



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI  
CUMPRINDO MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM PRIVAÇÃO DE  
LIBERDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**Nilo Terra Arêas Neto**

**Rio de Janeiro  
Março/2018**



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI  
CUMPRINDO MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM PRIVAÇÃO DE  
LIBERDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**Nilo Terra Arêas Neto**

Tese apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente.

**ORIENTADORAS: Simone Gonçalves de Assis  
Patrícia Constantino**

**Rio de Janeiro  
Março/2018**

## CIP - Catalogação na Publicação

Arêas Neto, Nilo Terra .

Condições de Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro / Nilo Terra Arêas Neto. - Rio de Janeiro, 2018.

177 f.; il.

Tese (Doutorado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2018.

Orientadora: Simone Assis Gonçalves.

Co-orientadora: Patricia Constantino.

Bibliografia: f. 139-152

1. Condições de saúde. 2. adolescentes em conflito com a lei. 3. privação de liberdade. 4. serviços de saúde. I. Título.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão a todos do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Funcionários e Corpo Docente, sempre solícitos e generosos.

Minha gratidão eterna às minhas orientadoras, Dra. Simone Gonçalves de Assis e Dra. Patrícia Constantino, pela paciência e pela forma acolhedora e amiga com que fui tratado durante todo o meu processo de doutoramento.

Meu especial agradecimento ao Departamento Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli - CLAVES/FIOCRUZ -, na pessoa da Dra. Maria Cecília Minayo, por todo o conhecimento que vem produzindo sobre esse fenômeno, a violência em sua interface com os diversos aspectos da saúde e da educação.

Não poderia deixar de destacar e agradecer o apoio financeiro recebido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), fundamental para a conclusão deste curso.

## LISTA DE SIGLAS

**PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

**SINASE**- Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

**ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente

**DEGASE**- Departamento Geral de Ações Socioeducativas

**IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**PeNSE**- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

**OMS**- Organização Mundial da Saúde

**MECPCT** - Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura

**ALERJ**- Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro

**PNAISARI** - Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em  
Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

**SDH/PR** - Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República

## RESUMO

O objetivo central da tese foi conhecer as atuais condições de saúde física dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em privação de liberdade em todo Estado do Rio de Janeiro. Para isto o estudo foi subdividido em dois momentos distintos, expressos em dois artigos científicos. No artigo 1 foi feita uma revisão sistemática integrativa da produção bibliográfica em periódicos da área da saúde, sobre as condições de saúde dos adolescentes privados de liberdade no Brasil. Para o artigo 2 foi realizado um levantamento com 961 indivíduos internados nas cinco unidades do Estado Rio de Janeiro destinadas a adolescentes do sexo masculino. Os resultados obtidos nos dois artigos demonstram que a maioria dos adolescentes do DEGASE é afrodescendente e têm a pobreza e a baixa escolaridade como traços comuns. Quase a metade trabalhava e vivia com uma companheira antes da internação, sendo que suas práticas alimentares se mostraram bem distantes do ideal preconizado. A prática de atividades físicas, que já não era frequente para a quase 70% dos entrevistados, cai pela metade quando do período de internação. Evidencia-se nos resultados encontrados a negligência e o descaso com a saúde da população estudada. É significativo o percentual de adolescentes que precisou de atendimento em saúde e não conseguiu acessar aos serviços de saúde dentro ou fora das unidades (60%). Os principais problemas de saúde encontrados estão relacionados à saúde bucal, doenças respiratórias, dermatites e dores na coluna. Cerca 50% dos adolescentes investigados afirmaram ter piorado em seu estado geral de saúde após a internação. Aspectos como superlotação e péssimas condições de higiene e limpeza estão associados aos problemas de saúde observados, incluindo a elevada frequência de doenças de pele observada. Nota-se fragilidade nos atendimentos simples, que poderiam ser realizados nas próprias unidades, bem como nos mais complexos, que carecem de atendimento na rede externa de saúde. O acesso e a qualidade da atenção em saúde dessa população estão distantes dos ideais de saúde e socioeducação preconizados por legislação nacional e internacional. Independentemente das questões e dificuldades políticas e financeiras por que passa o Estado do Rio de Janeiro e seus habitantes, a constatação do desrespeito a direitos humanos conquistados não se justifica. O que se observou na investigação realizada reforça os processos de exclusão pelo qual passa a população de adolescentes pobres, moradores de comunidades carentes e com baixa escolaridade deste Estado. Indica-se que todo o sistema socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro seja submetido aos preceitos contidos na Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI).

**Palavras-chave:** Condições de saúde, adolescentes em conflito com a lei, privação de liberdade, serviços de saúde.

## ABSTRACT

The main objective of the thesis was to know the current physical health conditions of adolescents who comply with socio-educational measures in deprivation of liberty in Rio de Janeiro State. For this the study was subdivided into two distinct moments, expressed in two scientific articles. In article 1 was made an integrative systematic review of bibliographic production in health journals about the health conditions of adolescents deprived of their liberty in Brazil. For article 2 a survey was carried out with 961 individuals inmate in the five units of Rio de Janeiro State for male adolescents. The results obtained in both articles demonstrate that most of the adolescents in DEGASE are Afrodescendant and have poverty and low schooling as common traits. Almost half worked and lived with a companion before inmate, and their eating practices were far from the ideal recommended. The practice of physical activities, which was not frequent for almost 70% of respondents, falls by half during the period of hospitalization. The results show negligence and disregard for the health of the studied population. It is significant the percentage of adolescents who needed health care and could not access health services inside or outside the units (60%). The main health problems found are related to oral health, respiratory diseases, dermatitis and back pain. About 50% of adolescents investigated said they had worsened in their general health after hospitalization. Aspects such as overcrowding and poor hygiene and cleanliness are associated with observed health problems, including the high frequency of observed skin diseases. We note weaknesses in simple care, which could be performed in the units themselves, as well as in the more complex ones, which require care in the external health network. The access and quality of health care in this population is far from the ideals of health and socio-education recommended by national and international legislation. Irrespective of the political and financial issues and difficulties that the State of Rio de Janeiro and its inhabitants are experiencing, the lack of respect for conquered human rights is not justified. What has been observed in the research carried out reinforces the processes of exclusion through which the population of poor adolescents, residents of poor communities and with low educational level of this State passes. It is indicated that the entire socio-educational system of the State of Rio de Janeiro is submitted to the precepts contained in the National Policy for Attention to Integral Health of Adolescents in Conflict with the Law, in a Regimen of Internment and Provisional Internment (PNAISARI).

**Key words:** Health conditions, adolescents in conflict with the law, deprivation of liberty.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>08</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Geral.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>3. Fundamentação teórica e contextualização.....</b>	<b>15</b>
3.1 O adolescente em conflito com a lei privado de liberdade.....	16
3.2 Políticas e Marcos Legais.....	23
3.2.1 <i>O Sistema de Garantia de Direitos e a Doutrina da Proteção Integral.....</i>	<b>23</b>
3.2.2 <i>O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e as condições existentes para o cumprimento de medidas socioeducativas em privação de liberdade no Brasil.....</i>	<b>28</b>
3.2.3 <i>As Condições, o Acesso a Saúde e a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI).....</i>	<b>37</b>
3.3. <i>O contexto das Unidades Sócio-educativas do Estado do Rio de Janeiro.....</i>	<b>43</b>
<b>4. Metodologia.....</b>	<b>46</b>
4.1 <i>Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade.....</i>	<b>47</b>
4.2 <i>Estudo das condições de saúde de adolescentes em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro.....</i>	<b>48</b>
<b>5. Resultados.....</b>	<b>57</b>
5.1 <i>Artigo1 Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade.....</i>	<b>58</b>
5.2 <i>Artigo2 Estudo das condições de saúde física em adolescentes em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro.....</i>	<b>98</b>
<b>6. Discussão e considerações finais.....</b>	<b>137</b>
<b>Referências.....</b>	<b>143</b>
<b>Anexo 1- Parecer do CEP- ENSP/FIOCRUZ.....</b>	<b>157</b>
<b>Anexo 2- Questionário.....</b>	<b>158</b>
<b>Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>173</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Estudos revelam a condição de vulnerabilidade em que se encontram os adolescentes em conflito com a lei, principalmente após a década de 90. Alguns fatores relacionados são: as condições socioeconômicas desfavoráveis, que os tornam mais vulneráveis à violência e a infrações<sup>1</sup>; práticas educativas violentas e ineficazes, facilitadoras do comportamento violento e antissocial<sup>2</sup>; e questões próprias do indivíduo<sup>3</sup>.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) realizada em 2015 existiam no Brasil 60.553.057 indivíduos com idade entre 0 a 19 anos, o que corresponde a 32% de toda a população brasileira. No Estado do Rio de Janeiro este número é de 4.469.540 de adolescentes, correspondendo a 28% de toda população do Estado. Destes, 24.628 maiores de 12 anos estão em conflito com a lei, internados em unidades do Departamento Geral de Ações Socioeducativas do Estado do Rio de Janeiro (DEGASE-RJ) para o cumprimento de medidas socioeducativas em restrição ou privação de liberdade<sup>4</sup>.

A medida socioeducativa de internação está prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>5</sup> e é tida como a mais severa e restritiva das medidas socioeducativas sancionadas pelo Estado. Por conta do período confinado, o adolescente é afastado do convívio familiar, da rotina escolar, da própria comunidade e de grupos sociais de sua convivência. Por isso mesmo, a legislação enfatiza que essas medidas só devem ser aplicadas em casos excepcionais, não podendo em nenhuma hipótese prescindir os adolescentes internados em instituições socioeducativas do acesso e da promoção à sua

saúde. Todavia, as unidades socioeducativas apresentam limitações estruturais, funcionais e relacionais que dificultam que os adolescentes ali internados adquiram ou mantenham plenas condições de saúde<sup>6</sup>.

Acontece que os espaços e a lógica de atendimento socioeducativo, além de poderem ser origem de diversos problemas de saúde física, também contribuem para surgimento de transtornos mentais, dependências e outros tipos de vulnerabilidades. Relatórios oficiais atualizados, tanto estadual (2015) quanto federal (2017), acusam as unidades socioeducativas do Estado do Rio de Janeiro de serem a origem de diversos problemas de saúde para os adolescentes internados, demonstrando inclusive que 71,4% das 25 unidades de atendimento socioeducativo o Estado estavam superlotadas e insalubres. Também são inúmeros os relatos de maus tratos, menosprezo, abandono e de diversas violências sofridas por jovens em privação de liberdade, que contribuem para um alarmante índice de mais de 85% de reincidência<sup>7,8</sup>.

A motivação para esta tese está calcada na concepção do adolescente em conflito com a lei estar em "*condição peculiar de pessoa em desenvolvimento*" e do reconhecimento de suas muitas vulnerabilidades, explicitada na redação final do artigo 227 de nossa carta magna<sup>9</sup>.

**Art. 227-** É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Também é referencial importante a *Doutrina da Proteção Integral das Nações Unidas*, que não difere o jovem "comum" do que cumpre medidas socioeducativas, além de conferir ao adolescente em conflito com a lei a

prioridade no atendimento e na elaboração de políticas públicas para o seu cuidado.

Trata-se aqui de valorizar o adolescente em conflito com a lei como um indivíduo que está vivendo a transição própria da adolescência, como qualquer outro de sua idade, com limites, desafios, possibilidades e riscos. O sujeito-adolescente em conflito com a lei encaixa-se em uma dupla situação de exceção, tanto do ponto de vista biopsicossocial quanto do ponto de vista jurídico. Ele é um indivíduo que vivencia o período conturbado de uma fase do desenvolvimento caracterizada por rebeldias, contradições e ambivalências. É nesta etapa da vida do indivíduo que desenvolve a sua própria identidade e constrói a sua personalidade em função das suas vivências, experiências, e história pessoal. Além disso, esse adolescente tem seu conflito estendido para além de si mesmo e de seu meio social, pois está em conflito também com a lei e privado de sua liberdade<sup>1,6,10</sup>.

Nesse sentido, ressalta-se que a experiência pessoal do autor desta tese se deu a partir de um período de atuação e observação de projeto socioacadêmico de pesquisa-ação realizado em unidade socioeducativa do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), no município de Campos dos Goytacazes/Rio de Janeiro, entre dezembro de 2014 e abril de 2015. A pesquisa-ação foi efetuada em atenção a convite feito pelo diretor de uma unidade e tinha como foco a prática desportiva, no intuito de minimizar os efeitos negativos do confinamento para a saúde dos adolescentes internados. A ação consistia na realização de duas aulas semanais do desporto Trampolim Acrobático (cama elástica), que funcionava como um meio desafiante e prazeroso de se abordar e exercitar o conceito de equilíbrio. Desta forma,

durante os saltos e execuções das acrobacias era enfatizada a necessidade de busca e manutenção do equilíbrio, extremamente necessário à execução da tarefa em questão. As atividades e as relações de confiança estabelecidas ao longo das práticas foram compreendidas como aspecto propiciador de resiliência para os indivíduos privados de seu bem maior, a liberdade. A pesquisa tinha como objetivo verificar o potencial de resiliência dos jovens internados, através de escala adaptada por Pesce *et al.*<sup>11</sup>, a partir do original de Wagnild e Young<sup>12</sup>, diante de um quadro de confinamento de até 24 horas diárias, e de poucas ofertas de atividades socioeducativas. Na oportunidade evidenciou-se expressivo número de adolescentes com potencial de resiliência considerado baixo<sup>13</sup>.

A precariedade na oferta de atividade física foi também sinalizada por Cloud *et al.*<sup>14</sup> como grave problema no sistema correcional norte-americano, onde adolescentes permanecem confinados em isolamento até 22 horas/dia.

Durante a realização das atividades na pesquisa-ação foi possível constatar uma série de violações aos direitos humanos, especialmente no que tange às condições de saúde e qualidade de vida em que os adolescentes cumpriam as medidas socioeducativas à época.

Também era precário o acesso aos serviços de saúde na unidade. Em algumas situações presenciadas, a dificuldade no acesso se dava por falta do atendimento em saúde na própria unidade, ou ainda pela dificuldade de remanejamento de agentes para a escolta.

A ameaça, a exclusão da atividade física proposta (trampolim acrobático) como forma de castigo, a agressão verbal e física, adolescentes algemados uns aos outros foram situações vivenciadas no convívio deste autor

com os adolescentes internados e os agentes socioeducativos, no primeiro trimestre de 2015.

Segundo levantamento nacional sobre o Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei, divulgado pela Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, 12 estados brasileiros já vinham com expressivo aumento no número de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de internação em 2011. Também havia destaque no documento para a incapacidade do sistema em dar respostas frente às necessidades objetivas de vagas e de pessoal qualificado para o atendimento socioeducativo<sup>15</sup>.

Seguindo a tendência de aumento, no ano seguinte em 2012, o relatório anual do SINASE demonstrou aumento de mais de 10% na população de jovens internados no sistema socioeducativo brasileiro em relação ao ano de 2011, passando de 17.703 para 20.532 o número de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em restrição e privação de liberdade no país<sup>16</sup>.

Em 2013 o relatório anual já contabilizava 23.066 jovens cumprindo medidas socioeducativas de internação no Brasil<sup>17</sup>. Parte dessa intensificação no número de jovens em privação de liberdade pode ser atribuída ao excedente e indiscriminado número de encarceramentos nos últimos anos. O Relatório de 2013 demonstrou também que cerca de 85% dos adolescentes privados de liberdade poderiam estar cumprindo medidas socioeducativas de outra natureza, já que somente 15,6% destes haviam praticado ato infracional contra a vida<sup>16</sup>.

O levantamento anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) mais atualizado foi realizado em 2014 e publicado

apenas em 2017, demonstrando aumento continuado de adolescentes de ambos os sexos (95% de meninos e 5% de meninas) internados para cumprimento de medidas socioeducativas em privação ou restrição de liberdade, cerca de 24.628<sup>8</sup>.

No Estado do Rio de Janeiro de 2008 até 2017 o aumento da população de adolescentes internados no Rio de Janeiro foi de 87,4%. Dados de 2017 indicam **2.075** adolescentes de ambos os sexos cumprindo medidas em privação ou restrição de liberdade em todo Estado<sup>18</sup>.

Desproporcionalmente, as vagas para internação e internação provisória no Estado subiram apenas 28,4% neste mesmo período, gerando uma superlotação no sistema, segundo informações obtidas com o Ministério Público e disponibilizadas no site da Secretaria Estadual de Educação<sup>7,8,19,20</sup>.

Corroborando a esse quadro caótico do sistema socioeducativo, um grupo representante do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MECPCT) apresentou na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) em 2016 um relatório oficial sobre as condições de vida nos ambientes de privação de liberdade em todo Estado que mostra que 71,4% das 25 unidades de atendimento socioeducativo estavam superlotadas, insalubres e com insuficiência de pessoal<sup>7,8,17,20,21,22</sup>.

Por tudo isso, torna-se extremamente relevante conhecer as atuais condições de saúde dos adolescentes cumprindo medidas de privação de liberdade. Reitera-se também a importância de se investigar se o sistema atual de socialização interfere na saúde de jovens internos, a fim de se contribuir na avaliação e formulação de políticas públicas voltadas a essa população.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Investigar as condições e o acesso à saúde dos adolescentes em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas de internação no Estado do Rio de Janeiro.

### **2.2 Específicos**

1. Mapear a produção acadêmica do campo da Saúde Coletiva no Brasil sobre a saúde dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação.
2. Reconhecer quais são os principais problemas de saúde física que acometem os adolescentes do sexo masculino internados para cumprimento de medidas socioeducativas de internação em todo Estado do Rio de Janeiro.
3. Identificar a atenção à saúde física destinada aos adolescentes do sexo masculino internados para cumprimento de medidas socioeducativas de internação em todo Estado do Rio de Janeiro.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONTEXTUALIZAÇÃO

Neste capítulo são apresentados os principais marcos teóricos que nortearam a tese, assim distribuídos:

*3.1. O adolescente em conflito com a lei privado de liberdade;*

*3.2. Políticas e Marcos Legais*, onde serão discutidos o Sistema de Garantia de Direitos e a Doutrina da Proteção Integral e a privação de liberdade, além do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), essenciais para a compreensão das condições de saúde em privação de liberdade são igualmente apresentadas; e

*3.3. O contexto das Unidades Sócio educativas do Estado do Rio de Janeiro.*

Durante o processo de levantamento bibliográfico para essa tese verificou-se escassa produção científica centrada na temática aqui abordada, apontando lacunas significativas sobre questões relevantes à saúde do adolescente, como: aspectos antropométricos da população em estudo, prevalência das doenças mais comuns no ambiente socioeducativo, diferenças de gênero, visita íntima, violência existente e outros aspectos que impactam diretamente na saúde dessa população<sup>7</sup>. Esta escassez, apresentada nos itens a seguir, foi um dos elementos que instigou a pesquisa que suscitou na presente tese.



### 3.1 O adolescente em conflito com a lei privado de liberdade

Um adolescente<sup>23</sup> coloca-se em conflito direto com a lei, sujeitando-se às ações previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>5</sup>, ao cometer um ato infracional, que é uma conduta praticada por indivíduos menores de 18 anos, descrita como crime ou contravenção penal.

Segundo o artigo 228 de nossa Constituição<sup>9</sup> "são penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial" A inimputabilidade penal (impossibilidade de responder criminalmente perante juízo) se dá em virtude do reconhecimento da *condição peculiar de pessoa em desenvolvimento* que possui a criança e o adolescente. Não significa impunidade.

Pela possibilidade de atribuição de mais de um ato infracional a uma mesma sentença que dá origem à medida socioeducativa, o número de atos infracionais supera o número de adolescentes em restrição e privação de liberdade.

Para algumas correntes de pensamento da criminologia, o ato infracional não é consequência de um comportamento puramente individual, mas um problema social e comunitário que afeta toda a sociedade, e, portanto, demanda uma análise sistêmica e ações de aproximação, a fim de se entender suas principais causas<sup>19,24,25,26</sup>. Apesar de multicausal, um aspecto a se considerar no cometimento do ato infracional bem comum em adolescentes de famílias pobres e sem expectativa de futuro, é que, pra além do atendimento às suas próprias necessidades básicas de sobrevivência, o cometimento do ato

infracional pode estar associado ao acesso a bens de consumo, inacessíveis pela via legal<sup>27</sup>.

Sob a perspectiva institucional, o descaso e a negligência no processo de acolhimento e socioeducação aos adolescentes em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade contribui decisivamente para o agravamento do quadro de violências sociais e para as reincidências infracionais. O Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes afirma que crianças e adolescentes, privados ou não de liberdade, devem ser tratados como sujeitos de direitos, inclusive com prioridade de atenção nas suas relações com o Estado e a sociedade em geral<sup>5,28</sup>.

Vale lembrar que a figura central na garantia do direito à segurança e à integridade física e mental dos adolescentes privados de liberdade é o Poder Público, que tem responsabilidade de adotar medidas para que tais garantias sejam respeitadas. Isso decorre da própria responsabilidade objetiva do Estado em reparar qualquer dano causado ao adolescente sob sua custódia. Incolumidade, integridade física e segurança abrangem aspectos variados e alguns exemplos podem ser extraídos dos artigos 94 e 124 do ECA, que impõem às entidades responsáveis pela socioeducação garantir aos adolescentes o direito a instalações físicas em condições adequadas de acessibilidade (Lei nº 10.098, de 19/12/2000), habitação, higiene, salubridade e segurança, vestuário e alimentação suficientes e adequadas à faixa etária dos adolescentes e cuidados médicos, odontológicos, farmacêuticos e saúde mental<sup>29</sup>.

Evidências obtidas na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)

em 2015 apontam para uma associação entre a entrada precoce na puberdade e a adoção de comportamentos de risco para a saúde, além de aumento a exposição a fatores de risco, na medida em que o indivíduo avança na idade. Relatou-se nesta pesquisa que comportamentos de saúde ou de risco à saúde adquiridos na adolescência tendem a se perpetuar na vida adulta<sup>4</sup>.

Burfein e Bartusch (2011, *apud* DIAS *et al.*<sup>30</sup>) afirmam em estudo realizado nos Estados Unidos que o envolvimento dos adolescentes em práticas infracionais tende a aumentar com a idade durante a adolescência, e que acontece um pico entre os 16 e 20 anos, diminuindo drasticamente no início da idade adulta. Também Negreiros<sup>27</sup> destaca que é elevado o percentual de adolescentes que se envolve em comportamentos infracionais, e que esse tipo de comportamento é quase “normativo”, atingindo um pico entre o meio e o final da adolescência, só se mantendo na idade adulta em pequena minoria.

Estes dados corroboram as perspectivas que indicam que a adolescência, por características que lhe são próprias, é propícia à experimentação de vários tipos de comportamentos, muitos deles de risco. No entanto, o fenômeno da infração juvenil pode e deve ser entendido como o resultado complexo de interações entre fatores estruturais, sociopsicológicos e individuais<sup>3,31</sup>.

As vulnerabilidades presentes na maioria das famílias dos adolescentes internados no sistema socioeducativo brasileiro revelam um histórico de pobreza, agravos à saúde e de violências sofridas por parte destes, antes mesmo deles entrarem em conflito com a lei, muito embora a questão seja ainda mais complexa<sup>3</sup>.

Wacquant (2001)<sup>32</sup> apoia-se no conceito de *underclass*, que sob rótulo

científico, seria a expressão para uma subcultura de grupos sociais à parte, que se constroem em ambientes marcados por miséria e vício, sendo portanto os únicos responsáveis por seu destino lamentável, além do declínio das cidades, e afirma que há uma demonização desses grupos, ao qual pertencem os adolescentes em conflito com a lei, o que permitiria uma espécie de isolamento simbólico. Para esse autor é esse isolamento simbólico, expresso na negligência e ausência do Estado, da família e da sociedade, é que naturaliza e legitima de alguma forma o encarceramento desses grupos, também sob argumento de proteção a sociedade. Segundo o próprio Wacquant (2001), com uma realidade marcada pelo desemprego, pela desorganização conjugal, fracasso escolar, encarceramento, tráfico e consumo de drogas, delinquência e criminalidade, os adolescentes em conflito com a lei não pertenceriam ao grupo de pobres e desfavorecidos em que se valeria a pena investir os recursos dos impostos da elite, destinados aos propósitos do "estado de bem estar social".

Decorrente disso, uma parte expressiva dos adolescentes em conflito com a lei acaba se tornando, ao mesmo tempo, vítima e perpetradora de diversas formas de violência. A gravidade desse assunto se percebe na atual 5ª colocação que o Brasil ocupa num *ranking* mundial de homicídios de jovens com idade variando de 15 a 24 anos<sup>33,34,35,36,37,38,39,40,41</sup>.

Apesar disso, o "adolescente em conflito com a lei", tal qualquer outro indivíduo nascido no território brasileiro, é passível de ter direitos fundamentais respeitados. Todavia, tratar os adolescentes autores de ato infracional como "bandidos" é uma prática comum e antiga, fruto de uma lógica coercitiva e

punitiva que foi intensificada com a criação dos “reformatórios” e que ainda é perene em muitas das atuais instituições socioeducativas<sup>42</sup>.

Scisleski *et al.*<sup>43</sup> sinalizam que ainda hoje as equipes que realizam trabalho no sistema socioeducativo junto ao poder judiciário, compostas especialmente de juízes, promotores e defensores são quase sempre designadas por sua experiência no sistema prisional adulto, indicando um distanciamento significativo com a concepção e necessidade da pessoa em desenvolvimento.

Contudo, mudanças na legislação contribuíram para debates e avanços na proposição e implantação de novos modelos de atendimento pautados na socioeducação e no Sistema de Garantia de Direitos. Rotineiramente, as instituições não têm conseguido tratar os adolescentes com dignidade, com responsabilidade, assumindo a tarefa não apenas de afastá-los do envolvimento infracional ou do círculo violento no qual estão inseridos, mas de, principalmente, conhecer as motivações, a realidade que os levou até esse momento, a sua trajetória infracional<sup>42</sup>.

Apoiados pelo próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, Cunha *et al.*<sup>44</sup> destacam que as medidas socioeducativas devem primar pelo caráter reparador em detrimento do punitivo, garantindo a manutenção do vínculo familiar associada ao caráter pedagógico apropriado a cada medida<sup>5,44</sup>.

Dentre as medidas socioeducativas previstas no ECA para os adolescentes em conflito com a lei, a *advertência* é a mais suave. Possui caráter informativo, formativo e é imediata. A *obrigação da reparação danos causados* consiste na restituição do bem, ressarcimento ou compensação da vítima do ato infracional. O efeito pedagógico desejado seria o reconhecimento

por parte do jovem infrator do ato infracional cometido. Na *prestação de serviço à comunidade* o caráter de implicação do jovem com a sociedade é observado quando este se vê, enquanto um protagonista, dotado de valor humano, colaborador da coletividade e, portanto, reparador dos seus próprios erros. Ela consiste na realização de tarefas gratuitas de interesse geral, por período não excedente há seis meses, junto a entidades assistenciais, hospitais, escolas e outros estabelecimentos congêneres, bem como em programas comunitários ou governamentais.

Já a *liberdade assistida* figura como uma das medidas de mais difícil sistematização e operacionalização. Pode até ser a que melhor expressa a essência socioeducativa das medidas. Além disso, implica na imposição de condições ao estilo de vida, redimensionando atividades, escala de valores pessoais, interações: familiar, social, escolar e, quando possível, profissional do jovem em conflito com a lei, sempre acompanhado por um orientador. Ela será adotada sempre que se afigurar a medida mais adequada para o fim de acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente.

A *semiliberdade* envolve a restrição de liberdade e constitui a modalidade intermediária entre liberdade assistida e internação. Deveria vir acompanhada de atividades em meio social, em estreita relação com a comunidade. O regime de semiliberdade pode ser determinado desde o início, ou como forma de transição para o meio aberto.

A medida socioeducativa de *internação* é a mais extremada, severa e restritiva das medidas socioeducativas, recebendo críticas consistentes. Também é a mais prejudicial à saúde e à socialização dos indivíduos. Seu limite máximo de duração é de três anos. Ressalta-se que a medida

socioeducativa de internação está sujeita aos princípios de brevidade e da excepcionalidade em respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento que possui o adolescente. Segundo legislação específica (ECA e SINASE) o adolescente privado de liberdade tem direito a cumprir a medida de internação em unidade exclusiva para adolescentes, com separação por critérios de idade, porte físico e gravidade da infração<sup>6,45</sup>.

Embora não seja comum na prática, o que também compromete os ideais socioeducativos, deve ser permitido a este jovem a realização de atividades externas, a critério da equipe técnica da entidade, salvo expressa determinação judicial em contrário. Em nenhuma hipótese o período máximo de internação poderá exceder a três anos. Sua operação, no entanto, não pode se dar de forma isolada, pois a proteção integral para ser atendida impõe o oferecimento de serviços e ações de natureza social e protetiva que favoreçam a reinserção do jovem infrator à sociedade<sup>6,45</sup>.

O SINASE também adverte que a privação de liberdade prevista pela lei tem o objetivo de concretizar o princípio de reparação do ato cometido, numa perspectiva inversa à noção de castigo. Contudo, a própria legislação afirma que essas medidas devem ser aplicadas preservando-se o princípio da brevidade e da excepcionalidade, a fim de se respeitar à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento que possui a criança e o adolescente, privados de liberdade ou não<sup>6</sup>.

Evidências demonstram que a aplicação de uma medida inadequada, além de não contribuir no processo de socioeducação do jovem em conflito com a lei, pode ter efeitos negativos sobre sua vida e saúde, atual e futura<sup>1,5,7,10</sup>.

## 3.2. Políticas e Marcos Legais

### 3.2.1 O Sistema de Garantia de Direitos e a Doutrina da Proteção Integral

Ainda por ser consolidada no Brasil, a Doutrina de Proteção Integral da Infância, das Nações Unidas é embasada pela: Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, pelas Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça de Menores, pelas Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade e pelas Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de RIAD). Assegura o direito à vida e à saúde das pessoas em desenvolvimento, garantindo ao jovem em conflito com a lei a mudança no status de "menor" para "sujeito de direitos"<sup>46,47,48</sup>.

O paradigma da Doutrina da Proteção Integral considera crianças e adolescentes como sujeitos de direitos em relação ao mundo adulto, em suas relações com a família, a sociedade e o Estado<sup>47</sup>. Anteriormente a esta doutrina, vigorava no Brasil a noção de *doutrina da situação irregular*, que fundamentou o Código de Menores em dois momentos (1927 e 1979) e que até os dias atuais norteia negativamente várias práticas existentes nas unidades socioeducativas. No contexto anterior, o Estado se fazia presente na vida de crianças e adolescentes apenas em situações de vulnerabilidade material ou moral. Por essa antiga lógica de atendimento, o Estado não exercia apenas um papel punitivo, mas também não implementava ações para responsabilização e socialização dos jovens infratores<sup>47,48</sup>.

Como autoridade central federal, o Ministério dos Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) congrega e articula as entidades que



devem garantir a aplicação das leis referentes a crianças e adolescentes, que deveriam ser efetivadas pelos poderes públicos. Para atingir esse propósito foi criado o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, que representa a articulação e a integração entre os diversos atores do Estado e da sociedade civil na promoção, defesa e controle da efetivação dos direitos da infância e da adolescência previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Isto significa que embora a sociedade civil, a família, os órgãos públicos e as autoridades das três esferas de poder tenham atribuições específicas a desempenhar para que essa população tenha plenamente garantidos seus direitos, esses atores possuem igual responsabilidade para evitar, apurar e solucionar os entraves a implementação e efetivação dessas garantias. Fazem parte do Sistema de Garantia os órgãos públicos do sistema judiciário; as polícias militar, civil e federal; os conselhos tutelares; as entidades de defesa de direitos humanos; os conselhos dos direitos de crianças e adolescentes e os diversos outros conselhos que atuam na discussão, formulação e controle de políticas públicas; entre outros<sup>9</sup>.

O Sistema de Garantia de Direitos possui três eixos: controle social, proteção e promoção. O eixo da *Promoção* refere-se à formulação de políticas públicas de atendimento aos direitos, de promoção e proteção de direitos, de medidas de proteção, de medidas socioeducativas, com caráter transversal e intersetorial. O eixo da *Defesa* tem como finalidade maior garantir o sucesso de acesso à defesa da criança, depende da atuação e responsabilização da família, da sociedade e do Estado, através de instituições como: Poder Judiciário, Ministério Público, Defensorias Públicas, Segurança Pública, Conselhos Tutelares, Ouvidorias, Entidades Sociais de Defesa de Direitos. O

eixo de *Controle Social* deve ser efetuado pelos Conselhos de Direitos; Conselhos setoriais de formulação e controle de políticas públicas e os Órgãos de Controle interno e externo. A intenção é criar um espaço que articule a sociedade civil para a efetivação de ações de promoção e defesa dos direitos dos adolescentes e crianças.

Também no âmbito legal, inspirada por conquistas internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), a legislação brasileira avançou e está atualmente entre as mais avançadas no mundo. Exemplo disso é o Estatuto da Criança e do Adolescente, que entre outras coisas redefiniu o papel do Estado, da família e da sociedade civil em relação à infância e à adolescência no Brasil, estabelecendo um equilíbrio entre esses poderes; e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), criado especialmente para regulamentar a execução das medidas socioeducativas destinadas ao adolescente infrator no Brasil<sup>5,6,49</sup>.

Independentemente da origem ou causas da infração cometida, o Estatuto da Criança e do Adolescente afirma que cabe ao estado e a sociedade em geral o dever de assegurar, com absoluta prioridade, “a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”<sup>5</sup>.

Desde sua criação o ECA dá ênfase a ideia de que as medidas socioeducativas deveriam privilegiar o caráter socioeducativo e não meramente punitivo<sup>49</sup>. Em seu artigo 3º este Estatuto reforça que a criança e o adolescente devem gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana,

sem prejuízo da proteção integral, que lhes assegure, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades no sentido de promoção e desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e sócio familiar<sup>5</sup>.

O ECA ressalta ainda que nenhum jovem, mesmo o que está em conflito com a lei, pode ser objeto de qualquer forma de exclusão, negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, devendo ser punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão a esses direitos fundamentais. Entretanto, alguns estudos sugerem que tais direitos não são alcançados por uma grande parte dos jovens, inclusive pelos que cumprem medidas socioeducativas<sup>35,39,47,50,51</sup>.

Nesse sentido, Gonçalves e Garcia<sup>52</sup> destacam que:

O direito do adolescente deixa de vigir a partir de sua "opção" pela marginalidade, sinal da fragilidade desse direito; a própria possibilidade de sua suspensão, quando não de sua efetiva negação, mostra o quão distante essas parcelas da população se encontram do reconhecimento de que são "sujeitos de direitos".

E na contra mão dos dispositivos legais, o sistema socioeducativo tem falhado no processo de escolarização e profissionalização dos jovens atendidos, bem como na própria manutenção da integridade física desses jovens. Levantamento Anual dos Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa informa que 30 jovens foram a óbito no sistema socioeducativo brasileiro em 2012. Desse total, somente 2 morreram por causas naturais. As principais causas de óbito em unidades de meio fechado foram: conflito interpessoal (11 adolescentes), conflito generalizado (9) e suicídio (5) (Brasil, 2013). No Estado do Rio de Janeiro, dados oficiais confirmam 19 mortes no sistema socioeducativo no período compreendido entre 2007 e 2017<sup>18</sup>.

As políticas públicas destinadas à infância e adolescência se articulam em três segmentos distintos:

1. *Políticas Sociais Básicas*, definidas no artigo 4º do ECA (saúde, alimentação, habitação, educação, esporte, lazer, profissionalização e cultura).
2. *Políticas de Proteção Especial*, conforme os artigos 101, 129, 23 - parágrafo único e artigo 34 do ECA (orientação, apoio e acompanhamento temporários, regresso escolar, apoio sócio-familiar e manutenção de vínculo, necessidades especiais de saúde, atendimento a vítimas de maus tratos, tratamento de drogadição, renda mínima familiar, guarda subsidiada e abrigo).
3. *Políticas Socioeducativas (objeto deste estudo)*, descritas a partir do artigo 112 do ECA e da implantação do SINASE<sup>5,6</sup>.

Como se vê acima as políticas de execução de medidas socioeducativas situam-se no Sistema Terciário de Garantias, representando uma intervenção restrita para os adolescentes envolvidos com a prática de infrações penais. Sua operação, no entanto, não pode se dar de forma isolada, pois a proteção integral para ser atendida impõe o oferecimento de serviços e ações de natureza socioeducativa e protetiva, que favoreçam de fato a inserção do adolescente infrator em contextos sociais outros e que lhe permita ter expectativas de vida<sup>6,45,28,53</sup>.

### **3.2.2 O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e as condições existentes para o cumprimento de medidas socioeducativas em privação de liberdade no Brasil**

O SINASE é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração do ato infracional até a execução de medida socioeducativa. Destina-se a regulamentar a forma como o Poder Público, por meio dos mais diversos órgãos e agentes, presta o atendimento especializado ao adolescente que cometeu ato infracional<sup>6</sup>.

Inicialmente instituído pela Resolução nº 119/2006, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), em comemoração aos 16 (dezesesseis) anos da publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, o SINASE é fruto de uma construção coletiva entre as diversas áreas do governo, especialistas na área e representantes de entidades, além de uma série de debates realizados por operadores do Sistema de Garantia de Direitos em encontros regionais em todo o País. Ganhou força com a Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012<sup>6,54</sup>.

Custeado com recursos do orçamento da Seguridade Social, além de outras fontes de recursos provenientes das 3 esferas de poder e demais contribuições sociais previstas na legislação, o SINASE trouxe uma série de inovações nos parâmetros de aplicação e execução de medidas socioeducativas a adolescentes autores de ato infracional. Uma das mais importantes inovações foi a obrigatoriedade da participação das três esferas do poder na elaboração e implementação das ações socioeducativas<sup>29</sup>.

Outra importante inovação desse documento é o fato de estar inserido no Sistema de Garantia de Direitos, o que significa que o SINASE deve servir também como fonte de produção de dados e informações que favoreçam a construção e o desenvolvimento de novos planos, políticas, programas e ações para a garantia de direitos de todas as crianças e adolescentes, devendo ainda reduzir a vulnerabilidade e a exclusão social dessa população específica<sup>54</sup>.

Também por isso o SINASE tornou obrigatório a implementação do Sistema Nacional de Avaliação e Acompanhamento do Atendimento Socioeducativo, que por meio de relatórios provenientes de levantamentos para verificação das condições em que se cumprem as medidas socioeducativas devem, além de disponibilizar informações sobre o atendimento socioeducativo prestado no país, contribuir para a organização de toda rede de atendimento e promover a melhora da qualidade da gestão e do atendimento socioeducativo. Segundo o disposto no SINASE tais Levantamentos e Relatórios não devem jamais extrapolar três anos de intervalo entre si<sup>28,29</sup>.

Como se vê, em termos legais o surgimento do SINASE impõe desafios para a política pública destinada ao jovem em conflito com a lei. Ele propõe inovações que buscam a unificação dos procedimentos de execução das medidas socioeducativas pelo Judiciário, bem como atribui a esse Poder o novo papel de homologar o Plano Individual de Atendimento (PIA). Inova também nos mecanismos de gestão, ampliando fontes de financiamento, explicitando competências das esferas de governo e criando um sistema de avaliação. Por fim, introduz e explicita uma série de direitos dos adolescentes: atendimento individualizado; atenção integral à saúde; visita íntima; capacitação para o trabalho, participação da família; dentre outros<sup>6</sup>.

O SINASE<sup>29</sup> também dispõe sobre as estruturas físicas e sobre a organização do espaço físico das unidades socioeducativas. Segundo esse documento as unidades socioeducativas deveriam prever e possibilitar a mudança de fases do atendimento do adolescente mediante a mudança de ambientes (de espaços), de acordo com as metas estabelecidas e conquistadas no plano individual de atendimento (PIA), favorecendo a este uma real possibilidade de perceber seus avanços e/ou retrocessos dentro do processo socioeducativo acordado e estabelecido no PIA<sup>28,29</sup>.

Em suma, na proposta do SINASE a unidade socioeducativa deve ser o espaço arquitetônico que unifica, concentra e integra o atendimento ao adolescente<sup>29</sup>.

Neste sentido, destacam-se no padrão arquitetônico específico para unidades de internação estabelecido pelo SINASE, aspectos relacionados à saúde dos adolescentes que ali vivem, que são:

- 1) Estar precedida de levantamento de dados e informações que comprovem a necessidade de construção, reforma ou ampliação;
- 2) Edificar as Unidades de atendimento socioeducativo separadamente daqueles destinados para adultos do sistema prisional, ficando vedada qualquer possibilidade de construção em espaço contíguos ou de qualquer forma integrada a estes equipamentos;
- 3) Utilizar, na cobertura, material adequado de acordo com as peculiaridades de cada região, prevendo a conveniente ventilação e proteção, adotando esquemas técnicos especiais que atendam às condições climáticas regionais;
- 4) Considerar que a dinâmica do atendimento socioeducativo se desenvolve tendo como suporte ações administrativas e técnico-pedagógicas de educação,

de saúde integral, de direitos sexuais, de direitos à visitação familiar, de direitos à maternidade, de esporte, de cultura, de lazer, de profissionalização, integrando adolescente, família e comunidade;

5) Observar o número de até quarenta adolescentes em cada Unidade de atendimento, conforme determinação da Resolução de n.º 46/96 do CONANDA, sendo constituída de espaços residenciais (módulos) com capacidade não superior a quinze. E em caso de existência de mais de uma Unidade no mesmo terreno estas não ultrapassarão a noventa adolescentes na sua totalidade;

6) Observar que os quartos existentes nas residências (módulos) sejam de no máximo três adolescentes;

7) Observar na criação dos diversos ambientes da Unidade os seguintes detalhamentos:

a) Na fase inicial de acolhimento podem ser projetados dois módulos de moradia, preferencialmente com quartos individuais, separados com barreira física ou visual;

b) Nas fases intermediária e conclusiva do atendimento poderão ser projetados quartos individuais ou coletivos (de no máximo três adolescentes) não havendo necessidade de barreira física e visual nos atendimentos;

c) Na convivência protetora, cujo ambiente é destinado àqueles que precisam ser resguardados da convivência coletiva, poderá ser criada uma barreira física e visual de separação.

Em caso de quartos coletivos o SINASE preconiza que deverão ser dimensionados considerando o perfil do adolescente, a sua origem (naturalidade), a gravidade do ato infracional. A concepção arquitetônica deverá integrar também os demais espaços para o desenvolvimento de atividades



coletivas, na perspectiva de criar ambientes que possibilitem a prática de uma vivência com características de moradia sem, no entanto, desconsiderar que é uma Unidade de atendimento de privação de liberdade;

08) Prever a existência de áreas verdes e a aplicação da psicodinâmica das cores, visando à humanização do ambiente, bem como estimular a criatividade, perspectiva de futuro e dinamização no aprendizado;

09) Considerar o “pé-direito” mínimo de 3,00m, resguardadas as especificidades de cada ambiente, e, no caso da verticalização das edificações limitar ao máximo de dois pavimentos;

10) Prever Unidades de atendimento socioeducativo de internação, obedecida a rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração.

Em relação ao número de adolescentes por unidade, o SINASE dispõe que cada unidade socioeducativa de internação terá até quarenta adolescentes, conforme a resolução nº 46/96 do Conanda, sendo constituída de espaços residenciais denominados de módulos (estruturas físicas que compõem uma unidade), com capacidade não superior a quinze adolescentes. No caso de existir mais de uma Unidade em um mesmo terreno, o atendimento total não poderá ultrapassar a noventa adolescentes<sup>29</sup>.

Sobre as medidas socioeducativas é importante destacar que estas seriam a resposta sancionatória do Estado quando o autor de um delito é adolescente. Em termos judiciais, a medida socioeducativa seria a sanção jurídico-penal, subsidiária às demais políticas previstas em legislação específica, e que cumpre, assim como uma pena criminal, a função de controle

social, procurando evitar a reincidência de atos infracionais por adolescentes e crianças<sup>28,29</sup>.

Costa<sup>37</sup> enfatiza que as medidas socioeducativas não deveriam desconsiderar todo e qualquer potencial de saúde e desenvolvimento, que possa ser explorado individual ou socialmente com os adolescentes em conflito com a lei<sup>26</sup>.

De caráter multidisciplinar e intersetorial, a promoção à saúde transcende o setor sanitário, integrando a saúde ao ambiente social em que o indivíduo vive. A promoção à saúde do adolescente infrator, além de prevenir e tratar os casos de infração promove fatores protetivos, evitando o surgimento de riscos ou novos casos, estimulando a capacidade do indivíduo em tomar controle da situação, a cuidar de si e de outros<sup>38</sup>.

Segundo o SINASE<sup>28</sup> e o ECA<sup>5</sup>, a política de aplicação das medidas socioeducativas não pode estar isolada das demais políticas públicas, devendo, por exemplo, integrar o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS). Os programas de execução de atendimento socioeducativo deverão ser articulados com os demais serviços e programas que visem atender os direitos dos adolescentes no que tange à saúde, atendimento jurídico, trabalho, profissionalização, escolarização, esporte e outras. Para a aplicação das medidas socioeducativas devem ser observadas: a gravidade do ato cometido; se o agente é primário ou reincidente; as condições efetivas para o cumprimento da medida; e, sobretudo, a capacidade da medida promover uma dimensão socioeducativa na vida do adolescente. Isto porque o objetivo maior da medida é a socialização do adolescente em conflito com a lei, de forma que sua inclusão

social seja favorecida, assim como o seu pleno desenvolvimento como pessoa<sup>5,6</sup>.

Destaca-se o fato de que tais medidas não devem de maneira alguma ignorar o que se preconiza no Sistema de Garantia de Direitos, previsto no artigo 3º do próprio ECA:

“A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, 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”.

Ficando também para a família e a sociedade em geral o dever de garantir tais direitos, como previsto no artigo 4º deste mesmo estatuto:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

O ECA também prevê em seu Artigo 5º que:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Em parágrafo único, existe a ressalva quanto a prioridade destes na primazia da atenção, proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. Tal princípio não deve ser descumprido, ainda que mediante a autoria de um ato infracional por parte da criança ou adolescente<sup>5,6</sup>.

Também por isso o SINASE<sup>29</sup> propõe que as unidades socioeducativas destinadas à internação precisam de uma equipe mínima para atender até 40 (quarenta) adolescentes, que deve ser composta por:

- 01 diretor.
- 01 coordenador técnico.
- 02 assistentes sociais.
- 02 psicólogos.
- 01 pedagogo.
- 01 advogado (defesa técnica).
- Profissionais necessários para o desenvolvimento de saúde, escolarização, esporte, cultura, lazer, profissionalização e administração.
- Socioeducadores.

Segundo o SINASE, as atribuições dos socioeducadores deverão considerar o profissional que desenvolva tanto tarefas relativas à preservação da integridade física e psicológica dos adolescentes e dos funcionários quanto às atividades pedagógicas, sempre pautados nos princípios dos direitos humanos definidos no SINASE.

No entanto, a bibliografia existente e os documentos oficiais questionam a capacitação dos profissionais como os gestores, técnicos, professores, instrutores e agentes socioeducativos para atuar junto a esses jovens, ao revelarem diversas violências sofridas por jovens em privação de liberdade nas unidades de socioeducação no Brasil<sup>7,55,56</sup>.

Também, segundo o disposto na legislação, a relação numérica de socioeducadores deverá considerar a dinâmica institucional e os diferentes eventos internos, entre eles férias, licenças e afastamento de socioeducadores,

encaminhamentos (escolta) de adolescentes para atendimentos técnicos dentro e fora dos programas socioeducativos, visitas de familiares, audiências, encaminhamentos para atendimento de saúde dentro e fora dos programas, atividades externas dos adolescentes.

Alguns aspectos referentes à atuação do socioeducador são relevantes:

- A relação numérica de um socioeducador para cada dois ou três adolescentes ou de um socioeducador para cada cinco adolescentes dependerá do perfil e das necessidades pedagógicas destes.
- A relação numérica de um socioeducador para cada adolescente ocorrerá em situações de custódia hospitalar que exige o acompanhamento permanente (24 horas).
- A relação numérica de dois socioeducadores para cada adolescente ocorrerá quando a situação envolver alto risco de fuga, de autoagressão ou agressão a outros.
- A relação numérica de um socioeducador para cada dois adolescentes ocorrerá nas situações de atendimento especial. Neste caso, muitas vezes devido ao quadro de comprometimento de ordem emocional ou mental, associado ao risco de suicídio, é necessário que se assegure vigília constante.

Atualmente, o que se observa são duras críticas ao SINASE, enquanto política pública, principalmente no que tange a responsabilização dos adolescentes infratores. A falácia tem relação com certa relativização na forma de punição, associando-a a impunidade. Importante ressaltar que no Brasil pune-se com a privação de liberdade indivíduos a partir dos 12 anos de idade<sup>8</sup>.

Em meio a este mar de críticas, vive-se hoje um acirramento da discussão sobre a redução da maioridade penal como solução para os problemas de segurança pública no Brasil. Tramitam no Senado Federal três Propostas de Emenda à Constituição - PEC que propõem a redução da maioridade penal de dezoito para dezesseis anos de idade. Tenta-se justificar esta redução afirmando existir relação entre a violência com o mundo globalizado e o amadurecimento precoce das crianças e jovens, que já podem votar aos 16 anos<sup>44</sup>.

Embora muitos países tenham reduzido a maioridade penal para 16 e até 14 anos, em 50% dos países no mundo a maioridade e a responsabilização penal se dão apenas a partir dos 18 anos de idade<sup>44</sup>.

### *3.2.3 As Condições, o Acesso a Saúde e a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)*

Como já dito anteriormente, a assistência e a promoção à saúde ao adolescente privado de liberdade no país constituem uma complexa problemática, potencializada pela débil articulação com a rede de saúde e a persistência da lógica prisional no atendimento socioeducativo. Em geral, não é simples sensibilizar gestores, técnicos e socioeducadores quanto a saúde desses adolescentes<sup>7,48</sup>.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ressalta algumas dificuldades para a atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade. Entre elas, é possível destacar: atuação insuficiente das Secretarias de Saúde no atendimento das necessidades e na manutenção dos serviços

implantados, dificuldade de agendar procedimentos na rede; diálogo incipiente entre a saúde e o sistema socioeducativo; pouco conhecimento pelos profissionais de saúde das necessidades dos adolescentes privados de liberdade; atendimento deficitário em saúde mental; medicalização excessiva, entre outros<sup>17</sup>.

Em 2014 o Ministério da Saúde editou duas novas portarias regulamentando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Destaca-se aqui a Portaria 1.082 de 23/05/2014, que instituiu a PNAISARI, e que prevê que toda unidade socioeducativa deve ter como referência uma equipe de atenção básica, mesmo quando a unidade tiver equipe interna de saúde, proibindo a transferência de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa para hospitais de custódia, salvo decisão do juiz criminal competente ou se o adolescente tiver cometido infração penal com mais de 18 anos de idade<sup>17</sup>.

A PNAISARI foi formulada a partir de disposições contidas em diversas leis, portarias e resoluções, tais como:

- Lei nº 8.069, de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- Lei nº 12.594, de 2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional;

- Decreto nº 2, de 13 de julho de 2006, que institui a Comissão Intersetorial de Acompanhamento do SINASE;
- Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde;
- Portaria nº 1.459/GM/MS, de 2011, que institui no SUS a Rede Cegonha;
- Portaria nº 3.088/GM/MS, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;
- Portaria nº 148/GM/MS, de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; o Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial;
- Resolução nº 119/CONANDA, de 11 de dezembro de 2006, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.

Já as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, visou estabelecer novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade, com o objetivo geral 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. São objetivos específicos da PNAISARI (Art. 7º)<sup>17</sup>.



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; e

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.

O conceito de saúde com o qual se trabalhou nesta tese é o proposto pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde 8080 de 1990, que a considera como resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego, liberdade e acesso ao serviço de saúde. Além disso, também preconizam que, o direito à saúde significa a garantia, por parte do Estado, de dignas condições de vida, e de acesso igualitário e universal às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação no caso de adoecimento, em todos os seus níveis e em todo o território nacional<sup>57</sup>.

O ECA, no que tange as questões de saúde, ressalta em seu parágrafo único do artigo 4º, a prioridade das crianças e adolescentes na atenção,

proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude<sup>5</sup>.

O SINASE no Artigo 8º, na seção que trata dos direitos individuais, reforça o direito do adolescente infrator de receber assistência integral à sua saúde, cabendo aos Planos de Atendimento Socioeducativo, obrigatoriamente prever ações articuladas nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte, para os adolescentes atendidos. Tais princípios não devem ser descumpridos, ainda que mediante a autoria de um ato infracional<sup>6</sup>.

A promoção de saúde dos adolescentes infratores estabelece patamares a serem alcançados, em termos de aquisições positivas para esses jovens, que caracterizem uma boa qualidade de vida do ponto de vista físico, mental e social<sup>37</sup>. Apesar da aplicação de medida socioeducativa possuir caráter reparador, não deve prescindir da essência da promoção da saúde, já que esta é vista como a modalidade mais completa de prevenção ao ato infracional, segundo o ECA.

No entanto, sabe-se que as condições de confinamento a que estão expostos os adolescentes em privação de liberdade são determinantes para o seu bem-estar físico, mental e social. Quando reclusos, os indivíduos tendem a apresentar graves problemas de saúde e transtornos mentais que podem ser gradualmente agravados por condições precárias de habitação, alimentação e saúde<sup>5,25,33,34,41,58,59,60,61,62,63,64,65,66</sup>.

Dessa forma, esses jovens que já viviam em situação precária quando em liberdade, também têm seu estado de saúde física e mental comprometida e/ou agravada pelas condições de confinamento<sup>51</sup>.

Acessar os serviços de saúde, seja dentro da unidade, seja na rede de atenção do SUS deveria ser uma constante no atendimento aos adolescentes privados de liberdade, como prevê a legislação específica. De acordo com Travassos & Castro<sup>67</sup> (p. 186), o acesso aos serviços de saúde tem relação com a resposta dada pelo sistema que se traduz no atendimento as demandas existentes. Para que este atendimento seja rápido e eficaz torna-se imprescindível que o sistema de saúde funcione em rede, como se preconiza no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>68</sup>.

No entanto, além do preconceito, a lógica da segurança, que é privilegiada em prejuízo da lógica do cuidado, é perene e interfere no cuidado e acesso aos serviços de saúde por parte desses adolescentes. Pra começar, os profissionais das áreas técnicas, médicos, profissionais da enfermagem, psicólogos, educadores ou assistentes sociais, não vão aos alojamentos do DEGASE onde ficam os adolescentes em algumas unidades. Ou seja, a seleção dos que serão chamados para o atendimento médico é realizada empiricamente pelos agentes socioeducativos e não por um profissional de saúde. Um dos resultados desse protocolo questionável são os muitos relatos de adolescentes sobre as dificuldades de atendimento em saúde nas unidades<sup>18</sup>.

A outra grave questão que interfere no acesso aos serviços de saúde é o transporte e escolta desses adolescentes às unidades de atendimento do SUS ou particulares. Atualmente a estrutura para o transporte dos adolescentes é

precária, não há ambulância, e os veículos que fazem o transporte são os mesmos utilizados para as audiências e transferências, que são priorizadas em relação aos atendimentos em saúde<sup>18</sup>.

Estes são alguns dos impedimentos ao atendimento integral a saúde dos adolescentes em conflito com a lei em privação de liberdade, contradizendo a perspectiva da integralidade estabelecida pela Constituição brasileira e Lei Orgânica da Saúde enquanto princípio para o Sistema Único de Saúde – SUS (art. 7 inciso II)<sup>57</sup>.

### **3.3 O contexto das Unidades Sócio-educativas do Estado do Rio de Janeiro**

Diferentemente da maioria dos outros Estados da federação, que administram a execução de medidas socioeducativas aplicadas ao adolescente em conflito com a lei por meio de fundações públicas ou organizações civis organizadas, ou seja, de forma indireta, o Estado do Rio de Janeiro mantém um Departamento Geral, vinculado à administração direta, que atua como responsável pela execução das medidas socioeducativas aplicadas. Com funcionários contratados e com servidores concursados, estáveis e efetivos, também vinculados à administração direta, o Departamento Geral de Ações Socioeducativas - DEGASE é uma autarquia responsável pelo acautelamento e socialização dos jovens que cometeram delitos de qualquer origem.

Criado pelo Decreto nº 18.493, de 26/01/1993, como órgão do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro, durante o governo Leonel Brizola, o DEGASE substituiu a Fundação Centro Brasileiro para a Infância e

Adolescência (FCBIA), fundação pública federal então responsável pela execução das medidas sócio-educativas. Desde então, já foi vinculado as Secretarias Estaduais de Justiça e Interior, de Justiça, de Direitos Humanos, de Ação Social e também ao Gabinete Civil. Atualmente possui dotação orçamentária própria. Desde 2008 o DEGASE está vinculado à Secretaria Estadual de Educação (SEEDUC/RJ), que como tal, tem a responsabilidade de promover a socioeducação desses jovens no Estado do Rio de Janeiro, a partir de sua internação nos Centros Socioeducativos (CENSE).

Essas unidades ou centros socioeducativos, além de acautelar os adolescentes, devem contribuir na socioeducação dos atendidos no sistema, a partir de ações comprometidas com a construção de projetos de vida que estejam ligados a profissionalização e a formação de cidadãos autônomos e solidários. Para tanto, independentemente da lógica no atendimento, ainda são insuficientes as unidades de internação em estado de conformidade com os parâmetros do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, situação que agrava as condições em que os adolescentes cumprem as medidas socioeducativas de internação<sup>15,19,26</sup>.

O DEGASE tem sua sede situada no bairro da Ilha do Governador e possui seis unidades socioeducativas para cumprimento de medidas socioeducativas em restrição e privação de liberdade para adolescentes de ambos os sexos. Historicamente a situação das unidades do DEGASE em todo o estado do Rio de Janeiro é ruim, com todas suas unidades com experiência de inúmeras rebeliões.

Relatórios oficiais, através de visitas de monitoramento indicam que houve poucas mudanças na estrutura física das unidades de internação para

os adolescentes, contrariando frontalmente as disposições do SINASE apontadas anteriormente. Infelizmente, a maioria das unidades do DEGASE (quatro) ainda funciona em instalações herdadas da antiga FEBEM ou mesmo de um antigo presídio, como é o caso do Educandário Santo Expedito (ESE), que fica situado dentro do complexo prisional. Apenas duas das seis unidades de internação foram construídas segundo o padrão SINASE (2006): o Centro de Socioeducação Irmã *Asunción de La Gándara Ustara* (Volta Redonda) e o Centro de Socioeducação Professora Marlene Alves (Campos dos Goytacazes)<sup>18</sup>, muito embora estejam também superlotadas.

O Ministério Público do RJ, atualmente, recebe denúncias de falta de higiene, má conservação e superlotação em todas as unidades do DEGASE: “o sistema socioeducativo no Rio de Janeiro vive um colapso por causa da superlotação, explica João Luiz Pereira, presidente do sindicato dos funcionários do DEGASE”, em matéria veiculada no Jornal O Dia de 05/08/2016, intitulada “menores infratores fazem rebelião no DEGASE da ilha do Governador”. O referido presidente do sindicato conta que muitos sofrem com doenças causadas pela superlotação e falta de manutenção das unidades. “Existe surto dentro das unidades, devido ao próprio ambiente fechado. Existe surto de escabiose, internos separados por tuberculoses e isso não só os afeta como também os servidores que convivem com eles”<sup>23</sup>. Estes dados levam a conclusão que: “lamentavelmente, este é apenas mais um dos paralelos que se podem estabelecer entre os sistemas socioeducativo e prisional fluminenses”<sup>18</sup> (p.24).

As unidades de privação de liberdade que compõem o Degase encontram-se detalhadas na seção a seguir.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório que visa conhecer uma realidade ainda muito pouco estudada, do ponto de vista da saúde pública. A tese é fruto de um recorte da pesquisa "*Estudo das condições de saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de jovens em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro*", promovida pela Rede de Políticas e Modelos de Atenção a Saúde - PMA da Fundação Oswaldo Cruz.

A pesquisa original tem como objetivo investigar as condições de saúde e qualidade de vida de adolescentes infratores cumprindo medidas socioeducativas de Internação no Estado do Rio de Janeiro, aprofundando as dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde do SUS.

Para a presente tese foi realizado um recorte do projeto original, que se volta para o emprego de abordagem quantitativa de dados sobre saúde física dos adolescentes do sexo masculino presentes em todas as unidades de internação do Estado do Rio de Janeiro nos dias da pesquisa. Informações metodológicas sobre a abordagem quantitativa cujos dados embasam a tese serão apresentadas a seguir.

A tese foi concebida em formato de dois artigos científicos, que, por possuírem metodologias diferenciadas, serão apresentados isoladamente, a seguir:

- 1) *Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade*, que atende ao primeiro objetivo da tese que é o mapeamento da produção

acadêmica do campo da Saúde Coletiva sobre a saúde dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação.

2) *Estudo das condições de saúde de jovens em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro*", voltado para responder aos objetivos: identificar os principais problemas de saúde física que acometem os adolescentes que cumprem medidas de internação no Estado do Rio de Janeiro e identificar as ações realizadas para a atenção à saúde física destinada aos adolescentes.

#### **4.1 *Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade***

A revisão sistemática integrativa da literatura foi escolhida como metodologia para o ARTIGO 1 por sua ampla abrangência, permitindo inclusive incluir distintos tipos de métodos de estudos, bem como perspectivas teóricas e empíricas. Segundo Mendes et al.<sup>69</sup>, parte de uma questão específica, da exposição do processo de busca do acervo estudado na literatura científica, da categorização, avaliação e interpretação dos estudos, culminando com a síntese dos resultados e apresentação da revisão.

Procurou-se identificar e selecionar documentos publicados em periódicos da área da saúde, no período compreendido entre 2000 e 2015. Como fonte de informações utilizou-se das seguintes bases de dados entre os anos de 2000 e 2015: Scopus (67 artigos), Scielo (73 artigos), Portal BVS (50 artigos) e Pubmed/Medline (13 artigos), totalizando 218 documentos. Dados



mais detalhados da metodologia empregada podem ser visualizados no artigo, mais adiante.

#### **4.2 Estudo das condições de saúde de jovens em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro**

Foi realizado um estudo transversal voltado para a obtenção de aspectos relacionados às condições de saúde e acesso aos serviços de saúde. Objetiva investigar uma população de características singulares em um determinado local e época<sup>70</sup>. Segundo Medronho *et al.*<sup>71</sup> (p.125) essa "estratégia de estudo epidemiológico se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade" o, que no caso específico da população em estudo é fundamental para se conhecer e descrever a distribuição de um agravo de saúde, por exemplo, e assim promover a elaboração e/ou gestão de ações voltadas a prevenção, tratamento e socioeducação, tanto em nível individual quanto coletivo<sup>71</sup>.

A população envolvida neste estudo se refere aos adolescentes do sexo masculino em cumprimento de medida de Internação nas cinco instituições de regime fechado voltadas para adolescentes do sexo masculino existentes do Estado do Rio de Janeiro (duas na Capital, uma na Baixada Fluminense, uma no Norte Fluminense e uma em Volta Redonda, no Sul Fluminense).

- **Educandário Santo Expedito - ESE**

Instalações físicas de uma instituição prisional, com superlotação durante a pesquisa. O ESE funciona no prédio do antigo presídio Moniz Sodré,

na Estrada Guandu do Sena, s/n, Bangu. Possui outra peculiaridade em relação às demais unidades socioeducativas do Estado Rio de Janeiro: fica anexo ao Complexo Penitenciário de Gericinó e já teve seu fechamento pedido pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/RJ) e autorizado pelo então desembargador Siro Darlan, desde 2008.

Motivo de matéria jornalística publicada no Jornal "O Globo" de 27 de Março de 2016 e intitulada "Internos do Educandário Santo Expedito convivem com ratos e baratas", de autoria do jornalista Caio Barretto Briso<sup>71</sup>, revelou que a unidade socioeducativa de Bangu abrigava a época cerca de 400 adolescentes, enquanto o número de vagas da unidade era de 200. Uma parte expressiva desses adolescentes (80%) não frequentava a escola, passando o tempo todo nos alojamentos, inclusive fazendo as refeições encarcerados por falta de pessoal para fazer o deslocamento até o refeitório. Segundo afirmava à juíza Lucia Glioche, titular da Vara de Execução de Medidas Socioeducativas no período da entrevista, "...as unidades chegaram a um ponto em que nada mais funciona. As equipes técnicas não fazem os relatórios dos jovens porque estão cheias de trabalho. E sem relatório eu não posso reavaliar as internações a cada seis meses. O adolescente ingressa no sistema, mas continua invisível". A magistrada conclui a entrevista dizendo que não o ESE, mas todo sistema socioeducativo já estava à beira do colapso no ano de 2016<sup>23</sup>.

A equipe de saúde do Educandário Santo Expedito (ESE) a época do trabalho de campo dessa pesquisa era composta de: 08 técnicos de enfermagem; 02 enfermeiros; 01 clínico geral; 01 psiquiatra e 02 dentistas que trabalhavam em sistema de plantão.

- **Escola João Luiz Alves (EJLA)**

Situada na Ilha do Governador, a Escola João Luis Alves (EJLA) é uma das unidades socioeducativas de internação do Estado do Rio de Janeiro mais antiga. Fundada em 1926, funciona em um antigo prédio anteriormente destinado a um convento e tem capacidade para atender a 133 adolescentes em regime de internação. Dados oficiais mostram que assim como as demais unidades socioeducativas do Estado, a EJLA estava superlotada em abril de 2017, quando a contagem oficial era de 303 adolescentes institucionalizados<sup>18</sup>. A unidade conta com escolarização, oficinas e assistência religiosa. Como as demais unidades socioeducativas do Estado, também possui grave histórico de violência e tortura no atendimento socioeducativo prestado. Tanto é assim que em 05/08/2016 o Jornal O DIA noticiava casos de violência perpetrada por agentes socioeducativos como motivação para rebelião acontecida<sup>23</sup>.

A equipe de saúde da unidade no momento da pesquisa era composta por seis técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, dois dentistas e um médico.

Recentemente, em 08 de Fevereiro de 2017, o mesmo Jornal "O Dia"<sup>72</sup> informava que dois diretores e cinco agentes socioeducativos da EJLA foram afastados dos seus cargos, suspeitos de agredir e ameaçar, inclusive com armas, quatro adolescentes internos. A decisão ocorreu após um pedido da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Infância e da Juventude Infracional da Capital. Em depoimento, os adolescentes disseram ter sido agredidos com socos, chutes, pancadas na cabeça e jatos de gás de extintor de incêndio no rosto. Os jovens contaram que quatro agentes andam armados e realizam

disparos sem motivos na escola. Eles disseram que há “um clima de intimidação” dentro da unidade.

- **Centro de Atendimento Intensivo Belford Roxo - Cai Baixada**

Atende adolescentes em medidas de internação definitiva e também provisória, em Belford Roxo, numa estrutura física ainda distante dos ideais socioeducativos propostos pelo SINASE<sup>29</sup>. Tem capacidade para atendimento de 124 adolescentes, mas informações de abril de 2017 indica que estava com 303<sup>18</sup>. No site do Sindicato dos Servidores na Carreira Socioeducativa (SINDDEGASE) aponta-se que é uma unidade marcada por histórico de violências, rebeliões e mortes. O CAI Baixada foi palco em Dezembro de 2016 de um homicídio entre os internos. Um adolescente foi espancado e morto por outros 5 adolescentes no interior do banheiro da unidade<sup>74</sup>.

A equipe de saúde do CAI Baixada diferencia-se radicalmente das demais unidades do sistema socioeducativo. É multidisciplinar e mais ampla, com 18 profissionais no momento da pesquisa: 1 médico, 1 assistente social, 1 dentista, 2 enfermeiros, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 2 terapeutas ocupacionais, 2 agentes socioeducativos e 7 técnicos de enfermagem. Foi certificada pelo Ministério da Saúde e Organização Pan Americana da Saúde na 2ª edição do Laboratório de Inovações sobre Saúde de Adolescentes e Jovens (2014/2015). Foi considerada também como experiência exitosa pela Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social do Degase, com os trabalhos: “Acompanhamento a adolescentes privados de liberdade a partir de grupos terapêuticos” e “Enfrentamento ao tabagismo entre adolescentes privados de liberdade”. A atuação da equipe de saúde visa se aproximar a de um serviço de atenção básica, responsável pela coordenação do cuidado a ser oferecido,

preferencialmente na rede. Possui agentes socioeducativos que trabalham como equipe de saúde, convivendo com os adolescentes nos dormitórios. Em 2015 houve a pactuação de um Plano de Ação Anual para a Saúde Integral do Adolescente em Conflito com a Lei, assinado pelo secretário municipal de saúde de Belford Roxo e pelo diretor-geral do DEGASE, com compromissos firmados entre gestores da saúde, do socioeducativo e da equipe de referência em saúde do CAI Baixada, que foram estabelecidos de acordo com a PNAISARI. A crise econômica e política atual contribuíram para que a implementação do Plano tenha encontrado muitos obstáculos.

- **Centro de Socioeducação Irmã Asunción de La Gándara Ustara - Volta Redonda**

Localizado em Volta Redonda, recebe adolescentes principalmente do Sul do estado. Apesar de ser uma das duas únicas unidades do Estado em conformidade com a legislação, já sofre com os efeitos da superlotação. Com capacidade para 90 menores, atualmente a unidade possui 186 adolescentes internados<sup>18</sup>. Não foi possível identificar a composição da equipe de saúde desta unidade.

- **Centro de Socioeducação Professora Marlene Henrique Alves-Campos dos Goytacazes**

Situado na Estrada Campos - São Fidelis, o Centro de Socioeducação Professora Marlene Alves é uma unidade socioeducativa de internação em conformidade com o que se preconiza no SINASE. Acolhem adolescentes em medidas de internação e internação provisória. Tem capacidade para acolher 96 adolescentes, mas estava com 194 adolescentes em Junho de 2017: 34 adolescentes provisoriamente e 160 em internação<sup>18</sup>.

Ocupa espaço nas mídias por conta de denúncias feitas ao Ministério Público do Rio de Janeiro sobre agressões, falta de higiene, falta de água encanada e superlotação na unidade. O CENSE - Campos é alvo de preocupação por parte até do sindicato dos agentes socioeducativos, que denunciam as péssimas condições na unidade como entrave no processo de socioeducação. Em vistoria na unidade, João Luiz Rodrigues, presidente do sindicato em 2016, afirmou que a unidade depende de abastecimento de caminhão-pipa, está superlotada e com médico apenas uma vez por semana, por apenas duas horas. Um prato cheio para a disseminação de doenças, inclusive meningite<sup>23</sup>. A equipe de saúde da unidade era assim formada na época da pesquisa: 02 enfermeiros; 07 técnicos de enfermagem; 01 clínico geral; 01 nutricionista; e 01 psicólogo.

A pesquisa teve como pretensão realizar o levantamento com **todos** os adolescentes cumprindo medida de Privação de Liberdade que estavam presentes nas unidades durante a pesquisa. Os dados oficiais oferecidos pelo DEGASE ao início da pesquisa eram aproximados (1500 adolescentes em 2016), indicando a extrema rotatividade como impedimento para a oferta de dados mais precisos. Na tabela 1 pode-se verificar os quantitativos de adolescentes em medida de privação de liberdade obtidos ao longo da pesquisa: 1.500 segundo o Degase, 1.303 segundo os diretores das unidades no momento da abertura do campo, e 961 adolescentes que responderam aos questionários (73,8% do total presente nas unidades na época da pesquisa). Ressalta-se a dificuldade em obter quantitativos precisos: em algumas unidades a listagem não foi passada aos pesquisadores, que tinham apenas o quantitativo geral; os agentes socioeducativos é que iam aos alojamentos

buscar os adolescentes. A dificuldade em obter informações fidedignas aponta a falta de visibilidade e de abertura de instituições totais como o Degase.

**Tabela 1.** Quantitativo de adolescentes do sexo masculino em medida de privação de liberdade no Degase - Estado do Rio de Janeiro, 2016

<b>Unidades</b>	<b>N previsto pelo DEGASE</b>	<b>N listagem inicial na abertura do trabalho de campo</b>	<b>N obtido ao final</b>
<b>EJLA</b>	400	300	133 (44,3%)
<b>ESE</b>	400	350	326 (93,1%)
<b>CAI Baixada</b>	400	346	235 (67,9%)
<b>Volta Redonda</b>	150	105	92 (87,6%)
<b>Campos</b>	150	202	175 (86,6%)
<b>Total</b>	<b>1.500</b>	<b>1.303</b>	<b>961 (73,8%)</b>

A perda de 26,2% do total de adolescentes se deu principalmente pela: falta de uma listagem nominal dos adolescentes, dependência da colaboração dos agentes socioeducativos responsáveis pela ida aos alojamentos para solicitar a participação dos adolescentes na pesquisa; atividades concomitantes como sala de aula; audiência e rotatividade de adolescentes. Em raros casos houve recusa por parte dos adolescentes ao receber o questionário. Na Escola João Luiz Alves, com uma perda de 55,7%, o trabalho de campo foi interrompido por questões de segurança. Vale sinalizar que a instituição passava por auditoria, em fase de final de ano, superlotação e elevada tensão interna.

O **questionário** (ANEXO 2) utilizado na pesquisa foi baseado em pesquisa similar, realizada no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro<sup>74</sup>, bem como em outras realizadas com adolescentes por investigadores responsáveis pela pesquisa original. Foi organizado em blocos de questões, majoritariamente fechadas e está apresentado no anexo. A seleção de variáveis utilizadas nesta

tese, relacionadas ao perfil dos adolescentes e a questões de saúde física encontra-se descrita a seguir, discriminadas segundo temas:

- **Bloco I – Perfil do adolescente e familiar** (sexo, idade, cor da pele, com quem vivia antes da internação, situação conjugal, escola, trabalho, escolaridade pessoal e do chefe da família, com quem mora, supervisão familiar);
- **Bloco II - Condições de saúde prévia na unidade** (saúde física + alimentação + atividade física + vida sexual/hiv/ + dentes). Questões que avaliem qualidade de vida através de parâmetros objetivos (indicadores acerca da infraestrutura física e de direitos) e subjetivos (o que os sujeitos percebem, sentem e valorizam em relação a vários aspectos de sua vida). Inclui também alguns itens da escala *World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life/WHOQOL-Bref*, elaborada pela Organização Mundial de Saúde e validada no Brasil<sup>75</sup>, que abrange quatro domínios: físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); cuidados de saúde e sociais; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico;
- **Bloco III - Ato infracional, condições de vida e saúde na unidade** – deficiência física; doenças crônicas (hipertensão e diabetes); doenças infecto contagiosas como: DST/Aids, tuberculose, pneumonia, dermatoses, hepatites, diarreias, traumas, transtorno mental comum, autoavaliação de saúde (antes e após a institucionalização). Hábitos alimentares, atividade física. Ocorrência de acidentes ou violências nos últimos 12 meses, com informações sobre o tipo de acidente ou violência, a lesão provocada, o local de ocorrência e as limitações causadas.



O preenchimento desse questionário (ANEXO 2) aconteceu durante as visitas da equipe de pesquisa às instituições, em sessões de grupo ou individuais, dependendo da escolaridade e capacidade de compreensão do adolescente.

As medidas antropométricas foram tomadas de cada um dos adolescentes durante o período da entrevista, ao término do preenchimento do questionário de saúde. Sabe-se que a mensuração do peso e da altura, associado à idade tem sido apontada como o parâmetro mais indicado para avaliação do estado nutricional coletivo e para a monitoração do crescimento e do desenvolvimento físico de um grupo populacional. As informações obtidas na avaliação antropométrica são de suma importância para análise das condições de saúde e de vida dessa população. Contudo, não se pode deixar de destacar que a avaliação nutricional coletiva de adolescentes possui uma dinâmica muito peculiar por se tratar de um momento de intensas mudanças fisiológicas e psicossociais<sup>77,78,79</sup>.

Utilizou-se Epidata e SPSS 20 para processamento e análise dos dados dos questionários e avaliação antropométrica. Análises descritivas das frequências simples e relativas das variáveis foram realizadas, além de elaborados cinco modelos logísticos univariados (OR bruta) entre as principais doenças observadas nos adolescentes e variáveis associadas a cada problema de saúde. Maiores detalhes podem ser visualizados no Artigo 2, mais adiante.

## 5. RESULTADOS

Esta seção se apresenta através de dois capítulos, a seguir introduzidos.

**ARTIGO 1: *Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade.***

- ARÉAS NETO, N.T.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S.G. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Physis*, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.511-540, 2017.

**ARTIGO 2: *Estudo das condições de saúde física em adolescentes em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro, 2018.***

## 5.1 ARTIGO 1

### **Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade**

*Physis*, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.511-540, 2017

#### **RESUMO**

Este estudo teve por função analisar a publicação de artigos científicos da área da saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade no Brasil. Realizou-se revisão sistemática integrativa nas bases de dados entre os anos de 2000 e 2015: Scopus (67 artigos), Scielo (73 artigos), Portal BVS (50 artigos) e Pubmed/Medline (13 artigos), totalizando 218 documentos. Após descartes por duplicação e não preenchimento dos critérios de inclusão, permaneceram no acervo 42 documentos, que foram analisados. Foi realizada categorização temática: caracterização do adolescente em conflito com a lei (15 documentos); conceitos, legislação e histórico das medidas socioeducativas e ações institucionais para adolescentes privados de liberdade (8); saúde (9); representação social do adolescente em conflito com a lei (5); e relação familiar (5). Um total de 57,1% dos artigos foram publicados entre 2010 e 2015, especialmente em periódicos de psicologia e saúde pública, em sua maioria com metodologia qualitativa e publicado por pesquisadores das regiões Sudeste e Sul do Brasil. Após análise dos resultados, constatou-se uma maior ênfase aos trabalhos sobre a saúde mental da população estudada em contraponto a uma escassez quase total de estudos sobre a saúde física. Também se pode observar na literatura especializada que a precária assistência e a promoção da saúde do adolescente privado de liberdade constituem desafios complexos e multifatoriais, seja pela dificuldade de articulação da rede de saúde no atendimento ao adolescente institucionalizado, seja pela persistência da lógica punitiva nos estabelecimentos destinados à socioeducação.

**Palavras-chave:** saúde; adolescentes; privação de liberdade.

Recebido em: 26/12/2016

Aprovado em: 30/05/2017

doi.org/10.1590/s0103-73312017000300008

## ABSTRACT

### **Bibliographical analysis of health production of adolescents undergoing social-educational measures in freedom deprivation situation**

This research aims to analyze the publication of scientific articles about health of adolescents undergoing socio-educational measures of deprivation of liberty in Rio de Janeiro, Brazil. An integrative systematic review was made in the following databases between 2000-2015: Scopus (67 articles), Scielo (73), Virtual Library in Health – BVS (50) and Pubmed / Medline (13), totalizing 218 documents. After exclusion of duplicates and documents that do not meet the inclusion criteria, remained 42 documents. These underwent a thematic categorization as follows: description of adolescents in conflict with the law (15 documents); concepts, laws and history of socio-educational measures and institutional actions for adolescents deprived of their liberty (8); health (9); social representation of adolescents in conflict with the law (5); and family relationship (5). A total of 57.1% of the articles were published between 2010 and 2015, especially in psychology and public health journals, mostly with qualitative methodology and published by researchers from the South and Southeast of Brazil. After analyzing the results, it was found a greater emphasis on mental health's studies, in contrast to an almost total lack of studies on physical health. It can also be observed that poor care and health promotion of the adolescent deprived of freedom are complex and multifactorial challenges, due to the difficulty of the health network coordination in meeting the institutionalized adolescent, or the persistence of punitive logic in institutions for socio-education.

**Keywords:** health; adolescents; deprivation of liberty.

## INTRODUÇÃO

Apesar de a violência urbana possuir um caráter multifatorial, um aspecto muito destacado pela sociedade é a associação entre juventude e criminalidade. Simultaneamente vítimas e agentes de diferentes formas de violência, os adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade estão entre os mais afetados e vivem as contradições e dimensões de exclusão na sociedade (COELHO, 2013).

Zappe e Ramos (2010) destacam que a autoria dos atos infracionais chama muito mais a atenção da mídia e da sociedade em geral que a vitimização a que estão submetidos e que também é decorrente da precariedade de políticas públicas efetivas nos âmbitos da escolarização e profissionalização de crianças e adolescentes brasileiros.

Os altos índices de envolvimento de adolescentes em conflito com a lei não são exclusividades do Brasil. Esse fenômeno, que em casos mais graves acaba levando a medidas de restrição e privação da liberdade, é observado em diversos países do mundo (ASSIS; CONSTANTINO, 2005).

Entre as medidas socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), a internação é a mais severa e restritiva, afastando os adolescentes do ambiente familiar, escolar e comunitário em que vivem e institucionalizando-os junto a pares, também autores de infrações. A legislação afirma que essas medidas devem ser aplicadas preservando-se o princípio da brevidade e da excepcionalidade, a fim de se respeitar a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. A privação de liberdade prevista em

lei tem o objetivo de concretizar o princípio de reparação do ato cometido, numa lógica oposta à de castigo (BRASIL, 2012a).

Apesar desta perspectiva dos documentos oficiais descrita acima, estudos empíricos realizados também por organismos oficiais reforçam a contradição entre o ideário jurídico e a realidade de nossas instituições. Em relatório apresentado na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro relativo ao ano de 2015, ficou demonstrado que os espaços de internação no país são favoráveis à prática de tortura, tratamentos cruéis, desumanos e degradantes (BRASIL, 2013; RIO DE JANEIRO, 2015).

Apesar do Censo Demográfico de 2010 do IBGE demonstrar que os adolescentes cumprindo medidas de privação de liberdade no Brasil representam cerca de 1% do total de adolescentes no país, o Levantamento Nacional sobre o Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei (BRASIL, 2011), divulgado pela Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, informava, em 2011, que 12 estados brasileiros tiveram expressivo aumento no número de adolescentes que estavam cumprindo medidas socioeducativas de internação. O mesmo levantamento, realizado a seguir (BRASIL, 2013), encontrou 23.066 pessoas com idade entre 12 e 21 anos cumprindo medidas socioeducativas no país. Desses, 22.683 eram do sexo masculino e 1.042, do feminino; 5.573 estavam em internação provisória, 2.272 em semiliberdade e 15.221 em privação de liberdade – o que corresponde a 67,1% do total de adolescentes apreendidos, contrariando a noção de excepcionalidade. Do total de adolescentes em privação de liberdade, 15,6% cumpriam medidas socioeducativas por prática de ato infracional contra a vida. Tão grave quanto esses números é constatar que a

maioria desses adolescentes podia cumprir medida socioeducativa alternativa à internação, pois não são reincidentes nem praticaram ato infracional de maior potencial ofensivo.

As unidades de atendimento socioeducativo e as medidas socioeducativas, originalmente concebidas como estratégias de reinserção social, apontam mais para as fragilidades do que para o êxito de seus propósitos. As condições de aplicação das medidas socioeducativas de internação muitas vezes desrespeitam direitos humanos básicos, descaracterizam seus propósitos e intensificam processos de exclusão, comprometendo as condições de saúde e de desenvolvimento do adolescente (DAVOGLIO et al., 2011; BRASIL, 2012a; COELHO, 2013; RIO DE JANEIRO, 2015). Visando enfrentar a precariedade institucional existente, foi concebida a Lei 5.778, de 2010, que criou no Estado do Rio o Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT), que determina que uma comissão composta por especialistas, com mandatos temporalmente delimitados e com atuação autônoma, atue planejando e realizando visitas periódicas e regulares a espaços de privação de liberdade, com o propósito de se identificar rotinas e padrões que indiquem a ocorrência da tortura, produzindo relatórios com os resultados das visitas.

O mesmo Relatório de 2015 supracitado (RIO DE JANEIRO, 2015) demonstrou que a lógica da socioeducação no Estado do Rio de Janeiro é ofuscada pela lógica punitiva, militarizada, disciplinadora, que utiliza métodos como uso de spray de pimenta, eletrochoque, medidas de isolamento e relatos de agressões físicas e verbais. Castro e Guareschi (2008, p. 206) afirmam ser "premente uma política nacional que oriente e fiscalize a aplicação das

medidas socioeducativas, pondo fim, em definitivo, às verdadeiras prisões juvenis que grassam no país".

A legislação brasileira ressalta que os direitos de assistência e cuidados destinados às crianças e adolescentes são extensivos a todos, inclusive àqueles privados de liberdade. Segundo o ECA (BRASIL, 1990), esses adolescentes estão privados de sua liberdade e não dos seus direitos, e deveriam ter prioridade na implementação de políticas sociais básicas, além de um conjunto de ações corretivas, preventivas e inclusivas (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012a).

Os cuidados prestados à saúde no contexto de privação de liberdade ocupam plano secundário, assim como ocorre com as ações de promoção à saúde, sendo ambas essenciais para integrar o adolescente ao contexto social e para promover fatores de proteção e reduzir riscos (COSTA, 2007). Nesse sentido, o caráter reparador da aplicação de medida socioeducativa necessita estar associado ao cuidado e à promoção da saúde e da qualidade de vida, já que esta é vista como a modalidade mais completa de prevenção ao ato infracional, segundo o ECA (BRASIL, 1990).

O principal objetivo desta investigação foi conhecer e analisar a produção bibliográfica na área da saúde sobre adolescentes, cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade no Brasil, tendo como questão norteadora quais os aspectos abordados nas publicações científicas brasileiras da área sobre a saúde desses adolescentes.

Importante destacar que o sujeito-adolescente investigado encaixa-se em uma dupla situação de exceção, do ponto de vista biopsicossocial e jurídico: é um adolescente que vivencia o período conturbado dessa fase do



desenvolvimento caracterizado por rebeldias, contradições e ambivalências; além disso, tem seu conflito estendido para além de si mesmo e de seu meio social, pois está em conflito também com a lei (JOST, 2010; RIO DE JANEIRO, 2015).

## MÉTODOS

Foi realizada revisão sistemática integrativa de literatura na área da saúde, identificando, selecionando e avaliando criticamente investigações consideradas relevantes, no intuito de dar suporte teórico-prático para a classificação e análise da pesquisa bibliográfica (LIBERALI, 2011). A análise integrativa tem ampla abrangência, permitindo incluir distintos tipos de métodos de estudos, bem como perspectivas teóricas e empíricas. Parte de uma questão específica, da exposição do processo de busca do acervo estudado na literatura científica, da categorização, avaliação e interpretação dos estudos, culminando com a síntese dos resultados e apresentação da revisão, proposta concretizada neste artigo (MENDES et al., 2008).

Como fontes de informação da literatura científica, utilizaram-se as seguintes bases de dados entre os anos de 2000 e 2015: *Scientific Eletronic Library Online* – Scielo (73 artigos); Biblioteca Virtual em Saúde – Portal BVS (50 artigos) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – *Pubmed/Medline* (13 artigos); *Scopus* (67 artigos); e *Web of Science* (15 artigos). Os resultados foram filtrados para área da saúde. Obteve-se um total de 218 registros; foram excluídos 73 textos por duplicidade, alcançando-se 145 documentos distintos, que foram lidos a partir dos títulos, resumos e palavras-

chave para avaliar a adequação ao objeto de estudo. Nesta etapa, 103 documentos foram eliminados, após a adoção dos critérios de inclusão e exclusão mencionados adiante. No total, 42 textos são analisados no presente artigo.

Foram utilizados os seguintes descritores em português e inglês, no singular e no plural, para a seleção do acervo analisado: adolescentes, juventude, jovem infrator, menor infrator, jovem em conflito com a lei, delinquência juvenil, comportamento desviante, adolescente em conflito com a lei, medidas de restrição de liberdade, medida socioeducativa, medida de internação, privação de liberdade, medida socioeducativa restritiva, ato infracional, menor infrator.

Os critérios que balizaram a seleção dos 42 estudos nacionais são os seguintes: 1) de inclusão: artigos em português, inglês e espanhol sobre adolescentes privados de liberdade, publicados entre 2000 e 2015, sem restrição quanto ao desenho metodológico, desde que contendo os descritores mencionados. No caso dos artigos empíricos, os dados apresentados referem-se ao Brasil; para os teórico-conceituais não há esta restrição; 2) de exclusão: periódicos de outras áreas que não a da saúde (educação, serviço social, direito e antropologia); no caso de estudos empíricos, com dados de outros países que não o Brasil; textos sem relação com a população da pesquisa (muitos deles eram sobre adultos em situação de aprisionamento); e sobre outras medidas socioeducativas que não a privação de liberdade.

Todos os 42 artigos analisados no artigo foram obtidos em sua versão integral e lidos, para se efetuar a categorização e análise apresentada a seguir (com exceção de OLIVEIRA et al., 2015, que não foi obtido na íntegra). A

seleção dos artigos foi feita por dois pesquisadores, de forma independente, e discrepâncias existentes foram decididas em conjunto pelos pesquisadores. Os eixos temáticos obtidos na análise são: conceitos, legislação e histórico das medidas socioeducativas e atuação institucional (8 artigos); caracterização do adolescente em conflito com a lei (17); saúde (8); representação social do adolescente em conflito com a lei (4); e relação familiar (5). Documentos com interesses temáticos variados foram incluídos em apenas um eixo, considerado predominante.

## RESULTADOS

A maior parte da produção científica incluída neste estudo se deu no período mais recente (2010 a 2015), com 24 dos 42 artigos publicados, coincidindo com a intensificação das internações decorrentes das infrações cometidas por adolescentes nos últimos anos, expressa nas estatísticas oficiais brasileiras.

Em relação às áreas de publicação dos periódicos, a psicologia predominou, com 17 dos 42 artigos. Em sequência, estão: saúde coletiva/pública (9), multidisciplinar (7), psiquiatria (6), saúde bucal (2), educação física (1). A utilização de pesquisa qualitativa predominou (23 artigos), seguida pela triangulação metodológica quali-quantitativa (10), pelos estudos quantitativos (6) e os conceituais ou de revisão (3).

A região Sudeste tem maior participação nos estudos publicados, com 18 dos 42 artigos incluídos na análise, seguida pela Sul (13). Nordeste e Centro-Oeste contribuíram com quatro artigos cada e o Norte, com duas

publicações. Esta análise foi realizada segundo a localização da instituição de origem dos autores. Um dos artigos não possuía identificação de origem. Três dessas publicações foram produzidas em parceria com instituições internacionais (HUCULAK et al., 2011; MCLENNAN et al., 2008; PERES et al., 2002).

***Conceitos, legislação e histórico das medidas socioeducativas e ações institucionais para adolescentes privados de liberdade***

Neste variado grupo incluem-se 8 artigos com conceitos e legislações relativas ao atendimento socioeducativo no Brasil, que abordam o histórico do cumprimento das medidas socioeducativas de internação no país, além de documentos que relatem ações institucionais no ambiente socioeducativo (quadro 1).

A maioria encontra-se em periódicos da área da saúde (6) e aborda a dificuldade em se substituir o modelo arcaico, punitivo e coercitivo por uma lógica socializadora, proposta na Doutrina de Proteção Integral da Infância e da Juventude, das Nações Unidas, e contemplada em legislações específicas como o ECA, o Sistema Nacional de Atendimento Sócio Educativo (BRASIL, 2012a) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (BRASIL, 2012b), tanto na apreciação dos processos quanto no atendimento socioeducativo (SCISLESKI et al., 2014; CIARALLO; ALMEIDA, 2009; SILVA; RISTUM, 2010; FEITOSA; BOARINI, 2014; VICENTIN, 2011; GURALH, 2012).

**Quadro 1.** Artigos sobre conceitos, legislação e histórico das medidas socioeducativas e ações institucionais envolvendo adolescentes com medidas de internação (N=8)

<b>Autor e referência</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
SCISLESKI et al., 2014	Problematizar os modos pelos quais a tecnologia disciplinar, presente nas medidas socioeducativas de internação, vem sendo operacionalizada.	A tecnologia disciplinar que vem sendo utilizada assemelha-se a um dispositivo de controle com o objetivo de docilizar. Trata de um corpo biológico que sofre efeitos de uma ação, em vez de um método socioeducativo.
FEITOSA & BOARINI, 2014	Avaliar a existência de aspectos do higienismo nas justificativas das sentenças judiciais.	Continua-se, por determinação judicial, a retirar o adolescente da situação de delinquência e, encerrado o prazo judicial, devolvê-lo para o mesmo contexto. Aspectos do ideário da higiene mental e da doutrina menorista são mantidos.
GURALH, 2012	Relacionar os elementos assentados constitucionalmente no que tange à liberdade inscrita como direito fundamental aos elementos colocados pelo ECA, ao tratar da privação de liberdade.	Número de internações no país demonstra que os operadores do Sistema de Garantias da Criança e do Adolescente estão atuando na contramão dos princípios buscados pela legislação específica. O paradigma colocado pela Doutrina da Proteção Integral não obtém êxito no rompimento e superação das práticas repressivas e penalizadoras.
VICENTIN, 2011	Trabalhar conceitualmente as experiências de sofrimento vividas por adolescentes no cumprimento de medida de internação.	Necessidade de (re)politizar a violência exercida e padecida pelos adolescentes como forma de desnaturalizar a violência juvenil.
MALVASI, 2011	Analisar a natureza social e política do sofrimento de um adolescente durante o cumprimento de <i>medidas socioeducativas</i> .	O cumprimento de medida de internação reforça a aflição de ser socialmente tido como suspeito e fugitivo e a incorporação de um lugar social particular, o de membro do “mundo do crime”.
COSTA et al., 2011	Informar sobre os resultados obtidos em uma intervenção artística com adolescentes internos do Estado do Amazonas.	A arte revela-se instrumento útil para o autoconhecimento, para o desenvolvimento da percepção e do senso estético, para estimular a criatividade e para melhorar o convívio social no ambiente socioeducativo.
SILVA & RISTUM, 2010	Compreender a percepção dos professores e as especificidades das relações de ensino-aprendizagem em uma escola inserida no sistema socioeducativo.	As manifestações de violência se dão, em grande parte, de formas sutis, e são percebidas como capazes de afetar diretamente a atuação dos professores em sala de aula.
CIARALLO & ALMEIDA, 2009	Conhecer como o adolescente é retratado nos processos judiciais, na apuração de atos infracionais.	Representações compartilhadas na Justiça são ancoradas em modelo tutelar, em que o adolescente é objeto de direito, cujo futuro, na condição de infrator, deve ser traçado pelo Estado.

Vicentin (2011) aborda em seu texto a noção de sofrimento experimentado pelos adolescentes institucionalizados, especialmente quando colocados numa espécie de zona intermediária entre a vida e a morte, quando o sofrimento torna-se ato político numa espécie de rebelião de si. Malvasi

(2011), abordando o histórico da execução das medidas socioeducativas, analisa a natureza sociopolítica do sofrimento no cumprimento de medida socioeducativa pelos adolescentes internos. Também investiga o conceito de "sofrimento social", relacionando-o à compreensão das situações de aflição e dor como experiências sociais e não como problemas individuais.

Já Costa et al. (2011) informam que as atividades socioeducativas artísticas realizadas com adolescentes internos contribuíram para o estabelecimento de metas e projetos de vida, favoreceram a mitigação do "sofrimento", facilitando a expressão de suas subjetividades e colaborando para interações mais saudáveis entre internos e funcionários da unidade socioeducativa. A visão das dificuldades desses adolescentes na escola e no sistema judicial está presente nos trabalhos de Silva e Ristum (2010) e Ciarallo e Almeida (2009), respectivamente.

### ***Caracterização dos Adolescentes Internos no Sistema***

#### ***Socioeducativo***

Categoria com 15 artigos (QUADRO 2), que destaca: perfil sociodemográfico, infração cometida, histórico de violência e drogadição. Três desses documentos foram produzidos em parceria com universidades do Canadá (2) e Estados Unidos (1) (HUCULAK et al., 2011; MCLENNAN et al., 2008; PERES et al., 2002).

Seis textos diferenciaram o sexo na análise de seus resultados (PERES et al., 2002; MATTAR, 2008; SENA; COLARES, 2008; HUCULAK et al., 2011; BASTOS; MARIN, 2014; PRIULI; MORAES, 2007). Bastos e Marin (2014, p. 176) afirmam que as adolescentes do sexo feminino são mais difíceis no trato

diário, e que "os estudos sobre a adolescente em conflito com a lei ainda são escassos, o que reflete sua invisibilidade social. Contudo, as pesquisas sobre as questões que atravessam o tema 'criminalidade feminina' são ainda mais raras". Já Mattar (2008) destaca que, apesar de ser reconhecida como meio de fortalecer os vínculos familiares e diminuir a promiscuidade nas instituições, as visitas íntimas são oferecidas apenas aos meninos. Meninas não têm o direito à sexualidade respeitado. Apesar de o número de meninas privadas de liberdade ser esmagadoramente menor que o de meninos, aspectos morais relacionados a não aceitação socioinstitucional da sexualidade feminina podem estar contribuindo decisivamente para a desigualdade no tratamento.

**Quadro 2.** Artigos sobre Caracterização dos Adolescentes Internos no Sistema Socioeducativo em medida de internação (N=15)

Autor e ano	Objetivo	Resultados
BASTOS & MARIN, 2014	Refletir sobre adolescentes autoras de ato infracional, tendo como ponto de partida a fala da instituição, que nomeia mais difícil o trabalho com o sexo feminino.	Ocorreram atos de exibição obscena e exposição do corpo nu por parte das adolescentes para as educadoras. Considerando o lugar que o corpo ocupa na estruturação psíquica do sujeito, e especialmente as diferenças anatômicas entre os sexos, é adequado pensar que a natureza das angústias e os conflitos do sexo feminino seriam necessariamente diferentes dos do sexo masculino.
ZAPPE, & DIAS, 2012a	Abordar as relações entre adolescência, violência e uso de drogas entre adolescentes autores de ato infracional.	A associação entre adolescência, violência e uso de drogas foi identificada em todos os casos.
HUCULAK, MCLENNAN & BORDIN, 2011	Determinar a extensão da exposição à violência na comunidade entre jovens brasileiros delinquentes e identificar fatores associados a essa exposição.	325 adolescentes internados (89% meninos) referiram altas taxas de exposição à violência: sofrido ameaças de lesão física, sido espancado ou assaltado e/ou baleado foram mais comuns. O relacionamento com jovens envolvidos em comportamentos de risco, o fácil acesso a armas de fogo e a passagem prévia pela Justiça associaram-se à violência testemunhada; ter dormido na rua associou-se à violência vivenciada.
ZAPPE & RAMOS, 2010	Construir o perfil dos adolescentes em Centro Socioeducativo.	Adolescentes vivem dilema ao buscar reconhecimento social numa sociedade em que as principais modalidades de inserção estão distantes ou mesmo inacessíveis, em função das desigualdades sociais.

JOST, 2010	Avaliar as motivações mobilizadoras do perfil de comportamento do adolescente em conflito com a lei, adotando o conceito interativo do ato infracional.	Os resultados revelaram uma ambivalência vivencial que corrompe as subjetividades e fragmenta os relacionamentos intersubjetivos, forjando angústia existencial, que se expressa em ações contra si mesmo e a sociedade.
KOBAYASHI & ZANE, 2010	Identificar a fase do desenvolvimento moral dos adolescentes.	Características de moral heteronômica, verificadas pelas diferenças entre a consciência e a prática de regras na situação de jogo. Apesar de conhecerem as regras, durante a partida, somente as respeitam para obterem benefícios.
MATTAR, 2008	Conhecer como se dá o exercício da sexualidade pelos adolescentes.	Pouco interesse na forma em que é exercida a sexualidade por adolescentes privados de liberdade. Pouca atenção é dada a quase todos os aspectos da vida dos adolescentes. Informa “existir uma negação da vida sexual dos adolescentes na maioria dos centros de internação do país”.
MARTINS & PILLON, 2008	Analisar a possível relação entre a primeira experiência do uso de drogas e o primeiro ato infracional.	Índices do primeiro uso do álcool, cigarro e maconha são elevados e ocorrem concomitantemente. Idade média de 12 anos. Delitos mais praticados: roubo, tráfico de drogas e furto. Correlação significativa entre uso do álcool e maconha com os atos infracionais, exceto o homicídio.
SENA & COLARES, 2008	Investigar as condutas de saúde entre adolescentes.	Entre 241 adolescentes, 79,7% portaram arma; 52,7% se envolveram em agressão física nos últimos 12 meses. Muitos eram usuários de tabaco (87,6%), álcool (64,7%), e já usaram produtos inalantes (68,9%) e maconha (81,3%). A maioria dos adolescentes (95,4%) tinha tido relação sexual, em geral com mais de um parceiro. Apresentaram vários comportamentos de risco à saúde.
<u>MCLENNAN</u> et al., 2008	Descrever o comportamento delinquente juvenil no tráfico de drogas e identificar experiências adversas como potencial preditor de tráfico.	Aproximadamente metade dos 325 meninos e meninas afirma ter tido algum papel no tráfico de drogas antes do encarceramento.
PRIULI & MORAES, 2007	Levantar o perfil sociodemográfico, infracional e relacional de adolescentes.	Entre os 48 adolescentes, 68,7% possuíam o ensino fundamental incompleto e 83,3% não frequentavam a escola. Grande parte não realizava trabalho remunerado por ocasião da apreensão (72,9%).
PINHO et al., 2006	Descrever o perfil psiquiátrico, destacando os transtornos em comorbidade entre os adolescentes da Casa de Acolhimento ao Menor (CAM).	Dos 290 indivíduos, 89,3% do sexo masculino; 63,9% entre 15 e 18 anos incompletos; 95,1% com ensino fundamental incompleto ou analfabeto; 67,6% com renda familiar menor que um salário mínimo; 75,2% com critérios para um ou mais transtornos psiquiátricos; 47,7% com transtornos em comorbidade.
CUNHA, ROPELATO, & ALVES, 2006	Apresentar um perfil da idade com a gravidade de delitos cometidos por adolescentes e adultos em unidades socioeducativas de internação e instituições prisionais como motivação para redução da maioridade penal.	Adolescentes de 16-18 apresentaram delitos de igual gravidade aos adultos pesquisados, indicando correlação positiva entre idade e gravidade de delito, ou seja, quanto mais velhos, maior a gravidade do delito.



DELL'AGLIO et al., 2005	Investigar a ocorrência de eventos estressores no desenvolvimento de adolescentes.	Entre as 50 adolescentes, identificaram-se eventos estressores como: maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, repetência escolar, desemprego e morte dos pais, que são fatores de risco ao desenvolvimento.
PERES et al, 2002	Descrever o perfil de adolescentes quanto ao apoio social e familiar, ao uso de drogas e os conhecimentos, as práticas e atitudes relacionadas à AIDS e sua prevenção.	Entre os 275 adolescentes, 90% residiam com suas famílias antes da internação; 61% haviam abandonado os estudos; 12% haviam usado drogas; e 5,5% eram usuários de drogas intravenosas. A maioria (98%) era sexualmente ativa; 35% haviam tido mais de 15 parceiras(os) sexuais ao longo da vida. Muitos afirmaram que adquirir o HIV “é parte da vida” e que suas vidas apresentam riscos piores, como sobreviver na criminalidade.

A situação de fragilidade dos adolescentes em medidas de internação é flagrante (quadro 2): vivência de violência, uso de drogas, transtornos emocionais e uso da sexualidade sem nenhum cuidado preventivo. Zappe e Ramos (2010) relatam que esses adolescentes buscam prazer e reconhecimento social numa sociedade em que as barreiras às principais modalidades de inserção encontram-se praticamente inacessíveis a muitos deles. Através do ato infracional, o adolescente busca essas experiências de prazer, aparentemente contidas nos objetos oferecidos pelo mundo globalizado.

No aspecto drogadição, os resultados encontrados por Martins e Pillon (2008) revelam que os índices do uso do álcool, cigarro e maconha pela primeira vez são elevados e ocorrem concomitantemente, com idade média de 12 anos. Evidenciou-se correlação estatística significativa entre o uso do álcool e da maconha com os atos infracionais, com exceção do homicídio, sugerindo que o uso de drogas precede a prática infracional. Já Zappe e Dias (2012a) destacam que a prática de atos violentos e uso de drogas estão relacionados com estrutura psíquica frágil, comum nos adolescentes.

Huculak et al. (2011) encontraram altas taxas de exposição à violência similares entre meninos e meninas, associando o fácil acesso a armas de fogo e a passagem prévia pela Justiça.

Apenas um artigo sugere a redução da maioria penal, ao apresentar correlação da idade com a gravidade de delitos cometidos, em estudo realizado em apenas uma unidade socioeducativa do Paraná. Segundo os resultados apresentados na pesquisa, a idade é um fator que varia positivamente em relação à gravidade do delito, ou seja, quanto maior a idade, mais grave o delito (CUNHA et al., 2006).

### ***Representação social do adolescente em conflito com a lei***

As representações sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo (JODELET, 1985). São, conseqüentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos – imagens, conceitos, categorias, teorias –, mas que não se reduzem aos componentes cognitivos. Socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, possibilitando a comunicação. São, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, precisam ser entendidos a partir do seu contexto de produção.

Cinco artigos abordaram o aspecto das representações sociais dos adolescentes em privação de liberdade, em relação a sua vida e ao contexto social em que estão inseridos, previamente, durante e após a internação (QUADRO 3).

Njaine e Minayo (2002) investigam o papel da imprensa na produção de uma imagem negativa e incriminadora dos adolescentes em conflito com a lei, pouco abordando os determinantes sociais contribuintes para seu ingresso ao mundo do crime e o papel do Estado na prevenção ao ato infracional.

Souza e Costa (2012) destacam que o processo de significação do adolescente sobre o período encarcerado parece depender do que lhe é oportunizado para a construção de um novo projeto de vida ao sair do sistema. Também afirmam que, ao contrário das demais medidas socioeducativas, as medidas de internação são as únicas que conseguem provocar sentimentos nos adolescentes, seja raiva, revolta ou sentimento de injustiça.

Aspectos considerados importantes fatores de proteção ao desenvolvimento saudável na adolescência, o acesso aos serviços de saúde, ao estudo e ao trabalho está entre os pilares da socioeducação e nos projetos de vida dos adolescentes privados de liberdade. Embora alguns cogitem a possibilidade de retornar ao crime, essa reflexão sobre o porvir os influencia nas escolhas que são feitas, além de contribuir nas "expectativas quanto ao futuro" (ZAPPE; DIAS, 2012b).

No entanto, atuando como principal entrave no processo socioeducativo, o modelo arcaico e coercitivo de atendimento, que é baseado na contenção, na repressão, coerção e na patologização da adolescência e do ato infracional, vem prevalecendo sobre a prática socializadora proposta em legislação (COUTINHO et al., 2011).

Castro & Guareschi (2008) corroboram esta fala quando afirmam ser presentes na rotina das instituições socioeducativas o isolamento, como forma de punição, e o uso de medicação psiquiátrica, como meio de controle social.

Esses procedimentos vão na contramão dos propósitos socioeducativos que justificariam a privação de liberdade e reforçam a percepção negativa deste período por parte dos internos. Em geral, os adolescentes consideram a internação ruim, devido à ausência da liberdade e à ociosidade que provoca. Isso se evidencia pela falta da oferta de atividades educativas, culturais, profissionalizantes e desportivas, comprometidas com seu desenvolvimento e socialização. Apesar disso, o ato infracional é visto pelo adolescente como um ato "fora da lei", pelo qual admite ser penalizado e castigado. O que não altera a percepção de outros significados que a internação possui para esse adolescente, como o de prisão, manicômio, segregação e castigo.

Examinando o modo como os adolescentes significam suas práticas de vida e se subjetivam a partir dos contextos da família, da justiça e da medida de internação, esses mesmos autores supracitados constataram que a maioria dos adolescentes reproduz o discurso institucional, significando e subjetivando o discurso da mídia, da sociedade contemporânea e do conhecimento. Ressaltam a distância entre os discursos formais dos juízes e a linguagem usual dos adolescentes internos. Apesar da submissão ao papel representado pela figura de autoridade do juiz, os adolescentes afirmaram não compreender o que lhes é dito durante as audiências e que não são escutados e compreendidos pelos juízes, sinalizando o hiato de comunicação existente (CASTRO; GUARESCHI, 2008).

**Quadro 3.** Artigos sobre representação social envolvendo adolescentes em medida de internação (N=5)

<b>Autor e ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
ZAPPE e DIAS, 2012b	Investigar expectativas quanto ao futuro de adolescentes em diferentes contextos institucionais (família - G1; instituição de proteção - G2; instituição socioeducativa - G3), assim como fatores de risco ao desenvolvimento.	Investigados 945 adolescentes (14 a 19 anos, de ambos os sexos). Há diferenças significativas entre adolescentes dos três contextos com relação às expectativas quanto ao futuro. G3 e G2 com maior número de fatores de risco ao desenvolvimento.
SOUZA & COSTA, 2012	Apresentar o significado que os adolescentes atribuem à medida socioeducativa de internação e às medidas socioeducativas cumpridas anteriormente à internação.	Medidas significadas como sem importância para suas vidas, exceto a internação, por ser a única medida que consegue provocar “alguma coisa” (raiva, revolta ou sentimento de injustiça). Internação vista de modo paradoxal: restringe a liberdade, mas garante o mínimo de proteção.
COUTINHO, ESTEVAM & ARAÚJO, 2011	Apreender as representações sociais dos adolescentes acerca da prática socioeducativa com privação de liberdade.	Surgiram sete categorias empíricas: concepção da prática socioeducativa de privação de liberdade; descrição da instituição; imagem dos profissionais; percepção da imagem de si; experiência de vida; manifestações biopsicognitivas e projeto de vida. A prática não socializadora prevaleceu sobre a socializadora.
CASTRO & GUARESCHI, 2008	Examinar o modo como adolescentes significam suas práticas de vida e se subjetivam a partir dos contextos da família, da justiça e da medida socioeducativa de internação.	A fala dos adolescentes reproduz, em grande parte, o discurso das instituições, dos juízes e dos técnicos que lidam com eles.
NJAINE & MINAYO, 2002	Identificar como os adolescentes infratores são apresentados à sociedade pela mídia escrita.	Papel da mídia no fortalecimento da visão negativa e incriminadora dos adolescentes, podendo contribuir com ações mais violentas contra esse grupo.

### ***Saúde do adolescente em conflito com a lei***

Como um conceito proposto pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica n. 8.080 de 1990, Saúde seria a resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego, liberdade e acesso ao serviço de saúde. A legislação brasileira garante a todos, sem exceção, o direito à saúde por parte do Estado, bem como condições dignas de vida e de acesso igualitário e universal às ações e

serviços de promoção, proteção e recuperação no caso de adoecimento, em todos os seus níveis e em todo o território nacional.

O QUADRO 4 apresenta 9 documentos que debatem questões relacionadas à saúde de adolescentes privados de liberdade. Prevaleram os estudos que investigavam as condições de saúde mental (ANDRADE et al., 2011; CASTELLANA et al., 2014; BARROS et al., 2013; VILARINS, 2014; SCHMITT et al., 2006; DAVOGLIO et al., 2011), acompanhados de dois sobre a saúde bucal (MACHADO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2015) e um sobre fatores protetivos e de risco (ASSIS; CONSTANTINO, 2005).

Diferentes enfoques são dados aos problemas de saúde mental. Andrade et al. (2011) justificam o cenário de prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes privados de liberdade ao afirmar ser maior o número de adolescentes internos com transtornos psiquiátricos do que o esperado para a população geral da mesma faixa etária.

Outros autores se preocupam em identificar traços de psicopatia. Castellana et al. (2014), analisando jovens com 18 e mais anos em centro socioeducativo, concluíram existir significativas diferenças de personalidade entre adolescentes infratores e não infratores, especificamente no que diz respeito a traços psicopatas. Andrade et al. (2011) encontraram mais psicopatologias entre as meninas que nos meninos, em todas as áreas diagnósticas; os transtornos psiquiátricos mais prevalentes foram: déficit de atenção com hiperatividade, transtorno da conduta, transtorno desafiador opositivo, transtornos de ansiedade, transtorno depressivo, abuso/dependência de drogas ilícitas e abuso/dependência de álcool. O

abuso de álcool aumentou em 2,4 vezes a chance de um adolescente cometer delito violento.

Barros et al. (2013) afirmam ter encontrado forte correlação entre psicopatia e índices biológicos de desapego entre jovens infratores entre 15-21 anos. Schmitt et al. (2006) reforçam que aqueles que cometeram crimes contra a vida apresentaram prevalência de psicopatia maior que outros adolescentes infratores, e que a reincidência criminal foi mais prevalente entre os psicopatas, em comparação com internos que não cometeram crimes contra a vida.

Já Vilarins et al. (2014) criticam o atendimento em saúde mental realizado nas unidades socioeducativas ou na rede externa de saúde, que consiste apenas em farmacologização dos transtornos. Pouco se faz pelo "sujeito" por trás do infrator.

Assis e Constantino (2005), além de apresentar características dos adolescentes, debatem a prevenção primária em saúde como forma de prevenir a violência, atuando ainda sobre fatores de risco e agentes da violência, destacando-se intervenções na gravidez e na infância para famílias em situação de risco, treinamento para os pais, programas de prevenção primária realizados em escolas e intervenções precoces para adolescentes infratores.

Apesar de também ser considerada preditora de qualidade de vida por parte dos adolescentes privados de liberdade, a saúde bucal destes carece de estudos mais aprofundados. Os dois artigos analisados se referem a adolescentes internos em Minas Gerais. Machado et al. (2010) observaram que, em sua maioria, os 183 indivíduos internos nas três unidades da capital

apresentavam-se livres de cárie e doenças periodontais (61,0%). Já Oliveira et al. (2015), em estudo transversal com 102 adolescentes do interior do estado, observaram mais problemas de higiene oral, má oclusão, no estado periodontal, na fluorose dentária e trauma dental, além de alta prevalência de cáries. Esse contraste que acontece em relação aos resultados observados na capital e interior do Estado de Minas Gerais pode significar que políticas públicas de atenção à saúde da população em estudo não contemplem indistintamente todos os jovens que ingressam no sistema socioeducativo nesse estado.

**Quadro 4.** Artigos sobre a saúde de adolescentes em medidas de internação (N=9)

<b>Autor e ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
OLIVEIRA et al., 2015	Avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de saúde oral e de vida (QV) de adolescentes encarcerados do sexo masculino.	Problemas de saúde bucal exerceram influência na QV. 64% dos adolescentes referiram impacto sobre a QV; cárie não tratada é principal preditor da saúde bucal.
VILARINS, 2014	Analisar como são atendidos os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação.	Atendimento em saúde mental realizado na unidade socioeducativa ou na rede externa de saúde consistiu em medicalização.
CASTELLANA et al., 2014	Avaliar a presença de traços de psicopatia primários ou secundários.	Significativas diferenças de personalidade, especificamente traços psicopatas, entre jovens infratores e não infratores. Necessidade de intervenções de grande alcance.
BARROS et al., 2013	Investigar traços de psicopatias em jovens internados.	Ligação entre níveis de psicopatia e índices biológicos de desapego.
DAVOGLIO et al., 2011	Descrever resultados sobre a investigação de aspectos interpessoais da psicopatia mediante a utilização de escala Medida Interpessoal de Psicopatia (IM-P).	Resultados demandam cautela e continuidade da pesquisa no contexto brasileiro. Concordância interavaliadores foi consistente. A escala se mostrou confiável.
ANDRADE et al., 2011	Avaliar a prevalência de transtornos mentais em adolescentes sob medida socioeducativa, considerando como hipótese a diferença entre gêneros com base no tipo de delito cometido.	Prevalência de transtornos psiquiátricos é maior que a encontrada na população geral. Meninas tendem a ter perfil psicopatológico com mais transtornos que meninos em todas as áreas diagnósticas. Mais prevalentes: déficit de atenção e hiperatividade, transtorno da conduta, transtorno desafiador opositivo, transtornos de ansiedade e depressivos, abuso/dependência de drogas ilícitas e de álcool. Abuso de álcool aumenta a chance de cometer delito violento.



MACHADO, ABREU & VARGAS, 2010	Relacionar a saúde bucal dos adolescentes com os dados sociodemográficos.	Adolescentes apresentaram-se, em sua maioria, livres das doenças cárie e periodontal (61,0%).
SCHMITT et al., 2006	Comparar a psicopatia, a reincidência criminal e a história de maus-tratos entre adolescentes infratores.	Adolescentes que cometeram crimes contra a vida com mais psicopatia que outros adolescentes infratores. Reincidência criminal mais prevalente entre os que possuíam psicopatia e história de crimes contra a vida. Sem diferença na história de abuso na infância entre adolescentes com psicopatia em comparação ao grupo-controle de infratores.
ASSIS & CONSTANTINO, 2005	Revisar as principais e atuais teorias de prevenção à violência cometida por adolescentes, debatendo a prevenção primária em saúde como forma de prevenir a violência.	Apresenta caracterização dos adolescentes e destacada atividades de prevenção em saúde com impacto na redução da infração juvenil: intervenções na gravidez e infância precoce para famílias em situação de risco; treinamento para pais; programas de prevenção primária realizados em escolas e intervenções precoces para adolescentes infratores.

### ***A família do adolescente em conflito com a lei***

Entendida por Souza e Costa (2013) como um sistema aberto e sempre em transformação, a família é preponderante para a estruturação socioafetiva dos indivíduos em desenvolvimento. As relações estabelecidas na família e na escola podem funcionar como fator protetivo ou de risco, independentemente de classe social ou étnica.

Neste levantamento, a família do adolescente privado de liberdade surge como categoria central de análise em 5 artigos (QUADRO 5). Desses, 2 afirmam que condições familiares desfavoráveis e presença de rede social precária estão associadas à ocorrência de atos infracionais, indicando como o adolescente é afetado e afeta o contexto a que pertence (DIAS et al., 2011; ZAPPE; DIAS, 2012a). Souza e Costa (2013) alertam que a existência de um adolescente em conflito com a lei pode significar que há problemas na família.

Se os determinismos sociais apontam a família como principal responsável pela infração cometida pelo adolescente, também esta sofre as

consequências de relações sociais excludentes. Muitas vezes, nos processos judiciais, os pais ou cuidadores sofrem, ainda que indiretamente, uma espécie de julgamento moral, sendo responsabilizados por abandono e negligência, associados ao cometimento dos atos infracionais por parte de seus filhos. A maioria das mães dos adolescentes internos sente-se impotentes e solitárias diante da dor de ter um filho privado de liberdade, desautorizadas a falar por si próprias e impedidas de agir (MANSUR; MACHADO, 2014).

Feijó e Assis (2004) e Zappe e Dias (2012b) retratam o fenômeno da infração juvenil como um fenômeno complexo, resultado da interação entre fatores sociopsicológicos, estruturais e individuais: no primeiro nível, sobressai a influência de instituições de controle social, como a família e a escola, podendo influenciar como fator protetivo ou de risco. A família, como primeiro grupo social, seria a instituição capaz de exercer maior controle sobre o jovem (estabelecimento de regras, horários, punições e recompensas).

Apesar de categorizado aqui como um texto pertencente à *Representação Social do Adolescente em Conflito com a Lei*, o estudo de Castro e Guareschi (2008) reforça a família como referência afetiva extremamente importante para adolescentes privados de liberdade. Contudo, também o desemprego, a violência, o abuso de drogas, as privações de toda ordem a que estes estão sujeitos e as separações dos pais são percebidos pelos adolescentes como principais motivos para o distanciamento da família.

Segundo Feijó e Assis (2004), as vulnerabilidades da maioria das famílias dos adolescentes internos no sistema socioeducativo revelam um histórico de agravos à saúde e de violências sofridas por parte desses adolescentes. Uma forma de se explicar o agravamento à saúde e o aumento nos índices de

violência e atos infracionais cometidos pode ser o fato de que, especialmente nas camadas sociais de menor poder aquisitivo, observa-se um gradativo enfraquecimento do “lugar do pai” no contexto familiar e na própria constituição psíquica dos filhos. A ausência acaba dificultando a elaboração da identidade social do adolescente. Outro sério fator de risco para que o adolescente entre em conflito com a lei é o fato de que as mães atualmente estão sobrecarregadas. São elas as principais responsáveis por suprir as necessidades econômicas, sociais e afetivas dos filhos, e em decorrência dessa sobrecarga, podem negligenciar a supervisão e proteção da sua prole.

Dias et al. (2011) mencionam que a relação de autoridade na família está alterada em função da redistribuição do poder, o que pode produzir profundas alterações no desenvolvimento dos filhos. Esses autores reiteram que a principal problemática dos adolescentes infratores está relacionada à inexistência do "pai", pois, apesar da quebra de vínculos sociais do jovem com a família, a escola, a igreja e demais instituições responsáveis pelo controle social, a figura paterna possibilitaria à criança a vivência do sistema de limites e proibições.

Souza e Costa (2013) verificaram que, na maioria das famílias dos adolescentes internos no sistema socioeducativo, havia histórico de envolvimento com o crime. Praticamente todos pertenciam a uma camada social economicamente desfavorável e residiam em locais de maior vulnerabilidade social, com altos índices de violência e criminalidade. Também se verificou uma série de violências perpetradas e sofridas por esses adolescentes no meio intrafamiliar.

Sobre a efetividade das medidas socioeducativas, Souza e Costa (2013) afirmam que, para as famílias a medida socioeducativa de internação é a única das medidas previstas capaz de promover a proteção de seus filhos e de provocar alguma mudança em suas vidas, pois o peso de perder a liberdade consegue fazer com que os adolescentes reflitam sobre suas práticas.

**Quadro 5.** Artigos sobre a família de adolescentes em medidas de internação (N=5)

<b>Autor e ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
MANSUR & MACHADO, 2014	Analisar como concepções de “vítima” são atualizadas nas falas, ações, sentimentos e pensamentos de mães de adolescentes que sofreram violência quando cumpriam medida socioeducativa; avaliar como tais concepções contribuem para engendrar processos de produção de subjetividades.	Falas e ações oscilaram entre duas formas de subjetividade antagônicas: a reprodução de formas individualizadas de sofrimento e a criação de formas de organização coletiva para lutar por seus direitos, questionando a individualização da violência.
SOUZA & COSTA, 2013	Apresentar o significado que as famílias de adolescentes privados de liberdade atribuem à medida socioeducativa de internação e às medidas socioeducativas cumpridas anteriormente à internação.	A internação, apesar de restringir a liberdade dos adolescentes, é significada pelas famílias como a única medida socioeducativa que consegue garantir a proteção de seus filhos, em contraponto às demais.
ZAPPE & DIAS, 2012	Investigar a relação entre a prática de atos infracionais e as relações familiares de adolescentes em conflito com a lei, buscando identificar como os adolescentes percebem e relatam essa situação.	Há presença de diferentes formas de violência nas trajetórias de vida dos adolescentes, assim como fragilidades nas relações familiares desde momentos precoces do desenvolvimento dos adolescentes.
DIAS, ARPINI & SIMON, 2011	Descrever e compreender como se estabelecem as relações do adolescente infrator com sua família antes, durante e depois do cumprimento de medida socioeducativa.	Medida de internação aplicada ao adolescente foi recebida com muito sofrimento pelos familiares. Responsáveis ora indicam que não sabiam da situação do adolescente, afirmando desconhecer a rotina dos adolescentes e que essa poderia levá-los a condição de internação; ora falam que tinham conhecimento do comportamento do adolescente, mas não imaginavam que essa rotina poderia lhes prejudicar.
FEIJÓ & ASSIS, 2004	Levantar vulnerabilidades do infrator e sua família.	Fragilidade da maioria das famílias, em condição de pobreza e exclusão social, isoladas do amparo social. Os adolescentes e suas famílias sofrem as consequências emocionais e financeiras decorrentes da separação dos pais.

## DISCUSSÃO

Do total de 42 artigos incluídos neste estudo, um terço foi publicado no período compreendido entre 2012 e 2015. Essa intensificação na produção acadêmica coincide com a Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Fruto de uma construção coletiva entre as diversas áreas do governo, especialistas na área e representantes de entidades, além de uma série de debates realizados por operadores do Sistema de Garantia de Direitos em todo o País, o Sinase tem também como atribuição a produção de dados e informações que favoreçam a construção e o desenvolvimento de novos planos, políticas, programas e ações para a garantia de direitos a crianças e adolescentes (CONANDA, 2006).

Entre as questões de saúde mais investigadas, constata-se uma predominância de artigos sobre a saúde mental da população estudada. Vários estudos partem inclusive de diagnósticos de saúde mental, que tendem para psicopatologização dos adolescentes. Observa-se um discurso de psicopatologização da adolescência e do ato infracional, o que contribui para uma terapêutica quase que exclusivamente biomédica, na qual a medicalização utilizada tem caráter de controle social e não de tratamento dos adolescentes (ANDRADE et al., 2011; CASTELLANA et al., 2014; BARROS et al., 2013; JOST, 2010; VILARINS, 2014; SCHMITT et al., 2006; DAVOGLIO et al., 2011).

Esse resultado corrobora os achados de Minayo et al. (2003), quando, ainda na década de 1980, comentaram que estudos no campo da psiquiatria faziam associação entre psicopatologia e crime (BORGES, 1986), e entre delinquência juvenil e personalidades psicóticas (BUCHER, 1994), talvez

visando estabelecer relevância ao caráter biológico sobre questões que podem ser de caráter social e que revelam a ausência da família e do Estado (CONSTANTINO, 2001).

Há carência de estudos que lancem luz sobre questões que envolvem, por exemplo, as barreiras de acesso aos serviços de saúde por parte da população, visto que, tão ou mais importante que identificar psicopatologias é possibilitar acesso aos serviços de saúde, seja lá de que ordem for o problema: mental, físico e/ou social. O acesso à educação, habitação, segurança, lazer e outras determinantes sociais em saúde depende, essencialmente, do implemento de políticas públicas e ações previstas na legislação.

Ressalta-se a utilização de termos provenientes da língua inglesa, como delinquência, por alguns textos analisados, sem a devida crítica aos conceitos nacionais de ato infracional e em conflito com a lei, preconizados no país. A utilização de palavras como encarceramento (OLIVEIRA et al., 2015) e delinquência (e suas variações) dá-se em geral em artigos com autores internacionais (HUCULAK et al., 2011; MCLENNAN et al., 2008) e nacionais publicados em inglês (CASTELLANA et al., 2014). Mais que uma discussão semântica, percebe-se a tensão entre diferentes visões de descumprimento da lei durante a infância e adolescência que permanecem nas sociedades e que se refletem na academia.

A escassez de estudos sobre a saúde física dos adolescentes privados de liberdade precisa ser destacada: Minayo et al. (2003) informam que essa população costuma ter carência nutricional, doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde bucal, doenças de pele e dependência de substâncias químicas.

Observa-se também no acervo uma carência de discussões sobre a divisão e agrupamento desses adolescentes nas unidades de internação (se feita por faixa etária, tipologia da infração ou outros critérios) e da superlotação, aspectos que comprometem a saúde. Também pouco se fala sobre diferenças de gênero no ambiente socioeducativo e sobre o tema da visita íntima, além de outros aspectos que impactam diretamente na saúde da população em estudo.

A maioria dos estudos analisados aponta a prevalência da lógica menorista nas unidades socioeducativas brasileiras. A prevalência desse modelo de tratamento compromete a saúde, a qualidade de vida e o processo de construção de cidadania dos adolescentes inseridos no sistema socioeducativo, além de potencializar a reincidência e a gravidade dos atos infracionais cometidos. Cunha et al. (2006) verificaram forte correlação entre a gravidade do delito cometido com a idade do adolescente interno, o que corrobora a fala de que os modelos pedagógicos de atenção e desenvolvimento de potencialidades destes adolescentes não fazem frente às práticas conservadoras e punitivas das instituições de internação (OLIVEIRA; ASSIS, 1999; MURAD; SILVA, 2001; BRITO, 2003; SARAIVA, 2005; COSTA, 2007).

Vale ressaltar que o Sinase (BRASIL, 2012a), em seu artigo 8º, da seção que trata dos direitos individuais, reforça o direito do adolescente infrator de receber assistência integral à sua saúde, cabendo aos Planos de Atendimento Socioeducativo, obrigatoriamente, prever ações articuladas nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte. Tais princípios não devem ser descumpridos, ainda que mediante a autoria de um ato infracional.

Também a Portaria n. 1.082 da PNAISARI garante que toda unidade socioeducativa deve ter como referência uma equipe de atenção básica, mesmo quando a unidade tiver equipe interna de saúde. A própria Resolução 165/2012 do Ministério da Saúde, em seu art. 20, proíbe a transferência de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa para hospitais de custódia, salvo decisão do juiz criminal competente ou se o adolescente tiver cometido infração penal com mais de 18 anos de idade. O avanço trazido pelas leis e normas ainda padece de efetiva implementação no cenário nacional (BRASIL, 2012b).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após análise dos resultados encontrados na produção científica sobre o tema em questão, pode-se observar que a precária assistência e a promoção da saúde do adolescente cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade são desafios complexos e multifatoriais, sobretudo pela fragmentação das ações no atendimento socioeducativo. Seja pela dificuldade de articulação da rede de saúde no atendimento ao adolescente institucionalizado e/ou pela persistência da lógica menorista (punitiva, coercitiva) nos estabelecimentos destinados à socioeducação. Mesmo após 26 anos de ECA, em geral, a produção aqui analisada revela que sensibilizar gestores, técnicos e socioeducadores quanto à saúde de adolescentes privados de liberdade não é tarefa fácil. Há uma distância considerável entre o ideal jurídico da garantia dos direitos conquistados por esses jovens e a realidade dos direitos violados.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, R.C.D. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro: estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2179-2188, abr. 2011.

ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 81-90, 2005.

BARROS, D.M. et al. Dimensional assessment of psychopathy and its relationship with physiological responses to empathic images in juvenile offenders. *Frontiers in Psychiatry*, v. 4, article 147, Nov. 2013.

BASTOS, J.G.S.; MARIN, I.K. Adolescentes exibicionistas: a busca de um olhar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 175-190, jun. 2014.

BORGES, R.W. Psicopatologia e delinquência juvenil. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, v. 8, n. 3, p. 129-132, 1986.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Diário Oficial da União, 14 de julho de 1990.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012*. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - Sinase. Brasília: Diário Oficial da União, 19 de janeiro de 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: Normas e Reflexões*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). *Levantamento Anual dos/as Adolescentes em Conflito com a Lei – 2013*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). *Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei – 2011*. Brasília: Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Secretaria de Direitos Humanos, 2011. 36p.

BRITO, L.M.T. Encruzilhadas do sistema socioeducativo. *Psicologia Clínica: Revista de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 75-89, 2003.

BUCHER, R.; DONEDA, D.; CARMO, R. Acerca da delinquência juvenil e consumo de drogas. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 10, n. 2, p. 287-297, 1994.

CASTELLANA, G.B. et al. Psychopathic traits in young offenders vs. non-offenders in similar socioeconomic condition. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 36, n. 3, p. 241-4, 2014.

CASTRO, A.L.S.; GUARESCHI, P. Da privação da dignidade social à privação da liberdade individual. *Psicologia & Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 200-207, 2008.

CIARALLO, C.R.C.A.; ALMEIDA, A.M.O. Conflito entre práticas e leis: a adolescência no processo judicial. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21, n. 3, p. 613-630, set./dez. 2009.

COELHO, M. *Adolescente em conflito com a lei: um estudo sobre políticas de ressocialização dos adolescentes atendidos na Unidade de Atendimento de Semiliberdade de Taguatinga*. 2013. 94f. Monografia (Graduação em Pedagogia) – UAST/DF, Brasília, 2013.

CONANDA. *Parâmetros para a formação continuada de atores do sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente*. Brasília, 2006.

CONSTANTINO, P. *Entre as escolhas e os riscos possíveis: a inserção das jovens infratoras no tráfico de drogas*. 2001. 173f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

COSTA, C.R.B.S.F. et al. Música e transformação no contexto da medida socioeducativa de internação. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 31, n. 4, p. 840-855, 2011.

COSTA, C.R.B.S.F. *Contexto socioeducativo e a promoção de proteção a adolescentes em cumprimento de medida judicial de internação no Amazonas*. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

COUTINHO, M.P.L. et al. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 16, n. 1, p. 101-109, jan./mar. 2011.

CUNHA, P.I.; ROPELATO, R.; ALVES, M.P. A redução da maioridade penal: questões teóricas e empíricas. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 26, n. 4, p. 646-659, 2006.

DAVOGLIO, T.R. et al. Medida Interpessoal de Psicopatia (IM-P): estudo preliminar no contexto brasileiro. *Trends Psychiatry Psychother*, v. 33, n. 3, p. 147-155, 2011.

DIAS, A.C.G.; ARPINI, D.M.; SIMON, B.R. Um olhar sobre a família de jovens que cumprem medidas socioeducativas. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 526-535, 2011.

FEIJÓ, M.C.; ASSIS, S.G. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 1571-1567, 2004.

FEITOSA, J.B.; BOARINI, M.L. The defense of socio-educational internment: Feature of the hygienist principles. *Paideia*, v. 24, n. 57, p. 125-133, Jan./Apr. 2014.

GURALH, S.A. A liberdade constitucionalmente prevista e sua relação com a medida socioeducativa de internação. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 193-203, jan./jul. 2012.

HUCULAK, S.; MCLENNAN, J.D.; BORDIN, I.A. Exposure to violence in incarcerated youth from the city of São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 33, n. 3, set. 2011.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Org.). *Psicología Social*. Barcelona: Paidós, 1985, p. 469-494.

JOST, M.C. Fenomenologia das motivações do adolescente em conflito com a lei. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 26, n. 1, p. 99-108, jan.-mar. 2010.

LIBERALI, R. *Metodologia científica prática: um saber-fazer competente da saúde à educação*. 2. ed. rev. e ampl., Florianópolis: Postmix, 2011, 206p.

MACHADO, D.B.; ABREU, M.H.N.G.D.; VARGAS, A.M.D. Situação de saúde bucal de adolescentes internados em unidades socioeducativas de Belo Horizonte, Brasil. *Arq. Cent. Estudos. Curso Odontologia Univ. Fed. Minas Gerais*, v. 46, n. 3, p. 160-167, 2010.

MALVASI, P.A. Entre a Frieza, o Cálculo e a “Vida Loka”: violência e sofrimento no trajeto de um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 156-170, 2011.

MANSUR, T.S.; MACHADO, L.A.D. Problematizando a noção de vítima de violência. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. spe., p. 183-192, 2014.

MARTINS, M.C.; PILLON, S.C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, maio 2008.

MATTAR, L.D. Exercício da sexualidade por adolescentes em ambientes de privação de liberdade. *Cadernos de Pesquisa*, v. 38, n. 133, jan./abr. 2008.

MCLENNAN, J.D. et al. Trafficking among youth in conflict with the law in São Paulo, Brazil. *Society Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 43, p. 816-823, 2008.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. *Violência sob o Olhar da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MURAD, J.G.P.; SILVA, R.C. O jovem em conflito com a lei: conhecendo e compreendendo o significado de suas trajetórias em instituições e programas de atendimento na cidade de Ribeirão Preto. In: IV SEMINÁRIO DE PESQUISA, 2001, Ribeirão Preto, SP, Universidade de São Paulo. *Anais...*, 2001, p. 151.

NJAINE, K.; MINAYO, M.C.S. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 285-297, 2002.

OLIVEIRA, M.B.; ASSIS, S.G. Os adolescentes infratores no Rio de Janeiro e as instituições que os "ressocializam". A Perpetuação do Descaso. *Caderno de Saúde Pública*, v. 15, p. 831-844, 1999.

OLIVEIRA, D.C. et al. Impact of Oral Health Status on the Oral Health-Related Quality of Life of Brazilian Male Incarcerated Adolescents. *Oral Health Prevent Dental*, v. 3, n. 5, p. 417-25, 2015.

PERES, C.A. et al. AIDS prevention among incarcerated teenagers, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4 Suppl, p. 76-81, Aug. 2002.

PRIULI, R.M.A.; MORAES, M.S. Adolescents in conflict with the law. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 5, p. 1185-92, 2007.

RIO DE JANEIRO (Estado). Assembleia Legislativa. *Relatório Anual do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: ALERJ, 2015.

SARAIVA, J.B.C. *Adolescente em conflito com a lei: da indiferença à proteção integral: uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil*. 2. ed. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado, 2005.

SCHMITT, R. et al. A. Personalidade psicopática em uma amostra de adolescentes infratores brasileiros. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 6, p. 297-303, 2006.

SCISLESKI, A.C.C. et al. Medida Socioeducativa de Internação: dos Corpos Dóceis às Vidas Nuas. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 34, n. 3, p. 660-675, 2014.

SENA, C.A.D.; COLARES, V. Comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes em conflito com a lei. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2314-2322, out. 2008.



SILVA, J.O.; RISTUM, M. A violência escolar no contexto de privação de liberdade. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 30, n. 2, p. 232-247, 2010.

SOUZA, L.A.; COSTA, L.F. A significação das medidas socioeducativas para as famílias de adolescentes privados de liberdade. *Psico-USF*, Bragança Paulista. v. 18, n. 2, p. 277-288, maio/ago. 2013.

\_\_\_\_\_. The meaning of socio-educational measures for young offenders deprived of their freedom. *Acta Colombiana de Psicología*, v. 15, n. 2, p. 87-97, 2012.

VICENTIN, M.C.G. Corpos em rebelião e o sofrimento-resistência: adolescentes em conflito com a lei. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, v. 23, n. 1, p. 97-113, 2011.

VILARINS, N.P.G. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 891-898, 2014.

ZAPPE, J.G.; DIAS, A.C.G. Adolescence, violence and drug use: A multiple case study. *Adolesc. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 30-36, abr./jun. 2012a.

\_\_\_\_\_. Violência e fragilidades nas relações familiares: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. *Estudos de Psicologia*, n. 17, v. 3, p. 389-395, set./dez. 2012b.

ZAPPE, J.G.; RAMOS, N.V. Perfil de adolescentes privados de liberdade em Santa Maria/RS. *Psicologia e Sociedade*, v. 22, n. 2, p. 365-373, 2010.

## 5.2 ARTIGO 2

**ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI CUMPRINDO MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**STUDY OF THE HEALTH CONDITIONS OF YOUTH IN CONFLICT WITH THE LAW IMPLEMENTING SOCIO-EDUCATIONAL MEASURES IN THE DEPRIVATION OF LIBERTY INSTITUTIONS IN RIO DE JANEIRO STATE**

### RESUMO

Reconhecidas historicamente por práticas de tortura e tratamentos desumanos, as unidades socioeducativas destinadas ao cumprimento de medidas de internação no Estado do Rio de Janeiro podem contribuir para a ocorrência e o agravamento de doenças e outros tipos de vulnerabilidades em adolescentes em conflito com a lei. Este estudo objetivou verificar as condições de saúde dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade em todo o Estado do Rio de Janeiro. Foi realizado levantamento epidemiológico sobre as condições de saúde autorreferida por 961 adolescentes do sexo masculino internados nas cinco unidades socioeducativas do DEGASE destinadas a este fim. Foram indagadas questões sobre perfil do adolescente, condições de saúde e acesso a serviços de saúde. Os resultados encontrados revelam a grave situação dos adolescentes privados de liberdade no Estado do Rio de Janeiro. Os principais problemas de saúde encontrados estão relacionados à saúde bucal, doenças respiratórias, dermatites e dores na coluna. As práticas alimentares desses adolescentes também se mostraram bem distantes do ideal preconizado. A prática de atividades físicas, que já não era frequente para a quase 70% dos entrevistados, cai pela metade quando do período de internação. Cerca 50% dos adolescentes investigados afirmaram ter piorado em seu estado geral de saúde após a internação, enquanto 60% destes denunciam ter necessitado e solicitado atendimento sem que tivessem conseguido acessar aos serviços de saúde dentro ou fora das unidades. Há variação do atendimento em saúde oferecido entre as unidades socioeducativas. Assim, conclui-se que a saúde como eixo central da socioeducação, prevenção e reincidência do ato infracional não vem recebendo a atenção demandada. Apesar da legislação e das políticas públicas já implementadas, o que se observou no atendimento socioeducativo no Estado do Rio de Janeiro foi um perigoso distanciamento que acontece entre uma prática arcaica, punitiva e negligenciada e os ideais de saúde e socioeducação previstos em lei.

**Palavras chave:** condições de saúde; serviços de saúde; adolescentes em conflito com a lei; privação de liberdade.

## ABSTRACT

Historically recognized for torture practices and inhumane treatment, socio-educational units aimed at complying with inmate measures in the State of Rio de Janeiro can contribute to the occurrence and worsening of diseases and other types of vulnerabilities in adolescents in conflict with the law. This study aimed to verify the health conditions of adolescents fulfilling socio-educational measures of deprivation of liberty throughout the State of Rio de Janeiro. An epidemiological survey was carried out on the self-reported health conditions of the 961 male adolescents admitted to the five socio-educational units of DEGASE for this purpose. They asked questions about the adolescent's profile, health conditions and access to health services. The results reveal the serious situation of adolescents deprived of their liberty in the State of Rio de Janeiro. The main health problems found are related to oral health, respiratory diseases, dermatitis and back pain. The feeding practices of these adolescents also proved to be far from the recommended ideal. The practice of physical activities, which was not frequent for almost 70% of respondents, falls by half during the inmate period. About 50% of the adolescents investigated said they had worsened their general state of health after inmate, while 60% reported having needed and requested care without being able to access health services inside or outside the units. There is variation in health care offered among socio-educational units. Thus, it is concluded that health as the central axis of socioeducation, prevention and recidivism of the infraction act has not received the attention demanded. Despite the legislation and public policies already implemented, what was observed in the socio-educational service in the State of Rio de Janeiro was a dangerous distance between an archaic, punitive and neglected practice and the ideals of health and socio-education provided for by law.

**Keywords:** Health conditions; health services; adolescents in conflict with the law; deprivation of liberty.

## INTRODUÇÃO

A assistência e a promoção à saúde do adolescente privado de liberdade se constituem numa complexa problemática face às variadas vulnerabilidades vivenciadas por estes e potencializadas pela frágil rede de saúde e limitada articulação entre os setores que os atendem. Apesar dos discursos oficiais, o caráter progressista da legislação apresenta extrema dificuldade de se integrar às práticas vigentes nas instituições responsáveis pela socioeducação de adolescentes em conflito com a lei. Seja pela persistência da lógica prisional ou pela fragmentação das ações no atendimento socioeducativo, que prevalecem ainda nas unidades socioeducativas, não seria exagero afirmar que o que existe atualmente em nosso país e em especial no Estado do Rio de Janeiro é um verdadeiro abismo entre o ideal jurídico da garantia dos direitos destes adolescentes e a realidade da violação desses mesmos direitos<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>

Vilarins *et al.* afirmam que os adolescentes privados de liberdade no Brasil ainda não são tratados como sujeitos de direitos, não recebem o adequado atendimento previsto nas políticas públicas destinadas a eles, principalmente em relação aos cuidados em saúde<sup>10</sup>.

Numa outra perspectiva, os Países Baixos promoveram drásticas mudanças na legislação da justiça juvenil, em vigor desde 2001, criando um plano de tratamento e cuidados a saúde para todos os adolescentes que permaneçam em instalações socioeducativa por três meses ou mais<sup>11</sup>.

Marinho e Vargas<sup>5</sup> nos lembram que mesmo em sociedades com mais elevados indicadores de desenvolvimento humano, os adolescentes em conflito com a lei são primeiramente percebidos como um problema de ordem social,

um elemento suspeito na sociedade, que apresenta risco e é causador de insegurança. Portanto, alguém de quem a sociedade precisa ser protegida, e isso se faz encarcerando esses adolescentes.

Considerando a fase da adolescência Braz *et al.*<sup>12</sup> nos alertam para o senso comum de que raramente ficam doentes nesta fase. Já Costa e Silva<sup>13</sup> advertem que as sanções de privação de liberdade e a lógica no atendimento em saúde dessa população produzem por vezes decisões de medicalização indiscriminada, atingindo o direito dos adolescentes ao adequado atendimento em saúde<sup>12,13</sup>.

As barreiras no acesso aos adequados serviços em saúde também contribuem negativamente para as condições de saúde e na própria socialização dos adolescentes privados de liberdade. Os problemas pra acessar o atendimento em saúde começam quando o adolescente passa por triagem informal feita por agentes socioeducativos e não pelos membros da equipe de saúde<sup>14</sup>. Limitações com transporte e pessoal para escolta também interferem no acesso aos serviços fora das unidades. Sciesleski *et al.*<sup>7</sup> destacam que, mesmo quando os encaminhamentos aos serviços de saúde são designados por determinação da justiça brasileira, os adolescentes são frequentemente recebidos com resistência pelas equipes e pela rede de atenção em saúde. No entanto, para além do senso comum, a aplicação de medida socioeducativa não deveria prescindir da essência da promoção da saúde do adolescente custodiado pelo Estado, já que esta é vista como a modalidade mais completa de reparação e prevenção ao ato infracional<sup>6,15</sup>.

Nota-se a carência de estudos nacionais e internacionais sobre questões de saúde, essencialmente física, dos adolescentes privados de liberdade<sup>16</sup>. A

ausência de estudos sobre a saúde física dos adolescentes dificulta a determinação da prevalência de doenças crônicas, que podiam estar sendo tratadas durante o período de internação<sup>12</sup>. Dentre os problemas mais comuns nos adolescentes internos no sistema socioeducativo brasileiro estão: carência nutricional, doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde bucal, doenças de pele e dependência de substâncias químicas<sup>17</sup>. No sistema norte-americano são apontadas doenças sexualmente transmissíveis, como sífilis e o HIV, hepatite, dermatites e tuberculose<sup>18</sup>.

Levantamento Anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) apontou que havia no sistema socioeducativo brasileiro em Novembro de 2014, 24.628 adolescentes de ambos os sexos (95% meninos e 5% meninas) internados para cumprimento de medidas socioeducativas em restrição ou privação de liberdade<sup>9</sup>. No Estado do Rio de Janeiro, o número de adolescentes internados quase dobrou em uma década (87,4%). Atualmente são 2.075 adolescentes de ambos os sexos cumprindo medidas em privação ou restrição de liberdade em uma das 6 unidades do DEGASE em todo Estado destinadas a este fim (5 masculinas e 1 feminina)<sup>14</sup>. Desproporcionalmente, as vagas para internação e internação provisória no Estado subiram apenas 28,4% neste mesmo período, pois atualmente o DEGASE encontra-se quase 50% acima de sua capacidade de lotação<sup>6,9,15</sup>.

Os relatórios oficiais da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, sobre as condições de vida nas unidades socioeducativas da federação; e do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT), sobre as condições de vida nos ambientes de privação de liberdade em todo Estado, acusam as unidades socioeducativas do Estado do Rio de

Janeiro de serem a origem de diversos problemas de saúde para os adolescentes internados. Os levantamentos indicam que 71,4% das 25 unidades de atendimento socioeducativo em todo Estado estavam insalubres e superlotadas. Um cenário que reforça a urgência e o desafio que a sociedade e os poderes constituídos têm na proposição de ações e políticas públicas que objetivem o enfrentamento dessa complexa problemática<sup>6,9,14,19</sup>. Frente a este contexto, busca-se conhecer as atuais condições de saúde dos adolescentes cumprindo medidas de privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro.

## MÉTODO

Os resultados obtidos neste artigo integram o projeto "*Estudo das condições de saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de jovens em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro*", apoiado pela Rede de Políticas e Modelos de Atenção a Saúde - PMA da Fundação Oswaldo Cruz e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP/Fiocruz (CAAE 1.505.355).

Trata-se de um estudo exploratório seccional, realizado em todas as instituições para adolescentes em privação de liberdade do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2016, visando conhecer e descrever a distribuição dos agravos à saúde e o acesso ao atendimento em saúde existente.

Foi realizado um levantamento de todos os adolescentes cumprindo medida de Privação de Liberdade que estavam presentes nas unidades



(1.303), destes 961 responderam aos questionários, perfazendo 73,8% dos adolescentes. A perda de 26,2% se deu pelos seguintes motivos: falta de listagem nominal dos adolescentes, dependência da colaboração dos agentes socioeducativos responsáveis pela ida aos alojamentos para solicitar a participação na pesquisa; atividades concomitantes como sala de aula e audiência e grande rotatividade de adolescentes em algumas unidades. Em raros casos houve recusa por parte dos adolescentes ao receber o questionário. Na Escola Luis Alves (perda de 55,7%) o trabalho de campo foi interrompido por questões de segurança. Vale sinalizar que a instituição passava por auditoria, estava superlotada e com elevada tensão interna.

Desta forma, a amostragem do estudo ficou assim distribuída: Educandário S. Expedito (ESE), com 326 adolescentes (33,9% do total); Centro de Atendimento Intensivo Belford Roxo (CAI-Baixada), com 235 internados (24,5%); Centro de Socioeducação Profa. Marlene Henrique Alves em Volta Redonda, com 175 adolescentes internados (18,2%); Escola João Luis Alves (EJLA), com 133 (13,8%) e Centro de Socioeducação Irmã Assunción de La Gandara Ustara em Campos de Goytacazes, com 92 adolescentes (9,6%).

O questionário utilizado foi adaptado de uma pesquisa similar realizada no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro<sup>20</sup>. A aplicação teve duração média de 40 minutos, em sessões de grupo ou individuais, em auditórios, refeitórios, bibliotecas ou sala de aula, dependendo da disponibilidade de local da unidade sendo visitada.

O nível de escolaridade e a capacidade de compreensão do adolescente determinaram se o preenchimento foi orientado por um leitor, membro da equipe de pesquisadores, ou se foi o próprio adolescente que leu, interpretou e

respondeu as questões: *perfil do adolescente e sua família*: sexo, idade, cor da pele, com quem vivia antes da internação, situação conjugal, escola, trabalho, escolaridade pessoal e do chefe da família; com quem mora, tempo de internação e reincidência; *condições de saúde e vida do adolescente antes da internação*: saúde física, alimentação, prática de atividade física, vida sexual e saúde bucal, indicadores de qualidade de vida na instituição - infraestrutura física, direitos, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico; *as condições de saúde e vida na unidade*: presença de deficiência ou deformidade física; doenças crônicas (hipertensão e diabetes); doenças infecto contagiosas como DST/AIDS, tuberculose, pneumonia, dermatoses, hepatites, diarreias, traumas, transtorno mental comum; autoavaliação de saúde (antes e após a institucionalização), hábitos alimentares, atividade física, ocorrência de acidentes ou violências nos últimos 12 meses.

Após a aplicação dos questionários foi realizada aferição de peso e altura, essenciais para uma avaliação antropométrica, utilizada como um parâmetro para avaliar o estado nutricional coletivo<sup>21</sup>. Para a mensuração do peso foi utilizada uma balança eletrônica portátil, composta de plataforma, chassi sobre o qual se encaixa a plataforma, mostrador com indicador digital no qual era mostrado o peso em quilogramas, considerando-se a primeira decimal apresentada no visor. Já na tomada da altura utilizou-se um estadiômetro portátil, com trena retrátil, de extensão até 200 cm, com precisão de 0,1 cm. A estatura de cada indivíduo foi registrada em centímetros logo após a aferição do peso. Foi calculado o Índice de Massa Corporal - IMC, o qual consiste da relação entre a massa corporal em kg e a altura em m<sup>2</sup>. Este é frequentemente

utilizado como um indicador do estado nutricional, permitindo a classificação dos indivíduos nas seguintes categorias: baixo peso, peso normal, excesso de peso e obesidade. Como pontos de corte para a classificação dos indivíduos adotou-se o critério proposto por Conde e Monteiro (2006)<sup>22</sup>, o qual, por meio de modelagem estatística, propõe valores específicos para cada idade.

Os dados coletados foram inseridos em uma máscara construída no programa Epidata 3.1. Esta etapa do processamento envolveu dupla digitação e crítica. A seguir, os dados foram exportados e analisados no programa SPSS 20.0. Inicialmente, foram construídas as distribuições de frequências simples e relativas para todas as variáveis. Foram ajustados modelos logísticos com a finalidade de verificar associações entre os desfechos de interesse, incluindo variáveis representativas de constructos teóricos relevantes a cada desfecho, a saber: saúde bucal, dores no pescoço e coluna; problemas de pele; doenças respiratórias; e algumas variáveis selecionadas. Na primeira etapa da modelagem foram construídos modelos logísticos simples para cada um dos desfechos e cada uma das variáveis explicativas, obtendo-se, desta forma, a razão de chances bruta. A seguir, as variáveis que na análise simples apresentaram p-valor menor ou igual a 0,20 foram incluídas no modelo logístico múltiplo, sendo empregado o procedimento *Forward Selection (conditional)* para seleção das variáveis do modelo final e adotando-se como ponto de corte  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

### *Perfil dos adolescentes internados*

Na TABELA 1 pode-se observar o perfil dos adolescentes do sexo masculino cumprindo medida socioeducativa de internação no Estado do Rio de Janeiro. A maioria está na faixa de 15 a 17 anos de idade, se declara de cor preta ou parda (74,6%) e possui peso e altura normais para a idade. Porém 4,9% de adolescentes estavam abaixo do peso e 15,1% com sobrepeso ou obesos.

Pouco mais de 1/3 (35,6%) ainda vive com a família e quase a metade já foi ou é casado. A baixa escolaridade dos adolescentes é evidente (89,1% estudou apenas o ensino fundamental) e a distorção série-idade de dois ou mais anos é quase unânime (97,2%).

Quase a metade dos adolescentes trabalhava antes da internação. A maioria tem a mãe como a chefe da família (57,5%). A baixa escolaridade da família também é constatada neste estudo, apresentando 62,2% dos responsáveis chefes da família com até o ensino fundamental completo. Apenas 51,0% dos adolescentes afirmam estar frequentando a escola na unidade socioeducativa.

Um total de 36,6% dos adolescentes já havia recebido outra medida socioeducativa de internação anteriormente; e 75,8% tiveram a primeira internação em regime de privação de liberdade entre 15-17 anos. O tempo médio na internação atual foi de 61 dias.

**Tabela 1.** Perfil dos adolescentes internados em unidades do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) do Estado do Rio de Janeiro

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	N	(%)	MEDIA (DP)	MEDIANA (IQR*)
<b>Idade média (N=941)</b>	-	941	-	16,8 (1,17)	17,0 (2,00)
	12-14 anos	35	3,7	-	-
<b>Idade categorizada (N=941)</b>	15-17 anos	621	66,0	-	-
	18-21 anos	285	30,3	-	-
	Branca	183	19,8	-	-
<b>Cor da pele (N=922)</b>	Preta	311	33,7	-	-
	Parada	377	40,9	-	-
	Amarela/indígena	51	5,5	-	-
<b>Peso (N=923)</b>	-	-	-	64,2 (9,3)	63,8 (11,30)
<b>Altura (N=924)</b>	-	-	-	1,71 (0,07)	1,71 (0,44)
	Abaixo	4	0,4	-	-
<b>Índice de Massa Corporal- IMC (N=902)</b>	Ideal	725	80,4	-	-
	Sobrepeso	158	17,5	-	-
	Obeso	15	1,7	-	-
	Solteiro	444	50,2	-	-
<b>Estado Civil (n=844)</b>	Casado	378	42,8	-	-
	Viúvo	9	1,0	-	-
	Separado	53	6,0	-	-
	1-5 fundamental	244	26,2	-	-
<b>Escolaridade- anos (n=932)</b>	6-9 fundamental	586	62,9	-	-
	1-3 médio	102	10,9	-	-
<b>Distorção série-idade (N=927)</b>	Sem	26	2,8	-	-
	Com	901	97,2	-	-
	Sem ocupação	424	50,8	-	-
<b>Ocupação e remuneração (N=906)</b>	Com ocup. e remuneração	460	46,8	-	-
	Com ocup. e sem remuneração	22	2,4	-	-
<b>Vive com família (N=571)</b>	Sim	203	35,6	-	-
	Não	368	64,4	-	-
	Mãe	427	57,5	-	-
<b>Chefe da família (N=742)</b>	Pai	117	15,8	-	-
	Avós	64	8,6	-	-
	O adolescente	95	12,8	-	-
	Outro	39	5,3	-	-
	Analfabeto	40	6,2	-	-
<b>Escolaridade do chefe da família (N=645)</b>	Fund. incompleto	283	43,9	-	-
	Fund. completo	78	12,1	-	-
	Médio incom./comp.	164	25,4	-	-
	12 anos	33	4,6	-	-
<b>Idade na primeira medida de internação (N=723)</b>	13 anos	55	7,6	-	-
	14 anos	87	12,0	-	-
	15 anos	138	19,1	-	-
	16 anos	183	25,3	-	-
	17 anos	227	31,4	-	-
<b>Reincidência</b>	Não	474	63,4	-	-
	Sim, duas vezes	179	23,9	-	-
	Sim, três vezes	54	7,2	-	-
	Sim, quatro ou mais	41	5,5	-	-
<b>Tempo de internação (dias)</b>		950		60,8 (137,7)	12,0 (72,00)

\* IQR – Intervalo interquartilico

Um total de 36,6% dos adolescentes já havia recebido outra medida socioeducativa de internação anteriormente; e 75,8% tiveram a primeira

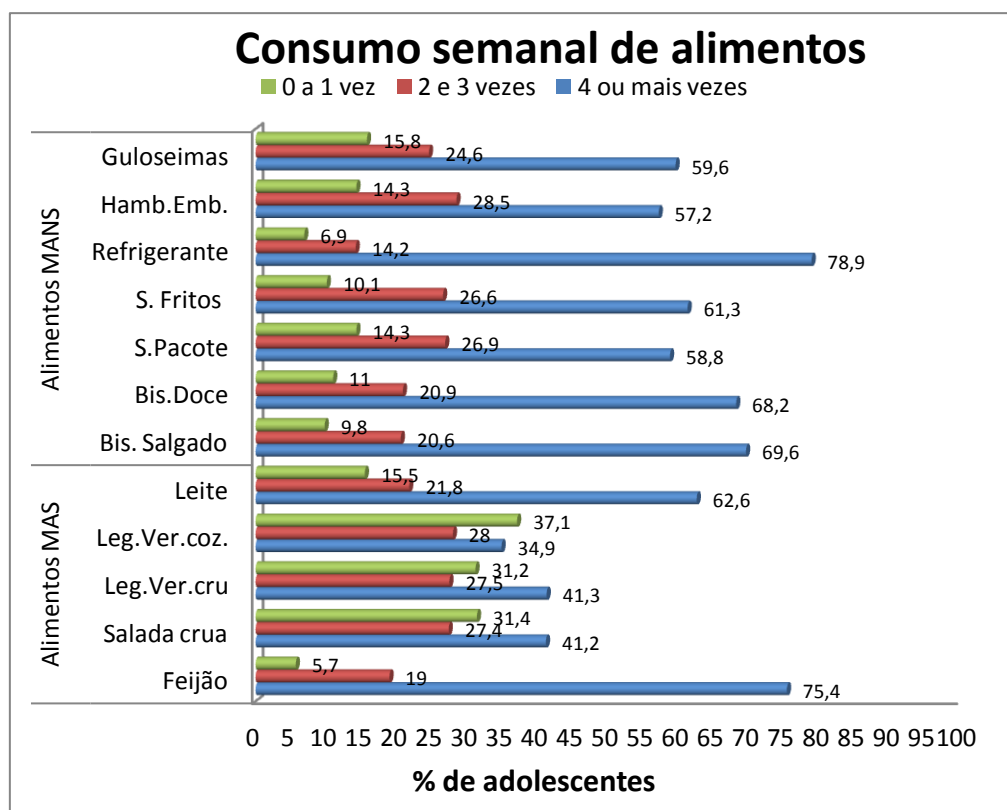
internação em regime de privação de liberdade entre 15-17 anos. O tempo médio na internação atual foi de 61 dias.

### *Condições de saúde dos adolescentes internados*

Para se compreender o **padrão alimentar** dos adolescentes, indagou-se sobre a frequência com que se alimentavam antes de serem internados: 91,8% tomavam café da manhã; 62,6% consumiam um lanche no meio da manhã, 94,9% almoçavam; 88,2% tinham lanche no meio da tarde; 93,0% jantavam; e 82,8% consumiam outro lanche antes de dormir.

A FIGURA 1 aborda o consumo alimentar na perspectiva dos alimentos marcadores de alimentação saudável (MAS) e não saudável (MANS). Dentre os primeiros, verifica-se que semanalmente apenas 41,3% dos internos comiam legumes ou verduras cruas com desejada frequência (4 vezes ou mais) antes de serem internados e 34,9% comiam legumes e verduras cozidas. Três em cada quatro adolescentes comiam feijão 4 vezes ou mais na semana e 62,6% afirmou tomar leite semanalmente nesta mesma proporção antes da internação.

Na perspectiva dos alimentos marcadores de alimentação não saudável (MANS), vê-se que 61,3% dos adolescentes consumiam em quatro ou mais dias da semana salgados fritos; 57,2% relataram hambúrgueres ou embutidos; biscoitos salgados e biscoitos doces, 69,6% e 68,2% respectivamente, enquanto 58,8% consumiam salgadinhos de pacote; 59,6% afirmaram ter ingerido guloseimas e 78,9% refrigerantes semanalmente antes da internação.



**Figura 1.** Percentual de adolescentes com frequência semanal de consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável (MANS) e marcadores de alimentação saudável (MAS).

No que se refere à realização de **atividades físicas**, pode-se ver na TABELA 2 que antes da internação, 32,7% dos adolescentes praticavam atividade física de pelo menos 20 minutos por cada vez, na frequência de 4 vezes ou mais por semana, preconizada por possuir bons resultados sobre a saúde<sup>23</sup>. Durante a internação, esse número cai pra 14,3%, assim como quase dobra o número de adolescentes sedentários.

Na TABELA 2 observa-se também aspectos relativos às condições de saúde dos adolescentes internados. Vê-se que cerca de 60% reclamaram de pesadelos ao dormir, nos últimos 6 meses, que afetam a qualidade do sono. Quanto à saúde bucal, 83,1% informavam escovar os dentes 3-4 vezes ao dia, antes de serem internados. Por outro lado, constata-se que 45,9% deles tiveram dores de dentes e 14,2% perda dentária. Os adolescentes relataram as

seguintes condições nos últimos 12 meses, em ordem decrescente: dores no pescoço ou nas costas, doenças de pele, asma ou bronquite, DSTs, dengue, anemias, doenças mentais, doenças do coração, tuberculose, HIV e câncer. Também é significativo o percentual que relataram outras doenças e/ou sintomas como: dor de cabeça crônica, gripe ou resfriado (20,7%).

Existem adolescentes com deficiências: física (9,3%), auditiva (6,7%) e mental (7,5%). Lesões físicas permanentes foram também relatadas: 7,8% em mãos e braços; 6,4% em perna ou coluna; 4,7% incapacidade em reter fezes ou urina; menos adolescentes comentam a perda de seio, rim ou pulmão ou outra paralisia permanente. Um total de 12,1% dos que têm algum tipo de lesão permanente informam que esta ocorreu na instituição socioeducativa.

Configurando os resultados observados sobre sua saúde, expressivos 46,3% dos adolescentes afirmaram ter percebido piora em seu estado geral de saúde durante a internação, enquanto 39,3% disseram não ter percebido melhora nem piora desse quadro. Somente 14,3% dos adolescentes privados de liberdade disseram se perceber melhores em seu estado geral de saúde.

**Tabela 2.** Condições de Saúde dos Adolescentes internados em unidades do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) do Estado do RJ

VARIÁVEL	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
<b>Atividade Física antes da internação</b> (n =887)	4 ou mais semana	290	32,7
	2 a 3 vezes semana	185	20,9
	1 vez semana	117	13,2
	2 a 3 vezes mês	43	4,8
	Poucas vezes ano	87	9,8
	Não pratica	165	18,6
<b>Atividade Física na unidade</b> (N=718)	4 ou mais semana	103	14,3
	2 a 3 vezes semana	47	6,5
	1 vez semana	209	29,1
	2 a 3 vezes mês	33	4,6
	Poucas vezes ano	65	9,1
	Não pratica	261	36,4



**Tabela 2.** Condições de Saúde dos Adolescentes internados em unidades do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) do Estado do RJ (continuação)

VARIÁVEL	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
<b>Pesadelos</b> (n=765)	Falso	313	40,9
	Mais ou menos	252	32,9
	Bastante	200	26,1
<b>Escovar dentes</b> (n=867)	Uma vez dia	26	3,0
	Duas vezes dia	88	10,1
	Três vezes dia	291	33,6
	Quatro ou mais vezes dia	429	49,5
	Não escova todos os dias	33	3,8
<b>Saúde bucal</b>	Dor de dente (n=724)	332	45,9
	Perda de dentes (n=730)	104	14,2
<b>Doenças</b>	Dores pescoço/costas (n=796)	305	38,3
	Pele (n=772)	237	30,4
	Asma (n=800)	149	18,5
	DST (n=771)	85	11,0
	Dengue (n=774)	80	10,3
	Anemia (n=766)	67	8,7
	Mental (n=760)	62	8,2
	Coração (n=758)	54	7,1
	Tuberculose (n=759)	24	3,2
	HIV (n=753)	18	2,4
	Câncer (n=756)	16	2,1
	Outras (n=734)	152	20,7
	<b>Deficiências</b>	Deficiência auditiva (n=818)	55
Deficiência mental (n=822)		62	7,5
Deficiência física (n=825)		77	9,3
<b>Lesão física permanente</b>	Deformidade mão/braço (n=833)	65	7,8
	Deformidade perna/coluna (n=832)	53	6,4
	Incapacidade reter fezes/urina (n=831)	39	4,7
<b>Lesão física permanente</b>	Seio, rim, pulmão retirado (n=831)	23	2,8
	Paralisia permanente de outro tipo (n=822)	20	2,4
	Adquirida após internação (n=846)	102	12,1
<b>Saúde após internação</b> (n=684)	Melhorou	98	14,3
	Continua igual	269	39,3
	Piorou	317	46,3

*Ações institucionais necessárias para os cuidados em saúde dos adolescentes internados*

Na TABELA 3 percebem algumas ações existentes nas 5 unidades do Estado do Rio de Janeiro, visando cuidados em saúde. Um primeiro indicador das condições de vida e saúde nas unidades é a **quantidade de adolescentes por alojamento**, que se mostra muito dispare entre as unidades: enquanto em Volta Redonda se observa a média de 6,2, em outras duas unidades os dados são muito superiores: ESE e CAI, com média de quase 15 adolescentes por alojamento, chegando a valores máximos que alcançam entre 30 e 43 pessoas num mesmo espaço físico.

No que se refere aos **atendimentos em saúde ofertados** aos adolescentes internados:

- 35,6% de todos os adolescentes internados acessaram aos serviços ambulatoriais e médicos no DEGASE;
- 33,6% acessaram o serviço em psicologia;
- 29% acessaram os serviços em assistência social;
- 29,6% acessaram aos postos de saúde fora da unidade;
- 8,5% foram atendidos em consultório médico particular durante a internação;
- 7,2% em consultório dentário particular também durante a internação;
- 16% foram atendidos em pronto socorro;
- 12,7% em hospitais da rede;
- 15,1% precisaram ser hospitalizados em hospitais da rede pública e 5% na rede particular;
- 4,4% foram submetidos a alguma intervenção cirúrgica durante a internação;

- cerca de 60% afirmaram ter sido-lhes negado algum atendimento em saúde solicitado.

A avaliação dos adolescentes é também desigual entre unidades, em relação a aspectos da **infraestrutura das unidades** e do atendimento oferecido. Porém, uma unanimidade existe: indagados a darem notas entre 0 e 10, as notas médias inferiores a 5 foram a tônica observada, refletindo a avaliação negativa para os serviços que recebem.

As baixas notas relativas à iluminação dos alojamentos oscilaram entre 1,8 (ESE) e 4,2 (Campos), com DP variando entre 3,2 e 4. Quanto à ventilação do alojamento, constatou-se variação entre nota 0,7 em Volta Redonda e 4,8 em Campos (DP entre 1,9 e 4,1). A higiene/limpeza do alojamento teve notas entre 3,3 (CAI) e 4,3 (Volta Redonda, com DP entre 3,6 e 4,4).

No que se refere à alimentação que recebem diariamente, a quantidade recebeu notas entre 2,4 (ESE e EJLA) e 4,4 (CAI) e o gosto ou o tipo de comida foi avaliado entre 1,6 (EJLA) e 2,7 (Campos). Em relação à prática de esportes na unidade, deram notas entre 2,0 (ESE) e 3,9 (CAI, com DP entre 2,8 e 4,1).

Avaliaram o atendimento médico e de enfermagem com notas entre 2,1 e 3,3 (DP entre 2,1 e 4,4) e dentário entre 2,0 e 3,3 (DP entre 2,6 e 4,1): nestes quesitos Volta Redonda mostrou piores notas e CAI os mais elevados, dentre as baixas notas dadas.

De forma geral, o ESE sobressaiu entre as piores notas em quase todas as questões.

**Tabela 3.** Ações institucionais necessárias para os cuidados em saúde dos adolescentes internados em unidades do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) do Estado do Rio de Janeiro

VARIÁVEL	CATEGORIAS	UNIDADES					TOTAL
		ESE	CAI	VR	EJLA	CAMPOS	
Adolescentes por alojamento	Média (DP)	14,7 (4,7)	14,8 (6,0)	6,2 (1,9)	9,6 (2,7)	8,9 (2,3)	12,3% (5,6)
Frequentou ambulatório médico/enfermagem na unidade (N=606)	Sim	34,3%	34,6%	40,0%	33,8%	38,7%	35,6%
	Não	65,7%	65,4%	60,0%	66,2%	61,3%	64,4%
Frequentou ambulatório psicologia na unidade (N=614)	Sim	33,5%	32,3%	42,4%	30,6%	32,7%	33,6%
	Não	66,5%	67,7%	57,6%	69,4%	67,3%	66,4%
Frequentou serviço social na unidade (N=606) Recebeu orientações sobre prevenção de gravidez /DST /AIDS na unidade (N=711)	Sim	29,2%	31,0%	26,7%	36,1%	22,1%	29%
	Não	70,8%	69,0%	73,3%	63,9%	77,9%	71%
	Sim	28,9%	51,4%	33,3%	19,8%	45,6%	37,3%
	Não	50,6%	33,5%	55,0%	59,3%	47,8%	47%
Durante a internação, frequentou posto de saúde fora da unidade (N=757)	Não sabe	20,5%	15,1%	11,7%	21,0%	6,6%	15,8%
	Sim	27,8%	32,5%	38,8%	25,9%	26,8%	29,6%
	Não	72,2%	67,5%	61,2%	74,1%	73,2%	70,4%
	Sim	7,6%	9,0%	7,5%	4,7%	12,1%	8,5%
Durante a internação, frequentou consultório médico particular fora da unidade (N=755)	Não	92,4%	91,0%	92,5%	95,3%	87,9%	91,5%
	Sim	7,6%	7,0%	11,9%	4,7%	5,7%	7,2%
Durante a internação, frequentou consultório odontológico fora da unidade (N=755)	Não	92,4%	93,0%	88,1%	95,3%	94,3%	92,8%
	Sim	4,9%	5,5%	3,0%	2,4%	6,4%	4,9%
Durante internação, frequentou consultório outro profissional (psicologia, etc), fora da unidade (N=755)	Não	95,1%	94,5%	97,0%	97,6%	93,6%	95,1%
	Sim	15,2%	12,6%	25,4%	16,5%	17,7%	16%
Durante internação, frequentou pronto socorro, UPA ou emergência, fora da unidade (N=754)	Não	84,8%	87,4%	74,6%	83,5%	82,3%	84%
	Sim	10,3%	13,6%	19,4%	7,1%	16,3%	12,7%
Durante internação, frequentou hospital (internação) (N=755)	Não	89,7%	86,4%	80,6%	92,9%	83,7%	87,3%
	Sim	3,8%	6,0%	6,0%	3,5%	5,0%	4,8
Durante internação, frequentou Centro de Atenção Psicossocial (N=755)	Não	96,2%	94,0%	94,0%	96,5%	95,0%	95,2
	Sim	4,2%	5,5%	4,5%	2,4%	4,3%	4,4
Durante internação, frequentou Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (N=755)	Não	95,8%	94,5%	95,5%	97,6%	95,7%	95,6
	Sim	9,1%	11,0%	23,3%	21,1%	22,6%	15,1%
Foi hospitalizado em hospital da rede pública durante internação (N=602)	Não	90,9%	89,0%	76,7%	78,9%	77,4%	84,9%
	Sim	2,2%	5,8%	5,9%	4,8%	9,3%	5%
Foi hospitalizado em hospital da rede privada durante internação (N=515)	Não	97,8%	94,2%	94,1%	95,2%	90,7%	95%
	Sim	3,5%	4,2%	1,7%	10,4%	3,9%	4,4%
Fez cirurgias depois de entrar na unidade (N=662)	Não	96,5%	95,8%	98,3%	89,6%	96,1%	95,6%
	Melhorou	11,3%	17,8%	4,7%	17,9%	17,7%	14,3%
	Continua igual	41,2%	37,9%	45,3%	37,2%	36,2%	39,3%
Saúde após a internação na unidade (N=684)	Piorou	47,5%	44,3%	50,0%	44,9%	46,2%	46,3%
	Sim	33,8%	41,2%	28,6%	38,2%	59,5%	59,4%
	Não	66,3%	58,8%	71,4%	61,8%	40,5%	40,6%

*Fatores associados aos problemas de saúde dos adolescentes internados*

Na TABELA 4 se destacam os modelos logísticos realizados para algumas doenças prevalentes e aspectos a elas associados.

Em relação à **Doença Bucal**, que foi devidamente mensurada pela presença de dor e perda de dentes durante a internação, foram investigadas associações com diversos parâmetros como por exemplo, a idade, a vida na rua e a vida em abrigo, a reincidência no ato infracional, a alimentação não saudável (por exemplo, doces, refrigerantes e produtos industrializados), a escovação anterior à internação, o atendimento pelo dentista antes e durante a internação, as condições de saúde durante a internação e o insucesso na tentativa de atendimento em saúde na unidade do estabelecimento. Os resultados da análise multivariada mostram que ter morado na rua (OR=1,86,  $p=0,031$ ) está associado à má saúde bucal, e ter consumido refrigerantes de forma intensa e contínua também está associado a má saúde bucal (OR=2,659,  $p=0,019$ ).

Em relação às **frequentes dores no pescoço e coluna**, ressaltam-se: a idade, o fato de ter morado na rua e em abrigo, a reincidência no ato infracional, o número de pessoas por alojamento, a atividade física realizada, o índice de massa corporal, os pesadelos, a presença de deficiência física e amputação de membros, o fato de sofrer agressão física na unidade, as condições de saúde durante a internação e o insucesso na tentativa de atendimento em saúde na unidade.

Como se verifica na TABELA 4, permaneceram significativas no modelo multivariado as variáveis: idade (quanto mais velho o adolescente, mais dores no pescoço ou coluna; OR= 1,312,  $p=0,015$ ); a presença de deformidade

permanente ou rigidez constante de dedo, mão ou braço (OR=2,823, p=0,025); o fato de ter sofrido agressão física na unidade (OR= 1,717, p=0,022); e ter precisado e não ter conseguido atendimento adequado em saúde na unidade (OR= 1,647, p=0,029).

Sobre as **doenças de pele** foram testadas as seguintes variáveis: a idade, o fato de ter morado na rua e em abrigo, a reincidência no ato infracional, o número de pessoas por alojamento, a frequência de visitas de familiares (pelo acesso a produtos de higiene), as condições de iluminação, ventilação e higiene do alojamento, as condições de saúde durante a internação e o insucesso na tentativa de atendimento em saúde na unidade. A única variável dependente associada aos problemas de pele é o não atendimento em saúde por parte das unidades (OR= 1,828, p=0,003).

Em relação às **doenças respiratórias (asma e bronquite)**, foram investigadas idade, vida na rua e em abrigo, reincidência ao ato infracional, número de pessoas por alojamento, condições de iluminação, ventilação e higiene nos alojamentos, atividade física realizada, condições de saúde durante a internação e insucesso na tentativa de atendimento em saúde na unidade. No modelo multivariado restaram: ter morado em abrigo antes da internação, no limiar da significância estatística utilizada no estudo (OR=2,274, p=0,051) e precária ventilação dos alojamentos nas unidades de internação (OR= 1,068, p=0,034).

**Tabela 4.** Análises bi e multivariada das condições de saúde dos adolescentes internados em unidades do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) do Estado do Rio de Janeiro

Variáveis	Categorias (N)		Análise bivariada		Análise Multivariada	
<b>Dor ou perda de dentes na unidade</b>						
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>OR bruta</b>	<b>p valor*</b>	<b>OR ajustada</b>	<b>p valor*</b>
Morou na rua	60	517	1,715	0,036	1,855	0,031
Alimentação com guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos)	546	31	0,721	0,142	-	-
Alimentação com refrigerantes	490	87	1,718	0,121	2,659	0,019
<b>Frequentes dores no pescoço, costas ou coluna nos últimos doze meses</b>						
Idade	<i>contínua</i>	<i>contínua</i>	1,158	0,022	1,312	0,015
Morou na rua	30	313	1,624	0,059	-	-
Reincidência	114	229	0,767	0,113	-	-
Ter pesadelos	96	247	0,492	0,001	-	-
Dorme menos que a maioria das pessoas da idade	76	267	0,595	0,012	-	-
Dorme mais que a maioria das pessoas da idade durante o dia e/ou à noite	62	281	0,623	0,042	-	-
Deficiência física	24	319	2,069	0,018	-	-
Dedo ou membro amputado	8	335	2,167	0,023	-	-
Deformidade permanente ou rigidez constante de pé, perna ou coluna	15	328	2,245	0,009	-	-
Deformidade permanente ou rigidez constante de dedo, mão ou braço	23	320	1,875	0,027	2,823	0,025
Sofreu agressão física na unidade	206	137	1,825	0,000	1,717	0,022
Precisou de atendimento em saúde na unidade e não conseguiu	155	188	1,444	0,032	1,647	0,029
<b>Doenças de pele nos últimos doze meses</b>						
Idade	<i>contínua</i>	<i>Contínua</i>	1,121	0,098	-	-
Morou na rua	47	400	1,801	0,025	-	-
Morou em abrigo	32	415	1,916	0,044	-	-
Iluminação do alojamento	<i>contínua</i>	<i>contínua</i>	949	0,043	-	-
Higiene/limpeza do alojamento	<i>contínua</i>	<i>contínua</i>	963	0,116	-	-
Saúde mudou depois da internação	49	398	1,961	0,023	-	-
Precisou de atendimento em saúde na unidade e não conseguiu	200	247	2,111	0,000	1,828	0,003
<b>Asma ou bronquite nos últimos doze meses</b>						
Morou na rua	48	410	2,010	0,017	-	-
Morou em abrigo	31	427	2,525	0,007	2,274	0,051
Reincidência na internação	145	313	0,736	0,138	-	-
Ventilação do alojamento	<i>contínua</i>	<i>contínua</i>	1,065	0,025	1,068	0,034
Higiene/limpeza do alojamento	<i>contínua</i>	<i>contínua</i>	0,963	0,116	-	-

## DISCUSSÃO

O perfil dos adolescentes em conflito com a lei do estado do Rio de Janeiro mostra que a maioria é mais velha, com quase 90% destes com idade variando entre 16 e 21 anos, similares aos apresentados no Relatório Anual SINASE, referentes aos adolescentes internados em 2014<sup>9</sup>. Os resultados referentes à **raça/cor**, também demonstram similaridade em relação aos adolescentes em privação de liberdade do país<sup>9</sup>, cuja maioria se declara de cor preta ou parda. Quanto ao **Estado Civil** do adolescente privado de liberdade no Estado do Rio de Janeiro, quase metade dos adolescentes afirmou ser ou ter sido casado.

A baixa **frequência escolar** refletida no atraso educacional (quase 90% ainda não concluiu o ensino fundamental) está acima do observado para a população brasileira: Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE revelam que em 2014 o acesso à escola era de 98,5%, para a população de 6 a 14 anos, e de 84,3%, para a faixa etária de 15 e 17 anos<sup>24</sup>. A pesquisa de Castro *et al.*<sup>25</sup> aponta ainda que 87,7% dos jovens de comunidades pobres cariocas frequentam a escola ou faculdade, contra apenas os 47,5% dos adolescentes institucionalizados que o faziam antes da internação. É também frágil a escolarização durante a estadia na unidade.

A baixa **escolaridade dos chefes de família**, associada à pobreza é outra constatação que pode ajudar a compreender porque a escola não é vista como uma alternativa mais eficaz à entrada precoce desse adolescente no mercado de trabalho<sup>25</sup>.



O fato de cerca da metade de todos os adolescentes internados em unidades do Estado trabalharem antes da internação evidencia mais uma das vulnerabilidades por eles vivenciadas. Esse resultado contrasta até com a alta proporção de adolescentes moradores das comunidades do Rio de Janeiro que trabalham (35%), e com o número de estudantes brasileiros da mesma faixa etária (13,4%). Pobreza e baixa escolaridade das famílias são apontadas como traços comuns entre os adolescentes do DEGASE, que ajudam a explicar esta necessidade de trabalhar tão cedo<sup>25,26,27</sup>. Os tipos de ocupação desempenhados pelos adolescentes do DEGASE também é ilustrativo: cerca de 15% trabalhavam como pedreiro ou seu ajudante e outros 15% consideravam sua atuação no tráfico como trabalho. Outras ocupações menos frequentemente relatadas foram: lavador de carros, barbeiro, mecânico, moto táxi, vendedor, "jovem aprendiz", camelô e entregador. Destaca-se que para pilotar uma moto, esse adolescente o faz sem habilitação exigida, visto que a menoridade é fator determinantemente impeditivo, muito embora a valorização do trabalho se sobreponha a ilegalidade do ato. Constatou-se que quase a metade dos adolescentes cometeram reiteradamente atos infracionais e já eram reincidente, alguns já com 3 ou 4 outras medidas de privação de liberdade cumpridas.

No que se refere à **avaliação antropométrica**, não se constatou diferenças significativas entre os resultados obtidos no DEGASE com os obtidos com o restante da população em geral, da mesma faixa etária, com a maioria tendo peso e altura normais para a idade<sup>28,29</sup>. Dados do IBGE demonstram que 71,2% dos adolescentes brasileiros de 10 a 19 anos estavam com o peso dentro do considerado ideal ou saudável; que a prevalência de

déficit de peso é baixa, de apenas 3,4%; e que o percentual de adolescentes com sobrepeso ou obesidade é de 25,4%, com pouca variação entre os sexos<sup>28</sup>. Nas unidades do Estado do Rio constatou-se um pouco a mais de adolescentes abaixo do peso (4,9%) e menos adolescentes (cerca de 15%) com sobrepeso ou obesidade<sup>22</sup>. Segundo Ramirez *et al*<sup>30</sup> os estudos epidemiológicos que se utilizam da avaliação antropométrica têm demonstrado que a prevalência de excesso de peso vem superando a de desnutrição em todas faixas de idade, estratos sociais e demográficos, e que isso representa fator de risco em curto e longo prazo para o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, cada vez mais frequentes e precoces.

Sobre a **alimentação** dos adolescentes internados no DEGASE, verificou-se que quase a totalidade dos adolescentes tomavam café, almoçavam, lanchavam e jantavam diariamente antes de serem internados, próximo ao recomendado: três refeições e dois lanches por dia, dando-se preferência às frutas nos lanches e sobremesas<sup>28,29,31</sup>. Todavia, as práticas alimentares dos adolescentes entrevistados estão longe do preconizado para a adolescência: consumo semanal igual ou superior a cinco dias com alimentos marcadores de alimentação saudável. Os alimentos marcadores de alimentação não saudável - MANS são frequentes na dieta dos adolescentes antes da internação, destacando-se os alimentos ultraprocessados, que devem ser evitados. Este padrão preocupa, especialmente entre jovens com sobrepeso e obesidade, pois se tornam mais suscetíveis a doenças crônicas não transmissíveis. Ressalta-se que estudantes brasileiros da mesma faixa etária possuem padrão alimentar similar<sup>27,30</sup>.

Em relação à precária prática de **atividade física** observada no ambiente socioeducativo no Estado do Rio de Janeiro, de acordo com o Decreto n. 7.984, de 08.04.2013, esta deve privilegiar princípios socioeducativos como inclusão, participação, cooperação, promoção à saúde, coeducação e responsabilidade. A falta da atividade física observada contribui substancialmente para incremento da morbimortalidade e incapacidades. Juntamente à alimentação pouco saudável, o sedentarismo é das principais causas das doenças não transmissíveis mais importantes, como as cardiovasculares, a diabetes tipo 2 e determinados tipos de câncer. Outras doenças relacionadas a má alimentação e a falta de atividade física são: a cárie dental e a osteoporose<sup>31</sup>.

A fim de trazerem benefícios para a saúde cardiorrespiratória, as atuais recomendações internacionais sobre a atividade física sugerem que os adolescentes pratiquem 60 minutos ou mais por dia de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, na maioria dos dias da semana, devendo incluir atividades de resistência muscular/força e alongamento, pelo menos três dias por semana. Um estudo transnacional intitulado *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, desenvolvido pela OMS demonstrou que os baixos níveis de atividade física não são exclusividade brasileira. Segundo este estudo estes níveis permanecem baixos também em adolescentes e crianças de 42 países da Europa e América do Norte<sup>32,33</sup>.

Quando perguntados pela nota (de 0 a 10) que dariam para a oferta e qualidade das atividades físicas e desportivas nas unidades do DEGASE, os adolescentes demonstraram profunda insatisfação, e a mediana obtida dessa pontuação foi de 3,29 pontos de 10,0 pontos possíveis. Sobre as modalidades

desportivas ou atividades físicas ofertadas nas unidades, mais de 83% responderam futebol, se referindo aos "rachas" ou "peladas" de futebol, que, sem orientação pedagógica tem apenas caráter recreativo, não produzindo os efeitos desejados e esperados num ambiente que se propõe socioeducativo. Na verdade, esse tipo de atividade, sem orientação, pode inclusive ser um meio de perpetração de violência e reafirmação de poder dos mais aptos sobre os menos aptos.

O **sono** é outro aspecto de saúde a ser investigado para se alcançar a saúde. Neste estudo mais da metade dos adolescentes afirmaram dormir menos que a maioria e sofrer com pesadelos, vivendo em alojamentos superlotados (chegando a 15 em algumas unidades). Conforme determinação da Resolução 46/96 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)<sup>34</sup>, cada Unidade deve ser constituída de alojamentos habitados por no máximo 3 (três) adolescentes. Cada unidade socioeducativa não deve ultrapassar o número de 15 (quinze) alojamentos. Em caso de existência de mais de uma Unidade no mesmo terreno, estas não devem ultrapassar o número de 90 (noventa) adolescentes na sua totalidade, porém constatamos na pesquisa unidades com até 326 adolescentes.

Além disso e das questões biológicas próprias da adolescência, o contexto social onde se insere o indivíduo influencia de forma decisiva no ciclo vigília/sono e, conseqüentemente, em todo seu desenvolvimento. A baixa duração e/ou a má qualidade do sono vêm sendo associados a diversos problemas de saúde, por interferir nos níveis de atenção e aprendizagem dos adolescentes, por afetarem o desenvolvimento físico e emocional destes, favorecendo o surgimento de distúrbios psíquicos, problemas metabólicos e de

excesso de peso, além de influenciar negativamente na percepção de estresse vivido. Hábitos ruins de sono adquiridos na infância e na adolescência tendem a se consolidar na vida adulta<sup>35,36</sup>.

Sobre a **saúde bucal**, quase a metade dos adolescentes sentiram dor de dente durante a internação e poucos receberam atendimento odontológico. Apesar de quase todos escovarem os dentes com frequência recomendada, igual ou superior a duas vezes, um expressivo número de adolescentes (14,3%) perdeu pelo menos um dente durante o período de internação. Esses números são mais que o dobro dos referidos pelos estudantes brasileiros<sup>27</sup>. Machado *et al.*<sup>37</sup> e Oliveira *et al.*<sup>38</sup> constataam em seus estudos esta situação de maior precariedade entre adolescentes institucionalizados. A escovação é o mais efetivo método de prevenção e controle da cárie dentária e de outras doenças periodontais. A cárie dentária é a morbidade crônica não transmissível mais prevalente no mundo em todas as faixas etárias. O baixíssimo percentual de adolescentes privados de liberdade no Rio de Janeiro que tiveram acesso a um dentista nos últimos 12 meses (8,8%) é muito aquém do relatado por estudantes brasileiros (69,7%)<sup>27</sup>. Não sem motivos, os adolescentes do DEGASE avaliaram o atendimento dentário como o pior dos serviços em saúde ofertados, em todas as unidades pesquisadas.

As **dores frequentes no pescoço e coluna** mostraram-se preocupação grande entre os adolescentes. Acometem expressiva parcela da população brasileira e mundial, impactando economicamente e na qualidade de vida dos indivíduos acometidos<sup>35</sup>. Parte da explicação para esses resultados pode ser compreendida pela presença de pessoas com deficiências, rigidez ou lesões permanentes, camas e alojamentos insalubres onde passam a maior parte do

tempo ocioso, escassez de atividades físicas, agressões físicas, negligência no atendimento em saúde, dentre outros fatores.

O expressivo percentual de adolescentes que afirmou **ter sofrido agressão física** nas unidades socioeducativas do Estado é um sério fator que prejudica as condições de vida na instituição. O fato de mais de 12% dos adolescentes afirmar ter adquirido alguma lesão permanente após a internação nas unidades do DEGASE sugere certa naturalidade deste tipo de violência.

Resultados de pesquisa comparativa entre adolescentes de comunidades cariocas com os internados no DEGASE evidenciaram que esses últimos são consistentemente mais vitimizados por violência do que os adolescentes moradores das comunidades. São cerca de 60% de indivíduos internados que relataram já ter sido vítimas de agressão física, por exemplo, enquanto entre os adolescentes moradores das comunidades cariocas esse número é de 26%<sup>25</sup>.

A contaminação por doenças transmissíveis como as **doenças de pele** são favorecidas pela superlotação e insalubridade desses ambientes. Com média de 12 indivíduos por alojamento, o índice de adolescentes com doenças de pele nas unidades do DEGASE chega a quase 1/3 do total de internados. A dificuldade em se conseguir atendimento médico para o tratamento das doenças de pele no sistema socioeducativo é fato evidente nos dados apresentados. Segundo relatório oficial produzido pelos membros do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate a Tortura (MEPCT-RJ), "*nos alojamentos do DEGASE há mais adolescentes que comarcas, que é como são chamadas as camas, e é comum que estes tenham que dividir um mesmo colchão, quase sempre em mau estado e de péssima qualidade*". A maior parte

do tempo encarcerados, “enfrentam dificuldade em manter sua higiene pessoal, devido ao pouco ou nenhum acesso a itens de higiene, como sabonete, desodorante e creme dental”. Os membros da equipe avaliadora do MEPCT-RJ verificaram também a “inexistência de roupas ou serviço de lavanderia, seja para roupa de cama, toalha de banho ou uniformes nas unidades visitadas”. Resultado disso é um alto índice de doenças de pele e furúnculos<sup>14</sup>. Em nível nacional a realidade é similar<sup>2</sup>.

As **doenças respiratórias** (asma e bronquite) entre os adolescentes do DEGASE (18,5%) estão em níveis elevados. Aspectos como ter morado em abrigo e a precária **ventilação dos alojamentos** no DEGASE estão associados à manifestação da doença no espaço institucional. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008) demonstrou que a prevalência de, pelo menos, uma doença crônica era de 9,5% nos adolescentes do sexo masculino e pouco mais de 11% nas do sexo feminino. A asma é, dentre as doenças crônicas, a mais prevalente na faixa etária no país<sup>38</sup>. Nos Estados Unidos, as doenças crônicas entre crianças e adolescentes vêm crescendo nas últimas décadas. As estimativas de prevalência estão atualmente entre 12% e 16%. No Canadá e em alguns países como a França e a Suíça, esse número gira em torno de 10%<sup>12</sup>.

As baixas notas dadas pelos adolescentes para **o atendimento médico/enfermagem das unidades do DEGASE** expressam a incapacidade do sistema atual em dar respostas às necessidades em saúde dos adolescentes atendidos, bem como aos ideais socioeducativos propostos pela legislação e que são de direito dos adolescentes sob custódia do Estado.

A superlotação e as condições de manutenção e limpeza dos alojamentos e das instalações das unidades de socioeducação também se mostraram, de forma geral, prejudiciais para as condições de saúde dos adolescentes internos.

Relatório atualizado sobre as unidades socioeducativas do Estado do Rio de Janeiro, indica que a iluminação das unidades e dos alojamentos é precária, com fiação elétrica exposta, trazendo risco aos adolescentes<sup>14</sup>.

A lógica da segurança, que é privilegiada em prejuízo da lógica do cuidado, também é considerada sério entrave no cuidado e acesso aos serviços de saúde por parte dos adolescentes. Como os profissionais das áreas técnicas, sejam médicos, profissionais da enfermagem, psicólogos, educadores ou assistentes sociais, não vão aos alojamentos onde estão os adolescentes, salvo exceções, o acesso dos adolescentes a esses profissionais se dá por intermédio dos agentes socioeducativos. Na prática, a triagem dos chamados para atenção médica é feita pelos agentes e não pelos profissionais de saúde, suscitando queixas sobre a dificuldade de terem os chamados atendidos prontamente<sup>14</sup>.

Fora das unidades, a rede de atenção em saúde também deixa a desejar. O preconceito e a própria dificuldade operacional de acesso às unidades de saúde<sup>7</sup> contribuem negativamente no acesso aos serviços de saúde, direito desses adolescentes, segundo o ECA<sup>15</sup>, o SINASE<sup>39</sup> e a PNAISARI<sup>40</sup>. Observa-se na TABELA 3 e 4 que existem altos percentuais de demandas em saúde não atendidas, principalmente em relação às doenças de pele e às dores musculares. O princípio da universalidade pressupõe que o



adolescente em condição de privação de liberdade seja encaminhado a rede de atenção em saúde fora da unidade<sup>40,41</sup>.

Sintetizando as questões de saúde elencadas até aqui, o que se apurou é que quase metade dos adolescentes entrevistados afirmou que seu **estado geral de saúde** piorou após a internação nas unidades socioeducativas do Estado. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar destaca que mais de 70,0% dos escolares brasileiros classificaram seu estado de saúde como bom ou muito bom<sup>27</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tudo o que foi aqui apresentado e discutido e, apesar da garantia da legislação e das políticas públicas já implementadas, constata-se que a saúde como eixo central da socioeducação, prevenção e reincidência do ato infracional não vem recebendo a atenção demandada. Grande parte dos adolescentes em privação de liberdade faz parte de um contingente que vive esta importante e fundamental fase da vida alijada das condições necessárias para o seu pleno desenvolvimento.

Pela própria realidade estrutural das unidades e da efetivação dos ideais socioeducativos, fica evidente uma urgente necessidade de subordinação da assistência a saúde dessa população a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei**, a PNAISARI. Surgida da necessidade de aperfeiçoamento das ações em saúde e do fortalecimento de estratégias intersetoriais desenvolvidas para adolescentes em conflito com a lei, que tem como principal objetivo garantir acesso aos adolescentes privados de liberdade a atenção à saúde, humanizada e qualificada. Afinal, as medidas socioeducativas têm caráter multidisciplinar e intersetorial, e a promoção à saúde transcende o setor sanitário, integrando a saúde ao ambiente social em que o indivíduo vive. As unidades destinadas a privação de liberdade desses adolescentes precisam ser um "espaço" de efetividade das políticas públicas de atenção integral a saúde, ao invés de "espaço" de adoecimento e de desrespeito aos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

- 1- GONÇALVES HR, GARCIA J. Juventude e sistema de direitos no Brasil. **Psicol. Cienc. Prof.** 2007; 2(3).
- 2- VILAS BOAS CC, CUNHA CF, CARVALHO R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(2): 225-233.
- 3- VILAS BOAS CC. **A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte: impasses e desafios.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte, 2013.
- 4- FEITOSA JB, BOARINI ML. The Defense of Socio-Educational Internment: Feature of the Hygienist Principles. **Paidéia** 2014 24(57): 125-133.
- 5- MARINHO FC, VARGAS JD. Permanence and resistance: Legislation, management and treatment of juvenile delinquency in Brazil and in France. **Dilemas** 2015; 1: 267-298.
- 6- RIO DE JANEIRO. Assembléia Legislativa. **Relatório Anual do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro: ALERJ; 2015.

- 7- SCISLESKI ACC, BRUNO BS, GALEANO GB, SANTOS SN, E SILVA JLC. Medida Socioeducativa de Internação: dos Corpos Dóceis às Vidas Nuas. **Psicologia: Ciência e Profissão** 2014; 34(3): 660-675.
- 8- BARTIJOTTO J, TFOUNI L V, SCORSOLINI-COMIN F. O ato infracional no discurso do Estatuto da Criança e do Adolescente brasileiros. **Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv** 2016; 14(2): 913-924.
- 9- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **LEVANTAMENTO ANUAL SINASE 2014**. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos; 2017.
- 10- VILARINS, N.P.G. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciênc & Saú Colet** 2014; 19(3): 891-898.
- 11- PENNER EK, ROESCH R & VILJOEN JL. Young Offenders in Custody: An International Comparison of Mental Health Services. **International Journal of Forensic Mental Health**, 2011; 10:215-232.
- 12- BRAZ M, BARROS FILHO AA, BARROS MBA. Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2013; 29(9): 1877-1888.

13- COSTA NR, SILVA PRF. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** 2017; 22(5):1467-1478.

14- RIO DE JANEIRO (Estado). Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. **Presídios com nome de escola: inspeções e análises sobre o sistema socioeducativo do Rio de Janeiro**. Organização: Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. – Rio de Janeiro: MEPCT/RJ, 2017; 125 p.

15-. BRASIL, LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União 14 de julho de 1990.

16- ARÊAS NETO NT, CONSTANTINO P, ASSIS SG. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis** 2017; 27(3):511-540.

17- MINAYO MCS, SOUZA ER. **Violência sob o Olhar da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

18- MORRIS RE. Health Care for Incarcerated Adolescents: Significant Needs with Considerable Obstacles **Virtual Mentor Ethics Journal of the American Medical Association** 2005; 7(3).

19- SEEDUC. SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Nº de menores infratores internados dobra no RJ, e**

**vagas em abrigos aumentam apenas 28%**. 07 de Jan 2014. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimasnoticias/2013/06/15/n-de-menores-infratores-internados-dobra-no-rj-e-vagas-em-abrigos-aumentam-apenas-28.htm#fotoNav=10>. Acesso em: 05 de março de 2018.

**20- MINAYO MCS (Org.). Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro/organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Patricia Constantino.- Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.**

**21- WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee.** Geneva; 1995. 462 p.

**22- CONDE W L & MONTEIRO CA. (2006). Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. *Jornal de Pediatria*, 82(4), 266-272.**

**23- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). The Importance of Regular Physical Activity for Children.** Atlanta: CDC; 2001.

**24- SÍNTESE de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 132 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 35).

**25- CASTRO ACB, CAMPOS C, MOURA D. AZEVEDO NF. STUSSI M, ALBUQUERQUE F, TRAVASSOS G, MAGALHAES V, PULICI A. *Cadernos da Juventude Carioca*; 2016.**

**26-IBGE.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico - 2010.** Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

**27- IBGE.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 /** IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro : IBGE, 2016a. 132 p.

**28- BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b; 156 p.

**29- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.** Rio de Janeiro, RJ: IBGE; 2010 b. 130 p.

**30- RAMIRES, EKNM et al.** Estado nutricional de crianças e adolescentes de um município do semiárido do Nordeste brasileiro. **Rev. paul. pediatr** 2014; 32(3):200-207.

**31- WHO. Guideline: sugars intake for adults and children.** Geneva: WHO, 2015. 49p. Disponível em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf)>. Acesso em: 10 de jan. 2018.

**32- WHO. PHYSICAL activity.** Geneva: World Health Organization - WHO, 2015. Fact sheet n. 385, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>>. Acesso em: 10 de jan. 2018.

**33- \_\_\_\_\_.** **Global recommendations on physical activity for health.** Geneva: WHO, 2010. 58p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)>. Acesso em: 10 de jan. 2018.

**34- BRASIL.** Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo -SINASE/** Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA; 2006.

**35- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios(PNAD) Um Panorama da saúde no Brasil : acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde : 2008 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2010a; 256 p.**

**36- FELDEN EPG, LEITE CR, REBELATTO CF, ANDRADE RD, BELTRAME TS.** Sono em adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos: revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr.** 2015; 33(4):467-473.



**37-** MACHADO DB, ABREU MHNGD, VARGAS AMD. Situação de saúde bucal de adolescentes internados em unidades socioeducativas de Belo Horizonte, Brasil. **Arq. Cent. Estudos** 2010; 46(03): 160-167.

**38-** OLIVEIRA DC, FERREIRA FM, MOROSINI I A., TORRES CCP, MARTINS SP, FRAIZ FC. Impact of Oral Health Status on the Oral Health-Related Quality of Life of Brazilian Male Incarcerated Adolescents. **Oral Health Prevent Dental** 2015; 3(5): 417-25.

**39-** BRASIL, LEI Nº12.594, de 18 de janeiro de 2012. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)**. Diário Oficial da União 19 de janeiro de 2012.

**40-** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei : normas e reflexões /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015; 88 p.

**41-** PAIM JS, SILVA LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde** 2010; 12(2):109114.

## 6. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da tese permitiu verificar que a esmagadora maioria dos adolescentes em atendimento socioeducativo na privação de liberdade estão alijados das condições mínimas necessárias para seu pleno desenvolvimento nas unidades socioeducativas. Esta constatação surge nos dois artigos apresentados: o primeiro que avalia o cenário nacional e o segundo com um retrato da situação no Estado do Rio de Janeiro em 2017. Os documentos oficiais e a literatura científica que deram sustentáculo a essa tese apontam uma série de problemáticas questões existentes na rotina das unidades de atendimento socioeducativo, que estão em total desacordo com o que propõem o Sistema de Garantia de Direitos de Adolescentes e Crianças, consagrado por meio do ECA<sup>5</sup> e o SINASE<sup>6</sup>. Na prática, a legislação específica, embora avançada no que tange aos direitos, ainda não se consolidou de fato.

Parte do problema começa com a própria estrutura física das unidades destinadas a socioeducação no Estado do Rio, que é arcaica, "semelhantes a antigas masmorras" e desconexas dos ideais socioeducativos, revelando situação desumana e degradante, ambiente insalubre, úmido, sujo e claustrofóbico<sup>18</sup>. Segundo o SINASE, somente a partir da mudança da estrutura física baseada num projeto pedagógico e com profissionais capacitados será possível humanizar o atendimento e transformar as Unidades em ambientes verdadeiramente socioeducativos<sup>29</sup>.

A história do atendimento socioeducativo no Brasil denota uma trajetória inglória nos seus modelos de tratamento, com histórico de maus tratos,

menosprezo, abandono e diversas outras formas de violência, o que contribui decisivamente para que o índice de reiteração e, conseqüentemente de reincidência seja de mais de 85%<sup>16,58,80,81,82,83</sup>.

O Mecanismo Estadual para a Prevenção e Combate a Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ) considera extremamente grave as denúncias de tortura e violações de direitos humanos verificadas no DEGASE, as quais aviltam a dignidade humana das pessoas privadas de liberdade nos espaços de socioeducação e de seus familiares, que não alcançam justiça e reparação integral. Foram registradas 19 mortes no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro em um período de 10 anos (2007-2017), sem que em nenhuma delas houvesse a responsabilização dos agentes do Estado<sup>18</sup>.

O ARTIGO 1 desta tese constata a carência de estudos nacionais sobre saúde e em especial sobre a saúde física dos adolescentes em privação de liberdade, endossando a relevância do aprofundamento nessas questões, contempladas no artigo 2 do presente trabalho. Traz em seus resultados considerações graves sobre as condições em que se cumprem as medidas socioeducativas em privação de liberdade no Brasil, pautadas na literatura e em relatórios provenientes de instituições e programas oficiais.

O trabalho de campo que deu origem ao ARTIGO 2 reiterou os aspectos levantados na revisão bibliográfica efetuada, destacando o fracasso dos ideais socioeducativos que deveriam ter primazia no atendimento prestado aos adolescentes custodiados pelo Estado e o distanciamento das normas preconizadas em Lei e em normativas. De fato, as reais condições de aplicação das medidas socioeducativas de internação descaracterizam seus propósitos e intensificam processos de exclusão, comprometendo a condição de

desenvolvimento e dignidade do adolescente, e contribuindo negativamente na promoção de saúde e cidadania dos inseridos no sistema<sup>7,26,27,38,56,58,60,80,81,82,83,84</sup>.

O artigo que analisa as condições de saúde física de adolescentes privados de liberdade no Estado do Rio de Janeiro deixa explícito que quase a metade dos adolescentes percebe-se pior em sua condição de saúde após a internação. Tão grave quanto este número é o percentual de adolescentes que demandaram atendimento em saúde e disseram não terem sido atendidos (59,4%).

Outra questão importante levantada pelo ARTIGO 2 tem relação com a rotina de encarceramento em alojamentos, vivida por esses adolescentes. As atividades físicas ou ao ar livre são raras. Além disso, há dificuldade em se manter a higiene pessoal, devido ao pouco ou nenhum acesso a itens de higiene. Lembra-se que o SINASE adverte que o cumprimento das medidas socioeducativas em privação de liberdade não pode prescindir da promoção a saúde do adolescente internado, visto que essa promoção é tida como fulcral na prevenção da reincidência.

Diversas doenças foram observadas entre os adolescentes em unidades do DEGASE, além de frequentes deficiências e lesões físicas permanentes. Um total de 12,1% dos que têm algum tipo de lesão permanente informam que esta ocorreu na instituição socioeducativa e 39,9% afirmaram agressão física na unidade. Tais aspectos indicam vulnerabilidades adicionais ao que se esperaria enfrentar nesta fase da vida, demandando elevado cuidado da sociedade para com estes adolescentes.

Os modelos logísticos apresentados no artigo 2 trouxeram luz sobre aspectos relacionados as condições de vida anteriores e durante a internação, mostrando como a socialização dos adolescentes em uma sociedade pouco saudável se reflete também na situação de internação. Alimentação com elevadas quantidades de substâncias industrializadas, pouca atividade física, precários espaços para dormir e insalubres, vivenciar agressões, vivência na rua e em abrigos, dentre outras são condições que fragilizam a saúde dos jovens e que merecem ser alvo de medidas de promoção à saúde e de qualidade de vida.

Outra questão gravíssima que carece de resposta é a dificuldade de o adolescente custodiado acessar os serviços de saúde, seja dentro da unidade, seja fora da unidade, na rede de atenção do SUS. A lógica da segurança, que é privilegiada em prejuízo da lógica do cuidado em saúde, é perene e interfere nas ações e no acesso aos serviços de saúde por parte dos adolescentes. Nas unidades socioeducativas do Estado, os profissionais das áreas técnicas, os médicos, profissionais da enfermagem, psicólogos, educadores ou assistentes sociais, em geral não vão aos alojamentos onde estão os adolescentes. Na prática, a triagem dos chamados para atenção médica é feita pelos agentes e não os profissionais de saúde. Um dos resultados desse protocolo questionável são os muitos relatos de adolescentes sobre as dificuldades de atendimento em saúde nas unidades<sup>18</sup>.

Na mesma linha, a rede de atenção em saúde do SUS também é um capítulo à parte na atenção em saúde do adolescente em conflito com a lei. Preconceitos e dificuldades operacionais de acesso às unidades de saúde contribuem negativamente no acesso aos serviços de saúde, direito desses

adolescentes<sup>53</sup>, segundo o SINASE<sup>28</sup>, o ECA<sup>5</sup> e a PNAISARI<sup>17</sup>. A crise econômica, política e social que afeta o Estado do Rio de Janeiro tem também parcela de responsabilidade na precária condição de vida hoje existente nas instituições e na fragilidade da atenção em saúde nos municípios do Estado.

A invisibilidade das informações sobre os adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade é uma constatação, que mais uma vez os desqualifica enquanto sujeitos de direitos. O site oficial do DEGASE apresenta informação insuficiente sobre a sua estrutura física e sobre os recursos humanos disponíveis em suas unidades. A equipe da pesquisa que originou esta tese só teve acesso às áreas administrativas das instituições o que dificultou uma análise mais aprofundada sobre a adequação da realidade encontrada na pesquisa aos parâmetros preconizados nos marcos legais anteriormente descritos. Os poucos dados obtidos foram apresentados na metodologia e no artigo 2. Vale mencionar que informações mais precisas sobre as instalações físicas das unidades, composição de equipe, capacidade de acomodação em quartos ou alojamentos, relação de agentes por número de internos, entre outras informações que comporiam o perfil mais detalhado das unidades, não foram concedidas para a pesquisa nem pelo DEGASE e nem pelas direções das Unidades, impedindo uma análise mais elaborada da questão.

A assistência a saúde dos adolescentes custodiados pelo Estado do Rio de Janeiro só irá melhorar se houver cumprimento da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei*. Vontade política, investimento público destinado à melhoria de vida da população com menor poder aquisitivo (escolarização, oportunidades sociais, entre outros),

mudanças na lógica de atendimento e na estrutura física das unidades socioeducativas e transformação da noção de desvalorização que a sociedade brasileira (e seus representantes) tem da população pobre e descartável são alguns dos aspectos que precisam ser enfrentados, para que os ideais socioeducativos que incluem a atenção e os cuidados em saúde sejam algum dia alcançados.

## REFERÊNCIAS

- 1- ASSIS SG, CONSTANTINO P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. **Ciênc & Saú Col** 2005; 10(1):81-90.
- 2- NARDI FL, DELL'AGLIO DD. Adolescentes em Conflito com a Lei: Percepções sobre a Família. **Psicol Teor e Pesq.** 2012; 28(2):181-191.
- 3- FEIJÓ MC, ASSIS SG. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. **Estudos de Psicologia** 2004; 9(1):1571-1567.
- 4- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro : IBGE; 2016. 132 p.
- 5- BRASIL. LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União 14 de julho de 1990.
- 6- BRASIL. LEI Nº12.594, de 18 de janeiro de 2012. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)**. Diário Oficial da União 19 de janeiro de 2012.



- 7- RIO DE JANEIRO. Assembléia Legislativa. **Relatório Anual do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro: ALERJ; 2015.
  
- 8- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **LEVANTAMENTO ANUAL SINASE 2014**. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos; 2017.
  
- 9- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.tce.rs.gov.br/>. Acesso em: 10 de outubro de 2013.
  
- 10- JOST MC. Fenomenologia das motivações do adolescente em conflito com a lei **Psicologia: Teoria e Pesquisa** 2010; 26(1): 99-108.
  
- 11- PESCE RP, ASSIS SG, AVANCI JQ, SANTOS NC, MALAQUIAS JV, CARVALHAES R. 2005. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21(2):436-448.
  
- 12- WAGNILD GM, YOUNG HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **J Nurs Meas** 1993; 1:165-78.
  
- 13- ARÊAS NETO NT, FERNANDES CR, CONSTANTINO P. "Perfil de resiliência de jovens em conflito com a lei cumprindo Medidas socioeducativas

de restrição de liberdade em Campos dos Goytacazes-RJ" **Perspectiva on line** 2015; 18(5):94-96.

14- CLOUD DH, DRUCKER E, BROWNE A, PARSONS J. (2015). Public Health and Solitary Confinement in the United States. **American Journal of Public Health** 105(1): 18-26.

15- BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. **Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei**. Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, Secretaria de Direitos Humanos; 2011. 36 p.

16- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Levantamento Anual dos/as Adolescentes em Conflito com a Lei – 2012**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2013.

17- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1082, 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 Provisória (PNAISARI)**. Diário Oficial da União. 26 de maio 2014; Seção 1:63.

18- Rio de Janeiro. **Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro**. Presídios com nome de escola: inspeções e análises sobre o sistema socioeducativo do Rio de Janeiro. Organização:

Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. – Rio de Janeiro: MEPCT/RJ; 2017. 125 p.

19- OLIVEIRA TA, MARTINS DT, PEIXOTO RB. **Gerenciamento de crise nos centros de socioeducação** - Cadernos de socioeducação; v. 22. ed. - Curitiba: Secretaria de Estado da Criança e da Juventude, 2010. 72 p.

20- SEEDUC. **Nº de menores infratores internados dobra no RJ, e vagas em abrigos aumentam apenas 28%**. Secretaria Estadual de Educação do Estado do Rio De Janeiro. 07 de Jan 2014. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimasnoticias/2013/06/15/n-de-menores-infratores-internados-dobra-no-rj-e-vagas-em-abrigos-aumentam-apenas-28.htm#fotoNav=10>. Acesso em: 05 de março de 2018.

21- MINAYO MCS, SOUZA ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva** 1999; 4:7-23.

22- KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R. **World Report on Violence and Health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

23- NEGREIROS J. **Delinquências Juvenis**. Lisboa: Editorial Notícias; 2001.

24- MOLINA AG, GOMES, LF. **Criminologia: introdução a seus fundamentos teóricos: introdução às bases criminológicas da Lei**

**9.099/95, Lei dos Juizados especiais criminais.** 3ª. Ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2000.

25- GALLO AE, WILLIAMS LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. **Psicologia: teoria e prática** 2005; 7(1): 81-95.

26- DAVOGLIO TR, GAUER JC. Adolescentes em conflito com a lei: aspectos sociodemográficos de uma amostra em medida socioeducativa com privação de liberdade. **Contextos Clínicos** 2011; 4(1).

27- ARÊAS NETO NT, CONSTANTINO P, ASSIS SG. 2017. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis Revista de Saúde Coletiva** 2017; 27(3):511-540.

28- SINASE. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012.** Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - Sinase. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.

29- SINASE. **Lei nº 10.098, de 19/12/2000.** Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo SINASE. / Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA; 2006. 100p.

- 30- DIAS J, Dias ARC, Formiga NS, Gonçalves R. Juvenile delinquency and victimization in cape verde: indicators of prevalence and characterization. **Eureka-Revista Científica de Psicologia** 2016; 13(1): 24-38.
- 31- ZAPPE JG, DIAS ACG. Violência e fragilidades nas relações familiares: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. **Estudos de Psicologia** 2012; 17(3):389-39.
- 32- WACQUANT, L. *Os condenados da cidade: estudos sobre a marginalidade avançada*. Rio de Janeiro: Revan, 2001. 198p.
- 33- BURT MR. Reasons to invest in adolescents. **Journal of Adolescent Health** 2002; 31:136-152.
- 34- WAISELFISZ JJ. **Mapa da violência III: juventude, violência e cidadania**. Brasília: UNESCO, Instituto Airton Senna, Ministério da Justiça/SEDH; 2002.
- 35- MINAYO MCS, SOUZA ER. **Violência sob o Olhar da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
- 36- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Departamento de Pesquisa, **Análise da Informação e Formação de Pessoal em Segurança Pública. O que fazer para prevenir o crime e a violência?** [Brasília]: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança

Pública; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Federação das Indústrias do Rio de Janeiro; 2004. (Relatório sobre a prevenção do crime e da violência e a promoção da segurança pública no Brasil; Versão Preliminar 4.4).

37- SANT'ANNA A, AERTS D, LOPES MJ. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. **Cadernos de Saúde Pública** 2005; 21:120-129.

38- COSTA CRBSF. **Contexto socioeducativo e a promoção de proteção a adolescentes em cumprimento de medida judicial de internação no Amazonas.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2007.

39- ASSIS SG, AVANCI JQ, PESCE RP, XIMENES LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. saúde coletiva.** 2009; 14(2):349-361.

40- COELHO M. **Adolescente em conflito com a lei: Um estudo sobre políticas de ressocialização dos adolescentes atendidos na Unidade de Atendimento de Semiliberdade de Taguatinga.** Monografia (Graduação em Pedagogia), Universidade de Brasília, Faculdade de Educação. UAST/DF/ Brasília; 2013. 94p.

- 41- SOUZA ER, PERES MFT, CONSTANTINO P, BOGHOSSIAN CO, RUOTTI C, FREITAS TV, VINCENTIN B. **Jovens em risco social: avaliação de programas de prevenção a violência armada**. Brasília: Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/ Claves; São Paulo: Hucitec; 2013.
- 42- PADOVANI AS, RISTUM M. Significados Construídos acerca das Instituições Socioeducativas: Entre o Imaginado e o Vivido. **Psico-USF** 2016; 21(3):609-622.
- 43- SCISLESKI ACC, BRUNO BS, GALEANO GB, SANTOS SN, SILVA JLC. Medida Socioeducativa de Internação: dos Corpos Dóceis às Vidas Nuas. **Psicologia: Ciência e Profissão** 2014; 34(3):660-675.
- 44- CUNHA PI, ROPELATO R, ALVES MP. A Redução da Maioridade Penal: Questões Teóricas e Empíricas. **Psicologia: ciência e profissão** 2006; 26(4):646-659.
- 45- SPOSATO KB, ANDRADE MM. Em busca de justiça ao jovem: a difícil articulação entre os poderes. **Revista Direito GV**. p. 555-570.
- 46- VILAS BOAS CC, CUNHA CF, CARVALHO R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(2):225-233.
- 47- SOUZA LA, COSTA LF. A significação das medidas socioeducativas para as famílias de adolescentes privados de liberdade. **Psico-USF, Bragança Paulista** 2013; 18(2):277-288.

- 48- VILLAS BOAS CC. **A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte: impasses e desafios.** Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte; 2013.
- 49- MARINHO FC, VARGAS JD. Permanence and resistance: Legislation, management and treatment of juvenile delinquency in Brazil and in France. **Dilemas** 2015; 1:267-298
- 50- MALVASI PA. Entre a Frieza, o Cálculo e a “Vida Loka”: violência e sofrimento no trajeto de um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. **Saúde Soc.** 2011; 20(1):156-170.
- 51- SOARES LB. Roubando a cena: a (in)visibilidade perversa de adolescentes infratores. **Psicologia & Sociedade** 2010; 22(1):189-190.
- 52- GONÇALVES HR, GARCIA J. Juventude e sistema de direitos no Brasil. **Psicol. Cienc. Prof.** 2007; 27(3).
- 53- SPOSATO KB. **Relatório final do projeto do Centro de Defesa Técnico-Jurídica de adolescentes em SP;** 2003.
- 54- CONANDA. **Parâmetros para a formação continuada de atores do sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente.** Brasília DF, 2006.



- 55- HUCULAK S, MCLENNAN JD, BORDIN IAS. Exposure to violence in incarcerated youth from the city of São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2011; 33(3).
- 56- MENICUCCI CG, LADEIRA CBC. Entre monstros e vítimas: a coerção e a socialização no sistema socioeducativo de Minas Gerais. **Serv. Soc. Soc.** 2011; 107:535-556.
- 57- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 1990.
- 58- BRITO LMT. Encruzilhadas do sistema socioeducativo. Psicologia Clínica: **Revista de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro** 2003; 15:75-89.
- 59- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 60- SARAIVA JBC. **Adolescente em conflito com a lei: da indiferença à proteção integral: uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil.** 2. ed. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado; 2005.

- 61- GOLZARI M, HUNT SJ, ANOSHIRAVANI A. The health status of youth in juvenile detention facilities. **J. Adolesc. Health** 2006; 38(6):638-40.
- 62- SEDLAK AJ, MCPHERSON K. **Survey of youth in residential placement: youth's needs and services**. SYRP Report Rockville, MD: Westat; 2010.
- 63- DORIA GMS. Delinquência e associação de transtornos comportamentais com abuso de substâncias. **Ver. Assoc. Med. Bras.** 2015; 61(1):51-57.
- 64- GALLASSI AD. Fatores associados à reincidência entre adolescentes femininas em conflito com a lei de uma instituição de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 2015; 31(12):2569-2576.
- 65- VILARINS NPG. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciência & Saúde Coletiva** 2014; 19(3):891-898.
- 66- COSTA NR, SILVA PRF. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 2017; 22(5):1467-1478.
- 67- TRAVASSOS C, CASTRO MSM. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: GIOVANELLA,

L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.

68- PAIM JS, SILVA LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.) [periódico na Internet]. 2010 Ago [citado 2018 Fev 26].

69- MENDES KDS, SILVEIRA, RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem** 2008; 17(4):758-64.

70- CAMPOS CEA. Health Surveys from a Planning Perspective. **Cad. Saúde Públ.** 1993; 9(2):190-200.

71- MEDRONHO RA, CARVALHO DM, BLOCH KV, LUIZ RR, WERNECK GL. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2002.

72- O GLOBO. **Internos do Educandário Santo Exedito convivem com ratos e baratas**. Caio Barretto Briso. 27 de Março de 2016. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/internos-do-educandario-santo-expedito-convivem-com-ratos-baratas-18961844#ixzz4j8krhLOK>. Acesso em: 05 de março de 2018.

73- O DIA. **Agente do degase é agredido por menor na ilha do governador**. 08 de Fevereiro de 2017; Disponível em: <http://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2017-02->

08/agente-do-degase-e-agredido-por-menor-na-ilha-do-governador.html. Acesso em: 10 de Dezembro de 2016.

74- SINDDEGASE. **Degase visita CAI-Baixada**. Sindicato dos Servidores na Carreira Socioeducativa. Dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.sindegase.org.br/sind-degase-visita-cai-baixada.php>. Acesso em: 10 de Dezembro de 2016.

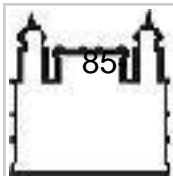
75- MINAYO MCS. **Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro**/organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Patricia Constantino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

76- FLECK MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva** 2000; 5(1):3338.

77- GOMES FS, ANJOS LA, VASCONCELLOS MTL. Antropometria como ferramenta de avaliação do estado nutricional coletivo de adolescentes. **Revista de Nutrição** 2010; 23(4):591-605.

78- SILVA DAS, PELEGRINI A, PETROSKI EL, GAYA ACA. Comparação do crescimento de crianças e adolescentes brasileiros com curvas de referência para crescimento físico: dados do Projeto Esporte Brasil. **J. Pediatr. (Rio J.)** 2010; 86(2):115-120.

- 79- RAMIRES EKNM, MENEZES RCE, OLIVEIRA JO, OLIVEIRA MAA, TEMOTEO TL, LONGO-SILVA G, LEAL VS, COSTA EC, ASAKURA L. Estado nutricional de crianças e adolescentes de um município do semiárido do Nordeste brasileiro. **Rev. Paul. Pediatr.** 2014; 32(3):200-207.
- 80- OLIVEIRA MB, ASSIS SG. Os adolescentes infratores no Rio de Janeiro e as instituições que os "ressocializam". A Perpetuação do Descaso. **Caderno de Saúde Pública** 1999; 15:831-844.
- 81- MURAD JGP, SILVA RC. **O jovem em conflito com a lei: conhecendo e compreendendo o significado de suas trajetórias em instituições e programas de atendimento na cidade de Ribeirão Preto.** In: IV Seminário de Pesquisa. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo; 2001. 151 p.
- 82- ROCHA WS. **Cultura e Políticas de Atendimento ao adolescente em conflito com a lei no Estado do Amazonas.** Amazonas: Universidade Federal do Amazonas; 2003.
- 83- OLIVEIRA ER. Ensinando a não sonhar: a anti-pedagogia oficial destinada a adolescentes infratores no estado do Rio de Janeiro. **Katálisis** 2003; 6:85-95.
- 84- SILVA ERA, GUERESE S. **Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil.** Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA; 2003.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro

**Pesquisador:** Simone Gonçalves de Assis

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53111915.8.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

**Patrocinador Principal:** Fundação Oswaldo Cruz

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.505.355

**Apresentação do Projeto:**

Este parecer refere-se à análise de respostas às pendências apresentadas no parecer consubstanciado de número 1.438.582, de 04/03/2016.

Projeto "Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro" da pesquisadora Simone Gonçalves de Assis. Constam na equipe de pesquisa Claudia de Magalhães Bezerra, Debora Stephanie Ribeiro, Fernanda Mendes Lages Ribeiro, Joviana Quintes Avanci, Nilo Terra Arêas Neto, Pedro Roberto da Silva Pereira, Patricia Constantino, Suely Ferreira Deslandes, Valéria da Rocha Pedro e Rodolfo Brandão. Informa que o financiamento provém da Fundação Oswaldo Cruz no valor de R\$ 262.000,00.

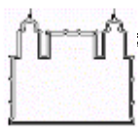
**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar as condições de saúde e qualidade de vida de adolescentes infratores cumprindo medidas socioeducativas no Estado do Rio de Janeiro, aprofundando as dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde do SUS.

**Situação do Parecer:**

**Aprovado**

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

**ANEXO 2**

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

MASCULINO

**Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro**

**Este campo só deve ser preenchido pelo aplicador**

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

Aplicador: \_\_\_\_\_

No quest.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/16

Peso: \_\_\_\_\_ (Kg)      Altura \_\_\_\_\_ (cm)

Prezado,

Este questionário quer saber como está a **sua saúde**. **Você não deve colocar seu nome**. Ninguém vai saber quem respondeu cada questionário.

Os questionários serão enviados diretamente para a Fundação Oswaldo Cruz e apenas a equipe da pesquisa terá acesso a eles.

Não existem respostas certas ou erradas, por isso a sua sinceridade é muito importante.

Leia com atenção cada pergunta e suas opções de resposta. **Não deixe de responder a nenhuma questão**. Se você marcar errado alguma questão, escreva "nulo" ao lado e assinale a opção que você acha a melhor.

Você não é obrigado a participar da pesquisa. Se você não quiser participar, por favor, deixe seu questionário em branco e devolva-o ao entrevistador.

Antes de entregar o questionário, por favor, faça uma revisão para ver se não deixou nenhuma resposta em branco.

Agradecemos a colaboração!

**BLOCO 1**

**Este primeiro bloco de perguntas se refere a informações gerais sobre você e sobre sua família.**

**1. Qual é a sua idade?**

1.  12 ANOS
2.  13 ANOS
3.  14 ANOS
4.  15 ANOS
5.  16 ANOS
6.  17 ANOS
7.  18 ANOS
8.  19 ANOS
9.  20 ANOS
10.  21 ANOS

**2. Qual a cor da sua pele?**

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> BRANCA | 4. <input type="checkbox"/> AMARELA  |
| 2. <input type="checkbox"/> PRETA  | 5. <input type="checkbox"/> INDÍGENA |
| 3. <input type="checkbox"/> PARDA  |                                      |

**3. Você é:**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> SOLTEIRO                                    | 3. <input type="checkbox"/> VIÚVO    |
| 2. <input type="checkbox"/> CASADO/VIVE COM COMPANHEIRO(A)/ NAMORADO(A) | 4. <input type="checkbox"/> SEPARADO |

**4. Você pratica alguma religião?**

1.  SIM, FREQUENTEMENTE
2.  SIM, ÀS VEZES. QUAL? \_\_\_\_\_
3.  NÃO

**5. Você estava estudando antes de ser internado?**

1.  SIM
2.  NÃO

**6. Antes de ser internado, até qual ano você frequentou a escola?**

1.  1º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL
2.  2º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL
3.  3º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL
4.  4º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL
5.  5º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL
6.  6º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL
7.  7º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL
8.  8º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL
9.  9º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL
10.  1º ANO DO ENSINO MÉDIO
10.  2º ANO DO ENSINO MÉDIO
12.  3º ANO DO ENSINO MÉDIO

**7. Antes de ser internado, você tinha algum trabalho, emprego ou negócio?**

1.  SIM, RECEBIA DINHEIRO POR ESTE TRABALHO. QUAL? \_\_\_\_\_
2.  SIM, MAS NÃO RECEBIA DINHEIRO POR ESTE TRABALHO. QUAL? \_\_\_\_\_
3.  NÃO TINHA TRABALHO, EMPREGO OU NEGÓCIO.



**8. Sua casa tem:** *(Diga a quantidade em cada item; Se não tiver, anotar 0)*

1. AUTOMÓVEL	_____ (QUANTIDADE)
2. BANHEIRO	_____ (QUANTIDADE)
3. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA	_____ (QUANTIDADE)
4. GELADEIRA SIMPLES (SEM FREEZER)	_____ (QUANTIDADE)
5. GELADEIRA DUPLEX (COM FREEZER) OU FREEZER	_____ (QUANTIDADE)
6. MÁQUINA DE LAVAR ROUPAS	_____ (QUANTIDADE)
7. LAVA-LOUÇA	_____ (QUANTIDADE)
8. MICROONDAS	_____ (QUANTIDADE)
9. DVD (NÃO CONSIDERAR DVD EM CARROS)	_____ (QUANTIDADE)
10. COMPUTADORES (NÃO CONSIDERAR TABLET OU SMARTPHONE)	_____ (QUANTIDADE)
11. SECADORA DE ROUPAS	_____ (QUANTIDADE)
12. MOTOCICLETA	_____ (QUANTIDADE)

**9. A água utilizada na sua casa vem de?**

1.  REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO
2.  POÇO OU NASCENTE
3.  OUTRO MEIO

**10. Considerando o trecho da rua em que está sua casa, você diria que a rua é:**

1.  ASFALTADA/PAVIMENTADA (calçada)
2.  TERRA/CASCALHO

**11. Antes da internação, com quais pessoas você morava na mesma casa?**  
*(Marque cada uma das perguntas.)*

1. PAI	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
2. MÃE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
3. PADRASTO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
4. MADRASTA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
5. AVÓS	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
6. IRMÃOS	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
7. AMIGOS/COLEGAS	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
8. MARIDO/ESPOSA/COMPANHEIRO(A)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
9. MORO SOZINHO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
10. OUTROS PARENTES	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
11. NÃO VIVIA COM A MINHA FAMÍLIA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

**12. Antes da internação, como era o seu relacionamento com os seus familiares?**

1. PAI	1. <input type="checkbox"/> BOM	2. <input type="checkbox"/> REGULAR	3. <input type="checkbox"/> RUIM	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVI
2. MÃE	1. <input type="checkbox"/> BOM	2. <input type="checkbox"/> REGULAR	3. <input type="checkbox"/> RUIM	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVI
3. PADRASTO/ MADRASTA	1. <input type="checkbox"/> BOM	2. <input type="checkbox"/> REGULAR	3. <input type="checkbox"/> RUIM	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVI
4. AVÓS	1. <input type="checkbox"/> BOM	2. <input type="checkbox"/> REGULAR	3. <input type="checkbox"/> RUIM	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVI
5. IRMÃOS	1. <input type="checkbox"/> BOM	2. <input type="checkbox"/> REGULAR	3. <input type="checkbox"/> RUIM	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVI
6. MARIDO/ESPOSA /COMPANHEIRO(A)	1. <input type="checkbox"/> BOM	2. <input type="checkbox"/> REGULAR	3. <input type="checkbox"/> RUIM	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVI

**13. Quem você considera o chefe da sua família?**

1.  MÃE
2.  PAI
3.  AVÔ/AVÓ
4.  PADRASTO/MADRASTA
5.  VOCÊ
6.  OUTRO. QUEM? \_\_\_\_\_
7.  NÃO VIVIA COM A MINHA FAMÍLIA.

**14. Qual a escolaridade do chefe da família?**

1.  NÃO SABE LER E ESCREVER (ANALFABETO)
2.  ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (PAROU DE ESTUDAR ATÉ O 5º ANO)
3.  ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (PAROU DE ESTUDAR ATÉ O 8º ANO)
4.  ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ESTUDOU ATÉ O 9º ANO)
5.  ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ESTUDOU ATÉ O 1º OU 2º ANO)
6.  ENSINO MÉDIO COMPLETO (ESTUDOU ATÉ O 3º ANO)
7.  SUPERIOR INCOMPLETO (NÃO COMPLETOU A FACULDADE)
8.  SUPERIOR (COMPLETO)
9.  NÃO SEI INFORMAR

**BLOCO 2**

**As questões a seguir são, em sua maioria, sobre suas condições de saúde e vida ANTES DA INTERNAÇÃO.**

**15. As questões que se seguem falam sobre sua relação com você mesmo, com seu corpo, com seus sentimentos, suas experiências de vida e suas expectativas em relação ao seu futuro. Pensando nisto, responda como se sente com as afirmações abaixo:**

**a. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

b. Às vezes, eu acho que não presto para nada.

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

**c. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

d. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

**e. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

f. Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

**g. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

h. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

**i. No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

j. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  DISCORDO 4.  DISCORDO TOTALMENTE

**16. Antes da internação, você praticava, com regularidade, atividades físicas?**  
(Por exemplo esportes ou malhar. Atenção! Considere atividade física regular aquela praticada pelo menos durante vinte (20) minutos de cada vez.)

1.  4 OU + VEZES POR SEMANA  
 2.  DE 2 A 3 VEZES POR SEMANA  
 3.  UMA VEZ POR SEMANA  
 4.  DE 2 A 3 VEZES POR MÊS  
 5.  POUCAS VEZES POR ANO  
 6.  NÃO PRATICAVA

**17. Antes de ser internado, quantas vezes por semana, aproximadamente, você consumia os alimentos listados abaixo?**

A. FEIJÃO	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
B. SALGADOS FRITOS COMO COXINHA DE GALINHA, QUIBE FRITO, PASTEL FRITO, BATATA FRITA (NÃO CONTAR A BATATA DE PACOTE), ETC.	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
C. HAMBÚRGUER, SALSICHA, MORTADELA, SALAME, PRESUNTO, NUGGETS OU LINGUIÇA.	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
D. LEGUMES OU VERDURAS CRUS COMO COUVE, TOMATE, ALFACE, ABOBORA, CHUCHU, BRÓCOLIS, ESPINAFRE, ETC. NÃO VALE BATATA E AIPIM/MANDIOCA/MACAXEIRA.	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
E. SALADA CRUA COM ALFACE, TOMATE, CENOURA, PEPINO, CEBOLA ETC.	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
F. LEGUMES OU VERDURAS COZIDOS, INCLUSIVE SOPA. POR EXEMPLO: COUVE, ABOBORA, CHUCHU, BRÓCOLIS, ESPINAFRE, CENOURA, ETC. NÃO VALE BATATA E AIPIM/MANDIOCA/MACAXEIRA.	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
G. BISCOITOS SALGADOS OU BOLACHAS SALGADAS	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
H. BISCOITOS DOCES OU BOLACHAS DOCES	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
I. SALGADINHO DE PACOTE OU BATATA FRITA DE PACOTE	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
J. GULOSEIMAS (DOCES, BALAS, CHOCOLATES, CHICLETES, BOMBONS OU PIRULITOS)	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
K. LEITE - PODE SER PURO, COM CAFÉ OU CHOCOLATE, EM VITAMINA OU MINGAU. NÃO VALE LEITE DE SOJA	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
L. REFRIGERANTES	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR

**18. Antes da internação, quais refeições você costumava fazer ao longo de um dia?**

1. CAFÉ DA MANHÃ	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
2. LANCHE NO MEIO DA MANHÃ	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
3. ALMOÇO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
4. LANCHE NO MEIO DA TARDE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
5. JANTAR	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
6. LANCHE DA NOITE, ANTES DE DORMIR	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

**19. Antes da internação, quantas vezes por dia você costumava escovar os dentes.**

1.  UMA VEZ POR DIA
2.  DUAS VEZES POR DIA
3.  TRÊS VEZES POR DIA
4.  QUATRO OU MAIS VEZES POR DIA
5.  NÃO ESCOVO MEUS DENTES TODOS OS DIAS

**20. Que doenças você teve nos últimos 12 meses?**

1. ASMA/BRONQUITE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
2. TUBERCULOSE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
3. DOENÇA DO CORAÇÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
4. FREQUENTES DORES NO PESCOÇO, COSTAS OU COLUNA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
5. ANEMIA GRAVE OU OUTRA DOENÇA DO SANGUE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
6. DENGUE/ZIKA/CHICUNGUNHA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
7. CÂNCER	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
8. DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (SÍFILIS, GONORREIA, CANCRO ETC.)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
9. HIV/AIDS	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
10. DOENÇA MENTAL, QUE NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
11. DOENÇAS DE PELE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
12. OUTRA DOENÇA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

**21. Algum profissional de saúde disse que você tem alguma deficiência?**

1. VISUAL	1. <input type="checkbox"/> PARCIAL	2. <input type="checkbox"/> TOTAL	3. <input type="checkbox"/> NÃO TENHO
2. AUDITIVA	1. <input type="checkbox"/> PARCIAL	2. <input type="checkbox"/> TOTAL	3. <input type="checkbox"/> NÃO TENHO
3. MENTAL OU INTELECTUAL	1. <input type="checkbox"/> PARCIAL	2. <input type="checkbox"/> TOTAL	3. <input type="checkbox"/> NÃO TENHO
4. FÍSICA	1. <input type="checkbox"/> PARCIAL	2. <input type="checkbox"/> TOTAL	3. <input type="checkbox"/> NÃO TENHO

**22. Você tem alguma lesão física permanente, como:**

	SIM	NÃO
A. ALGUM DEDO OU MEMBRO AMPUTADO	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
B. ALGUM SEIO, RIM OU PULMÃO RETIRADO	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
C. ALGUMA PARALISIA PERMANENTE DE QUALQUER TIPO	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
D. ALGUMA DEFORMIDADE PERMANENTE OU RIGIDEZ CONSTANTE DE PÉ, PERNA OU COLUNA	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
E. ALGUMA DEFORMIDADE PERMANENTE OU RIGIDEZ CONSTANTE DE DEDO, MÃO OU BRAÇO	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
F. INCAPACIDADE PARA RETER FEZES OU URINA	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

**23. Alguma dessas lesões permanentes aconteceu depois que você foi internado na Unidade?**

1.  SIM
2.  NÃO
3.  NÃO TENHO LESÕES PERMANENTES

**24. As questões a seguir são sobre o seu jeito de ser, dentro ou fora da unidade. Considere o seu comportamento DOS ÚLTIMOS 6 MESES ATÉ HOJE e marque cada item segundo as opções de resposta.**

ITEM	FALSO ou COMPORTAMENTO AUSENTE	MAIS OU MENOS VERDADEIRO	BASTANTE VERDADEIRO ou COMPORTAMENTO FREQUENTEMENTE PRESENTE
1. COMPORTA-SE DE MODO INFANTIL, COMO SE TIVESSE MENOS IDADE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
2. TOMA BEBIDA ALCOÓLICA SEM A PERMISSÃO DOS SEUS PAIS. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
3. ARGUMENTA MUITO (APRESENTA ARGUMENTOS PARA NÃO FAZER O QUE ESPERAM QUE VOCÊ FAÇA)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
4. NÃO CONSEGUE TERMINAR AS COISAS QUE COMEÇA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
5. POUCAS COISAS TE DÃO PRAZER	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
6. GOSTA DE ANIMAIS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
7. É CONVENCIDO, CONTA VANTAGEM	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
8. TEM DIFICULDADE PARA SE CONCENTRAR OU PARA PRESTAR ATENÇÃO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
9. NÃO CONSEGUE TIRAR CERTOS PENSAMENTOS DA CABEÇA. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
10. É AGITADO, NÃO PARA QUIETO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
11. É DEPENDENTE DE MAIS DOS ADULTOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
12. SENTE-SE SOZINHO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
13. SENTE-SE CONFUSO, ATORDOADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
14. CHORA MUITO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
15. É BASTANTE SINCERO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
16. É MAU COM OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
17. FICA NO "MUNDO DA LUA", SONHANDO ACORDADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
18. TENTA SE MACHUCAR DE PROPÓSITO OU JÁ TENTOU SE MATAR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
19. GOSTA DE CHAMAR ATENÇÃO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
20. DESTRÓI SUAS PRÓPRIAS COISAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
21. DESTRÓI COISAS DOS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
22. DESOBEDECE A SEUS PAIS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
23. É DESOBEDIENTE NA ESCOLA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
24. NÃO COME TÃO BEM COMO DEVERIA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
25. NÃO SE DÁ BEM COM OUTRAS CRIANÇAS OU ADOLESCENTES	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
26. NÃO SE SENTE CULPADO APÓS FAZER ALGO QUE NÃO DEVERIA TER FEITO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
27. TEM CIÚMES DOS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
28. DESRESPEITA REGRAS EM CASA, NA ESCOLA OU EM OUTROS LUGARES	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
29. TEM MEDO DE CERTOS ANIMAIS, SITUAÇÕES OU LUGARES (NÃO INCLUIR A ESCOLA) DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
30. TEM MEDO DA ESCOLA DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
31. TEM MEDO DE PENSAR OU DE FAZER ALGO DESTRUTIVO (CONTRA SI OU CONTRA OUTROS)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
32. TEM "MANIA DE PERFEIÇÃO", ACHA QUE TEM QUE FAZER TUDO CERTINHO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
33. ACHA QUE NINGUÉM GOSTA DE VOCÊ	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
34. ACHA QUE OS OUTROS TE PERSEGUEM	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
35. SENTE-SE DESVALORIZADO, INFERIOR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
36. MACHUCA-SE SEM QUERER FREQUENTEMENTE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
37. ENTRA EM MUITAS BRIGAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
38. É ALVO DE GOZAÇÕES FREQUENTEMENTE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
39. ANDA EM MÁS COMPANHIAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
40. ESCUTA SONS OU VOZES QUE AS PESSOAS ACHAM QUE NÃO EXISTEM. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41. AGE SEM PARAR PARA PENSAR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
42. PREFERE FICAR SOZINHO QUE NA COMPANHIA DE OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
43. MENTE OU ENGANA OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

44. RÓI UNHAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
45. É NERVOSO OU TENSO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
46. TEM "TIQUE NERVOSO", CACOETE. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
47. TEM PESADELOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
48. AS CRIANÇAS OU ADOLESCENTES NÃO GOSTAM DE VOCÊ	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
49. FAZ CERTAS COISAS MELHOR DO QUE A MAIORIA DAS CRIANÇAS OU DOS ADOLESCENTES	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
50. É APREENSIVO, AFLITO OU ANSIOSO DEMAIS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
51. TEM TONTURAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
52. SENTE-SE EXCESSIVAMENTE CULPADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
53. COME EXAGERADAMENTE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
54. SENTE-SE CANSADO DEMAIS SEM MOTIVO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
55. ESTÁ GORDO DEMAIS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
56. NA SUA OPINIÃO, APRESENTA PROBLEMAS FÍSICOS POR "NERVOSO" (SEM CAUSA MÉDICA):	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
A. DORES (DIFERENTES DAS CITADAS ABAIXO)			
B. DORES DE CABEÇA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
C. NÁUSEAS, ENJOOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
D. PROBLEMAS COM OS OLHOS (QUE NÃO DESAPARECEM COM O USO DE ÓCULOS). DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
E. PROBLEMAS DE PELE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
F. DORES DE ESTÔMAGO OU DE BARRIGA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
G. VÔMITOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
H. OUTRAS QUEIXAS. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
57. ATACA FÍSICAMENTE AS PESSOAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
58. FICA CUTUCANDO SUA PELE OU OUTRAS PARTES DO SEU CORPO. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
59. PODE SER BEM AMIGÁVEL	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
60. GOSTA DE EXPERIMENTAR COISAS NOVAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
61. NÃO VAI BEM NA ESCOLA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
62. É DESASTRADO, DESAJEITADO (TEM MÁ COORDENAÇÃO MOTORA)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
63. PREFERE CONVIVER COM PESSOAS MAIS VELHAS DO QUE COM PESSOAS DA SUA IDADE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
64. PREFERE CONVIVER COM PESSOAS MAIS NOVAS DO QUE COM PESSOAS DA SUA IDADE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
65. RECUSA-SE A FALAR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
66. REPETE CERTOS ATOS VÁRIAS VEZES SEGUIDAS DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
67. FUGE DE CASA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
68. GRITA MUITO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
69. É RESERVADO, FECHADO, NÃO CONTA SUAS COISAS PARA NINGUÉM	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
70. VÊ COISAS QUE AS PESSOAS ACHAM QUE NÃO EXISTEM DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
71. FICA SEM JEITO NA FRENTE DOS OUTROS COM FACILIDADE, PREOCUPADO COM O QUE AS PESSOAS POSSAM ACHAR DE VOCÊ	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
72. PÔE FOGO NAS COISAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
73. É HABILIDOSO COM AS MÃOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
74. FICA SE MOSTRANDO OU FAZENDO PALHAÇADAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
75. É MUITO TÍMIDO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
76. DORME MENOS QUE A MAIORIA DAS PESSOAS DE SUA IDADE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
77. DORME MAIS QUE A MAIORIA DAS PESSOAS DE SUA IDADE DURANTE O DIA E/OU A NOITE. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
78. É DESATENTO, DISTRAI-SE COM FACILIDADE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
79. TEM PROBLEMAS DE FALA. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
80. DEFENDE SEUS DIREITOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
81. ROUBA EM CASA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
82. ROUBA FORA DE CASA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
83. JUNTA COISAS DAS QUAIS NÃO PRECISA E QUE NÃO SERVEM PARA NADA. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
84. FAZ COISAS QUE AS OUTRAS PESSOAS ACHAM ESTRANHAS DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
85. PENSA COISAS QUE AS OUTRAS PESSOAS ACHARIAM ESTRANHAS. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

86. É MAL HUMORADO, IRRITA-SE COM FACILIDADE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
87. SEU HUMOR OU SENTIMENTOS MUDAM DE REPENTE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
88. GOSTA DE ESTAR COM OUTRAS PESSOAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
89. É DESCONFIADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
90. XINGA OU FALA PALAVRÕES	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
91. PENSA EM SE MATAR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
92. GOSTA DE FAZER OS OUTROS RIREM	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
93. FALA DEMAIS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
94. GOSTA DE "GOZAR DA CARA" DOS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
95. É ESQUENTADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
96. PENSA DEMAIS EM SEXO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
97. AMEAÇA MACHUCAR AS PESSOAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
98. GOSTA DE AJUDAR OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
99. FUMA CIGARRO, MASCA FUMO OU CHEIRA TABACO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
100. TEM PROBLEMAS COM O SONO. DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
101. MATAULA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
102. NÃO TEM MUITA ENERGIA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
103. É INFELIZ, TRISTE OU DEPRIMIDO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
104. É MAIS BARULHENTO QUE OS OUTROS JOVENS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
105. USA DROGAS (EXCLUIR ÁLCOOL E TABACO). DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
106. PROCURA SER JUSTO COM OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
107. GOSTA DE UMA BOA PIADA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
108. LEVA A VIDA SEM SE ESTRESSAR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
109. PROCURA AJUDAR OS OUTROS QUANDO PODE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
110. GOSTARIA DE SER DO SEXO OPOSTO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
111. É RETRAÍDO, NÃO SE RELACIONA COM OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
112. É MUITO PREOCUPADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

**Agora vamos perguntar sobre suas relações com namorados(as) ou pessoas com quem você já "ficou":**

**25. Você já transou alguma vez em sua vida?**

1.  SIM. IDADE DA 1ª VEZ \_\_\_\_\_ 2.  NUNCA TRANSEI

**26. No último ano, com quantas pessoas você transou?**

1.  NENHUMA 2.  UMA PESSOA 3.  2 A 5 PESSOAS 4.  6 OU MAIS PESSOAS

**27. Você já transou com:**

1.  MENINAS/MULHERES 2.  MENINOS/HOMENS 3.  AMBOS 4.  NUNCA TRANSEI

**28. Você ou sua parceira(o) atual (ou parceira/o anterior) usam camisinha quando transam?**

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES  
4.  NUNCA USAMOS CAMISINHA 5.  NUNCA TRANSEI

**29. Alguma namorada sua já engravidou de você?**

1.  SIM, 1 VEZ 2.  SIM, MAIS DE 1 VEZ 3.  NÃO 4.  NUNCA TRANSEI

**30. Se sua namorada já engravidou de você, ela fez aborto?**

1.  SIM, UMA VEZ 2.  SIM, MAIS DE UMA VEZ 3.  NÃO  
4.  NUNCA UMA GAROTA FICOU GRÁVIDA DE MIM 5.  NUNCA TRANSEI

**31. Você tem filhos?**

1.  SIM. QUANTOS? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO

**32. Antes de ser internado, vivia na mesma casa com o seu filho(a)?**

1.  SIM. 2.  NÃO VIVIA JUNTO COM O FILHO/NÃO TENHO FILHO(A)

A seguir algumas questões sobre situações que você passou antes da internação.

**33. As questões a seguir se referem apenas ao uso de drogas ANTES da internação. Não vale o uso de medicamentos indicados pelo médico.**

Droga	A	B
	USO ANTES DA INTERNAÇÃO	COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZAVA ANTES DE SER INTERNADO
1. Você já tomou alguma <b>bebida alcoólica</b> até se embriagar ou sentir-se bêbado (ficou de "porre")?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA FIQUEI EMBRIAGADO
2. Você já usou <b>tabaco</b> (cigarro)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA USEI
3. Você já usou <b>maconha</b> ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA USEI
5. Você já usou <b>crack</b> ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA USEI
6. Você já usou <b>outras substâncias</b> como oxi, ecstasy, produtos para sentir barato ( <i>por exemplo lança-perfume, loló, cola</i> )?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA USEI
7. Você já usou algum <b>remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica?</b> ( <i>por exemplo Hipofagin, Moderex, Inibex, Desobesi, Pervitin, Preludin. NÃO VALE ADOÇANTE NEM CHÁ</i> )	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA USEI
8. Você já tomou algum <b>tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidiabético sem receita médica?</b> ( <i>Exemplos: Diazepam, Dienpax, Lorium, Valium, Lorax, Rohypnol, Somalium, Lexotan, Rivotril</i> )	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA USEI

**34. Com que idade experimentou qualquer uma dessas drogas pela primeira vez?**

1.  SIM, EXPERIMENTEI COM \_\_\_\_\_ ANOS. QUAL? \_\_\_\_\_  
2.  NUNCA EXPERIMENTEI

**35. Você já fez uso de alguma droga após ser internado?**

1.  SIM. QUAL? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO

**36. Por quais situações você já passou na sua vida?**

	Antes da internação		Na unidade	
1. SOFREU AGRESSÃO FÍSICA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
2. SOFREU AGRESSÃO VERBAL	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
3. SOFREU ASSÉDIO OU AGRESSÃO SEXUAL	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
4. TEVE PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
5. TEVE PERFURAÇÃO POR ARMA BRANCA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
6. SOFREU ACIDENTES POR QUEDA, AFOGAMENTO, SUFOCAMENTO OU QUEIMADURA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
7. SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO (PEDESTRE, MOTOCICLISTA, CONDUTOR OU CARONA EM VEÍCULOS)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
8. TENTOU SUICÍDIO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
9. ALGUÉM TENTOU TE MATAR	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO



**37. E na sua família, quais situações você já vivenciou?**

	SIM	NÃO
A. ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA SER PRESO?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
B. ALGUÉM SER BALEADO OU ESFAQUEADO NA SUA CASA?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
C. VOCÊ JÁ VIU UMA ARMA DE FOGO NA SUA CASA?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
D. VOCÊ JÁ VIU DROGAS NA SUA CASA?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
E. AS PESSOAS NA SUA CASA GRITAM UMAS COM AS OUTRAS?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
F. AS PESSOAS NA SUA CASA BATEM UMAS NAS OUTRAS?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
G. AS PESSOAS NA SUA CASA JÁ AMEAÇARAM ESFAQUEAR, ATIRAR OU MATAR UMAS ÀS OUTRAS?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
H. VOCÊ JÁ SOUBE DE ROUBO OU FURTO ENTRE PESSOAS DA SUA FAMÍLIA?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
I. VOCÊ JÁ FOI ESPANCADO?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
J. NÃO VIVI COM A MINHA FAMÍLIA.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

**38. Você já morou na rua?**

1.  SIM, FUI MORAR NA RUA QUANDO TINHA \_\_\_\_\_ ANOS.
2.  NUNCA MOREI NA RUA

**39. Você já morou em abrigo, antes de ser internado em unidade socioeducativa?**

1.  SIM, FUI MORAR EM ABRIGO QUANDO TINHA \_\_\_\_\_ ANOS.
2.  NUNCA MOREI EM ABRIGO

**40. Nos últimos 12 meses antes da internação, quantas vezes você foi atendido pelos seguintes profissionais?**

A. MÉDICO CLÍNICO	1. <input type="checkbox"/> SIM, 1 VEZ	1. <input type="checkbox"/> SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ
B. MÉDICO PSIQUIATRA	1. <input type="checkbox"/> SIM, 1 VEZ	1. <input type="checkbox"/> SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ
C. PSICÓLOGO	1. <input type="checkbox"/> SIM, 1 VEZ	1. <input type="checkbox"/> SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ
D. ASSISTENTE SOCIAL	1. <input type="checkbox"/> SIM, 1 VEZ	1. <input type="checkbox"/> SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ
E. DENTISTA	1. <input type="checkbox"/> SIM, 1 VEZ	1. <input type="checkbox"/> SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ

**41. Marque abaixo quais serviços de saúde você usou NOS ÚLTIMOS 12 MESES antes da internação?**

1.  POSTO DE SAÚDE (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE)
2.  CONSULTÓRIO MÉDICO PARTICULAR
3.  CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
4.  CONSULTÓRIO DE OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE (FONOAUDIÓLOGO, PSICÓLOGO, ETC.)
5.  PRONTO-SOCORRO, UPA, EMERGÊNCIA
6.  HOSPITAL - INTERNAÇÃO
7.  CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
8.  CAPSAD - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL/DROGAS
9.  OUTRO. QUAL? \_\_\_\_\_

**BLOCO 3**

**Agora perguntamos um pouco sobre o tipo de ato infracional que trouxe você até a unidade e sobre como está a sua vida e saúde DESDE QUE FOI INTERNADO.**

**42. Você já cumpriu outra Medida Socioeducativa de internação?** (Não vale contar internação provisória.)

1.  APENAS ESTA VEZ
2.  DUAS VEZES
3.  TRÊS VEZES
4.  QUATRO OU MAIS VEZES: \_\_\_\_\_ (ANOTE QUANTAS VEZES)

**43. Na atual internação, quanto tempo ficou cumprindo medida de internação provisória?** (Antes da decisão do juiz sobre a medida pela qual você responde. Responda em dias se for menos de um mês; e em anos se for um ou mais anos).

1. DIAS |\_\_\_\_||\_\_\_\_|                      2. MESES |\_\_\_\_||\_\_\_\_|                      3. ANOS |\_\_\_\_||\_\_\_\_|

**44. Que idade tinha quando começou a cumprir sua primeira medida de internação?**

1.  12 ANOS
2.  13 ANOS
3.  14 ANOS
4.  15 ANOS
5.  16 ANOS
6.  17 ANOS

**45. Há quanto tempo está atualmente internado aqui na Unidade?** (Responda em dias se for menos de um mês; e em anos se for um ou mais anos)

1. DIAS |\_\_\_\_||\_\_\_\_|                      2. MESES |\_\_\_\_||\_\_\_\_|                      3. ANOS |\_\_\_\_||\_\_\_\_|

**46. Por qual ato infracional você está cumprindo a atual internação nesta unidade?** (Anotar um ou mais itens que constam em seu processo na justiça)

1. FURTO (ART. 155 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
2. ROUBO (ART. 157 CP; ART. 157 C/C 14 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
3. LATROCÍNIO (ART. 157 § 3º CP) ROUBO SEGUIDO DE MORTE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
4. HOMICÍDIO (ART. 121 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
5. TRÁFICO DE DROGAS (ART. 33 A 40 LEI 11.343/06; ANTIGO ART. 12 DA LEI 6.368/76)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
6. TENTATIVA DE HOMICÍDIO (ART. 121 C/C 14 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
7. BUSCA E APREENSÃO (ART. 240 CPP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
8. PORTE DE ARMA DE FOGO (ARTS. 14 A 16 LEI 10.826/03)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
9. AGRESSÃO CORPORAL (ART. 129 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
10. AGRESSÃO SEXUAL (ART. 213 A 216-A CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
11. AMEAÇA (ART. 147 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
12. RECEPÇÃO DE OBJETOS FRUTO DE CRIMES (ART.180 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
13. ASSOCIAÇÃO DE PESSOAS PARA COMETER CRIMES (ART. 288)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
14. DANO, DESTRUIÇÃO DE COISA (ART. 163 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
15. SEQUESTRO OU CÂRCERE PRIVADO (ART. 148 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
16. CONTRAVENÇÃO PENAL (LEI 3688/41 DAS CONTRAVENÇÕES PENAS)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
17. ESTELIONATO (ART. 171 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
18. OUTROS.QUAIS? _____ (DESCREVA)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

**47. Quais atividades ou setores abaixo você costuma frequentar na unidade:**

1. ESCOLA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
2. OFICINA. QUAL? _____	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
3. ATIVIDADES RELIGIOSAS	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
4. AMBULATÓRIO MÉDICO/ENFERMAGEM	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
5. PSICOLOGIA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
6. SERVIÇO SOCIAL	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
7. DEFENSORIA PÚBLICA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
8. OUTROS. QUAL? _____	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

**48. Na unidade você pratica, com regularidade, atividades físicas para melhorar sua saúde? (Atenção! Considere atividade física regular aquela praticada pelo menos durante vinte (20) minutos de cada vez)**

1.  4 OU + VEZES POR SEMANA 3.  UMA VEZ POR SEMANA 5.  POUCAS VEZES POR ANO  
2.  DE 2 A 3 VEZES POR SEMANA 4.  DE 2 A 3 VEZES POR MÊS 6.  NÃO PRÁTICO

**48a. Se pratica, diga qual tipo de atividade física você faz**


---

**49. Você teve dor de dente na Unidade? (Excluir dor de dente por uso de aparelho)**

1.  SIM 2.  NÃO 3.  NÃO SEI / NÃO ME LEMBRO

**50. Você perdeu dentes depois que foi internado?**

1.  SIM. QUANTOS? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO

**51. Você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez/DST/AIDS na Unidade?**

1.  SIM 2.  NÃO 3.  NÃO SEI

**52. Desde que está internado, qual serviço de saúde fora da unidade você foi?**

1.  POSTO DE SAÚDE (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE)  
2.  CONSULTÓRIO MÉDICO PARTICULAR  
3.  CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO  
4.  CONSULTÓRIO DE OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE (FONOAUDIÓLOGO, PSICÓLOGO, ETC.)  
5.  PRONTO-SOCORRO, UPA, EMERGÊNCIA  
6.  HOSPITAL - INTERNAÇÃO  
7.  CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
8.  CAPSAD - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL/DROGAS  
9.  OUTRO. QUAL? \_\_\_\_\_

**53. Você foi hospitalizado durante o tempo que está na Unidade? (Considere hospitalização a sua permanência num hospital para observação médica, tratamento clínico ou cirúrgico ou exames diagnósticos)**

A. EM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA	1.  ____ ____  VEZES	2. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ
B. EM HOSPITAL DA REDE PRIVADA	1.  ____ ____  VEZES	2. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ

**54. Você fez cirurgias depois de entrar na Unidade?**

1. FIZ |\_\_\_\_|\_\_\_\_| CIRURGIAS. QUAL? \_\_\_\_\_  
2.  NÃO FUI SUBMETIDA A NENHUMA CIRURGIA

**55. Sua saúde mudou depois da internação na Unidade?**

1.  MELHOROU 2.  CONTINUA IGUAL 3.  PIOROU

**56. Neste tempo de Unidade, você precisou de algum atendimento em saúde que ainda não conseguiu?**

1.  SIM. QUAL? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO.

**57. Quantos adolescentes dormem no seu alojamento? (Inclua você na soma):**  
\_\_\_\_\_ adolescentes

**58. Na unidade você usa remédio tranquilizante ou calmante?**

1.  SIM, DADO PELO MÉDICO DA UNIDADE 2.  SIM, SEM INDICAÇÃO MÉDICA 3.  NÃO

**59. No convívio com os outros adolescentes da Unidade, vocês costumam resolver os problemas:**

- |   |  |  |                                   |
|---|--|--|-----------------------------------|
| A. CONVERSANDO                                      | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| B. XINGANDO UNS AOS OUTROS                          | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| C. HUMILHANDO UNS AOS OUTROS                        | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| D. BATENDO, EMPURRANDO OU MACHUCANDO UNS AOS OUTROS | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |

**60. Você já foi tratado de forma inferior (com discriminação) pelos funcionários desta Unidade (equipe técnica, inspetores, direção e outros) por causa de:**

- |                             |  |  |                                   |
|-----------------------------|--|--|-----------------------------------|
| A. COR DA PELE              | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| B. ORIENTAÇÃO SEXUAL        | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| C. TIPO DE DELITO COMETIDO  | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| D. APARÊNCIA FÍSICA         | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| E. COMUNIDADE EM QUE MORAVA | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |

**61. Como está o seu contato com sua família agora que está na Unidade?**

1.  MANTÉM CONTATO COM A FAMÍLIA, COM BOM RELACIONAMENTO  
2.  MANTÉM CONTATO COM A FAMÍLIA, COM RELACIONAMENTO REGULAR OU RUIM  
3.  NÃO MANTÉM CONTATO COM A FAMÍLIA  
4.  NÃO TEM FAMÍLIA

**62. Recebe visitas na Unidade?**

1.  SIM. 2.  NÃO

**63. Com que frequência recebe visitas?**

1.  TODA SEMANA  
2.  DUAS VEZES POR MÊS  
3.  UMA VEZ POR MÊS  
4.  UM VEZ A CADA TRÊS MESES  
5.  UMA VEZ A CADA SEIS MESES OU MAIS RARAMENTE.  
6.  NUNCA RECEBE VISITAS

**64. Quem o visita na unidade?**

1.  MÃE  
2.  PAI  
3.  NAMORADO(A)  
4.  IRMÃOS  
5.  PADRASTO/MADRASTA  
6.  AVÔ/AVÓ  
7.  OUTROS. QUEM? \_\_\_\_\_

**65. Que nota de 0 a 10 você dá para a unidade em que está?***(NSA= não se aplica = nunca usei o profissional ou não sei responder)*

1. ILUMINAÇÃO DO ALOJAMENTO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
2. VENTILAÇÃO DO ALOJAMENTO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
3. HIGIENE/LIMPEZA DO ALOJAMENTO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
4. INFORMAÇÕES QUE RECEBE SOBRE O SEU PROCESSO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
5. QUANTIDADE DA COMIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
6. GOSTO/TIPO DE COMIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
7. EDUCAÇÃO/ESCOLA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
8. OFICINAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
9. ESPORTES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
10. ATENDIMENTO DE PSICOLOGIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
11. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
12. ATENDIMENTO MÉDICO/ENFERMAGEM	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
13. ATENDIMENTO DENTÁRIO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
14. ATENDIMENTO DA DEFENSORIA PÚBLICA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
15. RELACIONAMENTO COM OUTROS JOVENS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
16. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
17. RELACIONAMENTO COM OS AGENTES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
18. RELACIONAMENTO COM A EQUIPE TÉCNICA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA
19. TRANSPORTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSA

**66. Quando SAIR da Unidade, você acha que vai:**

	SIM	TALVEZ	NÃO
A. TER UMA BOA VIDA FAMILIAR	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
B. TER BOA SAÚDE	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
C. TER BOM PADRÃO DE VIDA	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
D. TERMINAR O ENSINO FUNDAMENTAL/MÉDIO	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
E. FAZER UMA FACULDADE	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
E. CONSEGUIR UM EMPREGO	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>

Obrigado por colaborar com a pesquisa. Caso deseje comentar mais alguma coisa sobre suas condições de saúde e vida, aproveite o espaço abaixo para escrever suas opiniões e sentimentos.

---



---



---

**ANEXO 3**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA – QUESTIONÁRIO – ADOLESCENTES**

**Pesquisa "Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro".**

Prezado/a jovem,

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa "Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro", coordenada por Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino, pesquisadoras do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, cujo objetivo é Investigar as condições de saúde e qualidade de vida de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas no Estado do Rio de Janeiro, aprofundando a reflexão acerca das principais dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde do SUS.

Você foi selecionado/a porque por ser um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de internação do estado do Rio de Janeiro e acreditamos que possa contribuir com a pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Não haverá coleta de exames e você não correrá riscos biológicos. Considera-se que a pesquisa trará riscos mínimos aos participantes, como algum desconforto que pode ser causado por uma pergunta. Não há riscos de identificação dos participantes, uma vez que os questionários serão anônimos e que serão aplicados em ambiente com privacidade. O benefício relacionado à sua participação é a possibilidade que você terá de apresentar suas opiniões, posições, dificuldades e sugestões sobre o atendimento das demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação.

Sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário à equipe do projeto sobre o tema da pesquisa, com duração prevista de uma hora. Os dados dos questionários de todos os adolescentes em cumprimento de medida de internação serão inseridos em um banco de dados e não haverá identificação. Os dados serão analisados em conjunto e as informações pessoais serão omitidas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido também na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será

armazenado em local seguro Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de relatório e artigos científicos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo umas das vias para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ela delegada e sob sua responsabilidade) delegada e sob sua responsabilidade). Sua assinatura, na última página, será substituída pela data da aplicação do questionário, como mais uma maneira de proteger seu anonimato.

Neste Termo de Consentimento há o telefone e o endereço eletrônico das coordenadoras e o você poderá tirar dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação. Pedimos que você rubrique todas as páginas deste Termo e assine na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. O Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - CEP/ENSP se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos. E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) Telefone e fax: (21) 2598-2863. Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manguinhos/RJ.

---

Simone Gonçalves de Assis

Coordenadora

***Contato das pesquisadoras coordenadoras***

***(21) 38829151/9155***

***simone@claves.fiocruz.br; paticons2015@gmail.com***

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA – ENTREVISTA – DIRETOR UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS**

**Pesquisa "Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro".**

Prezado/prezada diretor(a),

Os adolescentes da sua unidade estão sendo convidados/convidadas a participar da pesquisa "Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no Estado do Rio de Janeiro", coordenada por Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino, pesquisadoras do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, cujo objetivo é Investigar as condições de saúde e qualidade de vida de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas no Estado do Rio de Janeiro, aprofundando a reflexão acerca das principais dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde do SUS.

Acreditamos que a participação dos adolescentes possa contribuir com a qualidade dos serviços de cuidado às pessoas que estão institucionalizados.

A participação dos adolescentes é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e os mesmos tem plena autonomia para decidir se querem ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Eles não serão penalizados de nenhuma maneira caso decidam não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Será solicitado aos mesmos seu consentimento através de um TCLE, porém sua assinatura será substituída pela data da aplicação do questionário/entrevista, como mais uma maneira de proteger seu anonimato,

Não haverá coleta de exames e eles não correrão riscos biológicos. Considera-se que a pesquisa trará riscos mínimos aos participantes, como algum desconforto que pode ser causado por uma pergunta. Consideramos que o risco de identificação dos participantes é mínimo, uma vez que o convite à participação será feito diretamente pelos pesquisadores e que os adolescentes participantes não serão identificados por unidade de internação. Ademais, a entrevista é anônima e será realizada em ambiente com privacidade. O benefício relacionado à participação é a possibilidade de apresentar as opiniões, posições, dificuldades e sugestões sobre o atendimento das demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação.

A participação dos adolescentes no estudo consistirá em responder a um questionário (todos os adolescentes) e a uma entrevista (um pequeno grupo) sobre suas condições de saúde e qualidade de vida aqui na instituição. A previsão de duração de cada etapa é de cerca de uma hora. Códigos serão atribuídos a cada entrevistado/a para preservar o sigilo das informações. Os dados serão analisados em conjunto e as informações pessoais serão omitidas. Qualquer dado que possa identificar os adolescentes será omitido



também na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. As entrevistas gravadas serão transcritas e apenas a equipe de pesquisa terá acesso ao material gravado. Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de relatório e artigos científicos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo umas das vias para você e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ela delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Neste Termo de Consentimento há o telefone e o endereço eletrônico das coordenadoras e você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação. Pedimos que você rubrique todas as páginas deste Termo e assine na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. O Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - CEP/ENSP se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos. E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) Telefone e fax: (21) 2598-2863. Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manguinhos/RJ.

---

Simone Gonçalves de Assis

Coordenadora

***Contato das pesquisadoras coordenadoras***

***(21) 38829151/9155;***

***simone@claves.fiocruz.br; paticons2015@gmail.com***

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: