio do PIA e do PSE, cujo instrumento é o **Projeto Terapêutico Singular**, desde que haja o *feed back* para o Sistema Judicial, haja vista sua previsão no próprio PIA (Lei 12.594/2012, art. 54, VI c/c 64, § 2º).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), cujas diretrizes foram estabelecidas pela Portaria do Ministério da Saúde n. 1082, de 23 de maio de 2014, enuncia como objetivos específicos:

Portaria MS n. 1082/2014

Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI:

- I – ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade;
- II – estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei;
- 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 as complexas necessidades desta população;
- IV – promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento;
- V – garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei;
- VI – priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas;
- VII – promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. [destaque nosso]

O **Projeto Terapêutico Singular** já é o instrumento adotado pelo Estatuto da Primeira Infância, de modo que ele teria a vantagem de integrar intercorrências que repercutem no desempenho escolar desde a mais tenra

baseadas na comunidade.

§ 2o As famílias identificadas nas redes de saúde, educação e assistência social e nos órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente que se encontrem em situação de vulnerabilidade e de risco ou com direitos violados para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação da criança na primeira infância, bem como as que têm crianças com indicadores de risco ou deficiência, terão prioridade nas políticas sociais públicas.

§ 3o As gestantes e as famílias com crianças na primeira infância deverão receber orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, nos termos da Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, com o intuito de favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância.

§ 4o A oferta de programas e de ações de visita domiciliar e de outras modalidades que estimulem o desenvolvimento integral na primeira infância será considerada estratégia de atuação sempre que respaldada pelas políticas públicas sociais e avaliada pela equipe profissional responsável.

§ 5o Os programas de visita domiciliar voltados ao cuidado e educação na primeira infância deverão contar com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação continuada.”

idade.⁵ As escolas são naturalmente vocacionadas para orientar os pais quanto ao **dever de cuidado** e nela se convergem os eixos da educação e da saúde, haja vista que a organização da Atenção Básica compreende a Programa Saúde na Escola (PSE), enquanto o eixo assistencial é concomitante desde o ingresso do adolescente no Sistema Socioeducativo, notadamente por meio do serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)⁶, Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O primeiro programa da assistência social, ligado ao CREAS, é destinado ao enfrentamento das **condições de vulnerabilidade** das famílias e reabilitação da família como núcleo do **cuidado**, enquanto que a equipe de referência da família e visitas domiciliares dos agentes comunitários dariam apoio para a realização dos objetivos do PNAISARI e desdobramentos no meio aberto. O próprio PNAISARI (Portaria MS n. 1082/2014, Art. 10, I, h) estabelece como objetivo na Atenção Básica “o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei”. O papel da escola é importantíssimo como ponto de convergência dos três eixos da socioeducação, em razão do colapso do controle da família como principal sintoma de **vulnerabilidade**. Na ausência de instâncias de controle informal (família, escola, comunidade, etc), ampliam-se a importância das forças de segurança, deslegitimando-se outros **agentes equivalentes** de transformação e prevenção.

Ao se atribuir demasiada importância ao meio fechado, retraem-se investimentos no meio aberto que, por sua vez, carecerá de efetividade na medida em que o foco das políticas públicas será deslocado para onde os resultados puderem ser mensurados, conquanto não passíveis de avaliação qualitativa. À proporção que a inoperância das medidas no meio aberto retroalimenta o meio fechado, sobrecarregando-o, o aumento da demanda, paradoxalmente por falta de efetividade no meio aberto, passa a determinar os investimentos públicos. Exatamente pela falta de dinamismo da alternativa à privação de liberdade, ela torna-se a única solução oficial diante da deslegitimação produzida pela suposta urgência de expansão do sistema. O problema pressuposto (lotação das vagas) torna-se real por seus efeitos (reincidência), passando a produzir e reproduzir, em seu funcionamento, a causalidade suposta pelo paradigma adotado, que passa a tragar todo investimento público à míngua da percepção do meio aberto como alternativa menos onerosa.

Nesse contexto, buscamos estabelecer como diretriz de articulação entre o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo e o Plano Estadual a interface do projeto político pedagógico do PIA no meio fechado com o PIA no meio aberto e seus alinhamentos com o projeto político pedagógico da Escola e de modo singular com o **Projeto Terapêutico Singular**, haja vista o objetivo de *qualificação do atendimento socioeducativo [cuidado] ao adolescente*. Não é comum que a unidade de internação seja próxima da residência do jovem e, muitas vezes, ocorrem rupturas importantes por ocasião do encerramento ou mudança da medida. Dado o caráter territorial da organização da atenção à saúde, é fundamental a construção de Projetos Terapêuticos Singulares e

⁵Lei 8069/90: Art. 13, § 2º “Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando **projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar.**” Destaque nosso.

⁶Os usuários deste serviço são famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de:

- Violência Física, psicológica e negligência;
- Violência Sexual: abuso e/ou exploração sexual;
- Afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medidas sócio-educativas ou medidas de proteção;
- Tráficos de pessoas;
- Situação de rua e mendicância;
- Abandono;
- Vivência de trabalho infantil;
- Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia;
- Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminação/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar;
- Descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência da violação de direitos.

flexíveis para dar continuidade ao acompanhamento do egresso, haja vista que os **indicadores de vulnerabilidade** da saúde revelam intersecções de situações pessoais, sociais e institucionais compartilhados com o PIA. Segundo o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo de Goiânia, constitui Eixo Operativo, concernente ao objetivo de *Implantação e implementação da articulação das políticas setoriais que atuam no Sistema Socioeducativo*, incentivar as escolas que atendem adolescentes cumprindo medidas socioeducativas a desenvolver ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento desses adolescentes. Novamente, aqui, ressaltamos a necessidade de convergência do eixo socioassistencial (PAEFI) com o eixo da saúde na escola (PSE).

Como o PIA é um *instrumento administrativo de acompanhamento, aplicação e avaliação de como o adolescente está evoluindo em termos de serviço público a partir da visão geral sobre suas condições de desenvolvimento e vulnerabilidade*, a rede não pode funcionar de forma estanque, notadamente em relação ao concurso de ambos os PIAs com o eixo da saúde cujo instrumental necessariamente deve ser instruído com prontuário de atendimento da saúde, serviço social, psicologia, documentação civil, documentação escolar, cadastro de visitantes, matrícula no EJA subsidiariamente à inserção em escola integral. Não foi por acaso que escolhemos a encruzilhada entre o uso e tráfico de entorpecentes como representação dos conflitos da transgressão na adolescência, pois o consumo de drogas é uma espécie de *topoi* (lugar comum) entre os jovens infratores. De modo que a elaboração do **Projeto Terapêutico Singular** torna-se congênito à elaboração do PIA. No caso de Goiânia, o **Plano Operacional Municipal (POM)** de Goiânia⁷ estabeleceu que o CAPSi ad Girassol fará o acolhimento de usuários de drogas e o CAPSi Água Viva dos sócioeducandos portadores de transtornos mentais não associados a álcool e outras drogas, elaborando, respectivamente, seus **Projetos Terapêuticos Singulares**, por equipe multiprofissional, que traçará a linha do cuidado psicossocial para os menores de 18 anos.

Às vezes temos que compreender, não apenas o consumo de entorpecente, mas a família como entidade de alienação. A escola passa a desempenhar função de refúgio e progressivamente metáfora da família, dado seu caráter de abstração, embora se inscreva como objetivo do Plano Municipal fortalecer o empoderamento familiar e as competências familiares em relação à proteção integral e educação em direitos humanos de adolescentes no espaço de convivência familiar.

II-PROTAGONISMO JUVENIL

A inclusão do egresso depende de um espaço de transição através de Rodas de Conversa para que eles possam se tornar receptivos a uma nova identidade, cujo modelo já foi implantado nos CREAS, para desobstruir o diálogo entre eles e seus familiares, propiciando reflexão e superação da experiência infracional, por meio de um acompanhamento sistemático com o escopo de forjar um novo projeto de vida. Além de ampliar o diálogo com as famílias, impõe-se também e, sobretudo, o reconhecimento dos jovens como sujeitos autônomos com os quais se pode fazer a interlocução sem a mediação dos pais ou responsáveis. No caso das Escolas, esse modelo pode ser implantado dentro do grupo ao qual pertencem por afinidade de valores geracionais e identidade de faixa etária com vantagem do abandono de classificações que encerram estereótipos.

A esse propósito atende o chamado Protagonismo Juvenil. O *Protagonismo Juvenil é uma forma de abordagem horizontal, preparatória para alcançar a almejada percepção de assimetria da referência de autoridade perdida, que tem por fim promover o empoderamento do adolescente e do jovem através do desempenho de papéis e delimitação territorial nos quais ele possa trabalhar com seus pares no sentido de promover a saúde, a vida, o cuidado e a cidadania*. O resultado do protagonismo, em todos os lugares em que foi adotada essa estratégia, indica uma excelente aceitação tanto das escolas quanto das famílias, além da inclusão daqueles que, de outro modo, estariam avulsos e marginalizados do processo de socialização, principalmente nas

⁷Segundo o art. 2º, IV, da Portaria MS n. 1082/2014, consideram-se as seguintes definições:

“Plano Operativo: documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes...”

escolas, alcançando os egressos de forma eficaz, informal e com maior rapidez. É uma estratégia que não demanda custos importantes, necessitando apenas de alguma divulgação, logística e motivação por parte dos líderes.

A chamada **violência intergeracional**, normalmente latente nos conflitos entre gerações e, não raro, reproduzidas no ambiente doméstico na forma de violência intrafamiliar, poderia ser enfrentada por meio do método de recrutar os adolescentes, na própria escola, para onde os egressos foram encaminhados, para o programa de **Protagonismo Juvenil** através de simples convite. A adesão aconteceria de modo espontâneo, eventualmente arregimentada pelos Grêmios Estudantis, diante da propensão dessa faixa etária em se engajar na utopia de projetos que fazem a diferença. Em resposta à angústia de integração dos adolescentes, marcada pelo rito de passagem para a vida adulta, sinalizando a transição da fase de heteronomia, determinada pelo mundo adulto (infância), a uma heteronomia relativa, em que se alternam situações de autonomia e heteronomia, haveria uma margem para a implantação de projetos de acordo com as idiossincrasias de cada um, contemplando questões da adolescência e ressignificando conceitos até então descontextualizados de suas experiências de vida. O conteúdo produzido e a possibilidade de sua formatação em mídia, afinal elencado como direito a ser exercido desde a Primeira Infância⁸, dariam esse apelo tanto para a participação quanto para a divulgação, assimilando os adolescentes normalmente estigmatizados pela comunidade no ambiente escolar, uma vez que eventual classificação pelo sistema socioeducativo seria sobrepujada e dissolvida no universo de destinatários compreensivo de toda categoria de adolescentes, e não apenas daqueles em conflito com a lei. Como os adolescentes estão menos presos a preconceitos e padrões geracionais, eles podem se comunicar com o outro com mais facilidade em razão da carga idealista e altruísta que acompanha a adolescência, inclusive, dando suporte para denúncia de abusos praticados pela polícia que caracteriza a face não oculta da **violência institucional**.

Anteriormente, havíamos cogitado a formação de um núcleo para desempenhar o papel de intermediação, que se atribui nesse projeto, ao **Protagonismo Juvenil**, para os CREAS, porém sem a vantagem de neutralizar o risco do conflito intergeracional. Na ocasião foi debatido o dilema da questão da superlotação e do baixo custo do meio aberto em contraposição ao risco da retroalimentação do sistema pela reincidência, sobrecarregando os já saturados Centros de Internação, oportunidade em que se ventilou a criação de um Banco de Orientadores como melhor estratégia para inibir a reiteração de atos infracionais. Ponderou-se que o problema do egresso do sistema socioeducativo não é o acesso privilegiado à escola próxima de sua residência, já que existe norma⁹ que assegura ao adolescente privado de liberdade matrícula e frequência na escola a qualquer tempo. A problemática da defasagem escolar está associada à permanência do adolescente na escola. Por isso, era tão importante o acompanhamento do egresso por meio das medidas de progressão ou aplicadas autonomamente, cabendo ao CREAS a constituição de um Banco de Orientadores, diante da dificuldade de interlocução com a comunidade, cuja adversidade poderia ser facilmente suprida pela concepção do **Protagonismo Juvenil**. O **Protagonismo Juvenil**, dada sua capilaridade e dispersão, poderia ser estimulado pela liberdade de elaboração de conteúdo e acesso favorecido pela **Plataforma Virtual do Telesaúde**, inaugurando o desejado espaço de interlocução com a sociedade sem produzir os efeitos deletérios da estigmatização da medida aplicada ou incorrer no risco de descontinuidade, haja vista a predisposição dos jovens ao engajamento para a concretização de objetivos idealistas, versatilidade em relação à adaptação as novas tecnologias e suportes digitais, bem como menor tensão intergeracional.

Não obstante, a vantagem do Protagonismo Juvenil em relação aos Bancos de Orientadores, os espaços dos CREAS permanecem como suporte imprescindível de transição para reintegração dos egressos à família e da reabilitação da família como instância de controle. Falta ao adolescente pensamento estratégico, por nós denominado **potencial de resiliência**, e esse foco tem que ser trabalhado no meio fechado, não sem antes remover os obstáculos ou **fatores de risco** ao desenvolvimento mediante intervenção individual ou familiar. Por isso, o eixo assistencialista e da saúde são importantíssimos para a integração do adolescente na escola, como desdobramento das Rodas de Conversa do CREAS.

III- CONSIDERAÇÕES FINAIS

⁸Lei 13.257/2016: “Art. 15. As políticas públicas criarão condições e meios para que, desde a primeira infância, a criança tenha acesso à produção cultural e seja reconhecida como produtora de cultura.”

⁹Resolução CNE (Conselho Nacional de Educação) n. 3, de 13 de maio de 2016.

A dificuldade da integração e abandono escolar pelo adolescente classificado como infrator, ao invés de cooperar para ruptura, apenas contribui para a continuidade de carreiras criminosas. Ao se reforçarem estereótipos, essa clientela é empurrada para grupos subculturais na mesma esteira em que se afasta daqueles espaços institucionais vocacionados para mediação de conflitos.

Não por acaso elegemos o **Protagonismo Juvenil**, como contraponto à aversão da comunidade, e o EJA, como ponto de partida, funcionando respectivamente como canal de interlocução e espaço privilegiado para interagir com o CREAS e a Saúde, disponibilizando os instrumentais do PIA, PTS e **Plataforma Virtual do Telesaúde**, para maior efetividade. A escola representa a progressão abstrata da metáfora de família, constituindo esse espaço de transição do meio fechado para o meio aberto, por excelência.

De outro lado, a transição é muito brusca do EJA do sistema fechado para o EJA do sistema aberto. O critério de frequência e avaliação, mais flexíveis no meio fechado, não se repetem no meio aberto, embora o EJA tenha sido concebido para atender essa **clientela vulnerável** submetida a condições adversas de defasagem escolar. O EJA permite que se frequente a classe com algum grau de complacência, jamais segregada. Em uma escala progressiva, conforme a economia doméstica, onde o adolescente encontra-se inserido, as escolas integrais funcionariam como espaços superdesejados a nível de metáfora de família e devem prevalecer sobre o EJA, sempre ponderando o grau de defasagem, alienação familiar e a compatibilidade de horários da escola com eventual jornada de trabalho do adolescente.

Desse processo lento, gradual e progressivo, Município e Estado alcançam resultados mais consistentes do que aqueles até agora apresentados desde que as respectivas redes se articulem, já que o EJA é um projeto majoritariamente municipal e a educação dentro dos Centros de Internação é da alçada do Estado. O sucesso da integração do adolescente em conflito com a lei depende dessa articulação com a saúde, quando ele já estará inserido num adiantado esquema de acompanhamento pessoal e familiar, tendo melhores condições de compreender o quanto a medida socioeducativa recebida pode lhe ser um importante apoio e não acolhê-la apenas como simples acatamento de uma punição. O adolescente engajado na delinquência não sabe como a vida funciona fora de seu grupo subcultural de origem. Esse espaço privilegiado, que é ao mesmo tempo *locus* de transição e de ruptura, passa a ser um espaço de mediação de conflitos que deve ser trabalhado ainda no contato preliminar do adolescente sob custódia.

De tudo o que foi exposto, torna-se imperioso o alinhamento dos projetos pedagógicos do egresso com o ambiente que ele vai encontrar no meio aberto¹⁰, adaptado à sua **condição de vulnerabilidade**, em que os serviços

¹⁰Resolução CNE n. 3, de 13 de maio de 2016:

“Art. 6º - O atendimento educacional a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas deve ser estruturado de modo intersetorial e cooperativo, articulado às políticas públicas de assistência social, saúde, esporte, cultura, lazer, trabalho e justiça, entre outras.

Parágrafo único. Para a consolidação do princípio da intersetorialidade entre os diversos órgãos que compõem o Sinase e com vistas à estruturação da política de atendimento educacional de adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas os sistemas de ensino devem:

I - definir, no âmbito de sua administração, instância gestora responsável pela implementação e acompanhamento da escolarização de adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas e dos egressos;

II - formalizar instrumentos para a cooperação técnica com outros órgãos setoriais para a efetivação de políticas no âmbito do Sinase;

III - participar dos espaços políticos institucionais responsáveis pela definição das políticas e acompanhamento do Sinase;

IV - observar os parâmetros definidos pelos sistemas de ensino e pelo Sinase ligados ao campo educacional;

V - manter interlocução constante entre a escola e os programas de atendimento socioeducativo;

VI - disponibilizar, a qualquer tempo e sempre que necessário, documentação escolar de adolescentes e jovens, em especial para subsidiar a definição da medida e a construção do Plano Individual de Atendimento;

VII - fortalecer a participação dos profissionais da educação na elaboração e acompanhamento do Plano Individual de Atendimento;

VIII - articular organizações, serviços, programas e projetos disponíveis no território que potencializem e

de saúde passam a desempenhar um papel estratégico no sentido de oferecer distintos suportes sociais à construção dos projetos de vida dos adolescentes em um momento do ciclo de sua vida, particularmente saudável do ponto de vista de sua fragilidade biológica, em que a **dimensão do cuidado**, muitas vezes, concorre com a dimensão do desejo do adolescente em sua busca de realização pessoal, gerando comportamentos de risco.

Nesse sentido, ao se utilizar de profissionais que já atuam na rede de serviços, em geral de forma dissociada e desarticulada, integrando suas ações, pois a saúde trabalha com os mesmos índices de vulnerabilidade que podem ser compartilhados com programas que já existem no CREAS, como o PAEFI e potencializados com os canais que já existem no CRAS, como a Plataforma Virtual do Telesaúde, Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde na Escola (PSE), racionalizamos os meios para conseguir resultados que abracem ao mesmo tempo o adolescente e sua família¹¹.

SÍNTESE DOGMÁTICA: A política de segurança pública trabalha prioritariamente com os desvios, como sintomas, sem se ocupar das relações etiológicas do ato infracional, cujo foco é reforçado pela causalidade circular que faz com que um problema apenas pressuposto (insuficiência de vagas) se torne real pelos seus efeitos (reincidência). A reincidência retroalimenta a percepção de que o problema enfrentado é apenas de lotação de vagas, deslegitimando o investimento na logística do meio aberto. A efetividade das medidas no meio aberto alinhado à capacidade ociosa do meio fechado gera a sinergia necessária para equalizar o problema crônico da falta de vagas, retroalimentada pela reincidência, que especialmente agrava as mazelas decorrentes da lotação dos centros de internação pelo retorno do egresso ao sistema. A gestão transdisciplinar por meio da saúde é uma alternativa e estratégia operacional para conferir maior efetividade ao meio aberto. A vantagem da transversalidade do tema consiste na capilaridade das formas de controle, pois a saúde trabalha com os mesmos índices de vulnerabilidade que podem ser compartilhados com programas que já existem no CREAS, como o PAEFI e potencializados com os canais que já existem no CRAS, como a Plataforma Virtual do Telesaúde, Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde na Escola (PSE). A grande maioria da nossa clientela é objeto de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em razão do uso de entorpecentes, de modo que ao transitarem pelos CAPs, já são contemplados em alguma medida com o PTS conforme os respectivos Planos Operacionais Municipais (POM). É esse *topoi* (consumo de entorpecente) que serve de articulação entre o PIA e o Programa de Saúde na Escola (PSE), cujo instrumento também é um Projeto Terapêutico Singular com a vantagem de sobreviver à medida, logrando o acompanhamento do egresso.

complementem as experiências educacionais em curso;

IX - manter compromisso com a garantia do sigilo, conservando dados referentes à situação do adolescente ou jovem em atendimento socioeducativo restritos àqueles profissionais a quem tal informação seja indispensável;

X - articular o Plano Individual de Atendimento com as ações desenvolvidas nas unidades escolares, com o projeto institucional e com o projeto político-pedagógico da unidade socioeducativa.”

¹¹Confira-se, a propósito, Resolução CNMP n. 33, de 05 de abril de 2016, art. 4º.:

“Art. 4º Recomendar aos membros do Ministério Público com atribuições em matéria de infância e juventude que:

I – estabeleçam atuação integrada com os órgãos gestores/executores das políticas de assistência social, educação e saúde, entre outras, nos âmbitos municipal, estadual e distrital, especialmente no que se refere à execução de medidas protetivas para crianças e adolescentes e suas respectivas famílias por meio da oferta e/ou reordenamento dos serviços de atendimento das áreas correspondentes, em cumprimento ao disposto nos artigos 86 e 88, inciso VI, da Lei nº 8.069/90;

II - atuem extrajudicialmente, em âmbito municipal, estadual e distrital, para garantia e pleno funcionamento da rede de proteção à criança e ao adolescente, com a definição de fluxos e protocolos de atendimento interinstitucional, assim como a criação de um sistema informatizado que permita a circulação de informações entre os diversos órgãos, autoridades e agentes corresponsáveis pelo atendimento dos casos, observadas as cautelas regulamentares quanto ao sigilo, com a criação de senhas e níveis de acesso aos dados obtidos; [...]”