



Alana de Oliveira Rodrigues Medeiros

A saúde de meninas em cumprimento de medida socioeducativa de internação no Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

Alana de Oliveira Rodrigues Medeiros

A saúde de meninas em cumprimento de medida socioeducativa de internação no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arôuca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Patrícia Constantino.

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Tatiana Araújo.

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: The health of girls in compliance with a socio-educational measure of hospitalization in Rio de Janeiro.

Catlogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M488s Medeiros, Alana de Oliveira Rodrigues.
A saúde de meninas em cumprimento de medida socioeducativa de internação no Rio de Janeiro / Alana de Oliveira Rodrigues Medeiros.
-- 2020.
121 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Patrícia Constantino.
Coorientadora: Tatiana Araújo.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Delinquência Juvenil. 2. Atenção à Saúde. 3. Adolescente Institucionalizado - educação. 4. Saúde Mental. 5. Saúde. 6. Defesa da Criança e do Adolescente. 7. Sistema Único de Saúde. 8. Mulheres.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2098153

Alana de Oliveira Rodrigues Medeiros

A saúde de meninas em cumprimento de medida socioeducativa de internação no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arôuca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 04 de maio de 2020.

Banca Examinadora

Dra. Larissa Escarce Bento Wollz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dra. Simone Gonçalves de Assis
Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Tatiana M. Araújo da Fonseca
Fundação Oswaldo Cruz (Coorientadora)

Dra. Patrícia Constantino
Fundação Oswaldo Cruz (Orientadora)

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Às meninas, razão deste trabalho, pois, ainda que em contexto adverso, suas vidas me ensinam e me mostram que, em tempos tão difíceis como os atuais, a luta pela garantia dos direitos precisa ser constante e que o conformismo não é uma opção.

Aos meus parceiros de vida, meus amores Max e Sol, onde a poesia se encarna e me abre os olhos para os sentidos das coisas. “Aqui”, de onde somos, será sempre o meu lugar!

À minha mãe, pelo amor e cuidado dispensados em toda a minha vida, mesmo em meio a tantas adversidades. Obrigada por suas raízes mãe! Elas são responsáveis por me fazer florescer.

Aos meus amigos, Renata, Rodrigo e Yara, por participarem intensamente da minha vida nesses últimos anos, me ajudando em tantos momentos que nem sei precisar. Vocês são a família que eu escolhi.

À minha orientadora, por sempre me receber com sorriso e palavras acolhedoras, mesmo nos momentos mais difíceis dessa jornada acadêmica. Patrícia, você foi um bálsamo no meio de tanto revés que experimentei nesses últimos tempos. Sua fama não é à toa!

À Tatiana, pelas contribuições sempre oportunas e por tê-las feito com tamanha gentileza.

Aos amigos que fiz no mestrado, minha turma tão humana, intensa e engajada. Obrigada pela partilha e pelos encontros que estarão sempre em minha memória.

Aos profissionais do PACGC que me receberam sem restrições e contribuíram em muito para que esse trabalho fosse realizado.

À CAPES, pelo apoio financeiro, sem o qual não seria possível me dedicar exclusivamente à essa pesquisa.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo conhecer as condições de saúde de meninas em cumprimento de medida socioeducativa de internação na única unidade responsável por acolher adolescentes do sexo feminino no Estado do Rio de Janeiro, identificando os principais problemas de saúde física e mental que as acometem, investigando as percepções dos atores institucionais sobre a saúde das internas e analisando quais obstáculos são colocados para o acesso das meninas aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), acesso esse preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). A metodologia utilizada abarcou as abordagens quantitativa e qualitativa, onde, no escopo da primeira, foi utilizado um questionário de saúde autopreenchível, com questões majoritariamente fechadas, com 29 meninas, e, na abordagem qualitativa, foram feitas dez entrevistas com profissionais de saúde física e mental, agentes socioeducativos, um membro da direção e internas. Realizou-se ainda dois meses de acompanhamento das atividades na unidade. Pacotes estatístico foram utilizados para analisar os dados quantitativos e a técnica eleita para a análise qualitativa foi a Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados revelaram que as meninas são, em sua maioria, negras, oriundas de famílias empobrecidas economicamente, com pouca escolaridade, profusas experiências enquanto vítimas de violência, e sofrem, principalmente, com doenças respiratórias, constantes dores na cabeça, costas ou coluna, anemia, ISTs, doenças de pele e problemas ginecológicos. Os problemas de saúde mental são, em sua maioria, decorrentes da experiência do aprisionamento e da saudade da família, o abuso de substâncias lícitas e ilícitas é feito por uma grande parcela das internas, e, uma porcentagem significativa preenche critérios clínicos para transtornos psiquiátricos. A atenção à saúde, dentro da unidade, ainda que atravessada pela racionalidade penal e patriarcal, garante um atendimento mais efetivo e humanizado que o encontrado nas unidades masculinas do Estado, sobretudo pelo menor número de meninas e um efetivo de profissionais que consegue dar conta das demandas existentes. O acesso aos serviços do SUS é, em grande parte, garantido, com fragilidades na relação com a rede de saúde mental e ausência de especialidades na unidade de saúde de referência.

Palavras-chave: Meninas em conflito com a lei, Atenção à saúde, Medida socioeducativa de internação, Saúde física, Saúde mental.

ABSTRACT

This dissertation aimed to know the health conditions of girls in fulfillment of socio-educational measure of liberty deprivation in the only unit responsible for receiving female adolescents in the State of Rio de Janeiro, identifying the main physical and mental health problems that affect them, investigating the perceptions of institutional actors about the health of inmates and analyzing the main difficulties of access of these adolescents to the services of the Sistema Único de Saúde – SUS (Unified Health System), access that is prescribed by the National Policy for Attention to Integral Health of Adolescents in Conflict with the Law, in a Regimen of Internment and Provisional Internment (PNAISARI). The methodology used included the quantitative and qualitative approaches, where, in the scope of the first, a self-completed health questionnaire was used, composed of mostly closed question, with 29 girls, and, in the qualitative approach, ten interviews were conducted with physical and mental health professionals, socio-educational agents, a member of the board and interns. There were also two months of observation of activities at the unit. Statistical packages were used to analyze the quantitative data and the technique chosen for the qualitative analysis was Bardin's Content Analysis. The results revealed that the girls are mostly black, from economically impoverished families, with little education, profuse experiences as victims of violence and suffer mainly from respiratory diseases, constant head, back or spinal pain, anemia, STIs, skin diseases and gynecological problems. Most of the mental health problems are due to the experience of imprisonment and the missing they feel of the family, the abuse of legal and illegal substances is practiced by a large portion of the inmates, and a significant percentage meets clinical criteria for psychiatric disorders. The attention to health care within the unit, even crossed by the penal and patriarchal rationality, guarantees a more effective and humanized service than that found in the male units of the State, especially due to the smaller number of girls and a number of professionals who can handle the existing demands. The access to SUS services is, to a large extent, guaranteed, with weaknesses in the relationship with the mental health network and the absence of medical specialties in the reference health unit.

Keywords: Girls in conflict with law, Health care, Socio-educational measure of liberty deprivation, Physical health, Mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	MARCOS HISTÓRICO E LEGAL: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E AS LEGISLAÇÕES QUE VIGORAM NA ATUALIDADE	14
3.1	DO BRASIL COLÔNIA À REPÚBLICA.....	14
3.2	ÓRGÃOS DE ASSISTÊNCIA CRIADOS NA REPÚBLICA.....	18
3.3	O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E AS MEDIDAS PROTETIVAS E SOCIOEDUCATIVAS.....	21
3.4	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI EM REGIME DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA.....	23
4	REFERENCIAL TEÓRICO	26
4.1	A INSEGURANÇA SOCIAL E O FENÔMENO DO APRISIONAMENTO.....	26
4.2	TEORIAS EXPLICATIVAS SOBRE A CRIMINALIDADE FEMININA....	28
4.3	SER MENINA INFRATORA.....	32
4.4	A VIDA EM UMA INSTITUIÇÃO TOTAL E DISCIPLINAR.....	36
5	O PERCURSO METODOLÓGICO	41
5.1	QUESTÕES ÉTICAS.....	44
6	RESULTADOS	45
6.1	O CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO PROFESSOR ANTÔNIO CARLOS GOMES DA COSTA.....	45
6.2	QUEM SÃO ESSAS MENINAS?	53
6.3	ENTRE DORES EXACERBADAS E PRAZERES MORALIZADOS: ASPECTOS FÍSICOS DA SAÚDE.....	60
6.4	LENÇÓIS SOBRE CORPOS CONTIDOS E MENTES INQUIETAS: QUESTÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL.....	74
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	90

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ADOLESCENTES.....	96
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGENTES SOCIOEDUCATIVOS.....	97
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS EQUIPES DE SAÚDE DAS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS.....	98
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INTEGRANTES DA COORDENAÇÃO DE SAÚDE E REINSERÇÃO SOCIAL DO DEGASE.....	99
APÊNDICE E - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA - DIRETOR.....	100
APÊNDICE F - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NO CAMPO.....	102
APÊNDICE G – INQUÉRITO DE SAÚDE FEMININO.....	103

1 INTRODUÇÃO

As unidades socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei no Rio de Janeiro são conhecidas, por suas similaridades com as instituições prisionais, tanto no que tange ao itinerário punitivista quanto em relação às condições de insalubridade e superlotação (ASSIS; CONSTANTINO, 2001; ZAMORA, 2008; ARÊAS NETO *et al*, 2017).

Elas são responsáveis por receberem adolescentes de 12 a 18 anos incompletos que cometeram algum ato infracional mediante grave ameaça ou violência à pessoa, que reincidiram em atos infracionais graves ou descumpriram de forma recorrente e sem justificativa outra medida socioeducativa anteriormente aplicada (BRASIL,1990).

A medida de internação se destaca no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por seu caráter de excepcionalidade, brevidade e aplicabilidade em último recurso, quando não houver nenhuma outra medida que possa ser aplicada ao autor ou autora de ato infracional. E, ainda que ao adolescente seja aplicada tal medida, é necessário respeitar sua condição particular de sujeito em desenvolvimento, preservando seus laços familiares, permitindo atividades em espaços externos ao da unidade, realizando uma reavaliação contínua da medida e garantindo que ela seja cumprida em no máximo três anos (BRASIL,1990).

A partir de Nota Técnica elaborada pela área técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem (BRASIL, 2013), e de dados oriundos de estudos que evidenciaram graves problemas nas unidades socioeducativas de internação no que concerne à atenção à saúde dos adolescentes, a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) foi publicada como resultado de uma parceria do Ministério da Saúde com a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, e visa garantir aos adolescentes em conflito com lei o acesso aos serviços de saúde de acordo com o que está prescrito no Sistema Único de Saúde (SUS) e no ECA.

O SUS tem como princípios fundamentais a universalização, que determina a saúde como um direito a todos os cidadãos, sem discriminação de sexo, cor ou qualquer outra característica individual, a equidade, que visa diminuir as desigualdades e a integralidade, que considera os sujeitos como um todo e integra as ações de promoção da saúde, prevenção de

doenças o tratamento e a reabilitação¹. O ECA (BRASIL, 1990) estabelece que a sociedade, a família e o poder público devem garantir, com total primazia, os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes, o que inclui o direito à saúde, com proteção e socorro em qualquer situação e prioridade de atendimento nos serviços públicos.

Sabe-se, a partir dos estudos realizados sobre a infração juvenil, que há uma invisibilidade das meninas que cometem atos infracionais, no que diz respeito à compreensão das particularidades dessa população, ficando os meninos no foco da maior parte das pesquisas, sobretudo por configurarem a maior parcela dos adolescentes que estão envolvidos em atos infracionais (ASSIS; CONSTANTINO, 2001; VINET; BAÑARES, 2009; ANDRADE *et al*, 2011; BASTOS; MARIN, 2014).

No que concerne à saúde das adolescentes, a lacuna é ainda maior, pois a precariedade de estudos da população masculina relacionados a esse tema é também uma realidade. Dentro dos poucos estudos realizados a respeito desta temática, há uma predominância na investigação sobre a saúde mental desse público (ARÊAS NETO *et al*, 2017).

De acordo com o Levantamento Anual Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) dos anos de 2015 e 2017 (BRASIL, 2018a, 2019a), os atos praticados por adolescentes do sexo feminino correspondiam a 4% do total dos atos infracionais cometidos nesse período. Contudo, apesar de expressarem um número pequeno frente aos meninos, a institucionalização de meninas apresenta um fenômeno crescente, desde 2010 até os anos de 2016, estagnando entre 2016 e 2017.

A partir dos poucos estudos realizados sobre a população feminina, é possível demarcar algumas diferenças quando comparadas à população masculina. As pesquisas apontam que as meninas são mais vulneráveis às violências psicológicas e sexuais (boa parte sofreu abusos ou em casa ou na rua, inclusive por policiais). O relato de viverem ou já terem vivido nas ruas é preponderante, a gravidez e o abortamento são experiências vividas por grande parcela das internadas, assim como o abuso de drogas ilícitas e o uso de ansiolíticos e tranquilizantes. Há também uma presença maior de transtornos mentais nas meninas (ASSIS; CONSTANTINO, 2001; DINIZ, 2017; ANDRADE *et al*, 2011).

Os primeiros aspectos elencados demonstram que a violência é presente na vida delas muito antes de serem consideradas infratoras, perpassada pela subjugação do corpo feminino

¹ Informações extraídas do site do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: Fev. 2020.

pelo masculino - questão evidente na lógica patriarcal corrente na sociedade - colocando-as ao mesmo tempo no lugar de vítimas e reprodutoras da violência.

A violência, sendo antes de qualquer coisa uma questão social, se torna tema importante para a saúde, “pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares” (MINAYO, 2004, p. 646). E é sobre essa perspectiva que o atual estudo se ancora, buscando compreender como se dão as condições de saúde e qualidade de vida das adolescentes em privação de liberdade no Rio de Janeiro, bem como o acesso aos serviços do SUS que estão previstos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI).

É importante clarificar que o presente estudo faz parte de uma pesquisa de caráter mais amplo, do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, tendo como objeto a saúde dos adolescentes que cumprem medida de internação em todo o estado do Rio e que tem por título: “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”.

No estado do Rio de Janeiro há apenas uma instituição responsável pelo acolhimento de meninas que cometem ato infracional, o Centro de Socioeducação Professor Antônio Carlos Gomes da Costa (Cense PACGC), situada no bairro da Ilha do Governador, responsável por fazer a triagem das meninas que chegam, pelo processo de internação provisória e pela medida de internação em si. O fato de ser uma única unidade recebendo todas as meninas oriundas de diferentes cidades, dificulta o processo de visitação e estabelece uma barreira ao convívio familiar, questão crucial no processo de socioeducação, e faz com que algumas permaneçam, por longo tempo, distantes dos seus locais de origem.

A infância e a adolescência são temáticas nas quais me debruço faz algum tempo, fruto de trabalhos voluntários realizados com esse público entre anos de 2010 e 2015 com a ONG Jovens Com Uma Missão (JOCUM). A JOCUM é uma instituição religiosa, presente em diversos países e que, no Rio de Janeiro, realiza trabalhos de desenvolvimento comunitário em localidades empobrecidas. Os projetos desenvolvidos, em grande parte, são direcionados às crianças e aos adolescentes, a partir da música e do esporte.

Estive atuando em projetos nas cidades Duque de Caxias (Santa Cruz da Serra) e Rio de Janeiro (Parada de Lucas, Borel e Tuiuti), ainda enquanto estudante de Psicologia, e pude me aproximar das questões relativas à infração juvenil, por ser algo presente no cotidiano do trabalho. Esta última recebeu um enfoque especial, tanto pelo acompanhamento de adolescentes que estavam cumprindo medidas socioeducativas e suas famílias quanto pelo contato constante com uma imagem de periculosidade difundida pela mídia e absorvida por parte da população, mas que ia de encontro ao que era percebido por mim no trabalho com esses adolescentes.

Em aproximação com o tema como objeto de análise, foi possível perceber que, apesar de um aumento relativo nos estudos relacionados na área da saúde, principalmente a partir dos anos de 2010, ainda são muito poucos. No que diz respeito a saúde física são praticamente ausentes, prevalecendo pesquisas referentes à saúde mental dos adolescentes (ARÊAS NETO *et al*, 2017), o que demonstra a importância do presente estudo.

No que tange ao recorte de gênero, com enfoque no feminino, a relevância é ainda maior, pois a invisibilidade das meninas frente aos meninos é enorme tanto na área da saúde como em outras áreas, algo que foi demarcado por Assis e Constantino (2001) no ano de 2001 e evidenciado por Bastos e Marin (2014), mesmo após 13 anos da publicação do trabalho das primeiras autoras.

É possível relacionar essa ausência ao número menor de meninas que cometem atos infracionais, contudo, Andrade *et al* (2011) afirmam que é indispensável um olhar mais voltado para as meninas, devido ao aumento do envolvimento desse público em atos infracionais em escala internacional².

Em um dos trabalhos que visou averiguar a prevalência de morbidade e comorbidade psiquiátrica em adolescentes em conflito com a lei, realizado por Pinho *et al* (2006), constatou-se que 72% dos 290 indivíduos pesquisados preencheram critérios diagnósticos para tais morbidades, e, citando Abram *et al* (2003), os autores apontam que, numa pesquisa feita no Centro de Detenção Juvenil Cook County Illinois, o sexo feminino representou 56,5% da amostra que preencheu critérios de inclusão em um ou mais transtornos psiquiátricos, como os de depressão maior, distímia, psicose e outros.

² De acordo com a 4ª edição da Lista Mundial de Encarceramento Feminino (World Female Imprisonment List), disponibilizada pelo World Prison Brief (WPB), um banco de dados que fornece informações a respeito do sistema penitenciário mundial, o aprisionamento de mulheres e meninas aumentou cerca de 53% em todo o mundo desde 2010 (a lista é referente a 2017). Disponível em: https://www.prisonstudies.org/research-publications?shs_term_node_tid_depth=27. Acesso em: 03 Jul. 2019.

O conhecimento das condições de saúde das adolescentes e das barreiras de acesso ao Sistema Público de Saúde, os quais são objetivos da presente pesquisa, se faz importante para fins mais assertivos de atendimento e garantia da dignidade destas, com vistas à darmos alguns passos para mais distante de uma lógica punitivista e da violência recorrente, que não considera em nada a situação de desenvolvimento e vulnerabilidade do adolescente (CONSTANTINO *et al*, 2017), e migrarmos para uma que vise, de fato, a ressocialização preconizada pelo ECA (BRASIL,1990).

Ainda assim, procurar conhecer, no sistema de internação, como se configuram as questões referentes à saúde dos sujeitos internados, está em consonância com a PNAISARI - que foi redefinida na portaria de Nº 1.082, de Maio de 2003 - e oferece subsídios no que diz respeito ao objetivo de “garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as condições de saúde das adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar quais são os principais problemas de saúde física e mental que acometem as adolescentes;
- Investigar a ótica de socioeducadores e equipe técnica da instituição socioeducativa sobre as condições de saúde e qualidade vida da população em questão;
- Analisar as principais dificuldades para o acesso às ações e serviços de saúde do SUS no que concerne ao atendimento à saúde física e mental das adolescentes internadas, segundo a perspectiva dos socioeducadores, da equipe técnica, dos profissionais de saúde e das adolescentes.

3 MARCOS HISTÓRICO E LEGAL: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E AS LEGISLAÇÕES QUE VIGORAM NA ATUALIDADE

Adiante traremos uma explanação sobre como a infância foi historicamente institucionalizada no Brasil, sobretudo as crianças pobres, como esse processo foi feito mediante pressupostos e discursos que prevaleciam em cada época desde a colonização do país e as legislações que surgiram para dar conta das demandas existentes.

De acordo com Rizzini e Rizzini (2004), ao longo do tempo no Brasil, a maneira prevalente de assistência às crianças foi por meio de internação. Até a metade do século XX haviam internatos destinados aos filhos de famílias ricas, com finalidades educacionais, o que não é mais uma realidade nos dias atuais, todavia, a infância pobre permanece sendo asilada em estruturas que abarcam lógicas de dominação, onde a vida dos internos é gerida em sua totalidade temporal e espacial, guardando aos que cometeram infrações penais a forma mais impiedosa e desumana de reclusão.

A despeito de todo movimento internacional contemporâneo de desinstitucionalizar a infância e, no Brasil, a prática de internação ter sido colocada como um último recurso, as crianças e adolescentes que por algum motivo tiveram seus laços familiares e sociais fragilizados, sobretudo quando são oriundas das camadas mais empobrecidas, são ainda alvos de políticas de reclusão, com diferenças tênues em relação ao atendimento, porém orientados pelo mesmo prisma do século XIX. As medidas de reaproximação familiar e reintrodução no seio da comunidade são aplicadas em pequena escala e pouco focalizadas, o que deveria ser o contrário, especialmente após o estabelecimento do ECA.

Importa, como meio de superar a banalização, refazer o caminho traçado pelo país no que concernem as políticas de “atenção” à infância e adolescência, sobretudo ao que diz respeito às medidas de internação, para então indagarmos a respeito das deliberações atuais, bem como as proposições legislativas a esse respeito.

3.1 Do Brasil Colônia à República

Conforme Rizzini e Rizzini (2004), o surgimento das instituições de educação para meninos no Brasil Colônia deu-se a partir de aparatos educacionais jesuíticos, que foram os

principais atuantes em educação até o meado do século XVIII, direcionando seus trabalhos a indígenas em suas aldeias e em vilarejos, ensinando basicamente a ler, escrever e contar, e, na implementação de colégios que visavam à formação religiosa e uma educação superior para filhos de famílias mais abastadas. A partir da segunda metade do século XVIII, com a expulsão dos jesuítas pelo Marquês de Pombal, outras ordens religiosas ficaram responsáveis pelo recolhimento de órfãos e por criar colégios e seminários para os órfãos como um todo.

O acolhimento por um período longo dos bebês abandonados se dava a partir da Roda dos Expostos, criada pela Santa Casa de Misericórdia em algumas cidades do país, mantendo o anonimato de quem deixasse o bebê para ser acolhido. A Santa Casa alugava escravas de seus proprietários para servirem de amas-de-leite para conseguir atender a um grande número de bebês, e, apesar de estas terem se tornado alvo de críticas feitas pelas Misericórdias e por higienistas, atribuindo-as ações de maus tratos aos bebês, o compilamento das estatísticas após esse período, mostra que a mortalidade das crianças que permaneceram confinadas nas instituições, expostas a doenças de outras crianças e a condições insalubres, foi maior em comparação às criadas externamente. Esse sistema perdurou até meados do século XX (RIZZINI e RIZZINI, 2004).

A Roda dos Expostos serviu para encobrir a desonra da ilegitimidade de filiação, contribuiu para fins econômicos, onde crianças negras e pardas eram apanhadas por senhores quando atingiam a idade que as capacitasse ao trabalho ou mesmo quando estas recebiam pela criação delas (RIZZINI e RIZZINI, 2004).

Muitas Rodas de Expostos surgiram no Brasil, quando na Europa estavam sendo combatidas pelos higienistas e reformadores, pela alta mortalidade e pela suspeita de fomentar o abandono de crianças. Esta discussão não era desconhecida no Brasil, mas foi somente no século XX, com o processo de organização da assistência à infância no país e pela interferência da ação normativa do Estado, que o atendimento aos abandonados sofreria mudanças significativas (RIZZINI, 1993 apud RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 24).

Com a influência do Iluminismo no século XIX, as instituições educacionais ocidentais passaram por um processo de revisão, no qual padrões religiosos foram questionados e a perspectiva de civilidade e progresso tomou a primazia, visando fomentar ensinamentos que servissem tanto ao indivíduo quanto à pátria, a partir de uma noção de utilidade. Contudo, a religião estava longe de ser desprezada nas instituições asilares e escolas públicas, devido ao seu poder de inculcar valores morais, estabelecer um senso de hierarquia e a prática de bons costumes (RIZZINI e RIZZINI, 2004).

Com o início da independência de Portugal, o Brasil se orienta no sentido de educar o povo, “instalando escolas públicas primárias e internatos para formação profissional dos meninos pobres” (RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 24 e 25). “Os filhos do povo”³ eram instruídos para o aprendizado de diversos ofícios, dentre eles o de mecânico, alfaiate, sapateiro e outros, bem como aprendiam música, religião e saberes primários. Matérias como geometria e desenho foram incluídas no escopo educacional em consonância com a demanda profissional no derradeiro do século (RIZZINI, 2001 e 2002 apud RIZZINI e RIZZINI, 2004).

A Marinha e o Exército foram as instituições que o governo mais utilizou para formar meninos, recrutando os órfãos dos colégios e das casas de educando para serem treinados nas Escolas/Companhias de Aprendizes dos Arsenais de Guerra e meninos que haviam sido capturados nas ruas pela polícia das capitais, nas Companhias de Aprendizes Marinheiros. Um grande número de meninos foi enviado por essas instituições a navios de guerra e este número superou ao dos homens que foram arregimentados através da força e dos que escolheram ir livremente.

Analisando-se o número de internos nas companhias durante o período imperial, percebe-se que as mesmas tiveram importante participação na “limpeza” das ruas das capitais brasileiras. Milhares de crianças passaram por estas instituições, mas pouco sabemos de suas histórias. As Companhias de Aprendizes Marinheiros, por exemplo, forneceram, entre 1840 e 1888, 8.586 menores aptos para o serviço nos navios de guerra, contra 6.271 homens recrutados à força e 460 voluntários (NASCIMENTO: 1999, p.75. apud RIZZINI, I.; RIZZINI, I., 2004, p. 25).

As instituições religiosas, como no caso da Roda dos Expostos, foram responsáveis pelo recolhimento de meninas órfãs e desvalidas, mesmo sendo uma parte órfã apenas de pai, o que configurava um poder tutelar paterno do internato, fazendo dele o responsável não só pela alimentação, moradia e educação, como também por definir o futuro das meninas no que diz respeito à instrução para o desempenho do papel doméstico e aos trâmites legais referentes ao casamento, de acordo com as perspectivas à época, o que incluía o dote. Essa proteção era direcionada apenas às órfãs oriundas de casamentos legítimos (RIZZINI e RIZZINI, 2004).

Entretanto, não demorou para que as ordens assumissem também o papel de amparar as órfãs indigentes ou de mães pobres, porém, inicialmente, foram instituições separadas das primeiras, pois não era aceitável associá-las às meninas advindas de famílias regulares. A distinção foi aplicada não só em relação a esse quesito social e econômico, como também houve

³Termo usado por Irene e Irma Rizzini no livro: "Institucionalização de crianças no Brasil"(2004), para se referir às crianças e adolescentes das camadas populares.

uma divisão racial, onde existiam diferentes internatos para órfãs brancas e para as “meninas de cor”. Às primeiras foi direcionada a “formação religiosa, moral e prática de boas empregadas domésticas e donas-de-casa”, e às segundas a “formação de empregadas domésticas e semelhantes” (RIZZINI, 1993 apud RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 27). “Cada categoria ocupando seus espaços físicos e sociais, de acordo com a rígida hierarquia social da época, com suas distinções entre livres e escravos, brancos e negros, homens e mulheres” (RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 27).

Os asilos para meninas eram mantidos pela lógica do isolamento, em que o contato com o mundo externo não fazia parte do cotidiano das internas e a sexualidade era rigorosamente monitorada mesmo após a criação dos “órgãos nacionais de assistência, como o Serviço de Assistência a Menores (SAM), em 1941, e a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), em 1964”, já no século XX (RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 27).

No que tange aos indígenas, as autoras demarcam que foram iniciativas individuais no período do Império, o que não se configurava em uma política de assistência a esse grupo. Foi apenas no período republicano que cresceu o número dos colégios indígenas, ainda vinculados aos trabalhos de missionários nas aldeias.

As ordens instaladas no Pará, Amazonas, Maranhão e em outros estados do Norte, como os capuchinhos da Ordem da Lombardia e os salesianos, criaram internatos femininos e masculinos nas aldeias indígenas, visando a catequese e a educação dos filhos dos índios. Os objetivos de afastá-los dos costumes tribais, ensinar o português e formar hábitos de trabalho articulavam-se aos objetivos do Estado de garantir a conquista sobre os seus territórios, proteger as fronteiras e colonizar os vastos sertões das regiões norte e central do país (RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 28).

Aos escravos ou ingênuos⁴, não foi direcionada nenhuma política de atendimento exclusivo, no que tange às instituições de internação, ficando eles a mercê de seus proprietários, mesmo no caso dos ingênuos, que poderiam ficar sob a responsabilidade dos senhores até 21 anos, com a promessa de serem educados. Há registros de meninos que foram entregues ao governo que, por sua vez, tomou para si a incumbência da educação, pagando indenizações aos senhores. Quanto às meninas, não há registros a respeito, o que demarca um apagamento total na história dentro de um cenário de grande invisibilidade e escamoteamento do todo.

⁴Filhos de escravas nascidos após a Lei do Ventre Livre, de 1871.

3.2 Órgãos de assistência criados na República

Quando houve a mudança do período imperial para o republicano, o país já tinha acumulado uma larga bagagem no que tange ao atendimento à criança pobre e desamparada. Todavia, no período anterior, o centro das ações direcionadas à infância dizia respeito à arregimentação de uma força de trabalho que servisse ao propósito colonial, o que incluía uma inculcação dos valores e formas de vida dos colonizadores, assim como o controle dos grupos colocados à margem. Já na República, a perspectiva central foi a de concentrar os esforços, a partir da coparticipação de diferentes instituições, em detectar e analisar as classes desprotegidas, necessitadas de regeneração, com o intento “de “salvar” a infância brasileira no século XX” (RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 28).

A categoria *menor*,⁵ que foi disseminada nos extensivos debates nacionais sobre a assistência à infância, tendo como pano de fundo a construção da república, respaldados nas deliberações internacionais, incorporava em seu escopo de público alvo das ações governamentais tanto crianças que não possuíam seus pais quanto as que cujas famílias eram consideradas incapazes de cuidar e propiciar o necessário para suas vidas. O primeiro Juízo de Menores foi criado no Rio de Janeiro em 1924 e logo em seguida foi aprovado o Código de Menores em 1927, idealizado por Mello Mattos. Essas medidas visavam à proteção e assistência à infância, mas não se limitavam ao aparato jurídico, pois foi formulado, também, um sistema de assistência social, sistema esse replicado nos outros estados do país (RIZZINI e RIZZINI, 2004).

Esse modelo perdurou até meados da década de 80, onde não só os “menores abandonados e delinquentes” eram levados para internatos, como também famílias pobres internavam seus filhos, vislumbrando uma melhor educação. Porém, o recolhimento dos primeiros foi o que mais sobressaiu nos veículos de informação, resultando numa maior aceitação do modelo pela sociedade carioca.

O Juizado consolidou um modelo de classificação e intervenção sobre o menor, herdado da ação policial, que, através das delegacias, identificava, encaminhava, transferia e desligava das instituições aqueles designados como menores. (VIANNA 1999 apud RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 29).

⁵ Irene e Irma Rizzini afirmam ser um termo conhecido pelos intelectuais e autoridades brasileiras no período de 1916 a 1984.

Mesmo tentando acabar com o legado policialesco, criando nessa lógica as “escolas de reforma especiais para menores”, a partir de modelos da “justiça de menores dos países ocidentais”, esse sistema não suportou a enorme demanda, especialmente por não se opor em receber todas as crianças recolhidas nas ruas, fazendo com que entrasse em colapso (RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 30).

Em 1941 foi estabelecido pelo governo de Getúlio Vargas o Serviço de Assistência aos Menores (SAM), no qual não diferenciou em quase nada do Juízo de Menores nos primeiros anos de sua atuação. Por ter sido criado num regime ditatorial, o objetivo principal era a defesa nacional a partir de intervenções junto a infância, mantendo-a longe do comunismo. As crianças abandonadas ou perambulando nas ruas, eram alvos fáceis, segundo julgamento do governo vigente (RIZZINI e RIZZINI, 2004).

Contudo, de acordo com registros referentes à época, o SAM não passou de um alvo para as relações de privilégio já estabelecidas, onde os melhores educandários ficavam reservados aos “falsos desvalidos”, filhos de famílias que possuíam condições financeiras favoráveis e os realmente abandonados viviam em situações vergonhosas, amontoados em espaços ínfimos em relação ao contingente de crianças e condições insalubres. O serviço foi pautado em esquemas de corrupção, subsistindo a partir de contratos irregulares, e suas casas de correção foram intituladas de “escolas do crime”, em que qualquer menino que passasse pela instituição ficava marcado como irrecuperável (RIZZINI e RIZZINI, 2004).

A imprensa teve um papel fundamental na disseminação da ideia de periculosidade das crianças, quando ao mesmo tempo em que denunciava os abusos cometidos dentro das instituições e as condições subumanas em que elas viviam, ressaltava o quão temíveis tinham se tornado.

Em termos rudes, a realidade é que o SAM entrega mais de uma dezena de milhar de menores por ano a terceiros, para que cuidem de sua vida e educação, sem a mínima garantia jurídica de que lhes seja dispensado um trato razoavelmente humano (Nogueira Filho, 1956, p.264. apud RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 34).

Devido a inúmeras denúncias feitas por diretores do SAM e as articulações das autoridades públicas e de políticos, no que diz respeito à necessidade de instituir uma nova proposta, foi criado, em 1964, a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM) nomeada como o Anti-SAM. O instituto propunha uma rejeição aos depósitos de menores que

os internatos haviam se tornado, mas resgatou a ideologia de “Segurança Nacional” contra a invasão comunista (RIZZINI e RIZZINI, 2004).

A FUNABEM durou todo o período da ditadura militar, o que dificulta uma coleta fidedigna dos dados referentes ao seu funcionamento, devido a uma necessidade de enaltecimento governamental e uma aparente ordem. Entretanto, como a ordem era o lema principal do governo da época, é nítida a perspectiva higienista, onde as casas de internação foram construídas nos interiores e o maior número de internos era advindo das capitais. As ruas das capitais não poderiam expor a pobreza, a miséria e o perigo, mas estes permaneceriam intactos atrás dos muros das FEBENs (Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor).

O governo do estado de São Paulo adotou o exílio para o interior dos *menores* da capital, agravando a “problemática da internação”, ao afastar o *menor* da família, já que um percentual superior a 96% dos internados era procedente da capital. Boa parte dos internatos contratados (145) e próprios (8) estava situada no interior, números que revelam uma política deliberada de não só “limpar” as ruas da cidade dos elementos indesejáveis, mas de punição, pelo afastamento da família e de desarticulação, ao retirá-los de seu meio social (RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 38).

Em 1979 houve uma reformulação do Código de Menores, mas a Doutrina da Situação Irregular permaneceu, objetivando ainda uma ação tutelar do Estado em relação às crianças provenientes de famílias pobres, criando estigmas de anormalidade, patologia e imoralidade a partir dos modos de vida dessas famílias.

Foi disseminada, nesse período, a ideia de uma desordem familiar e de um descaso por parte dos pais, o que justificava a internação recorrente das crianças e adolescentes, nos quais grande parte deles era levada por suas próprias famílias. Contudo, os baixíssimos salários, as longas jornadas de trabalho e a falta de acesso a serviços básicos não foram levados em conta nos artigos produzidos, e que influenciaram demasiadamente a internação por parte da família - maior parte eram mulheres empregadas domésticas - com o intuito de oferecer um futuro melhor para seus filhos.

Apesar de uma postura avessa ao antigo SAM, a FUNABEM permaneceu com a lógica menorista, exclusivamente punitiva, sem se valer dos direitos das crianças e dos adolescentes que passavam pelo serviço, o que resultou em relatos de maus tratos e tortura dentro das instituições espalhadas pelo país.

3.3 O Estatuto da Criança e do Adolescente e as medidas protetivas e socioeducativas

Nos meados de 1980 o modelo institucional vigente começou a ser amplamente questionado, no qual movimentos sociais, com a migração para uma estrutura de governo democrática, viabilizaram a participação popular nos debates referentes a temática da institucionalização da infância, bem como a realização de “estudos sobre os efeitos dela sobre o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, os altos custos da manutenção dos internatos” (GUIRADO, 1980; CAMPOS, 1984; RIZZINI, 1985; RIZZINI e ALTOÉ, 1985; ALTOÉ, 1990 apud RIZZINI e RIZZINI, 2004) e inúmeras denúncias veiculadas pelos meios de comunicação, com boa parte advinda dos próprios internos.

Foi uma década de calorosos debates e articulações em todo o país, cujos frutos se materializariam em importantes avanços, tais como a discussão do tema na Constituinte e a inclusão do artigo 227, sobre os direitos da criança, na Constituição Federal de 1988. Mas o maior destaque da época foi, sem dúvida, o amplo processo de discussão e de redação da lei que viria substituir o Código de Menores (1927,1979): o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) (RIZZINI e RIZZINI, 2004, p. 46 e 47).

O ECA, segundo Castro e Menezes (2013), contemplou - e vigora até os dias de hoje - os direitos fundamentais da criança e do adolescente para, a partir de então, abordar a maneira de responsabilizar os adolescentes que cometem atos infracionais, e definiu parâmetros gerais para o conceito de infância, fazendo com que ele abarcasse todas as crianças, fossem elas oriundas de qualquer extrato social, abolindo assim a concepção de “menor” para os pertencentes das classes pobres.

Foram estabelecidas as medidas protetivas e as socioeducativas, nas quais as primeiras são aplicáveis tanto para as crianças quanto para os adolescentes, objetivando a garantia de seus direitos, assim como a restituição de algo que tenha sido violado; e as segundas são aplicáveis apenas aos adolescentes de 12 a 18 anos incompletos que cometerem ato infracional. Ainda que crianças com até 12 anos incompletos cometam atos infracionais, estas são encaminhadas aos conselhos tutelares para receberem apenas a proteção do estado e, da mesma forma, aos adolescentes que forem aplicadas as medidas socioeducativas, há também a garantia de proteção. Ou seja, as medidas protetivas são aplicadas em qualquer circunstância (BRASIL, 1990).

Os adolescentes em conflito com a lei, segundo o ECA, são penalmente inimputáveis, e as medidas socioeducativas destinadas a eles são divididas, de acordo com o artigo 112, em: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade, internação em estabelecimento educacional e qualquer outra que garanta o acompanhamento deles na comunidade, na escola ou na família. Estas estão enumeradas de acordo com a gravidade do ato infracional, indo de uma infração considerada leve até uma grave, que tenha sido feita mediante grave ameaça ou violência a pessoa. A internação é aplicada nos casos de reiteração no cometimento de outras infrações graves ou por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta (BRASIL, 1990).

Distintivamente do que acontecia nas antigas FEBEMs, os adolescentes em regime de internação não podem perder o vínculo ou contato com suas famílias, salvo nos casos em que isso trouxer algum prejuízo a eles. O fortalecimento dos vínculos familiares, bem como a participação da comunidade na aplicação da medida socioeducativa, são objetivos fundamentais do ECA. O regime de internação em instituto educacional não poderá superar o prazo de três anos e é dada a liberdade de forma compulsória àquele que completar 21 anos. É de obrigação do Estado garantir acesso à educação, profissionalização, atividades culturais, esportivas e de lazer, entre outras, no período em que o adolescente estiver internado (BRASIL, 1990).

Art. 125. É dever do Estado zelar pela integridade física e mental dos internos, cabendo-lhe adotar as medidas adequadas de contenção e segurança (BRASIL, 1990).

De acordo com Oliveira e Assis (1999), o **Departamento Geral de Ação Socioeducativa** (DEGASE) foi a instituição criada no ano de 1993, para ser responsável pelas ações na esfera federal e colocar as mudanças previstas em prática. No ano de 1994 o Estado do Rio de Janeiro efetivou as mudanças a nível Estadual e tomou para si o que antes estava dentro do escopo federal. Ele é o responsável por executar as medidas socioeducativas aos adolescentes em conflito com a lei, junto à Secretaria de Educação do Estado.

Um marco igualmente importante na construção de políticas públicas direcionadas aos adolescentes em conflito com a lei foi a criação do **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo** (SINASE), designado à regulamentação das ações do Poder Público a partir de seus diferentes atores e órgãos, com o intuito de atender ao adolescente em conflito com a lei de maneira especializada, uma política que promove a “efetiva participação dos sistemas e

políticas de educação, saúde, trabalho, previdência social, assistência social, cultura, esporte, lazer, segurança pública, entre outras, para a efetivação da proteção integral de que são destinatários todos adolescentes” (BRASIL, 2006, p.15).

O SINASE foi criado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, a partir da Resolução nº 119/2006, e foi aprovado em 18 de janeiro de 2012 pela Lei nº 12.594. Essa lei traz regulamentações pormenorizadas tanto de caráter conceitual, como também da que maneira será necessário proceder as esferas nacional, estaduais, distrital e municipais, inclusive no que tange ao financiamento do Sistema Socioeducativo. Trouxe com ele importantes contribuições na correção de deturpações referentes ao atendimento das demandas que o sistema abriga (BRASIL, 2012a; DIGIÁCOMO, 2016).

3.4 A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória

Dentre todas as políticas que dizem respeito ao adolescente em conflito com a lei, a PNAISARI é a que mais será evidenciada no presente estudo, devido ao objetivo principal deste em conhecer as questões que envolvem à saúde das adolescentes em regime de internação.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) foi criada a partir de Nota Técnica elaborada pela área técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, e de dados oriundos de estudos, que evidenciaram graves problemas nas instituições de internação no que concerne à atenção à saúde dos adolescentes em regime de internação (BRASIL, 2013). O Ministério da Saúde, junto com a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, editaram a Portaria Interministerial nº 1.426, publicada em 15 de julho de 2004, e redefiniram as diretrizes da Política, a partir da portaria de 1.082 de 23 de Maio de 2014, incluindo as medidas em meio aberto e fechado, estabelecendo “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” (BRASIL, 2014a, p. 1).

Durante o tempo de cumprimento de medida de privação de liberdade, o adolescente está sob tutela e responsabilidade do Estado. E o Estado, aqui, por força da

conformação burocrático-administrativa do sistema socioeducativo, institui-se nos estados-membros da federação. O direito de ir e vir dos adolescentes nessa situação foi suspenso, mas seu direito à saúde, não. É, pois, dever do poder público garantir esse direito, aliado ao dever de oferecer serviços de atendimento à saúde para todo e qualquer cidadão, seja em qual situação jurídico-legal ele estiver (FERNANDES *et al.*, 2015, p. 121).

A PNAISARI objetiva garantir aos adolescentes em conflito com lei o acesso aos serviços de saúde de acordo com o que está prescrito no SUS e no ECA. A atenção à saúde destes adolescentes se dá por meio de ações de promoção e proteção da saúde, práticas educativas e prevenção de agravos e ações de assistência à saúde. No que tange à assistência, as ações se dão no âmbito do desenvolvimento físico e psicossocial com vistas à um acompanhamento: da saúde sexual e reprodutiva, da imunização, da saúde bucal, da saúde mental, do controle de agravos e da assistência à vítima de violência (BRASIL, 2012b).

Todas as ações são voltadas para adolescentes do sexo masculino e feminino em regime de internação e internação provisória, todavia, no que concerne às práticas educacionais em saúde, há um recorte de gênero tanto quando é abordado o tema da violência doméstica quanto da violência sexual, e, no que se refere à saúde sexual e reprodutiva há um eixo de especificações para o sexo feminino. As especificações prescritas são:

prevenir e controlar o câncer cérvico-uterino; orientar e promover o autoexame da mama; distribuir insumos para contracepção e orientar quanto à utilização correta dos mesmos; realizar o pré-natal; realizar o puerpério; monitorar o estado nutricional e o consumo dietético da gestante e lactante; e proporcionar ambiente e condições favoráveis para aleitamento materno (BRASIL, 2012b, p. 21).

Como já mencionado no decorrer deste trabalho, diversos estudos demonstram que as práticas estão muito distantes do que é preconizado em lei, indo na contramão da garantia dos direitos à saúde dos adolescentes. A aplicação das medidas socioeducativas e as unidades de atendimento pendem mais para as debilidades do que para o sucesso na reintegração social, e as condições em que se encontram as instituições de internação, assim como ações realizadas dentro delas, constantemente ferem os direitos humanos mais elementares (DAVOGLIO *et al.*, 2011; BRASIL, 2012b; COELHO, 2013; RIO DE JANEIRO, 2015 apud ARÊAS NETO *et al.*, 2017).

Em se tratando das especificações da saúde das meninas, de acordo com Arêas Neto *et al.* (2017), citando um estudo realizado por Mattar (2008), que visou conhecer como se dá o

exercício da sexualidade dos adolescentes em três Estados do Nordeste⁶, expõe que há uma repressão moral da vivência da sexualidade de meninas dentro das instituições, ficando permitido apenas aos meninos as visitas íntimas, ainda que haja um reconhecimento da possibilidade de fortalecimento dos vínculos a partir delas.

⁶ Únicos a implementarem a visita íntima em unidades de internação no país, até o momento da pesquisa citada.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Com base no quadro exposto acima, serão expostos conceitos abordados por alguns autores que poderão nos auxiliar na compreensão das lógicas e práticas que compõem o quadro da privação de liberdade no Brasil, seja de adultos ou adolescentes, bem como quando é situada a especificidade do feminino, tanto no mundo infracional quanto dentro de instituições com características específicas e típicas formas de funcionamento.

Para pensarmos ao processo crescente de encarceramento no país, tomaremos como ponto de partida as formulações de Wacquant (1999) a respeito do Estado Penal e seu *modus operandi* de desassistência e penalização das camadas empobrecidas da sociedade, usaremos o trabalho de Helpes (2014) para falar das teorias que, historicamente, tentaram e ainda tentam dar conta dos motivos que fazem com que mulheres infrinjam a lei, e, como a construção social da categoria “mulher”, a partir da perspectiva feminista de Beauvoir (2009), pode nos ajudar a olhar para a problemática de ser uma menina infratora em uma sociedade tão repressiva com as meninas e mulheres. Usaremos também os conceitos de instituição total de Goffman (1974) e de disciplina de Foucault (1999) quando falarmos sobre as instituições responsáveis pela internação das adolescentes em conflito com a lei.

4.1 A insegurança social e o fenômeno do aprisionamento

Como exposto na introdução deste trabalho, há um movimento crescente de encarceramento experimentado não só pelos adolescentes em conflito com a lei, mas também pela população adulta, e esse fenômeno foi demarcado pelo sociólogo francês Loic Wacquant (1999), que apresentou em seus trabalhos, análises realizadas à respeito das prisões dos Estados Unidos, nas quais ele constata que o engrandecimento do aparato policial e penal se dá devido a um enfraquecimento da proteção social do Estado. Ou seja, quanto mais ausente o Estado se mantiver, no que diz respeito às garantias de direitos e bem-estar social, mais presente ele estará pelo viés da penalização das condutas dos indivíduos, pela utilização de dispositivos de vigilância cotidiana e privando de liberdade os que são considerados ameaçadores da ordem pública.

Tal lógica, segundo evidenciou Wacquant (1999), está pautada na perspectiva neoliberal que tem por objetivo o desmonte do Estado-providência, a partir de redução dos gastos sociais, gerando uma precarização do trabalho e uma massa mais empobrecida, bem como o alargamento das desigualdades e insegurança sociais. A “segregação, a criminalidade e o desamparo das instituições públicas” são alimentados pelos resultados obtidos desse modelo (p. 49).

Apesar de estar detido à realidade dos Estados Unidos nas últimas décadas do século XX, o panorama demarcado por Wacquant (1999) no que concerne ao modelo punitivo e coercitivo norte americano, muito se assemelha ao brasileiro atualmente, principalmente em se tratando da política penal de encarceramento em massa – com foco nos considerados “indesejáveis” - e do perfil da população privada de liberdade, – salvo algumas especificidades - onde estes são em suma os pobres desprovidos de assistência Estatal e os que ocupam o lugar do subemprego e do trabalho informal.

A solução neoliberal para o aquecimento da economia, segundo o autor, se dá à custa da produção de miseráveis que, colocados na condição de infortunados e dependentes de ações de proteção estatal, são facilmente deslocados para a de ameaçadores ou perigosos, e inquestionavelmente destinados ao cárcere.

Sobre essa população, no que diz respeito aos Estados Unidos, mas que se aproxima fortemente da realidade brasileira, inclusive a dos adolescentes em privação de liberdade, Wacquant (1999) afirma:

Pois, contrariamente ao discurso político e midiático dominante, as prisões americanas estão repletas não de criminosos perigosos e violentos, mas de vulgares condenados pelo direito comum por negócios com drogas, furto, roubo, ou simples atentados à ordem pública, em geral oriundos das parcelas precarizadas da classe trabalhadora e, sobretudo, das famílias do subproletariado de cor das cidades atingidas diretamente pela transformação conjunta do trabalho assalariado e da proteção social (p. 53).

Ainda assim, a cor da pele torna-se, também, algo extremamente importante quando observamos o trabalho de Wacquant (1999) e confrontamos com os dados das prisões brasileiras. De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen, junho/2016), no Brasil, pessoas que tem a cor da pele negra correspondem a 64% do total de presos e 55% tem a idade entre 18 e 29 anos. Dados semelhantes são expostos por Wacquant (1999), nos quais ele demarca um “escurecimento” contínuo da população detida e o jovem como alvo principal da política de penalização da miséria. Essa lógica faz jus também à

realidade dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade, pois eles estão incluídos na mesma premissa de escurecimento, com 59% do total sendo de cor preta e parda (BRASIL, 2019a).

Entretanto, no que diz respeito à “diferenciação” dos crimes cometidos por brancos e negros, o autor faz um esclarecimento necessário:

(...) o aumento rápido e contínuo da distância entre brancos e negros não resulta de uma súbita divergência em sua propensão a cometer crimes e delitos. Ele mostra acima de tudo o caráter fundamentalmente discriminatório das práticas policiais e judiciais implementadas no âmbito da política "lei e ordem" das duas últimas décadas (p.62).

Para Wacquant (1999), essa racionalidade que privilegia os negros como alvos das ações policiais é respaldada por questões históricas, onde a prisão assume o espaço do “gueto”, – lugar prioritariamente de negros nos EUA, resultado de todo processo histórico de exclusão dessa população e análogo às favelas encontradas no Brasil – cumprindo uma função bem demarcada pelo que ele chama de “governo da miséria”. Sobre isto, ele resume:

Nesse aspecto, a prisão é apenas a manifestação paroxística da lógica de exclusão da qual o gueto é o instrumento e o produto desde sua origem histórica. (...) o gueto faz papel de "prisão social", no sentido de manter o ostracismo sistemático da comunidade afro-americana. Desde a crise do gueto, simbolizada pela grande onda das rebeliões urbanas da década de 60, é a prisão que faz papel de "gueto" ao excluir as frações do (sub)proletariado negro persistentemente marginalizadas pela transição para a economia dual dos serviços e pela política de retirada social e urbana do Estado federal. As duas instituições se acoplam e complementam, no sentido de que cada uma serve, à sua maneira, para assegurar a "colocação à parte" (*segregare*) de uma categoria indesejável, percebida como provocadora de uma dupla ameaça, inseparavelmente física e moral (p. 64).

Com efeito, o quadro pintado de ascensão da lógica penal em detrimento da lógica social, com vistas à criminalização da miséria, onde a ressocialização não se dá verdadeiramente, está longe de ser um desvio do modelo adotado, mas é parte constituinte do projeto neoliberal que se consolida a partir do controle - sobretudo a partir de aparatos de reclusão – dos desviantes e considerados supérfluos, para que aqueles que não se enquadram no perfil dos que estão nesses grupos – em sua maioria branca – continuem a gozar das vantagens e riquezas sem serem importunados ou se sentirem ameaçados.

4.2 Teorias explicativas sobre a criminalidade feminina

As teorias que versavam sobre a delinquência feminina até a metade do século XX estavam sob a égide de perspectivas biológicas e psicológicas, enquadrando as mulheres em premissas estigmatizantes e preconceituosas, sendo ainda possível encontrar seus ecos na criminologia atual. Essas premissas tinham por objetivo justificar a inferioridade da mulher em relação ao homem no que tange a uma incapacidade “natural” da mulher em praticar crimes (ASSIS; CONSTANTINO, 2001; HELPES, 2014).

A crença nas diferenças condicionadas pela biologia e pela fisiologia como explicações para o comportamento feminino, condizente com noções populares largamente difundidas, recebeu o aval científico, fundamentando as primeiras teorias sobre o crime feminino. Buscava-se explicar o fenômeno do envolvimento da mulher com a criminalidade pela idéia de desvio sexual. Para ela, duas possibilidades opostas se apresentavam: ser mãe ou prostituta. As jovens criminosas eram mais representadas nesta segunda opção. Mesmo em casos de assalto ou furto, as explicações privilegiavam a repressão sexual ou a histeria feminina, e a delinquência das mulheres era patologizada (ASSIS; CONSTANTINO, 2001, p. 28 e 29).

Essa realidade teve outros contornos a partir da divulgação de teorias feministas na segunda metade do século XX, que formularam explicações a partir de abordagens sociológicas e trouxeram problematizações a respeito do lugar da mulher na sociedade, lugar este construído social e historicamente, rejeitando concepções que traziam determinações inatistas a respeito da diferenciação comportamental entre homens e mulheres (HELPES, 2014).

No que diz respeito às perspectivas com enfoque biológico, Cesare Lombroso, psiquiatra, nascido em 1836, foi o primeiro a elaborar uma teoria que tentou dar conta da criminalidade feminina, na qual ele afirmava existirem duas “naturezas”, uma masculina e outra feminina, onde esta última trazia consigo uma inerente passividade que servia de base para um afastamento do mundo do crime. Para ele, a mulher que praticasse qualquer ato criminoso, teria um padrão organísmico mais masculinizado do que as mulheres consideradas normais (RATTON *et al*, 2011 apud HELPES, 2014).

Lombroso definia o grau de periculosidade das mulheres de acordo com padrões físicos que elas apresentavam, onde ele incluía determinados aspectos do crânio, da mandíbula, dos olhos e do clitóris e lábios vaginais. As mulheres com maior número de características físicas enquadradas nos aspectos por ele determinados eram consideradas mais perigosas. Características que tinham relação com a sexualidade eram consideradas agravantes. Ele, de acordo com Helpes (2014), afirmava que assim como as criminosas, as mulheres consideradas

normais seriam dotadas de pouca sensibilidade e por isso teriam maior resistência à dor, entregues à sentimentos vis, com o intuito final de conquistar os homens pela sexualidade e sem capacidade de qualquer sentimento honrado. Todavia, esses sentimentos seriam sobrepostos por uma submissão e obediência também inatas, uma “fraqueza de espírito” que as impediria de cometer crimes.

Em suma, para Lombroso, as mulheres criminosas fugiam ao padrão da “normalidade” e poderiam ser comparadas ao masculino, perdendo assim sua “essência” feminina. Outros autores seguiram à mesma premissa biologizante de Lombroso em seus trabalhos, como Rafeale Garofalo, - ainda que tenha incluído um aspecto moral em sua perspectiva da criminalidade - Thomas, John Cowie, Valerie Cowie, e Eliot Slater. Todos esses não incluíram os aspectos social e cultural em seus estudos, ainda que o trabalho desenvolvido pelos três últimos tenha sido contemporâneo às teorias feministas e à grande difusão delas (HELPEPES, 2014).

Uma perspectiva que insere na criminalidade feminina tanto fatores biológicos quanto psicológicos e sociológicos, é a de Otto Pollok em meados do século XX. Para ele, as mulheres são tão capazes de cometerem crimes quanto os homens, todavia esses crimes são menos visíveis à sociedade e à justiça por estarem reservados ao espaço doméstico e não serem considerados de grande relevância. Ainda assim, segundo ele, as mulheres são dotadas de uma destreza em manipular as leis quando são descobertas nos crimes, fazendo com que os resultados sejam favoráveis a elas. Essa característica de enganação ou falseamento, de acordo com Pollok, é considerada um “traço” tipicamente feminino, inato, o que faz com que nesse aspecto sua teoria não rompa com as anteriores (RATTON *et al*, 2011 apud HELPEPES, 2014).

Já as teorias modernas rompem de uma vez com a perspectiva biológica e comportamental no que tange à criminalidade e orienta o pensamento criminológico ocidental nas últimas décadas, responsabilizando a estrutura social pelo nascimento da delinquência. Fica então, a partir daí, à cargo das desigualdades sociais e econômicas entre as classes, a produção de sujeitos infratores (MERTON, 1957; SHAW e MCKAY, 1969 apud ASSIS; CONSTANTINO, 2001).

No entanto, apesar de trazerem um olhar que fugiu de uma lógica estigmatizadora do infrator e ter inaugurado uma premissa estritamente sociológica, essa abordagem foi duramente criticada à partir de dois aspectos: o primeiro, que veio por parte de feministas, se tratava de uma total ausência da figura da mulher no que concerne às diferenças de socialização dos sexos, para explicar à distinta inserção de homens e mulheres na criminalidade e, o segundo, dizia

respeito a um determinismo social, onde não são considerados fatores e escolhas individuais que podem corroborar com a inserção, ou não, do sujeito no crime (ASSIS; CONSTANTINO, 2001).

Como dito acima, a partir da segunda metade do século XX as teorias feministas trouxeram concepções inovadoras a respeito do comportamento de mulheres e homens, baseando-se nos estudos de Mead (1969 apud HELPES, 2014). Essas concepções foram formuladas com base na premissa de que as diferenças comportamentais de homens e mulheres não são dadas universalmente, trazendo a dimensão dos papéis de gênero - algo construído socialmente - pondo por terra tanto a perspectiva inatista, quanto evidenciando que o comportamento é fruto do processo de socialização e que esse processo carrega consigo as formas de organização das sociedades, com possíveis distinções de sociedade para sociedade. Esse novo paradigma mudou também a maneira de conceber a criminalidade feminina (HELPES, 2014).

Esse movimento trouxe à tona a maneira como os espaços que até então ocupados por mulheres, em nada estavam relacionados com aptidões ou qualidades inerentes ao feminino, mas sim a um processo de socialização que designou ao feminino os espaços privados e com diminuto grau de liberdade em relação aos homens, no que diz respeito aos espaços públicos. Sendo assim, de acordo com Adler (1975 apud ASSIS; CONSTANTINO, 2001), na medida em que as mulheres experimentassem um processo de libertação e ocupassem outros espaços que até então estavam reservados aos homens, o espaço da criminalidade também seria experimentado por elas com maior frequência.

As teorias feministas fizeram uma crítica radical à criminologia masculina. A tese mais debatida era a de que a emancipação/libertação feminina seria uma explicação para o envolvimento da mulher na vida infracional, pois, à medida que uma mulher conquistasse liberdade para desenvolver seu potencial e atingir seus objetivos, se exporia a mais situações criadoras de estresse e frustrações que poderiam induzi-la ao crime (opções anteriormente restritas aos homens). Ficaria também exposta a cada vez mais oportunidades de cometer crimes (ASSIS; CONSTANTINO, 2001, p. 30).

Essa teoria, no entanto, não foi confirmada, pois ao passo que as mulheres tornaram-se em grande parte ativas social e economicamente, os crimes cometidos por elas não cresceram na mesma proporção e continuam em menor número em relação aos cometidos pelos homens, em todos os países (RATTON *et al*, 2011 apud HELPES, 2014).

Para Assis e Constantino (2001), a contribuição das teorias feministas foi de extrema importância por terem lançado maior luz sobre a criminalidade feminina e por servirem de

alicerce, a partir de seus aprofundamentos, para a elaboração de teorias como a do “controle social”.

O controle social empreendido sobre as mulheres, segundo as autoras, pode explicar uma menor inserção das mulheres na esfera infracional. Este controle, experimentado em todos os espaços ocupados por elas desde a infância, seja dentro de casa à partir da família ou nos espaços como escola e grupos de amigos, até à vida adulta, ainda no âmbito da casa, como esposas prioritariamente, submetidas à hierarquias advindas de uma sociedade patriarcal e assimiladas desde pequenas, ou mesmo nos espaços de trabalho, à partir da experiência da dupla jornada, onde também se circunscreve na hierarquia já citada, que se expressa tanto na desigualdade de salários em relação aos homens como por constantes assédios experimentados. As políticas públicas também são parte desse controle, sobretudo por ainda expressarem um maior domínio masculino, de criação e manipulação.

Já no que diz respeito à “escolha” pela vida infracional, tanto por mulheres quanto por meninas, sobretudo estas últimas, Assis e Constantino (2001) demarcam o controle familiar exercido de maneira precoce nos lares pelo viés da violência, colaborando para um movimento migratório destas meninas às ruas, tendo assim um contato e uso maior de drogas, com o desemprego e com o mundo infracional. Todavia, procurando demonstrar a complexidade expressa no fenômeno exposto, as autoras afirmam que essa “escolha” se dá “como resultado de uma variedade de pressões sociais, econômicas, estruturais e culturais, que se inter-relacionam de múltiplas formas e em diferentes intensidades, combinadas com respostas específicas de cada indivíduo” (p. 33).

4.3 Ser menina infratora

Acima nos detemos em trazer teorias que pudessem elucidar as questões envolvidas na inserção das adolescentes na vida infracional, contudo, agora, ocupar-nos-emos em trazer para a pauta como o processo de socialização das meninas, baseado na construção social do que significa “ser mulher”, afeta diretamente a vida das adolescentes que estão em conflito com a lei, tendo como ponto de partida a contribuição de Simone de Beauvoir à respeito dessa temática.

Simone de Beauvoir, nascida em Paris, professora de filosofia e autora de diversas obras literárias, em um de seus livros intitulado de “O Segundo Sexo” que se tornou referência para

os movimentos feministas, traz diversas considerações e problematizações no que toca a temática da construção da mulher ou da feminilidade.

A partir desta abordagem, a tentativa não é tecer explicações a respeito dos motivos que fizeram ou fazem meninas infringirem a lei e por vezes adentrarem nos meandros da delinquência, pois essas considerações já foram expostas, contudo, o que se pretende neste momento, é deliberar sobre o que significa ser uma menina infratora em uma sociedade onde as desigualdades de gênero estão postas e permeiam todo o campo social.

De acordo com Beauvoir (2009) o “ser mulher” não é algo intrínseco ao nascimento, mas está relacionado ao aprendizado realizado numa conjuntura social e histórica. Ou seja, o corpo da mulher para além de biológico é um corpo social que experimenta o mundo e apreende subjetivamente as impressões deste mundo no corpo. A “qualidade” do que significa ser mulher é cotidianamente apresentada e dogmatizada nas relações que a criança experimenta desde o nascimento a partir da família, e concomitantemente em todos os espaços de convívio em que circula no decorrer da vida.

Nas características empregadas, há uma diferenciação valorativa e não apenas qualitativa do que significa ser homem e mulher, e é criado um esquema hierárquico no qual as mulheres são colocadas em posição de inferioridade em relação aos homens. Ao homem é dado a possibilidade de dominar, avançar, se lançar em desafios e fazer uso da força, enquanto que à mulher são apresentados domínios limitados, por vezes cerceados pela força e sobreposição de um homem. Aos meninos cabem as aventuras e o desbravar do mundo, ao passo que às meninas os sonhos e a espera, sendo isso propagado incessantemente pela literatura histórica, mitológica e as que exprimem aspectos da cultura. Beauvoir (2009) afirma assim, que a menina vê o mundo pelos olhos masculinos a partir de contos infantis que ressaltam a glória dos homens e seus desejos, onde, em grande parte, são eles os heróis apresentados e salvadores das indefesas e vulneráveis mulheres.

Não só as histórias e contos no âmbito da literatura são responsáveis por demarcarem lugares distintos aos meninos e meninas. As brincadeiras femininas na infância geralmente são feitas no espaço da casa, do privado, com objetos que representam em formato de miniatura a vida interna do lar, enquanto que as dos meninos exigem espaços amplos, os quais não são possíveis dentro de casa. A vida masculina vai se dando externamente, com características exploratórias e desafiadoras, à medida que a feminina se desenvolve internamente, em espaços comuns e já conhecidos, sendo como um ensaio do que está reservado para a vida adulta

esperada: o cuidado do lar e a maternagem (ASSIS; CONSTANTINO, 2001; BEAUVOIR, 2009).

Apesar de terem ocorrido algumas mudanças atualmente nesses padrões, com maiores possibilidades apresentadas para as meninas, ainda se reserva primordialmente para elas o espaço do lar, sobretudo quando se tornam jovens, caracterizando uma sobreposição de responsabilidades. Beauvoir (2009, p.322 e 323) faz uma exemplificação em relação a isso, demonstrando uma realidade do ano de 1949, mas que ainda é frequente nos dias hodiernos, citando a fala de uma diretora de escola:

A jovem torna-se repentinamente um ser que ganha a vida trabalhando. Tem novos desejos, que nada têm a ver com a família. Acontece frequentemente que deva fazer um esforço bastante considerável... Ela volta à noite para seu lar tomada de um cansaço colossal e com a cabeça cheia das ocorrências do dia... Como é então recebida? A mãe manda-a logo fazer alguma compra. Há também que terminar as tarefas caseiras deixadas em suspenso e cumpre ainda cuidar de sua roupa. É impossível dar atenção a todos os pensamentos íntimos que continuam a preocupá-la. Sente-se infeliz, compara sua situação com a do irmão, que não tem deveres a cumprir em casa, e revolta-se.

Beauvoir (2009) realiza ainda uma consideração sobre a perspectiva mitológica presente na sociedade patriarcal que exhibe a mulher como uma entidade dotada de características próprias e definidas, determinando o que é verdadeiro ou não sobre ela. Essa entidade criada não admite desvios ou novas possibilidades, ainda que nos dados da realidade exista uma oposição concreta à essa “mulher pura”, a partir das distintas e múltiplas experiências das “mulheres de carne e osso”. O dogma se sobrepõe à empiria e circula nas mentes dos indivíduos como verdade irrefutável, produzindo estigmas quando o que elas experienciam fogem em demasia ao que é esperado. Concernente a isso, a autora faz a seguinte observação:

Na realidade concreta, as mulheres manifestam-se sob aspectos diversos; mas cada um dos mitos edificadas a propósito da mulher pretende resumi-la inteiramente. Cada qual se afirmando único, a consequência é existir uma pluralidade de mitos incompatíveis e os homens permanecerem atônitos perante as estranhas incoerências da ideia de Feminilidade; como toda mulher participa de uma pluralidade desses arquétipos que pretendem encerrar, cada um, sua única Verdade, os homens reencontram, assim, ante suas companheiras o velho espanto dos sofistas que mal compreendiam que o homem pudesse ser louro e moreno a um tempo (BEAUVOIR, 2009, p. 253 e 254).

No que tange ao mito da mulher cristalizada, como já exposto, as características de fragilidade, suscetibilidade, mansidão, cordialidade e tantos outros que permeiam esse grupo de significantes, são parte fundante da construção deste, enquanto que os opostos, como

virilidade, indiferença, impulsividade, grosseria e outros de natureza próxima, são características consideradas primordialmente pertencentes ao sexo masculino.

Desta forma, as mulheres que ousarem ultrapassar a fronteira delimitada do comportamento adequado à sua classe, serão vistas como errantes e violadoras dos princípios mais fundamentais da feminilidade (BEAUVOIR, 2009). Haja vista que, por um mínimo desvio que seja, a sociedade retorna para a mulher os axiomas relativos à feminilidade perdida, com o intuito de endireitá-la e encaixá-la novamente. Há de se esperar, por sua vez, maior severidade no julgamento da coletividade, quando essa mulher rompe com as inúmeras estereotípias relacionadas a ela e se envereda pelos caminhos da transgressão da lei.

Na ocasião em que ocorre uma violação da lei por parte das mulheres e meninas, há um enfrentamento direto e demasiado radical aos padrões de submissão prescritos como inatos, o que configura uma perversão da natureza. Essa perversão é colocada de maneira ainda mais exacerbada pelo corpo social quando há o uso da violência. Só ao homem é dada a força e o manejo dela, o que faz com que o uso da violência por parte dele seja algo, ainda que também transgressor, esperado e em certa medida justificado. A respeito disso Beauvoir (2009, p. 320) declara:

Sendo-lhes proibidas as brigas, as escaladas, elas se atêm a suportar o corpo passivamente; muito mais nitidamente do que na infância, cumpre a elas renunciar a emergir além do mundo dado, a afirmar-se acima da humanidade; é proibido explorar, ousar, recuar os limites do possível. Em particular, a atitude do desafio, tão importante nos rapazes, é para as moças quase desconhecida. Por certo as mulheres se comparam, mas o desafio é diferente dessas confrontações passivas: duas liberdades se defrontam à medida que têm sobre o mundo um domínio cujas limitações desejam diminuir; subir mais alto do que um colega, dobrar um braço, é afirmar sua soberania sobre toda a Terra. Essas condutas conquistadoras não são permitidas à moça, principalmente a violência.

Não bastasse à maneira como a sociedade de forma geral impõe perspectivas que subjugam as meninas e as colocam em lugar de aviltantes quando não correspondem suas expectativas de moral e comportamento adequados, as relações que estas meninas experimentam no contexto da criminalidade também estão impregnadas e reproduzem fielmente os padrões já estabelecidos socialmente no que diz respeito às assimetrias de gênero.

Geralmente ocupam lugares de subordinação dos homens, servem como “bode expiatório” no transporte de drogas, para que o mandante - normalmente namorado ou marido - não seja capturado pela polícia e, também, desempenham funções tipicamente femininas de organização e cuidado. São mulheres dos traficantes e mães de seus filhos, e frequentemente

têm nos companheiros a esperança da proteção, o que muitas vezes não se traduz na realidade, sendo vítimas de violências psicológicas, físicas e sexuais (ASSIS; CONSTANTINO, 2001).

Não obstante, o sofrimento que experimentam não diz respeito apenas às sanções perpetradas por parte do coletivo, mas também, muitas vezes, ressentem-se por não conseguirem se encaixar dentro das expectativas que os outros possuem a respeito delas e das próprias expectativas que foram criadas no processo de socialização. Introjetam o padrão social e, em grande medida, elas igualmente o assumem como verdadeiro, fazendo com que se percebam fora do esperado, o que acarreta, em alguns casos, sentimentos de culpa e fracasso (ASSIS; CONSTANTINO, 2001).

Com isso, não tendo como pretensão o esgotamento da questão, principalmente pela complexidade que lhe é devida, há, ainda assim, a possibilidade de estimar o quão difícil, penosa e problemática pode ser a realidade de uma menina que está em conflito com a lei, mesmo que possa, eventualmente, haver uma autopercepção de ganho. Essa compreensão possibilita irmos além das considerações realizadas no senso comum e massificadas no cotidiano das relações que, em grande parte, afirmam que a escolha pela vida infracional é a escolha por uma vida fácil.

4.4 A vida em uma instituição total e disciplinar

Erving Goffman (1974), cientista social, antropólogo e sociólogo canadense, em seu livro “Manicômios, Prisões e Conventos”, expõe, a partir de observações realizadas no Hospital Sta. Elizabeths, em Washington, nos Estados Unidos, entre os anos de 1955 e 1956, suas percepções em relação ao “mundo social” do internado, dentro do que é experimentado subjetivamente pelo paciente desse mundo, bem como caracteriza as formas de organização da instituição e elabora o conceito de “Instituição Total”.

O principal atributo de uma instituição total, definido por ele, se dá pelo seu “fechamento”, no qual são colocadas barreiras que impedem ao internado qualquer convívio ou contato com o mundo externo. Essas barreiras são erguidas tanto na esfera física e arquitetônica da instituição, quanto pelas interdições exercidas por parte de uma equipe dirigente. Todos os âmbitos da vida do internado são abarcados por ela (horários para dormir, acordar e se

alimentar, lazer, trabalho e etc.) em um mesmo lugar, junto com outras pessoas seguem a mesma rotina e sob a custódia e observação de uma equipe instituída como autoridade única.

Uma instituição total pode ser conceituada, de acordo com Goffman (1974, p. 11) “como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. Ele expõe ainda, que as prisões podem ser tomadas como um exemplo explícito disso, mesmo que suas características venham ser encontradas em outras instituições cujos indivíduos residentes não tenham praticado qualquer ato ilegal.

As instituições totais são divididas em cinco grupos: 1) as concebidas para acolher e cuidar de indivíduos considerados incapazes e que não representam perigo para a sociedade, como asilos para idosos, orfanatos e etc; 2) estabelecimentos que visam abrigar pessoas que não são capazes de cuidar de si mesmas e são consideradas ameaça não intencional às pessoas que os cercam, como leprosários, hospitais psiquiátricos e locais para pacientes com tuberculose; 3) locais construídos para a proteção da comunidade, onde os sujeitos aprisionados neles são apontados como perigosos, e o bem estar destes não se constitui como o objetivo primordial, sendo eles os presídios, os campos de concentração e campos de prisioneiros de guerra; 4) instituições que são desenvolvidas para que os indivíduos exerçam algum tipo de trabalho de maneira mais apropriada, como as escolas internas, os quartéis, os campos de trabalho, os navios; 5) lugares que servem como uma espécie de abrigo do mundo exterior, como também para a imersão num treinamento religioso, estes são: monastérios, abadias, conventos e outros que promovem clausura dentro destes termos.

No tocante ao fechamento das instituições totais aludidas, Goffman (1974) estabelece que essa característica se dê em determinados aspectos, com alguns elementos que se diferem nos distintos tipos de instituição, mas que, todavia estas, somente são consideradas totais quando manifestam um maior número dos traços de um conjunto exposto por ele. Para isso, ele utiliza o método de tipos ideais, que visa elencar atributos partilhados para então poder vislumbrar também as diferenças existentes. Entretanto, com vistas ao enfoque do tema abordado aqui, a prisão será a instituição total destacada e terá seus atributos expostos de forma exclusiva.

Ainda que as instituições destinadas ao abrigamento de adolescentes em conflito com a lei sejam denominadas de “Estabelecimentos Educacionais”, há inúmeros estudos que as comparam ao sistema penitenciário destinado aos adultos, seja pelo fato de que o projeto

educacional tenha sido sobrepujado por um modelo punitivo e coercitivo, ou pela falência na perspectiva de ressocialização, mas também por existir um grande número de sujeitos que reincidem nos atos infracionais (ASSIS; CONSTANTINO, 2001; ARÊAS NETO *et al.*, 2017; DINIZ, 2017).

Com isso, a partir do que afirma Goffman (1974) a respeito das prisões, as instituições educacionais para jovens que cometeram ato infracional não têm como objetivo principal o bem-estar dos internados, ainda que ele seja garantido pela legislação pois, de acordo com esta, são sujeitos possuidores de plenos direitos.

Esse modelo institucional reporta-nos também à formulação de Foucault (1999) a respeito das instituições disciplinares pois, todas as instituições totais são disciplinares. Elas existem desde o século XVII e permanecem até os dias atuais, - ainda que com especificidades históricas e contextuais - onde nas quais, segundo ele, o Estado incide sobre os corpos dos internos um poder que produz corpos dóceis e submissos, com vistas à manutenção da “ordem” e do “equilíbrio”. Nelas há uma vigilância e coerção ininterrupta e total, garantindo assim uma gestão detalhada das atividades do corpo, uma subordinação contínua de suas forças, impondo-lhes “uma relação de docilidade-utilidade” (FOUCAULT, 1999, p. 164).

O espaço disciplinar, de acordo com Foucault (1999), propicia um exaustivo e minucioso conhecimento, monitoramento, dominação e aproveitamento efetivo de quem o integra, pois orienta os corpos de forma diligente no interior do coletivo, espalhando-os em uma circular de ações e relações anteriormente definidas.

O exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar; um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam (...) (FOUCAULT, 1999, p.143).

A instituição prisão utiliza-se de dois operadores para que o processo disciplinar se efetue: 1) o panoptismo, que possibilita a vigilância e a observação segura do olho do poder disciplinar, particularizando, isolando, totalizando e esquadrinhando; 2) o esquema de registrar e documentar, por intermédio de pareceres técnicos individuais e constantes, que proporciona a criação de um mecanismo “moralizador”, no qual são preenchidos informes padronizados, a partir das observações da equipe dirigente, de cada indivíduo internado (FOUCAULT, 1999).

Goffman (1974) expõe também que há uma segregação entre um grupo extenso de sujeitos regulados, referindo-se aos internados, e um pequeno grupo que é responsável por essa

regulação. Não há uma relação ativa entre esses dois grupos, ficando a comunicação restrita apenas às necessidades formais e mediada por estereótipos que cada grupo obtém um do outro, geralmente desfavoráveis. Os internados são vistos pela equipe dirigente como amargurados, retraídos e passíveis de desconfiança, ao passo que os internados veem os integrantes da equipe dirigente “como condescendentes, arbitrários e mesquinhos” (p. 19).

Outra questão importante demarcada por Goffman (1974) é a “mortificação do eu” imposta pela instituição total. Quando no momento de entrada pelos muros, da separação do mundo exterior, da perda dos objetos que estão ligados à sua vida, da adesão à novos papéis que não estão de acordo com os papéis desempenhados até então e também da assimilação e acatamento de novas e rígidas regras, todos esses eventos fazem com que as meninas percam progressivamente suas identidades. O uniforme padronizado representa fielmente essa fragmentação do self, causando tristeza às adolescentes por não terem mais contato com o que lhes é particular (ASSIS; CONSTANTINO, 2001). O processo disciplinar vai efetuando-se minuciosamente (FOUCAULT, 1999).

A chegada à instituição, para Goffman (1974), é o início da tensão entre o self que já estava organizado para o indivíduo e o desnudar das concepções preexistentes para encarar o desconhecido. A respeito disso ele esboça as seguintes considerações:

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. (...) O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, urna carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele (GOFFMAN, 1974, p. 25).

Ainda que para Goffman (1974) os processos psicológicos se dêem de diferentes maneiras em pessoas distintas que experimentam a mesma situação, e que ele mesmo tenha baseado seu relatório a partir de uma perspectiva sociológica, considera, no entanto, mesmo sem produzir determinações, que a separação do mundo exterior, ou seja, o encarceramento, provoca angústias que estão diretamente ligadas ao processo de mortificação do eu.

Essa angústia, muito presente na vida de mulheres presas, assim como nas adolescentes, produz sofrimento psíquico de tal maneira, que há uma alta prevalência de transtornos mentais e uso de psicotrópicos nesta população (ASSIS; CONSTANTINO, 2001). Heidensohn (1995, p.75 apud ASSIS; CONSTANTINO, 2001, p. 183) corrobora essa concepção, quando afirma que “todos os tipos de doenças mentais são distorcidos pelo aprisionamento. É uma reação à

vida na prisão”. Todavia, questões como essas não são atendidas dentro das instituições com a devida importância que necessitam.

À vista disso, as perspectivas de Goffman (1974) e Foucault (1999) contribuem para tornar evidente o desafio posto para que as práticas institucionais ocorram em consonância com uma perspectiva onde a saúde e o bem-estar das adolescentes internadas sejam privilegiados.

5 O PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa mais ampla, ao qual o presente estudo está inserido, possui um caráter exploratório que objetivou conhecer uma realidade ainda pouco estudada e teve como base as teorias e técnicas da triangulação metodológica. Essa forma de abordagem possibilita a articulação da epidemiologia e das ciências sociais e humanas, para iluminar a realidade a partir de distintos ângulos e conhecimentos. Ela relaciona métodos quantitativos e qualitativos com vistas a uma explicação e compreensão de fenômenos que precisam ser analisados tanto no que diz respeito a sua magnitude quanto a sua significância (MINAYO e GOMÉZ, 2003, p. 137).

A operacionalização desta pesquisa, feita a partir das abordagens quantitativa e qualitativa, teve seu início, dentro do escopo da primeira, com a aplicação de um inquérito de saúde e qualidade de vida com questões predominantemente fechadas, com as meninas do PACGC. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário adaptado de uma pesquisa similar realizada no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro (MINAYO, 2014) agregado a instrumentos de pesquisa sobre saúde do adolescente (ASSIS *et al*, 2013). Todas as adolescentes da unidade responderam – exceto as que estavam em internação provisória - o que correspondeu a um total de 29 meninas. O inquérito foi dividido em quatro blocos: I - Dados socioeconômicos e demográficos; II – Condições e qualidade de vida dentro da instituição; III – Condições de saúde; IV – Usos de serviços de saúde.

Para o processamento e análise dos dados quantitativos, as informações provenientes dos questionários foram codificadas, digitadas e arquivadas em um banco de dados do programa EPIDATA 3. Tais informações foram vistas de maneira crítica, com o intuito de verificar a ocorrência de erros ou falhas no preenchimento e inconsistência nas variáveis. Pacotes estatísticos específicos foram usados para a análise dos dados, como o SPSS 19.0.

Dentro da abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas e um período de observação participante. As entrevistas foram efetuadas em fevereiro de 2017 com base em um roteiro composto por questões norteadoras, com 3 adolescentes internadas, 2 agentes socioeducativos, 5 técnicos da equipe de saúde e saúde mental e um membro da direção da instituição. As questões abordadas com as adolescentes dizem respeito à representação que elas possuem acerca da sua saúde física e mental, como se dá, também, a avaliação das mesmas sobre o atendimento oferecido pela unidade de internação e pelas unidades de saúde do SUS aos problemas de saúde que as acometem e as dificuldades encontradas para tais atendimentos.

Nas questões abordadas com os profissionais do DEGASE, objetivou-se analisar a representação sobre a saúde das adolescentes e as dificuldades de acesso aos serviços e ações do SUS, indagando-os sobre suas percepções a respeito das principais demandas de saúde física e mental apresentadas pelas adolescentes, como ocorre o atendimento a essas demandas tanto dentro da instituição quanto nas unidades do SUS, apontando pontos positivos, negativos e questões que podem ser melhoradas e como cada profissional vê sua responsabilidade em atender as demandas apresentadas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas e analisadas.

A reinserção na Unidade de internação para realização de uma observação participante ocorreu durante dois meses, de Junho a Agosto de 2019, com o intuito de trazer elementos que permitissem aprofundar à análise dos dados⁷. Essa técnica, associada às outras, se justificou pela possibilidade de maior aproximação do cotidiano do sistema, e, de maneira holística, capturar como as representações tanto das adolescentes quanto dos profissionais que atuam internamente acerca da saúde das meninas estão estabelecidas. Da mesma forma, há ainda o ensejo para melhor compreender as principais demandas de saúde apresentadas pelas adolescentes e como estão articulados os fluxos de atendimento a essas demandas.

A observação participante, previamente combinada com a responsável pela equipe técnica da instituição, foi realizada em dois dias fixos da semana, sendo em um dia no período da tarde e no outro das 9 da manhã até as 17 horas. Houve a participação efetiva em atividades e oficinas que as meninas frequentavam. Foi também acompanhada a rotina de atendimento em saúde, assim como ocorreram conversas com as meninas e com os profissionais que fazem parte do cotidiano da unidade.

O roteiro previamente elaborado que norteou a observação, tinha os seguintes objetivos: apreender a rotina da unidade, tanto de maneira geral quanto em relação às demandas e atendimentos específicos em saúde, o que inclui as atribuições e o modo de trabalho da equipe de saúde e saúde mental e compreender como as relações estabelecidas, seja entre as meninas ou entre elas e os trabalhadores da unidade, estão conectadas à saúde em um sentido mais amplo, para além da perspectiva de presença ou ausência de doença em um corpo olhado apenas pela concepção biomédica (CZERESNIA *et al*, 2013) . O diário de campo foi utilizado como ferramenta de registro no decorrer de todo o processo de observação.

⁷O roteiro da observação está disponível em anexo.

Os resultados encontrados e expostos a seguir, que incluem aspectos do contexto social, comunitário e familiar em que as meninas estão inseridas, objetivam delinear um quadro capaz de fazer emergir questões cruciais para melhor compreensão dos fatores relativos à saúde.

A técnica utilizada para analisar os dados qualitativos foi a Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (2016), é uma composição de diversas técnicas na qual se objetiva realizar uma descrição do conteúdo enunciado no processo de comunicação, sendo ele tanto de caráter textual quanto verbal. Deste modo, tal técnica é formada por mecanismos de sistematização que viabilizam a elucidação de padrões existentes nos conteúdos analisados, possibilitando a realização de inferência de ideias e conceitos. A respeito do objetivo desta abordagem Bardin (2016, p. 48 e 49) afirma que:

Esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes a origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e o seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos destas mensagens). O analista possui à sua disposição (ou cria), todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar a sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada.

Assim sendo, a escolha deste método de análise pode ser justificada pela inevitabilidade de transposição das imprecisões derivadas dos pressupostos e hipóteses, pela necessidade de seguir um critério na leitura, com o intuito de compreender os sentidos das palavras e interpretar – a partir do referencial teórico adotado - as sentenças e os enunciados, como também de desnudar as conexões que são estabelecidas para além do que está dito ou escrito.

A tabela abaixo exemplifica quais técnicas utilizadas proporcionaram, especificamente, o alcance dos objetivos propostos no início deste trabalho.

OBJETIVOS	TÉCNICA	NÚMERO
Identificar quais são os principais problemas de saúde física e mental que acometem as adolescentes	Questionário	29
	Entrevistas	10
	Observação Participante	2 meses
Investigar a ótica de socioeducadores e equipe técnica da instituição socioeducativa sobre as	Entrevistas	7

condições de saúde e qualidade vida da população em questão	Observação Participante	2 meses
Analisar as principais dificuldades para o acesso às ações e serviços de saúde do SUS no que concerne ao atendimento à saúde física e mental das adolescentes internadas, segundo a perspectiva dos socioeducadores, da equipe técnica, dos profissionais de saúde e das adolescentes.	Questionário Entrevistas Observação Participante	10 2 meses

5.1 Questões éticas

A pesquisa original foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública, através do CAEE: 53111915.8.0000.5240. Para o presente estudo, no que diz respeito à reinserção na instituição para observação participante, foi realizado um adendo com vistas a comunicar seu recorte e enfoque.

As entrevistas realizadas foram feitas garantindo a preservação das identidades das entrevistadas, assim como foram assinados termos de consentimento e assentimento, por se tratar de pesquisa com adolescentes. No retorno ao campo, as práticas foram as mesmas empregadas anteriormente.

6 RESULTADOS

6.1 O Centro de Socioeducação Professor Antônio Carlos Gomes da Costa

*Há uma lógica penal aqui, mas é mais sutil.
(Equipe técnica, Diário de Campo, 2019)*

Se a primeira vista tivermos contato com a unidade de internação apenas através de seu nome, creríamos se tratar de um estabelecimento educacional, pois além de se apresentar como um centro de socioeducação, ele carrega consigo o nome de um educador que tem em sua trajetória uma luta constante por justiça social e educação transformadora, colocando a infância e adolescência como um ponto central em seus trabalhos. O professor Antônio Carlos Gomes da Costa foi um dos que participaram da elaboração do ECA e atuou diretamente no congresso para que ele fosse aprovado e mais à frente sancionado pela presidência. Em vida, defendeu arduamente os direitos do público infante-juvenil⁸.

Contudo, quando chegamos à Ilha do Governador, bairro do Rio de Janeiro onde fica situado o Cense PACGC e avistamos a unidade, ainda que a certa distância, é possível ver os enormes muros brancos que a cercam, com as cercas de arame correndo por cima deles. Chegando mais próximo, os muros que pareciam altos de longe, juntamente com seus grandes portões azuis mostram-se maiores ainda e evidenciam a intransponibilidade inerente e a separação radical entre o que está dentro e todo o resto extramuros. Não há outra comparação possível ao expectador externo que não seja a de afirmar que a unidade se assemelha, em muito, a uma prisão.

Essa “sensação” ao chegar, se confirma quando há um contato mais próximo com os trabalhadores que fazem parte do cotidiano da unidade onde, em diversos momentos, nas conversas com agentes socioeducativos e profissionais da saúde, alguns se referiam à unidade de internação chamando-a de “cadeia”. Essa noção não é compartilhada por todos os profissionais, sendo, inclusive, questionada por alguns em suas falas, mas até mesmo essas falas, que surgiram na contramão de uma lógica carcerária, apareceram para contrapor a uma ideia que é hegemônica no sistema.

⁸ Informações extraídas do site: <https://www.direitosdacrianca.gov.br/em-pauta/2011/03/morre-antonio-carlos-gomes-da-costa-um-dos-principais-defensores-dos-direitos-infantojuvenis>. Acesso em: 12 dez 2019.

A arquitetura se enquadra perfeitamente nos critérios do que Goffman (1974) define como Instituição Total, critérios estes já elencados no referencial teórico deste trabalho, que tendem ao fechamento, a uma radical separação imposta à vida externa e a vida das internas estando totalmente subordinada às regras de uma equipe dirigente.

A chegada da menina na unidade marca, ao mesmo tempo, uma ruptura abrupta em sua relação com o mundo exterior e uma exigência em adequar-se às novas formas de comportamento e relações interpessoais (GOFFMAN, 1974), mas também, enquanto permanece na provisória⁹, lugar de grande rotatividade de meninas, a esperança de sair a qualquer momento permeia o modo de se relacionar lá dentro e as conversas com todos os atores institucionais, o que contribui para uma formação mais superficial de amizades, assim como o desenvolvimento de conflitos de maneira mais pontual. Os alojamentos das meninas que estão aguardando uma decisão judicial ficam em um espaço físico separado das que estão na internação e as atividades durante o dia também são realizadas separadamente - somente a escola, as visitas e os eventos são feitos junto.

No caso da menina que recebe a medida de internação, essa descontinuação da vida extramuros e a necessidade de moldar-se de acordo com as normas internas se faz mais real, há uma notória modificação no comportamento e na qualidade e intensidade das relações estabelecidas. Na internação é que são formados os grupos de afinidade, os relacionamentos amorosos e os conflitos de diversas naturezas - principalmente ciúmes das namoradas e rejeição da maioria das meninas às que cometeram infrações graves. Surgem também comportamentos advindos do sofrimento de estarem internadas e/ou estar a algum tempo sem receber visitas - questão que será abordada mais à frente quando falarmos sobre a saúde mental -, ainda que haja o procedimento institucional, que permite a participação na visita de outra interna, caso convidada, na última hora do tempo estipulado para tal.

O dia na unidade começa com as técnicas de enfermagem administrando, nos alojamentos às 6h da manhã, as medicações das meninas que têm prescrição médica de uso regular. O café é servido e é facultado participar ou não, desde que dentro do horário estipulado. A partir disso as meninas se dividem em quem irá à escola e quem participará das oficinas oferecidas na unidade e do Programa Jovem Aprendiz¹⁰, realizado na Escola João Luiz Alvez¹¹.

⁹ Quando esperam até o prazo máximo de 45 dias a decisão do Juiz que definirá cumprirão ou não medida de internação.

¹⁰ Programa de capacitação profissional advindo de uma parceria de órgãos públicos e empresas privadas.

¹¹ Unidade de Internação Masculina.

São disponibilizadas oficinas de biscuit, artesanato, pizzaiolo, defesa pessoal, esportes, poesia, encontros religiosos - igreja católica e evangélica - e musicoterapia - parte do trabalho de saúde mental. As meninas participam das oficinas nos horários que não estão na escola. A participação é direcionada tanto para as que já estão em regime de internação quanto para as que estão na provisória, salvo as que são direcionadas para um público específico de acordo com o objetivo. Elas são ministradas por agentes socioeducativos oficinairos, voluntários e alguns profissionais da equipe técnica. Das atividades frequentadas na unidade, para além da escola, no inquérito realizado no ano de 2017, 52% das meninas afirmaram ter frequentado as oficinas e 69% disseram ter participado das atividades religiosas.

O almoço das meninas é servido às 11 da manhã. Os funcionários almoçam ao meio dia enquanto as meninas ficam recolhidas no alojamento até as 13h quando recomeçam as atividades de escola e oficinas, após isso tem o horário de ficarem no pátio sem atividades direcionadas. O jantar é servido as 18h e as 19h elas são recolhidas e não podem mais sair dos alojamentos.

Há uma fala generalizada entre os profissionais da unidade, sejam agentes socioeducativos, profissionais de saúde ou equipe técnica, que existe uma grande diferença entre a unidade feminina e as demais masculinas, no que tange a uma atuação mais humanizada. Em muitos momentos eles afirmaram a dificuldade em realizar um trabalho digno na unidade masculina e a relação distante entre profissionais e meninos, devido à superlotação¹².

Existe também um escancaramento da lógica militar e penal, em que os meninos se reportam aos profissionais de cabeça baixa e demandam muito pouco dos profissionais. Esse comportamento regrado dos meninos advém, também, de leis elaboradas pelas facções que dominam as unidades de internação masculinas. Essa dominação não é uma realidade tão aparente na unidade feminina. Eles são identificados por números e as meninas por nomes e todos conhecem de perto a trajetória das meninas na instituição

Essa diferenciação também se dá, por comportamentos delineados pelas construções de gênero advindos das experiências sociais e que são atualizadas no trato com as meninas (BEAUVOIR, 2009). Essas construções em determinados aspectos aparecem como “fatores de proteção¹³” a violências praticadas por agentes institucionais, pois há uma premissa de que

¹² Na unidade feminina há a capacidade para 44 internas e havia 49 no período da observação. Nas masculinas esses números chegam, em algumas unidades, a 2 ou 3 vezes acima da capacidade da instituição (ARÊAS NETO, 2018).

¹³ Está entre aspas porque não deveria existir qualquer tipo de violência perpetrada por profissionais em nenhuma unidade, seja ela masculina ou feminina.

meninas são mais frágeis, mais vulneráveis e, portanto, não são passíveis de sofrerem violências físicas.

Em conversa com um dos agentes socioeducativos com muitos anos de DEGASE, ele conta ter sido expulso de mais de uma instituição masculina por ter espancado meninos, e diz isso afirmando que faria tudo novamente. Porém, não procede da mesma maneira com as meninas por considera-las mais frágeis (Diário de campo, 2019).

Todavia, ainda que exista essa proteção advinda de uma interpretação social que coloca a vulnerabilidade como parte constitutiva do sexo feminino, de acordo com algumas meninas, essa noção não se sustenta em todos os momentos. A depender do plantão dos agentes socioeducativos, sobretudo agentes masculinos, há o uso da força com violência, batendo nelas em determinadas situações. Aos agentes masculinos é permitida a intimidação, a partir da ideia de uma masculinidade que impõe respeito e que possui força bruta para apartar as brigas que acontecem lá dentro.

Com os agentes masculinos elas têm mais respeito (...) mas o que eu percebo mais é que a figura masculina é muito importante nessa unidade porque ela da um... mais um respeito. Porque elas tendem a enfrentar, a provocar agente feminina. (Agente mulher, Entrevista, 2017).

A partir desse ponto, é importante ressaltar que a ideia de fragilidade atribuída ao sexo feminino, não é só direcionada às internas, mas também às agentes socioeducativas mulheres. A elas está determinado o trabalho de cuidar, de ser referência de comportamento feminino adequado, de fazerem o papel de “mãezona”¹⁴, e, no momento em que necessitam impor respeito na relação com as meninas, há um entendimento de que isso só é possível a partir da imagem ou da força bruta masculina. Como se o respeito não pudesse ser conseguido através do diálogo e do vínculo. Sobre isso, Garcia (2019) faz a seguinte ponderação:

Vemos que a referência a esse “respeito” unidirecionado aos agentes masculinos é naturalizada enquanto argumento para tentar manter as coisas como estão, ou seja, os homens em lugares de poder de mando. Pois, ainda que as jovens de fato não respeitassem as agentes femininas, não seria papel da socioeducação promover o respeito também a elas? Mas, ao que parece, é interessante produzir essa verdade, e assim, garantir a manutenção da divisão do trabalho (p. 119).

¹⁴ Nomenclatura usada por um profissional de saúde referindo-se às agentes femininas.

Garcia (2019) também nos lembra, que se essa naturalização correspondesse aos dados da realidade, não seria possível que nas penitenciárias femininas tivessem apenas agentes mulheres lidando diretamente com as presas. Fato este que é uma realidade desde 2010, onde as mulheres são todas adultas e mais fortes do que as meninas no DEGASE. No PACGC há mais agentes homens do que mulheres no plantão e, apesar de terem suas atribuições restritas ao pátio, há relatos de meninas de que eles acessam os alojamentos em momentos inoportunos.

Olha, eu gostaria que só tivesse funcionária mulher, porque aconteceu um caso aí esses dias, no plantão D, antes de ontem. A menina tava pelada e o funcionário entrou. E eu acho que ali deveria ser uma funcionária mulher. Até comigo, eu me sinto envergonhada (Menina)

Igualmente, os estereótipos de gênero são também acionados quando o comportamento das meninas não condiz com a imagem de docilidade atrelada às mulheres, bem como quando as relações sexuais fogem a regra do que seria aceitável para uma mulher, sobretudo para uma adolescente. Vemos como o mito da mulher cristalizada exposto por Beauvoir (2009) permeia as relações, ainda que no cotidiano as meninas se mostrem de forma radicalmente diferente do idealizado.

Tanto nas entrevistas quanto em conversas informais pela unidade, apareceram diversas falas afirmando serem as meninas mais rebeldes que os meninos, e geralmente esses discursos são feitos em tom de reprovação, como se por serem meninas não deveriam se comportar de determinadas maneiras.

Conversando com um profissional de saúde, o tempo todo, em sua fala, ele retoma as questões do quanto as meninas são rebeldes, inventam coisas e o quanto elas transam. Fala da frequência em que mantém relações sexuais ali dentro e que a vida sexual delas seria mais ativa do que de uma “mulher normal” (Diário de Campo, 2019).

Eu acho menino mais tranquilo no trabalho socioeducativo, e as meninas são muito mais questionadoras. Argumentam muito, então é todo um trabalho (...) (Direção).

Entretanto, apesar de serem recorrentes falas como essas apresentadas, há também profissionais que problematizam a lógica vigente, identificando as produções discursivas e que tentam reverter essas noções em suas práticas.

Tanto uma profissional da equipe técnica quanto uma profissional de saúde questionaram essa perspectiva que coloca as meninas como rebeldes e que não aprofunda sobre o protagonismo que elas exercem quando questionam e dizem o que pensam. Indagaram também sobre o machismo estrutural e misoginia que não aceita que as meninas vivam sua sexualidade livremente (Diário de Campo, 2019).

Durante a observação da rotina, foi possível perceber a constância do dispositivo disciplinar (FOUCAULT, 1999), seja na necessidade de formar filas para começarem alguma atividade ou mesmo pela repetição dos agentes em mandar as meninas colocarem as mãos para trás quando estão circulando pelo pátio. Em grande parte, isso é feito por meio de gritos.

Manter a ordem é na prática - mesmo não sendo em teoria -, a principal função do agente socioeducativo, ainda que muitos dos profissionais tenham afirmado que, em geral, o clima na unidade é muito mais tranquilo que nas unidades masculinas, e que eles não vivem sob tensão ou medo de represálias. Dessa forma, mesmo que o ambiente esteja mais propício para que a socioeducação se sobreponha à noção de segurança, não é essa a realidade na instituição.

Em dado momento, observando a rotina das meninas no pátio, uma menina da provisória que está dentro do alojamento começa a chamar por um agente socioeducativo pelo nome e permanece chamando por um tempo sem que houvesse resposta. Até que ela começa a gritar afirmando que se ela estivesse aprontando ou “batendo chapa”¹⁵ ele iria prontamente com ignorância e a repreenderia. Contudo como ela estava apenas chamando ele não estava dando a ela a atenção devida (Diário de Campo, 2019).

A respeito disso Vinuto (2019) faz uma consideração importante quando utiliza o conceito de “disciplina” de Foucault (2007), e aproxima as ideias de segurança e socioeducação no trabalho dos agentes socioeducativos, pois o autor denomina tanto a escola quanto a prisão como “instituições de sequestro” e que ambas, a partir da disciplina, objetivam a docilização dos corpos para torná-los produtivos. A disciplina potencializa a força do corpo com vistas a uma produção eficiente e econômica, ao mesmo tempo em que reduz suas forças no que tange à obediência política. Essas duas instituições são exemplos concretos do que existe do poder disciplinar em toda sociedade.

Ainda assim, apesar da regra ser a disciplina, as meninas resistem em serem domesticadas, o que Goffman (1974) chama de ajustamento secundário,¹⁶ subvertendo pequenas formas quando o agente não está olhando, seja colocando as mãos pra frente quando deveriam colocar para trás ou mesmo criando motivos para irem à enfermaria apenas para conversar com as técnicas de enfermagem. Essa resistência advém também das técnicas, quando elas acolhem as demandas das meninas e as deixam ficar mesmo sem uma questão real de saúde

¹⁵ Expressão usada referindo-se ao ato de chutar a porta do alojamento.

¹⁶ O ajustamento primário refere-se ao comportamento ajustado à instituição e práticas de colaboração, enquanto que o secundário diz respeito às resistências dos sujeitos regulados (GOFFMAN, 1974).

física. Essas nuances aparecem na relação com alguns profissionais específicos, inclusive com agentes socioeducativos, em plantões que as meninas já conhecem e diferenciam.

Um exemplo que representa bem essas relações diferentes entre plantões, que sai de uma relação conflituosa com uns e vai para uma relação afetuosa com outros, será descrito a seguir:

Uma menina volta do atendimento com a técnica triste e comenta com outra menina e com um agente que vai ficar mais tempo internada. Ela fala o tempo que ficará e o agente pergunta, em tom de deboche: “Só? Deveria ficar mais, isso é pouco tempo. A outra menina confronta o agente, dizendo que a colega está triste e ele ironiza perguntando se ela acha que ele deveria dar um abraço nela. Ela argumenta que sim e que se fosse “fulano” (nome de outro agente) ele a consolaria e conversaria com ela. O agente ri e faz pouco caso da situação (Diário de Campo, 2019).

Nos dados quantitativos extraídos do inquérito, também estão expostas questões vivenciadas nas relações dentro da unidade e avaliações sobre a estrutura da instituição.

No **relacionamento com as outras meninas**, 52% disseram resolver os conflitos conversando, 21% xingando, 17% batendo e 14% humilhando. E em relação à **discriminação sofrida por funcionários da instituição** (equipe técnica, inspetores, direção e outros), 62% disse nunca ter sofrido a respeito da cor da pele e 24% sofreram muitas ou algumas vezes. Pela orientação sexual, aparência física e comunidade em que moravam 17% alegaram ter sofrido e 65% não, e pelo tipo de delito, 27,6% afirmaram que sim ao passo que 55% não.

Quando solicitadas a darem notas de 0 a 10 para questões que estão demonstradas na tabela 1, as médias das notas se apresentam relativamente baixas, com nenhuma ultrapassando a 5,7. Os itens mais bem avaliados foram: a realização de atividades esportivas, o atendimento da defensoria pública e o relacionamento com as outras meninas, e, questões que dizem respeito à alimentação, infraestrutura da unidade e informações sobre o processo, estão entre os piores segundo as notas.

Tabela 1. Notas médias atribuídas pelas meninas para o grau de satisfação com aspectos das condições físicas da unidade, comida, atividades realizadas, atendimentos e relacionamentos

GRAU DE SATISFAÇÃO	MÉDIA	DP
ILUMINAÇÃO	3.4	4.1
VENTILAÇÃO	2.3	3.6

LIMPEZA	2.5	3.5
INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO	2.4	3.1
QUANTIDADE DE COMIDA	2.2	3.0
GOSTO/TIPO DE COMIDA	0.7	1.8
EDUCAÇÃO/ESCOLA	4.1	3.8
OFICINAS	4.6	4.3
ESPORTE	5.7	4.5
ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL	4.2	4.1
ATENDIMENTO DEFENSORIA	5.6	4.4
RELACIONAMENTO COM OUTRAS JOVENS	5.2	4.1
RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO	4.8	4.5
RELACIONAMENTO COM OS AGENTES	4.8	4.2
RELACIONAMENTO COM A EQUIPE TÉCNICA	5.1	4.7
TRANSPORTE	3.1	3.8

O contato com as técnicas (psicólogas, assistentes sociais e musicoterapeuta) acontece quando estas as atendem individualmente para tratar questões da medida, de demandas apresentadas pelas próprias meninas ou identificadas pelas profissionais e, também, em oficinas conduzidas pelas profissionais. É muito comum ver as meninas solicitando atendimento frequentemente e serem atendidas dentro do que é possível. Cada técnica é responsável por um grupo, tornando-se a referência tanto para as meninas quanto para os demais profissionais da instituição quando precisam tratar questões específicas de cada uma. Quando necessário, a técnica de medida acompanha a menina à audiência.

Para a realização de algum atendimento ou oficina as técnicas solicitam os agentes socioeducativos para buscarem as meninas, assim como para atendimentos médicos e odontológicos. No caso desses últimos, as meninas demandam (quando a demanda parte delas)

das técnicas de enfermagem de plantão e elas acionam o clínico geral e as dentistas. A psiquiatra é acionada pela equipe de saúde mental.

As salas da equipe técnica, da direção e da equipe de saúde são separadas do pátio principal onde ficam os agentes socioeducativos e os alojamentos.

As condições da unidade assim como dos alojamentos são salubres, ficando geralmente quatro meninas por alojamento e, elas são as responsáveis pela limpeza. A alimentação é elaborada por uma nutricionista e tanto as meninas quanto os profissionais da unidade comem a mesma comida, exceto as meninas que estão com alguma dieta individual (gestantes ou meninas que precisam fazer dieta de ganho de peso ou emagrecimento). Estas últimas passam por uma avaliação da nutricionista e recebem alimentação separada e nominal.

Em relação à alimentação, alguns funcionários afirmaram no período da realização da observação, que nos últimos tempos houve uma melhora significativa, e que em outros tempos chegou a ser bem ruim. Isso pode explicar as notas extremamente baixas dadas à alimentação pelas meninas, pois houve uma lacuna de dois anos entre a aplicação do inquérito e a realização da observação na unidade.

6.2 Quem são essas meninas?

Tem uma pontinha de dente de leite aqui, você está na idade dos sisos nascerem (Profissional de saúde, Diário de Campo, 2019)

A fala da profissional de saúde, direcionada a uma menina de 14 anos recém-chegada a unidade por ter cometido um ato infracional análogo ao crime de roubo, revela uma imagem pouco usual atrelada às meninas que cumprem medida socioeducativa de internação. A imagem de periculosidade é a mais recorrente nos espaços sociais, nas conversas entre amigos a respeito da violência que assola o cotidiano dos trabalhadores e nos telejornais. Ao passo que quando feito um contato mais aproximado, é possível perceber que elas não são muito diferentes das adolescentes que frequentam a nossa casa, que são amigas das nossas filhas e que estão passando por transformações em seus corpos que são compartilhadas por qualquer menina na mesma faixa etária.

Elas são filhas, irmãs, primas, netas, cônjuges, amigas, mães e carregam consigo suas trajetórias de vida que são, ao mesmo tempo particulares, vivenciadas em espaços íntimos e privados, mas também compartilhadas coletivamente, considerando o tempo histórico-cultural experienciado pela sociedade em que estamos inseridos e os modos de vida que fabricamos no decorrer das épocas (BOCK, 2007). Ler os dados apresentados a seguir, permite-nos conhecer menos a respeito de individualidades perigosas e delinquentes e mais a respeito das produções sociais que colocam essas meninas em destaque na ala da sociedade reservada aos que possuem a “semente do mal”.

Os dados obtidos a partir do inquérito aplicado no ano de 2017 demonstram que as meninas que cumpriam medida de internação tinham, em sua maioria, 17 anos, seguidas pelas de 16 anos. Todas elas estavam entre 14 e 18 anos de idade, ainda que a medida socioeducativa de internação possa ser aplicada as adolescentes entre 12 e 21 anos. No que se refere ao percentual em relação à idade, as de 14 anos correspondiam a 10,3% do total (3), mesmo percentual para as de 15 anos, a faixa de 16 anos correspondia a 34,5% (10), 17 anos 37,9% (11) e 18 anos 6,95% (2). Um pouco mais da metade (55%, 16) se autodeclararam negras ou pardas, 27,6% (8) brancas, 6,9% (2) amarelas e 6,9% (2) indígenas.

As três meninas que participaram das entrevistas representam bem esse panorama, pois todas estavam com a idade de 16 anos e cumpriam medida de internação pela primeira vez. Único dado diferente é que uma delas era uma menina trans¹⁷.

No que diz respeito à **classe social** a que pertenciam, apenas 27,6% (9) do total de meninas responderam à essa questão. Dessas, 10% (3) foram enquadradas entre as classes A e B e 17% (6) entre as classes C, D e E. Já em relação ao **estado civil**, apesar de um pouco mais da metade declarar-se solteira (51,7%, 15), um número expressivo (38%, 11) relatou ser casada ou viúva e 17% (5) afirmaram ter filhos.

No decorrer da participação das atividades com as meninas na unidade, no período de realização da observação participante, foi possível constatar, corroborando com os resultados do inquérito apresentados, que a maior parte das meninas internadas era **negra**. E em conversas realizadas com os profissionais tanto da equipe técnica quanto da saúde, eles salientam que essa configuração não se alterou no decorrer dos tempos.

Em um momento de acompanhamento do atendimento em saúde, onde a profissional de saúde explica como se dá sua atuação junto às meninas, e sua perspectiva sobre o

¹⁷ Termo utilizado para englobar todas as pessoas que têm identidades de gênero diferentes do sexo biológico.

que representa seu trabalho ali dentro, ela afirma trazer pra si a responsabilidade de ter um olhar para além do ato infracional, afirmando que elas são em “maior parte, meninas negras” e que isso seria “um retrato da exclusão social”. (Diário de campo, 2019)

Esses dados que retratam a situação das meninas internadas no Rio de Janeiro, tem grandes semelhanças com os apresentados pelo Levantamento Anual do SINASE de 2017, onde a maior parte dos adolescentes internados em todos os Estados do Brasil estava entre 16 e 17 anos - as meninas com maior percentual nessa faixa etária - e mais da metade foram considerados pretos ou pardos (BRASIL, 2019).

Ainda que não tenha sido possível nesse estudo, chegar a uma conclusão sobre a classe social que pertencia a maior parte das meninas, um relatório publicado em 2019 pela Universidade Federal Fluminense (UFF) juntamente com o DEGASE a respeito da trajetória de vida dos adolescentes que cumpriam medida socioeducativa de restrição de liberdade no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2018, mostra que a maioria deles é de baixa renda (MENDES e JULIÃO, 2019).

Em se tratando da questão específica raça/cor ou etnia, há um padrão em todas as instituições responsáveis pelo encarceramento de pessoas em nosso país, sejam elas unidades socioeducativas para adolescentes ou prisionais para adultos, direcionadas ao sexo feminino ou masculino. Em todas elas, há uma sobrerrepresentação da população negra (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2019b), o que configura em uma lógica racista orientando as práticas carcerárias (BORGES, 2018).

Esse quadro demarcado por Wacquant (1999) e exposto no início deste trabalho, demonstra o resultado do enfraquecimento do Estado enquanto provedor, tornando-se prioritariamente punidor de uma parcela da população desassistida e desamparada política e economicamente, mas, sobretudo, que as práticas punitivas e correcionais, especialmente num país como o Brasil, marcado por uma escravidão tão longa e determinante no modo de organização social no decorrer da história, são antes de tudo direcionadas à população negra, população que carrega consigo as marginalizações vivenciadas em um Estado penal (WACQUANT, 1999; BORGES, 2018).

Logo, a partir disso, é possível afirmar que ser menina negra¹⁸ e pobre no Brasil, levando em consideração que os negros ainda estão entre os mais pobres do país¹⁹, se configura em fator

¹⁸ Levando em consideração o universo feminino.

¹⁹ De acordo com: Retratos: a revista do IBGE, maio de 2018

de maior vulnerabilidade quando se trata da possibilidade de ser aprisionada em algum momento da vida.

Em relação à **escolaridade**, um pouco mais da metade (52%, 15) das meninas não estudava antes de ser internada e cerca de 80% (25) não concluíram o ensino fundamental. Levando em consideração que 79% (23) estavam com a idade entre 16 e 18 anos, a defasagem entre idade e ano escolar é algo extremamente relevante. Apenas 4 de 29 chegaram ao Ensino Médio, todavia nenhuma menina chegou a cursar o terceiro ano. Na unidade de internação 83% (24) afirmaram frequentar a escola. Em relação ao **trabalho** no período anterior ao da internação, somente 24% (7) declararam exercer alguma atividade remunerada.

A maior parte das meninas (79%, 23) informou estar cumprindo medida socioeducativa de internação pela primeira vez, e, dos **atos infracionais** cometidos que resultaram na internação atual, o **tráfico de drogas e o roubo** estão em maior número, com 34,5% (10) e 31% (9), respectivamente, seguido pelo porte de arma (24%, 7). As idades de 16 e 17 anos também aparecem em maior número (58%, 17) no que se relaciona ao momento de primeira apreensão.

No tocante aos dados apontados sobre evasão escolar, baixa escolaridade e defasagem idade-série, ressaltam-se a condição de desamparo dessas meninas, que, além de não contarem com a escola como auxiliadora no processo de desenvolvimento psicossocial, frente aos desafios enfrentados na fase da adolescência (FREUD, 1996), as chances de serem incluídas mais à frente em um mercado de trabalho formal e estarem aptas a competir em lugar de igualdade com outros jovens reduz drasticamente, principalmente pelo fato da maioria delas estar perto de concluir a maior idade.

As desigualdades já são presentes mesmo antes da evasão escolar, e possuem relação direta com a situação econômica e seus impactos sobre a educação. Em um artigo sobre aprendizagem e novas tecnologias, Demo (2009), filósofo que possui a maior parte dos seus trabalhos voltados para educação, demarca as diversas possibilidades que o uso das tecnologias proporciona para o aprendizado, sobretudo quando os educadores as incorporam na rotina escolar, mas não apenas em uma perspectiva utilitarista e sim de coautoria na produção e ressignificação de conhecimento que elas permitem, juntamente com seus alunos. E nesse sentido, de acordo com uma pesquisa²⁰ publicada em 2018 sobre o uso de tecnologias no

²⁰Publicada pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação que visa monitorar a adoção das tecnologias de informação e comunicação (TIC) – em particular, o acesso e uso de computador, Internet e dispositivos móveis Disponível em: https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic_edu_2017_livro_eletronico.pdf. Acesso em: 20 Mai. 2019.

processo educacional, no que concerne às áreas urbanas, há uma disparidade no acesso a diversificadas formas de dispositivos tecnológicos entre alunos de escola privada e pública, ficando a escola pública em desvantagem quanto às incorporações no ensino, pela ausência de dispositivos de internet dentro da escola e na utilização de tecnologias pelos professores.

Essa situação se torna ainda mais grave, quando observamos que os atos infracionais mais cometidos, como tráfico de drogas e roubo, dizem respeito à possibilidade de possuírem bens de consumo e alguma forma de aumentar a renda familiar (COSTA; BARROS, 2019), fazendo com que a disparidade de oportunidades reduza também a possibilidade de conseguí-los legalmente, aumentando as chances de reincidência. Reincidência essa que, após completar a maior idade pode levá-las às prisões femininas.

Corroborando com a afirmação acima, Diniz (2017), em um estudo realizado em penitenciárias femininas em Brasília, percebeu que uma em cada quatro mulheres que estavam presas havia passado pelo sistema socioeducativo e que estas, em vários aspectos da vida, como terem sofrido violências, uso de drogas ou terem vivido na rua, estavam em situações piores das que não tinham nenhuma passagem anterior no sistema.

A autora não delinea uma relação de causalidade, entendendo que existem múltiplos fatores que se entrelaçam para fazerem a vida dessas mulheres pior, para além de já terem passado pelo sistema socioeducativo, entretanto, ao se voltar para a realidade das meninas em estudo posterior, precisou demarcar sua percepção no que concerne a falibilidade das instituições que deveriam ser garantidoras de proteção, como a escola e o sistema socioeducativo, pois estas não foram capazes de frear o histórico de desamparo vivenciado por elas.

Quando falamos sobre quem são estas meninas, precisamos situar também sobre quais contextos familiares - ou ausência deles - elas se desenvolveram, para ampliar nossa concepção sobre os diferentes elementos que incidem tanto sobre o fato de terem dado entrada no mundo infracional quanto pelas questões que envolvem a saúde. Pois apesar desta última ser o objetivo principal desse estudo, lançar luz sobre os labirintos da esfera infracional em que estão inseridas é condição indispensável para podermos alcançá-lo, sobretudo por estarmos debruçados sobre esse cenário.

As **famílias** contam em grande parte com a figura materna (62%, 18) ao passo que 48% (13) das adolescentes afirmaram não conviver com o pai, 20,7% (6) não chegaram a conviver com ele e 24% (7) não responderam sobre sua presença ou ausência em casa. Essa diferença

fica marcante quando 82% (24) demarcaram possuir um bom relacionamento com a mãe e quando diz respeito ao pai esse número cai para 48% (14). Mais da metade (55%, 16) também considera a mãe como chefe da família, seguido pelo pai com 17% (5) e avós com 6,9% (2). Uma parcela delas (21%, 6) não chegou a conviver com a família, o mesmo percentual já chegou a morar em abrigo e 17% (5) disseram ter morado na rua.

No que tange à **escolaridade dos chefes das famílias**, 24% (7) afirmaram terem o Ensino Médio completo, 14% (4) o Ensino Médio incompleto, 3,4% (1) Ensino Fundamental incompleto, 7% (2) superior incompleto e 3,4% (1) ser analfabeto. Contudo, é importante destacar o número expressivo de meninas (45%, 13) que não soube afirmar a respeito da escolaridade de seus responsáveis.

Outros dados de extrema importância que permitem vislumbrar o contexto familiar destas meninas estão no fato de que, em casa, 62% (18) disseram já ter vivenciado a situação de algum familiar seu ser preso, 24% (7) viram algum familiar ser esfaqueado ou baleado, 28% (8) já viram arma de fogo, 41% (12) viram drogas e 24% (7) disseram ter sido espancadas.

O quadro apresentado sobre as famílias revela a condição de fragilidade experimentada também por elas, levando em consideração que grande parte é matrifocal e que elas são substancialmente das classes mais pobres. A conta não fecha quando pensamos nas possibilidades de uma subsistência digna e ao mesmo tempo uma presença constante das progenitoras na educação e supervisão das filhas. A rotina no lar é marcada tanto pela ausência paterna quanto materna, considerando que a mãe precisa passar boa parte do tempo trabalhando para poder manter financeiramente sua casa (FEIJÓ; ASSIS, 2004; ASSIS; CONSTANTINO, 2005).

Para Avanci *et al* (2007) a separação dos pais aparece também como uma questão extremamente relevante e que interfere diretamente na saúde mental dos adolescentes, levando em consideração os fatores de inconstância, complicações na afetividade e na satisfação das demandas relacionais, bem como a ausência do manejo e supervisão da vida dos filhos, que são muito comuns em situações de separação.

Assis e Constantino (2005) também demonstram como as violências e criminalidades existentes no âmbito familiar se constituem em fatores de risco para o ato infracional, levando também em consideração que essas famílias estão geralmente inseridas em locais à margem na sociedade, expropriados, com uma vida criminal ostensiva e com violências das mais diversas.

Considerando que um número importante afirmou não ter convivido com a família, que chegou a morar em abrigo e também na rua, nesses casos a condição de vulnerabilidade se exacerba, pois devido ao desamparo estão mais expostas a questões como drogas, prostituição, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. E quando falamos de meninas vivendo nas ruas, na condição de crianças ou adolescentes, a chance de terem sofrido algum tipo de violência, principalmente a sexual, aumenta exponencialmente (AVANCI *et al*, 2017).

A relação familiar, segundo a maior parte das adolescentes, se mantém boa após a internação, com 76% (22) delas afirmando continuar mantendo contato com a família, enquanto 10% (3) disseram não manter contato algum ou não possuir família. No que diz respeito à visitação, 69% (20) declararam receber visitas, contudo, os números se distinguem em relação à frequência, com 48% (14) afirmando recebê-las semanalmente, 24% (7) duas ou uma vez por mês e 14% (4) afirmaram não terem recebido sequer uma vez. Dos familiares que mais visitam, a mãe se destaca com 72% (21), em seguida os irmãos com 31% (9) e depois o pai com 21% (6).

No relatório citado mais acima, Mendes e Julião (2019) discorrem sobre o contexto comunitário da maioria dos adolescentes em regime de internação no Rio de Janeiro, expondo que em suma, eles e elas são oriundos das favelas e periferias do estado, onde a maior parte é dominada por facções criminosas (tráfico de drogas ou milícia) e vivem sob constante conflito armado. Quase todos responderam que suas amigas são usuárias de drogas e cometem atos infracionais (venda de drogas, roubo, furto, dano etc.) e próximo a metade afirmou que a maioria de seus amigos estuda, assim como o mesmo número afirmou que a maioria estuda

Ao abordar as questões de acesso a atividades de cultura e lazer, o relatório expõe que a maioria dos adolescentes não possui teatro, museu e centros históricos e culturais próximos às suas residências e não os acessam, ao passo que a frequência em praças, quadras de esportes e de escolas de samba, bailes funk e show, é maior, em grande parte, por serem espaços disponibilizados pelo setor privado e associações da própria comunidade. As praias também não são de fácil acesso para os jovens, seja pela distância da residência ou pelo impedimento por parte do poder público tanto pelo valor ou disponibilidade de transporte público quanto pela constante vigilância policial que os considera uma ameaça aos frequentadores de classe média e alta que ocupam privilegiadamente esses espaços.

Com base nos dados apontados e nos estudos relacionados, fica notória a segregação experimentada pelas meninas nas mais diversas esferas, abarcando os níveis individual e

coletivo. As desigualdades atingem não só a elas, mas aos sujeitos que compõem seus círculos de relacionamentos cotidianos. Ao olharmos para a saúde, tomaremos como ponto de partida esse cenário apresentado.

6.3 Entre dores exacerbadas e prazeres moralizados: aspectos físicos da saúde.

Nesta sessão serão expostas tanto as categorias de análise encontradas nas entrevistas quanto os dados quantitativos oriundos do inquérito, usando também a observação como pano de fundo e apresentação da conjuntura da unidade. A discussão dos temas que emergiram a em relação à Política de Atenção Integral a Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) estão aqui agregadas.

As categorias encontradas a partir da análise das entrevistas com os profissionais e as meninas, foram assim divididas: **fluxo interno de atenção à saúde, demandas de saúde física, relação com a rede de saúde e desafios/dificuldades na atenção à saúde.**

Na categoria **fluxo interno de atenção à saúde**, foram analisados os relatos dos profissionais sobre como acontecem os atendimentos às demandas de saúde, tanto no momento de chegada das meninas na instituição quanto às que surgem no processo de internação.

A equipe de saúde da unidade é composta por: um médico clínico, uma médica psiquiatra, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, dois dentistas e uma nutricionista. No período da realização da observação nos meses de Junho a Agosto de 2019, houve um processo de realocação para o PACGC dos técnicos de enfermagem do Educandário Santo Expedito, que foi fechado por decisão judicial²¹. Até então só havia plantões diurnos na unidade feminina e dali em diante passaria a ter os noturnos também.

Todas as meninas que chegam à unidade passam por uma revista realizada pela mesária (agente responsável pela entrada e saída do acesso ao pátio e alojamentos), que identifica possíveis ferimentos, demandas de saúde e checagem de período menstrual ou gestação. Todas passam por uma triagem imediata de saúde. A funcionária preenche um questionário e passa para a técnica de enfermagem de plantão ou para enfermeira quando ela está presente, e as

²¹ Reportagem da decisão judicial em: <https://www.conjur.com.br/2018-mar-01/justica-rio-manda-fechar-antiga-prisao-hoje-abriga-jovens>. Acesso em: 22 Dez. 2019

medidas necessárias são tomadas a partir disso, como teste de gravidez, HIV, curativos, checagem de receita de medicação, administração de medicação e etc.

Em relação à saúde, no momento em que elas chegam na unidade, a gente já faz uma verificação, se está lesionada, se está com o pé machucado, se está com algum ferimento, e já relatamos isso num livro, para fazer o atendimento no dia seguinte, quando não é possível fazer no mesmo dia. E durante os plantões, durante os dias, a gente observa se tem alguma adolescente com algum machucado, algum ferimento, e encaminhamos para a enfermaria (Agente).

No mesmo período elas são chamadas pelas dentistas para realizarem um primeiro atendimento, onde é feito uma anamnese e planejamento de possíveis tratamentos dentários. Não fica nenhuma menina sem atendimento, de acordo com o relato de uma das dentistas e das meninas, e as profissionais realizam palestras e conversas sobre como manter a saúde bucal. “Todo dia que eu venho, eu vejo quem entrou e já pego, dou preferência pegar primeiro, depois manter a continuidade do tratamento das que já estão aqui. (Dentista)”

No caso de as meninas já estarem internadas e precisarem de algum atendimento ou medicação, os agentes responsáveis pelo pátio acionam as técnicas de enfermagem e conduzem as meninas até a enfermaria. Em casos raros as técnicas vão até os alojamentos. Caso as técnicas entendam que as meninas precisem de consulta específica com médico, enfermeira ou dentista, elas fazem esse encaminhamento, colocando o nome delas em listas para próximos atendimentos.

A gente faz o trabalho de fazer a medicação prescrita pelo médico, e ouve as queixas delas que são muitas, (...) a gente faz curativos né, caso necessário, é prescrito nebulização a gente faz também, afere pressão, temperatura quando precisa né, e... essa é nossa parte né?! De, de... Da enfermagem (...) elas pedem, se queixam de alguma coisa, a gente tem uma lista né, a gente coloca o nome e o doutor atende. Se acaso precise de alguma coisa fora, a enfermeira já solicita alguma coisa pra fora, pra Clínica da Família (Téc. Enfermagem).

Quando as meninas passam da provisória para internação, fazem o teste de sífilis e, se identificado, começam o tratamento, que é feito na unidade de saúde de referência. As meninas que estão na provisória não fazem a testagem por não ter tempo hábil para tratamento.

Ficou evidente, tanto nas falas da maior parte dos profissionais nas entrevistas e também nas conversas informais realizadas na unidade, com eles e com as meninas, que há um funcionamento adequado da equipe de saúde interna da unidade e que quase a totalidade das demandas são atendidas em tempo oportuno.

Entretanto, ainda que o funcionamento da equipe de saúde seja satisfatório, o que difere do exposto por Arêas Neto (2018) a respeito das instituições masculinas do Estado, e, por Nogueira (2018) sobre a unidade de Campos dos Goytacazes, que também relatou impedimento a atendimentos, por parte dos agentes, por serem eles os responsáveis pela mediação com a equipe de saúde e a equipe técnica²², duas falas da unidade feminina trouxeram outras perspectivas: uma menina relatou ter precisado simular uma briga no alojamento para que pudesse ser levada ao hospital, porque os agentes não queriam levá-la, e um agente afirmou que eles não possuem qualificação em saúde, utilizando da repressão em momentos que deveriam agir com atenção e cuidados qualificados.

(...) o agente, eu acho que ele é um profissional privilegiado assim, o ator principal da instituição, porque ele é a ponta. Ele que vinte e quatro horas por dia ele se relaciona, conversa, é com eles que aparece os primeiros problemas (...) (Agente masculino).

Tem também os atendimentos com os técnicos, atendimento odontológico, com a enfermeira. Tudo isso nós acompanhamos (Agente feminina)

Nesse sentido, a falta de preparo dos agentes socioeducativos, que são os principais atores da instituição, e, o acesso restrito da equipe de saúde às meninas, feito apenas pela mediação desses agentes, demonstra que a saúde, dentro da dinâmica institucional, torna-se um subproduto da manutenção da ordem e do controle (FOUCAULT, 1999), e, remete-nos ao que Goffman (1974) considera a respeito das instituições prisionais e o lugar secundário que o bem estar dos presos ocupa nelas.

Ainda que, no caso dos adolescentes em conflito com a lei, a primazia pela saúde e qualidade de vida seja parte constitutiva da medida socioeducativa de privação de liberdade, e que a PNAISARI seja norteada pelos princípios de universalidade e integralidade do Sistema único de Saúde (SUS), a realidade exposta, mesmo melhor do que a apresentada nas unidades masculinas, está igualmente submissa às características das instituições totais e disciplinares (FERNANDES *et al*, 2015), como mostrado na sessão anterior a respeito da dinâmica institucional.

Fazer essa afirmação, não significa que devemos desconsiderar as forças instituintes, que, segundo Lourau (1975 apud ROMAGNOLI, 2014; GARCIA, 2019), são parte das forças existentes dentro de uma instituição e que fazem frente ao que já está instituído. O instituído,

²²Os relatos incluíam situações em que os profissionais faziam barganhas com os meninos em troca de atendimento médico.

de acordo com o autor, diz respeito às práticas conservadoras, instauradas e fortemente enraizadas no *modus operandi* institucional, e, o instituinte refere-se às ações dos atores institucionais que confrontam a lógica vigente e hegemônica, realizando micro revoluções que podem ou não serem transformadas em instituído.

No período da observação participante foi possível perceber que o clima geral na unidade não é de hostilidade e que a maioria dos profissionais se esforça por fazer um bom trabalho, tentando olhar para as necessidades que as meninas apresentam, ainda que o processo institucional, por vezes, dificulte a fluidez ou mesmo embargue as ações empreendidas.

Dito isto, importa ressaltar que, os passos dados na unidade feminina em direção a um atendimento mais humanizado, demonstram que existem maneiras reais de superação das práticas de violência ainda recorrentes e banalizadas nas unidades masculinas (CONSTANTINO *et al*, 2017; ARÊAS NETO, 2018; NOGUEIRA, 2018), e precisam servir também como mola propulsora dentro da própria unidade, para traçar caminhos que possibilitem transformações mais profundas.

A categoria **demandas de saúde** está dividida em três subcategorias, que são: as **dores**, as **doenças de pele e as ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis²³)** e **problemas ginecológicos**.

As **dores** recorrentes são relatadas pela maioria e há, por parte das meninas, uma reclamação de que a única medida tomada é a prescrição de analgésicos, sem maior aprofundamento das causas. A fala de uma menina, exposta a seguir, demonstra a insatisfação com os serviços médicos prestados.

Entrevistadora: Médico aqui, você já foi? (...)

Adolescente: Já, mas é muito ruim.

Entrevistadora: É ruim?

Adolescente: É péssimo.

Entrevistadora: Porque que é ruim?

Adolescente: Só passa dipirona ou paracetamol.

Entrevistadora: Ah é... Sempre essa medicação?

Adolescente: Sempre (...) (Menina)

Quando outras duas meninas foram perguntadas sobre o atendimento em saúde às demandas corriqueiras, elas corroboram com a fala da outra menina entrevistada em outro momento, afirmando que a prescrição de analgésico é a solução habitual para tudo.

²³ Nomenclatura que substituiu a expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), por ressaltar que as infecções podem ser transmitidas mesmo sem sintomas aparentes. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 Dez. 2019

Entrevistadora: Cólica, dor de cabeça...

Adolescente: Aí eles dão paracetamol.

Entrevistadora: Eles dão paracetamol e acalma.

Adolescente: Isso. Mas tudo eles dão paracetamol.

Entrevistadora: Pra qualquer coisa.

Adolescente: Se você estiver morrendo é paracetamol (Meninas).

Já por parte dos profissionais há uma ideia de que as meninas pedem muito os analgésicos, como se elas de certa forma inventassem as dores para poderem tomar as medicações.

Entrevistadora – Que dor é essa?

Entrevistada - Dor de cabeça, dor no corpo que às vezes elas não entendem. Aí sentem e falam que estão sentindo dor no corpo e muita dor de cabeça, e querem tomar muito paracetamol, muita dipirona, e a gente às vezes até tenta não dar, explica o porquê, assim, por esse excesso de medicação, de paracetamol, dipirona. Mas a maioria das vezes a maioria quer assim mesmo (Técnica de enfermagem)

Em conversas com alguns profissionais de saúde na unidade, a questão do pedido de medicalização desenfreada pelas meninas e de que elas inventariam doenças, seja para poderem sair do alojamento ou mesmo pra chamarem atenção, é um discurso recorrente.

Ainda que em certa medida essas afirmações tenham algum fundamento a partir de um comportamento padrão delas na unidade, é importante salientar que não houve, por parte dos profissionais, uma tentativa de relativizar suas falas, levando em consideração outras variáveis que possam estar associadas a esse comportamento, como por exemplo, a relação entre a qualidade do sono (dificuldades para dormir é preponderante nas reclamações das meninas) e as dores de cabeça, ou mesmo o fato de algumas terem advindo da rua, terem sofrido violências físicas, como apontado acima, o que pode ainda estar reverberando no corpo, entre outras.

Foram mencionadas palestras sobre os perigos em ingerir analgésicos em demasia, e isso, sem sombra de dúvidas, é de extrema importância, contudo, há a necessidade de se estabelecer outras formas de abordagem, principalmente porque cada corpo tem necessidades específicas, e não é possível utilizar a mesma régua para medir a todas, sobretudo pela alta rotatividade de meninas na unidade, advindas de contextos familiares e comunitários diferenciados, onde o corpo biológico é atravessado por inúmeros fatores, desde a alimentação até as condições físicas dos lugares onde permaneceram até então.

Essa tensão entre as perspectivas que as meninas têm a respeito dos profissionais de saúde e a que estes possuem a respeito delas, é, segundo Goffman (1974), parte da segregação

existente nas instituições totais, onde os grupos compostos, de um lado pelos sujeitos regulados e de outro, pelos responsáveis pela regulação, relacionam-se de maneira pontual, sem uma aproximação mais profunda, a partir de estereótipos previamente definidos e que em grande parte são negativos e depreciativos.

Em relação às **doenças de pele**, há um consenso nas falas dos profissionais de que elas chegam assim na unidade e não que seja algo adquirido ali, mas diferente dos problemas respiratórios que também são anteriores à internação, as doenças de pele chamam mais atenção por serem, geralmente, contagiosas. Entretanto, na fala de uma das meninas, há a preocupação com esses problemas que surgem dentro da instituição.

E agora também ocorrem, questões assim, alérgicas, de pele, tipo uma doença de pele, que eu acredito também que é muito oriunda do externo, do convívio, do ambiente delas, que viviam, que praticavam... É o que mais apresento aqui (...) (Agente).

(...) doenças de pele, que elas chegam aqui, escabiose, piolho... (Direção).

Essas bolinhas brabas que estão aparecendo nuns e nos outros já. E aí isso pode acabar... né, contaminando (Menina).

Apesar das questões dermatológicas terem aparecido com frequência nas entrevistas e na fala dos profissionais de saúde nas conversas informais no período da observação, eles foram marcados apenas por duas internas no inquérito. Todavia, mesmo nas falas onde elas apareceram, não foram abordadas como questões que estavam acontecendo no momento (exceto na fala de uma menina na entrevista). Lembrando que houve um espaço de tempo entre os três momentos e considerando que há uma alta rotatividade das meninas na unidade, podemos supor que são questões que podem estar ora mais aparentes ora não.

Há também o fato de que a unidade não se encontrava (no período da observação) em condição de superlotação e que a equipe de saúde se considera preparada para lidar com as questões do contágio, o que facilita o controle, quando acontece. A higiene das meninas em relação ao próprio corpo, aos alojamentos e o acesso que elas possuem a produtos de higiene pessoal²⁴, são fatores que dificultam a propagação dessas doenças.

No dia a dia as meninas desfilam com cabelos bem arrumados, muitas de maquiagem e sobancelhas feitas. Orgulham-se de falar da limpeza dos alojamentos, ao qual elas mesmas são responsáveis e dos cosméticos que recebem tanto de familiares quanto de ONGs que trabalham em parceria com a unidade. Os uniformes são sempre lavados e é possível vê-los com

²⁴ Elas recebem doações de produtos de higiene pessoal.

frequência no varal, quando adentramos pelo pátio. As áreas externas aos alojamentos também se mantêm sempre limpos.

No que concerne às **ISTs e os problemas ginecológicos**, de acordo com os profissionais, a sífilis é algo recorrente dentro da instituição enquanto que o HIV não aparece com tanta frequência. Como supracitado, as meninas que são diagnosticadas com sífilis iniciam o tratamento e possuem todo o acompanhamento necessário quando passam da provisória para a internação. A fala de um membro da direção expõe essa questão: “Eu percebo que chega muito menina com doença sexualmente transmissível, porque elas se relacionam lá fora e elas realmente não se previnem (...), ficou constatado que tinham algumas meninas com sífilis (Direção)”.

No entanto, ainda que seja do conhecimento de todos os profissionais, que as meninas relacionem-se sexualmente dentro da unidade (Garcia, 2019), há uma negligência, por parte dos atores institucionais, em tomar as medidas cabíveis para que seja evitado o contágio de outras meninas dentro da instituição, como por exemplo, a distribuição de preservativos. Além disso, essa omissão se configura em descumprimento de uma diretriz da PNAISARI que evidencia a obrigatoriedade no acesso dos adolescentes internados aos preservativos, sendo esse acesso parte da garantia da saúde sexual e reprodutiva.

No inquérito de saúde, quando perguntadas sobre o uso da camisinha, 44,8% alegaram nunca terem usado ou usado poucas vezes e 27% disseram usar sempre. Dentro da unidade, 55% afirmaram não ter recebido orientações sobre prevenção de ISTs e gravidez e apenas 24% disseram ter recebido.

Em conversas tanto com profissionais de saúde quanto agentes socioeducativos nos dias da observação, foi recorrente a fala de que há um esforço em realizar uma educação sexual com as meninas, principalmente por meio de palestras. Contudo, Garcia (2019), psicóloga da equipe de medida da instituição, em seu estudo sobre a sexualidade em três unidades socioeducativas, incluindo o PACGC, salienta que, em sua maioria, essas iniciativas são meramente prescritivas, não sendo consideradas todas as dimensões da sexualidade experienciadas pelas meninas na unidade, ignorando, inclusive, concepções que rompem com uma sexualidade heteronormativa.

Essas orientações, segundo a autora, geralmente estão fundamentadas em uma lógica do corpo concebido pela medicina, que privilegia o medo pela doença, sem tomar em conta os múltiplos sentidos que a sexualidade tem para as elas. A esse respeito, ela faz a seguinte consideração:

(...) para ampliar o alcance dessas ações, seria importante trabalhar a dimensão dos afetos e cuidado de si e do outro, tomando como ponto de partida as experimentações sexuais dos e das jovens, para construir com eles e elas uma ética do cuidado encarnada, imanente, e não uma moral prescritiva (p. 172).

Da mesma forma, Garcia (2019) salienta que as ações que dizem respeito ao exercício da sexualidade das meninas dentro da unidade, são encaradas pela maioria dos profissionais, como problemáticas e envoltas em considerações de moralidade. A sexualidade é um tema tabu e, segundo a concepção de alguns profissionais, a prática de distribuir preservativos na unidade acabaria por cancelar as relações sexuais existentes, e poderia gerar mais problemas do que soluções (mesmo não explicando quais problemas seriam). A falta dos insumos na unidade é uma questão que também aparece, contudo, segundo a autora, não há uma movimentação real para pensar soluções.

Cabe agregar a essa questão, o fato de ser uma unidade que apreende corpos femininos, corpos que, segundo Beauvoir (2009) são historicamente moralizados e sacralizados, balizados por concepções masculinas, a partir de construções filosóficas, médicas (MARTINS, 2004) e religiosas, que resultaram em uma ideia de sexualidade subalternizada e sujeita aos desejos dos homens. A moral, ainda que seja parte das construções sociais em geral, sobre a mulher, devido à estrutura patriarcal, é vertiginosamente mais pesada e castradora. Reconhecer e proporcionar subsídios para que as meninas possam vivenciar sua sexualidade de maneira mais segura, significaria admitir a dimensão do prazer de corpos femininos sexuados e autônomos.

Os problemas ginecológicos surgem como consequências naturais de possuírem órgãos sexuais femininos²⁵, em grande parte por serem sexualmente ativas, às vezes com mais de um parceiro ou parceira (MENDES e JULIÃO, 2018), e por isso necessitam de acompanhamentos periódicos de um profissional de ginecologia, visto estarem suscetíveis a doenças mais graves (BAGGIO *et al*, 2018). As falas de duas profissionais de saúde demonstram que aparecem questões como essas na instituição e que as meninas pedem atendimento em ginecologia: “(...) às vezes, são problemas ginecológicos (que aparecem) porque elas começam a atividade sexual (Dentista) “E aqui, assim, elas pedem também muito ginecologista (Tec. de Enfermagem)”.

Podemos somar a essas questões recorrentes, o fato de que a maioria das meninas que disseram no inquérito não terem recebido atendimento quando precisaram (24,1%), tratou-se do atendimento em ginecologia. Igualmente, os profissionais também demarcaram a

²⁵ Importante ressaltar que aqui está sendo apenas um marcador biológico de sexo e não de gênero.

dificuldade de acessar o serviço de saúde externo. Apareceu tanto a fala de que não teria ginecologista na unidade de referência quanto da dificuldade de realização do exame colpocitológico²⁶ para as meninas, por não serem consideradas parte do público alvo na atenção básica.

É um desafio porque a própria rede alega que as adolescentes, não assim, adolescentes infratores, eu estou generalizando, as adolescentes no geral não são prioridades hoje pra rede pública, (...) a prioridade são as mulheres mais velhas, em idade de ter um câncer de colo de útero (Direção)

De acordo com o profissional de saúde, a Clínica da Família não faz preventivo em meninas menores de 16 anos, e isso seria um problema porque as meninas dessa faixa etária dentro da unidade apresentam os mesmos problemas ginecológicos que mulheres adultas (Diário de Campo, 2019)

Contudo, na PNAISARI, a consulta ginecológica com exame colpocitológico anual, inclusive para meninas que receberam medidas de privação de liberdade inferiores a um ano, sendo, preferencialmente no início do ingresso na unidade, é uma diretriz que faz parte do plano de ação em saúde para as unidades de semiliberdade e internação. Essa lacuna entre as diretrizes da atenção básica e as especificidades das meninas internadas precisa ser evidenciada e preenchida, tendo em vista as necessidades reais apresentadas por elas durante o período de internação.

Os dados do inquérito, relativos às condições de saúde apresentadas pelas meninas nos 12 meses anteriores a sua aplicação, tanto no período que estiveram fora da unidade quanto no período de internação, 34,5% relataram experiência de gravidez e dessas, 27,5% disseram já ter cometido aborto. Apenas uma afirmou ter estado grávida durante o período de internação e o bebê ter nascido no transporte a caminho do hospital. Nenhuma menina declarou ter ficado com o bebê após o parto na unidade, apesar de haver nela berçário e espaço para amamentação²⁷. No período da observação havia duas gestantes na unidade.

Os números de experiência de gravidez e abortamento são expressivos, e demonstram a necessidade de uma atenção especial a essa temática. A gravidez é um período que necessita de cuidados especiais em saúde, como a realização do pré-natal, suplementação de vitaminas e atenção nutricional (COUTINHO *et al*, 2014), cuidados estes, que, segundo os profissionais de saúde da unidade, são dispensados por eles, ainda que seja prevalente a liberação da menina grávida por parte do judiciário, antes mesmo que consigam efetivar o acompanhamento do pré-

²⁶Comumente conhecido como Preventivo.

²⁷ De acordo com o Mecanismo de Combate a Tortura, em 2015 (ALERJ, 20016) uma menina estava com seu bebê recém-nascido aguardando a decisão do juiz sobre sua medida.

natal na clínica da família. Situação que evidencia a necessidade de um acompanhamento extramuros.

A barreira que existe para o atendimento em ginecologia na clínica da família, não possibilita, também, o acompanhamento das meninas que já tiveram experiência de abortamento e a avaliação da presença de danos à saúde reprodutiva, sobretudo naquelas que fizeram algum procedimento invasivo para provocá-lo. Levando em consideração que a maior parte das meninas advém de famílias empobrecidas, e que a prática de aborto é criminalizada no Brasil, os abortos autoprovocados não são feitos de maneira segura e podem incorrer em sérios prejuízos à saúde de quem os pratica (LEAL *et al*, 2018).

Apesar de não existirem registros recentes sobre meninas que ficaram com seus filhos dentro da unidade, o fato de terem internas com filhos sendo criados por outras pessoas enquanto elas cumprem medida de internação, exige do poder público um acompanhamento mais próximo dessas famílias, para que não haja maior prejuízo, do que o de ter a mãe retirada do convívio de um filho.

A tabela a seguir apresenta o percentual de meninas que afirmaram terem sido diagnosticadas ou terem sofrido com algumas das doenças elencadas. Meninas que sofriam de asma e bronquite foram as que mais apareceram seguidas pelas que experimentavam dores frequentes no pescoço, costa ou coluna.

Tabela 2. Percentual de adolescentes de acordo com doenças que tiveram nos últimos 12 meses

DOENÇAS	PERCENTUAL
ASMA/BRONQUITE	37,9%
FREQUENTES DORES NO PESCOÇO, COSTA OU COLUNA	27,6%
ANEMIA GRAVE OU OUTRA DOENÇA DE SANGUE	10,3%
DOENÇA MENTAL QUE NECESSITE DE ACOMPANHAMENTO	8,76%
DOENÇA DE PELE	6,9%
DENGUE/ZIKA/CHICUNGUNHA	6,9%
DOENÇA DO CORAÇÃO	3,4%

DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL	3,4%
TUBERCULOSE	3,4%
HIV/AIDS	3,4%

Os problemas respiratórios não foram elencados como subcategoria qualitativa das demandas de saúde, pois, mesmo sendo os que mais sobressaíram no inquérito, nas entrevistas, apareceram apenas na fala de um agente socioeducativo. Essa ausência, possivelmente se dê porque o roteiro das entrevistas privilegia perguntas direcionadas às demandas de saúde que mais aparecem na unidade de internação, o que pode remeter a situações que emergem estritamente ali, enquanto que o inquérito faz menção às doenças que acometeram as meninas nos últimos 12 meses, fora e dentro da instituição.

Entretanto, é de extrema importância destacar o número elevado de meninas que declarou ter apresentado um quadro de asma ou bronquite nesse período (37,9%), número maior que o apresentado por escolares do mesmo sexo na Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE, 2015) (23,8%), no mesmo período de tempo, não podendo, portanto, ser negligenciado, principalmente por serem consideradas doenças crônicas, recorrentes nessa faixa etária (OLIVEIRA *et al*, 2015 apud ARÊAS NETO, 2018) e necessitarem de acompanhamentos periódicos e tratamento medicamentoso de uso regular, para evitar problemas irreparáveis na estrutura pulmonar e na estatura final (NOGUEIRA, 2015).

Ainda que não possa ser feita uma relação direta com as condições dos alojamentos, por estarem dentro dos parâmetros de salubridade e ventilação (segundo profissional de saúde da unidade), e não haver superlotação como nos alojamentos das unidades masculinas, é importante considerar que a limpeza é feita pelas internas, estando elas em contato direto com poeira e os ácaros presentes nela, que se configuram em principais alérgenos inaláveis responsáveis por desencadear crises agudas (NOGUEIRA, 2015). Iniciar um tratamento adequado, que evite a crise respiratória, e estabelecer práticas de cuidado durante o período de internação pode prevenir futuros danos na saúde das meninas, que podem ser desencadeados por constantes episódios agudos.

A anemia, que ocupa o terceiro lugar do ranking na tabela, é recorrente na população mundial, especialmente a causada por deficiência de ferro, sendo considerada como um

problema de saúde pública (SILVA, 2007). A adolescência é uma das fases consideradas de maior prevalência (DUARTE; ABUASSI, 2009), assim como o período fértil e a gestação nas mulheres. Nesse sentido, as meninas são o principal público afetado por essa morbidade e necessitam maior atenção quanto a sua detecção e tratamento adequados no período em que estiverem sob os cuidados da unidade de internação. Ela não foi nomeada pelos profissionais de saúde da unidade, o que pode configurar uma ausência de conhecimento dessa problemática e conseqüentemente um prejuízo na atenção a essa especificidade.

No que diz respeito à experiência de lesões, 14,6% (4) das meninas afirmaram terem sofrido uma amputação de dedo ou membro ou retirada de algum órgão (seio, rim ou pulmão) e 7% (2) declararam terem experimentado também após a internação. Relataram também agressões sofridas antes e durante o período de internação, no qual, antes da internação, 58,6% (17) disseram ter experimentado algum tipo de agressão física, 44% (13) agressão verbal, 24% (7) agressão sexual, 17% (5) foram perfuradas por arma de fogo e 13,8% (4) por arma branca. As agressões que apareceram também durante a internação foram física, verbal e sexual, com 37,9% (11), 20,7% (6) e 6,9% (2), respectivamente. Um número expressivo (27,6%/ 8) revelou ter sofrido tentativa de homicídio antes e uma durante a internação.

O percentual de meninas que afirmou ter algum tipo de amputação foi muito maior que o encontrado por Arêas Neto (2018) nos meninos internados no Estado do Rio, que foi de 2,8%. Esses números de experiências de violência antes da internação são alarmantes, e apontam para a condição de vítimas em que essas meninas se encontravam antes de serem tomadas como algozes. Salientam também, a necessidade de garantia de proteção durante o cumprimento da medida socioeducativa e atenção aos efeitos na saúde que essas violências experimentadas podem ter gerado.

De acordo com o dossiê publicado pelo Instituto de Segurança Pública (MANSO; GONÇALVEZ, 2018) do Estado do Rio de Janeiro, referente aos registros de 2017, a violência contra crianças e adolescentes, no Estado, tem crescido nos últimos anos, e, a maior parte é perpetrada por pessoas próximas, sobretudo as que foram cometidas contra meninas, como violência sexual, lesão corporal, violência moral e psicológica. Com isso, os atores do Estado, ao conhecerem a realidade familiar e comunitária dessas meninas que adentram ao sistema, precisam desenvolver ações que visem garantir a segurança e integridade física delas, principalmente quando chegarem ao final da medida e retornarem aos seus lares.

Não há como saber, a partir dos dados apresentados, se as violências sofridas pelas meninas dentro da instituição são praticadas por profissionais ou por seus pares (ou ambos), entretanto, eles são importantes para demonstrar que mesmo estando sob constante vigilância e custódia do Estado, as violações se mantiveram presentes, ainda que em menor escala, em um ambiente que deveria assegurar a proteção delas.

As práticas de promoção e de proteção à saúde desenvolvidas dentro da unidade precisam incluir a promoção de uma cultura de paz e de proteção as violências sexual, física, psicológica e de acidentes. Também merece chamar a atenção para a notificação dessas violências, seja ela entre pares ou de atores institucionais, que deve ser feita pela equipe de saúde a partir do preenchimento da ficha de notificação compulsória, assim como o acionamento do Ministério Público, da Promotoria da Infância e da Juventude e do Conselho Tutelar da localidade. Medidas colocadas como obrigatórias pela PINAISARI, com vistas à elaboração e desenvolvimento de ações que as previnam e também para que a adolescente que sofra maus tratos ou tortura, seja acompanhada e receba a atenção e cuidados necessários.

Em se tratando da categoria **relação com a rede de saúde**, foi possível observar que há uma proximidade da equipe com a unidade de saúde da família de referência, evidenciado pela cooperação em processos como a marcação de consultas mais específicas, exames e imunização. No caso de emergências as meninas são levadas ao Hospital Evandro Freire e lá são atendidas.

Assim, no caso de uma emergência, aí eles levam pro Hospital Evandro Freire, aí tem o atendimento de emergência. Mas não há algo assim mais complexo, né?! Aí a enfermeira (da unidade) leva adiante com a enfermeira da Clínica da Família, lá eles marcam (Profissional de saúde).

(...) o diálogo é bom, a gente tem acesso. A gente tem funcionários aqui, nosso corpo de enfermagem, eles entram em contato com a enfermeira de lá, eles é... O Dr. (nome do médico) que é o clínico da Clínica da família Assis Valente, ele atende as meninas, porque aí quando a menina, por exemplo, apresenta um problema oftalmológico, vai ter que passar pelo clínico de lá, pra ele encaminhar. Então assim a gente tem um, a gente tem um diálogo com eles, e graças a deus a gente consegue (Direção)

De acordo com o inquérito, o acesso aos serviços de saúde fora da unidade socioeducativa no período em que estiveram internadas deu-se principalmente pelo posto de saúde, onde 24% (7) alegaram ter utilizado o serviço, 7% (2) foram ao dentista, ao pronto socorro e ao hospital, uma se consultou com algum profissional (fonoaudiólogo, psicólogo, etc) e foi à maternidade.

Grande parte (48,3%, 14) declarou que a saúde após a internação continua a mesma, 31% (9) disseram ter piorado e apenas uma menina relatou melhora. Apesar de mais da metade (55%, 16) ter afirmado que foram atendidas quando precisaram, 34,5% (10) disseram não terem tido atendimento em algum momento necessário. Dessas últimas, 24,1% (7) foram no serviço de ginecologia (como mencionado acima), 6,9% (2) em saúde mental e uma quando teve tontura e vômito

Esses dados demonstram que uma parte considerável das meninas afirmou ter sido o posto de saúde a principal forma de acesso aos serviços de saúde externos à unidade de internação. Ainda que a maior parte delas não tenha marcado qualquer acesso a serviços externos, não significa, necessariamente, que houve um descumprimento da política de saúde, tendo em vista que na unidade de internação há uma equipe de saúde completa, ficando para a Unidade Básica de Saúde o caráter complementar de suas ações.

Nesse sentido, cumpre o artigo 12, parágrafos 1º e 2º da diretriz da PNAISARI:

Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. § 1º Todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica. § 2º Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde.

Na categoria **desafios/dificuldades na atenção à saúde**, a falta de recursos financeiros ficou evidente nas falas tanto de agentes quanto dos profissionais de saúde, que demarcaram a recorrente carência de medicamentos, combustível para locomoção das meninas, não só para atendimento em saúde, como qualquer outra necessidade.

Está bem complicado na farmácia de medicação sim, é, a gente até conseguiu pegar, o que a gente passou a gente conseguiu pegar, mas tem dia que não tem Ibuprofeno, tem dia que tem Diclofenaco, tem dia que não tem, pomadas (...) (Profissional de saúde)

Prejudica muito a gente não ter uma gasolina pra botar numa viatura pra encaminhar um adolescente pra algum lugar, ou seja, pra um hospital, pra uma consulta ou pra um curso, entendeu. Então esse é o desafio, é você trabalhar sem recurso (Direção)

(...) está sucateado mesmo, entendeu, a equipe técnica trabalha com pouco recurso (Direção)

A falta de recursos para a atenção em saúde nas instituições socioeducativas evidencia uma falha, seja no repasse financeiro dos entes federativos responsáveis pelo custeio das ações

e serviços previstos na portaria de nº 1.082, de 23 de Maio de 2014 que redefine as diretrizes da PNAISARI, ou mesmo pela má gestão desses recursos por parte do DEGASE ²⁸.

Não há razão para que uma política seja desenhada e estabelecida a partir de um problema identificado, sem que todos os atores envolvidos assumam suas responsabilidades para seu real exercício.

Depois que um problema público foi inserido na agenda política, várias opções foram propostas para enfrentá-lo, e o governo estabeleceu metas políticas e decidiu que curso de ação tomar para atingi-las, é necessário colocar a decisão em prática. O esforço, conhecimento e recursos destinados às decisões de política traduzir em ação compreendem o estágio de implementação no contexto do ciclo político. Enquanto a maioria das decisões políticas identificam os meios para atingir seus objetivos, as escolhas subsequentes são inevitavelmente necessárias para atingir resultados. O financiamento deve ser alocado, o pessoal atribuído, e regras de procedimento devem ser desenvolvidas para se fazer a política funcionar. (HOWLLET *et al*, 2009, p.160 apud FERNANDES, 2013).

É evidente que esse tipo de situação gera entraves significativos na atuação dos profissionais do sistema, onde eles acabam por tentar estabelecer hierarquias de necessidades a partir de um julgamento interno do que seria mais relevante (GARCIA, 2018), sem conseguir atender ou mesmo identificar todas as demandas reais que se apresentam, ainda que essas demandas não atendidas impactem de maneira substancial a saúde das adolescentes, como foi abordado acima sobre a falta dos insumos para prevenção das ISTs.

6.4 Lençóis sobre corpos contidos e mentes inquietas: questões sobre a saúde mental.

(...)eu quero ir pra psicóloga porque estou tendo muita insônia, porque fica passando a imagem do que aconteceu comigo, fica passando a imagem na minha cabeça assim. E eu to muito de olheira, eu to muito tempo sem dormir. (...). Eu estou ficando louca! (Menina, Entrevista, 2019)

Não houve nada mais consensual entre todos os atores entrevistados e nas conversas realizadas com agentes socioeducativos, desde a portaria até o pátio, profissionais de saúde, técnicas e oficinairas, que a saúde mental das meninas seja a questão mais relevante na unidade. Cada qual encara essas demandas à sua própria maneira e tem sua percepção particular dos fatores causais. Mesmo havendo na unidade de internação uma equipe de profissionais de saúde

²⁸MPRJ aponta que má gestão no Novo Degase compromete ações socioeducativas no Estado. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/61701?p_p_state=maximized. Acesso em 06 Jan. 2020

mental, quase todos os atores institucionais sentem-se um “pouquinho psicólogos”²⁹ quando se dispõem a ouvir uma menina em sofrimento. A saúde mental é também destaque nos estudos sobre a saúde desse público (PERMINIO *et al*, 2018)

Esse sentimento por parte dos outros profissionais talvez se dê, também, pelo fato de que, quando há a externalização do sofrimento psíquico, a partir de alterações de humor, choros, autolesões ou tentativas de suicídio, a acolhida é feita por quem está mais próximo ou responsável pelas meninas no momento, que não será necessariamente no horário em que as técnicas da saúde mental se encontram na unidade.

O horário de dormir aparece como o momento mais crítico, onde o sofrimento pela internação, pelos motivos que as fizeram chegar à unidade e pelas consequências geradas dentro e fora dela, fazem com que as noites em claro seja a maior queixa das meninas, e, dependendo do grau de sofrimento, em alguns casos, desencadeia tentativas de suicídio. É a esse momento que o título desta sessão faz referência. O silêncio da noite é implacável em fazer emergir todos os tipos de pensamentos e inquietações, especialmente a consciência de estarem aprisionadas e as consequências disso para suas vidas. O lençol é tanto uma alusão ao momento de dormir quanto uma referência direta ao seu uso na tentativa de suicídio. Fazer a *Tereza* é o nome dado por elas ao ato de amarrar lençóis e prender uma ponta na janela e a outra no pescoço, com o intuito de enforcar-se.

No primeiro dia que cheguei à unidade, por volta das 10 da manhã, percebi um alvoroço, uma movimentação nos corredores e na sala da equipe técnica, onde eu estava esperando ser atendida pela profissional que havia combinado anteriormente, para poder explicar a pesquisa. Entendi, a partir das conversas entre as técnicas e pelas orientações que eram dadas a um agente socioeducativo, que se tratava de uma menina que havia tentado suicídio na noite anterior, por ter recebido a notícia de que sua filha, ainda bebê, havia falecido. Segundo eles, ela teria feito cortes nos braços e a *Tereza* (Diário de Campo, 2019)

Conversando com algumas oficinairas, sobretudo às de artesanato, elas expuseram a perspectiva terapêutica do trabalho que realizavam com as meninas, explicando que à medida que as meninas conseguiam realizar os trabalhos, iam adquirindo uma organização interna, ajudando na ansiedade e desenvolvendo a paciência. Porém, ao participar juntamente com as meninas dessas oficinas, pude perceber que o tempo disposto para que o trabalho artesanal fosse desenvolvido, era muito pequeno, principalmente para as iniciantes, o que gerava muita

²⁹ Fazendo alusão à fala de uma técnica de enfermagem que afirmou ter um pouco de psicologia para conversar e orientar as meninas quando necessário.

ansiedade nelas e uma cobrança por parte daicineira, para que o trabalho fosse terminado dentro do prazo.

Participando das oficinas de artesanato, por dias consecutivos, fiquei intrigada com a proposta terapêutica que era imputada a elas. Por diversas vezes, quando alguma menina apresentava dificuldades em desenvolver o que era proposto, além de ouvir que estava sendo feito de maneira errada, em tom de desaprovação, a menina era julgada em sua capacidade cognitiva e era comparada com as meninas que já tinham aprendido o ofício ou que apresentavam alguma habilidade para tal. Eu mesma, que estava desenvolvendo a atividade pela primeira vez, junto com elas, me senti acuada e pressionada para fazer corretamente. Não vi sentido na afirmação da terapêutica, sendo que o objetivo final era concluir a tarefa de maneira correta e não o acompanhamento do processo de cada menina ao fazê-la (Diário de campo, 2019).

A questão apresentada pode servir de exemplo para expor que, mesmo que a saúde mental seja considerada por todos, a boa vontade em ajudar ou a ideia de que todos são um “pouquinho psicólogos”, não necessariamente auxilia as meninas, e pode gerar mais ansiedade e sensação de inadequação. A falta de integração com os profissionais de saúde mental (questão abordada mais à frente), que poderiam auxiliar na avaliação da eficácia da proposta, bem como delinear ajustes em conjunto com asicineiras, dentro do que deveria ser uma concepção terapêutica, resulta em práticas vazias de sentido e reprodutoras das lógicas disciplinares (FOUCAULT, 1999).

A equipe multidisciplinar de referência em saúde mental da unidade é composta por uma assistente social, uma psicóloga e uma musicoterapeuta. Ela é responsável por acolher as demandas que surgem em todo o processo de internação das meninas. De acordo com a portaria nº 1.082, de 23 de Maio de 2014, o trabalho das profissionais não tem por finalidade o tratamento individual (ainda que façam atendimentos individuais), ficando-o a cargo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSis) do território de origem das internas, caso necessário, após a saída da instituição. Entretanto, essa relação entre equipe de referência e os CAPS e CAPSis precisa ser estabelecida ainda no tempo de cumprimento da medida de internação, objetivando o acompanhamento de suas famílias nesse período e uma posterior adesão ao tratamento pela egressa.

Quando identificada qualquer demanda de saúde mental, seja em relação ao uso de drogas, uso de medicação controlada, algum transtorno mental já diagnosticado antes da internação ou que se suspeita dentro da unidade, a equipe é acionada e começa um acompanhamento de acordo com cada caso, direcionando à psiquiatra os casos mais complexos que necessitam de medicação. As demandas são encaminhadas ao núcleo, mais comumente pela equipe de medida e algumas mais pontuais, por parte do judiciário, sempre por abuso de

drogas. As meninas também podem solicitar atendimento. O núcleo realiza reuniões periódicas para discutirem os casos e darem processo ao acompanhamento de forma multidisciplinar.

As categorias de análise a respeito da saúde mental serão divididas em: **demandas em saúde mental; relação com a rede de saúde mental e desafios/dificuldades na atenção à saúde mental.**

A categoria **demandas em saúde mental** está subdividida em: sofrimento pela internação, abstinência e uso de drogas e transtornos psiquiátricos.

O sofrimento pela internação é a demanda mais recorrente segundo os profissionais de saúde mental. Entre os estudos sobre unidades de internação, essa é também uma questão convencionada (ASSIS; CONSTANTINO, 2001; DINIZ, 2017, ARÊAS NETO, 2018)

(...) a gente atende caso de sofrimento psíquico intenso também, entendeu, então assim as garotas que não tão bem, pela privação de liberdade e tal a gente entende que tem necessidade de uma escuta mais específica, mais cuidadosa, e que a equipe de medida, pela rotina de trabalho, não consegue fazer, não conseguem dar conta, tem que fazer relatório, tem que fazer um monte de coisa, então, enfim, essas garotas são, são vinculadas ao Núcleo e vão ter esse atendimento semanal (Núcleo de Saúde Mental).

(...) aquelas meninas, no caso aqui dessa unidade que é feminina né, que tão em algum sofrimento psíquico, não necessariamente que tenha comprometimento mental, mas com um sofrimento psíquico por conta da medida, ou por conta do ato infracional, ou pelo próprio confinamento mesmo, né (Núcleo de Saúde Mental)

Esse sofrimento é expresso de diferentes maneiras, seja solicitando medicação para dormir, pela prática de autolesões, e, em alguns casos mais extremos a tentativa de suicídio, como expresso nas seguintes falas: “Mas o que mais vem na verdade é ah, eu não consigo dormir, e por isso eu preciso de remédio. Assim, 80% do que aparece é isso (Núcleo de Saúde Mental)”; “Quando tomam um grau acelerado, ou quando estão nervosas ou ansiosas com alguma questão, elas se auto flagelam (Agente socioeducativo); “(...) tem menina que tentou se matar, recebi várias delas assim, entendeu. Elas fazem Tereza, amarram o próprio lençol no pescoço e se jogam (Agente socioeducativo)”.

Entretanto, é importante ressaltar que o sofrimento que reverbera em práticas de autolesão, recorrente também em estudos sobre meninas em situação de privação de liberdade (ASSIS; CONSTANTINO, 2001; DINIZ, 2017), não foi citado pelos profissionais do Núcleo de Saúde Mental, sendo levantado apenas pelos agentes socioeducativos nas entrevistas e pelo médico quando conversamos na unidade. Nessas falas, a autolesão aparece como demanda de saúde física, por tratar-se de um corpo ferido, um corpo biológico que precisa de curativos.

É possível inferir, que o fato de serem mencionadas somente por esses profissionais, situe e diferencie os lugares de aproximação, seja pela maior proximidade diária com os agentes ou pela possibilidade de exame do corpo feito pelo médico. O corpo torna-se mais conhecido pela exaustão da proximidade cotidiana do trabalho (VINUTO, 2019) e pela práxis chancelada para examinar os corpos femininos (MARTINS, 2004).

Essa consideração é feita, por ser a autolesão uma prática, segundo Arcoverde (2013), realizada privativamente e geralmente em áreas do corpo onde a publicização das lesões é evitada. A partir disso, é possível fazer algumas indagações: A consideração do sofrimento psíquico se dá pelo grau de sofrimento que é gerado ao sujeito que sofre ou pelo incômodo suscitado no outro? O corpo dócil, com ferimentos mudos, não incomoda ao processo disciplinar institucional, pois importa mais sua sujeição do que sua dor (FOUCAULT, 1999)? E em qual momento, no processo de internação é considerada a dimensão psíquica dessa prática que se inscreve no corpo (TOSTES *et al*, 2018)?

Essa questão também evidencia que existe um distanciamento entre os atores que operam práticas distintas, inclusive direcionadas a saúde (como no caso do médico que identifica a autolesão), mas que não convergem a dimensão física e psíquica, o que dificulta uma atenção à saúde que considere os sujeitos integralmente.

Cabe salientar, também, que a dimensão do sofrimento psíquico das demandas que partem diretamente das meninas, não é encarada da mesma maneira por todos os profissionais da atenção à saúde mental. A fala de um técnico do núcleo demarca uma diferenciação qualitativa entre as demandas de saúde mental repassadas a eles pela equipe de medida, e as que são oriundas diretamente das meninas.

(...) normalmente a equipe de medida por uso abusivo de drogas, por histórico do uso de drogas, a equipe de medida encaminha. Ou quando tem algum transtorno associado, né, então percebe-se e encaminha pra gente poder dar uma avaliada melhor, encaminhar pro psiquiatra. A equipe de medida ela sempre encaminha algo que tem a ver, vamos dizer assim, **algo que tenha substância**, pra gente fazer esse acompanhamento (Núcleo de Saúde Mental, grifo nosso).

Essa fala aparece no momento em que o profissional é perguntado sobre as demandas que mais aparecem na instituição, e ele faz uma distinção, afirmando que as mais recorrentes são as queixas das meninas de não conseguirem dormir e as que ele considera como algo “substancial”, que são oriundas da equipe de medida. Nota-se que, a assimetria valorativa diz respeito a quem é dado o poder de falar sobre o que realmente se passa com as meninas, onde o saber técnico se sobrepõe ao saber vivido e sentido no próprio corpo. É relevante o discurso

de quem detém as regras e o ritual estabelecidos para fazê-lo, e isso determina quais sujeitos podem ser considerados em suas falas, de acordo com os pré-requisitos e o manejo da ordem do discurso (FOUCAULT, 1996).

Em relação à **abstinência e o uso de drogas**, estas são demandas percebidas por todos os atores entrevistados, que geralmente aparecem enquanto as meninas ainda estão na provisória, por ser um período de manifestação sintomática da interrupção do uso cotidiano anterior ao ingresso na unidade.

(...) mas algumas meninas que já chegaram e tão no Núcleo, passaram pela provisória, elas apresentaram síndrome de abstinência, enfim, lá no começo, como ela já está há mais tempo, não apresenta mais (Núcleo de Saúde Mental)

(...) o que mais chama a minha atenção né, do Núcleo, é o uso abusivo de droga, né (...) (Núcleo de Saúde Mental)

Sabe, tem a questão álcool e drogas é muito acentuado porque elas começam muito cedo né, a usar droga (...) (Agente socioeducativo)

Os dados obtidos no inquérito, que dizem respeito ao uso de alguma droga lícita ou ilícita antes da internação, estão expostos na tabela 2, e fazem menção ao percentual das meninas que fizeram uso de acordo com o tipo e frequência do uso de drogas. Nela fica explícito que há um abuso de drogas por parte das meninas, especialmente em relação à maconha, ao tabaco e à bebida alcoólica. Quando perguntadas sobre a idade em que experimentaram a droga pela primeira vez, a maior parte (62%) disse ter experimentado antes dos 14 anos de idade. Na unidade, 17% fazem uso de tranquilizantes.

Tabela 3. Percentual de meninas que fizeram uso de drogas de acordo com o tipo e frequência de uso

TIPO DE DROGA	PERCENTUAL DAS QUE USARAM	FREQUÊNCIA DIÁRIA OU SEMANAL
BEBIDA ALCOÓLICA	72,4%	41,3%
TABACO	72,4%	58,6%
MACONHA	89,7%	65,5%
OUTRAS	65,5%	13,8%
REMÉDIO*	6,9%	3,4%
ANSIOLÍTICO	13,8%	3,4%

* Remédio para emagrecer ou se manter acordada

Esses dados, quando comparados aos oriundos da PeNSE do ano de 2015, demonstram que o uso de drogas lícitas e ilícitas é maior nas meninas internadas do que nas escolares de mesma idade. O percentual das meninas escolares que usaram alguma vez na vida o tabaco é de 21,8%, 62,9% experimentaram o álcool e 11,4% drogas ilícitas.

De acordo com as profissionais do núcleo, que compunham a equipe no período da observação, o abuso de drogas e a medicalização são as principais questões apresentadas pelas meninas, mas que, em comparação a um passado próximo, a medicalização desenfreada tem regredido consideravelmente. Elas acreditam que a escuta qualificada da equipe de saúde mental ao sofrimento psíquico que as meninas apresentam, tem contribuído para uma diminuição da ansiedade e conseqüentemente a uma também redução da medicalização.

Quando identificado o uso abusivo, além do acompanhamento interno, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do local de origem da interna é acionado, para introduzir sua família no sistema, a fim de que, no regresso para casa, ela possa ser também acompanhada. Esse mesmo processo acontece com meninas com algum tipo de transtorno em relação ao CAPSI ou CAPS.

Todavia, convém pontuar que, o fato de ser a única unidade feminina no Estado, como já exposto, prejudica o contato mais próximo com os centros situados em cidades mais distantes da cidade do Rio de Janeiro, durante o período de internação da menina. Esse contato se restringe, segundo os profissionais, a telefonemas realizados entre as partes. Os únicos CAPS mencionados pelos profissionais do núcleo, que realizam visitas à unidade, foram os de Niterói e Resende, onde este último as realiza com frequência.

No que se refere aos **transtornos psiquiátricos**, ainda que não seja a maior parte dos casos atendidos pelo núcleo, é uma questão que se apresenta de maneira importante, inclusive com alguns casos que estão diretamente relacionados ao ato infracional. No tempo em que participei da rotina institucional, uma menina que havia cometido infração análoga ao crime de infanticídio, estava apresentando um quadro, que segundo as profissionais, configurava-se em um transtorno mental e que elas desconfiavam ter sido decisivo para o cometimento do ato.

No inquérito aplicado, houve a inclusão da versão brasileira de um instrumento de avaliação (Child Behavior Checklist) que objetiva conhecer os padrões de comportamento de crianças e adolescentes (WIELEWICK *et al*, 2011). Os resultados apontaram que 24% (7) das meninas apresentaram sintomas de problemas internalizantes e 20% (6) externalizantes. O

conjunto dos sintomas internalizantes inclui isolamento, queixas somáticas, ansiedade e depressão, e, os sintomas externalizantes são agressividade e violação de regras que podem estar associados à conduta infracional (ASSIS *et al*, 2009). Esses números são significativamente maiores que os encontrados nos adolescentes do CAI Baixada, unidade socioeducativa para meninos na cidade de Belford Roxo (9,4% e 10,2%, respectivamente) (PEDRO, 2018).

O maior percentual de sintomas externalizantes encontrado nas meninas, demonstra uma tendência diferente do que, segundo Assis *et al* (2009), a literatura afirma a respeito dos adolescentes não institucionalizados. De acordo com as autoras, as pesquisas falam de uma maior prevalência destes sintomas nos adolescentes de sexo masculino e os internalizantes nas meninas.

Ainda que os dados do CAI Baixada não represente a realidade de todos os meninos institucionalizados no Estado, essa diferença entre as unidades aponta para a necessidade de melhor compreensão dos fatores, como personalidade, contexto familiar e social (PESCE; ASSIS; AVANCI, 2008), que podem estar envolvidos no elevado número de meninas que apresentam uma sintomatologia em nível clínico.

Dentro da unidade a musicoterapeuta realiza grupos terapêuticos com as meninas da provisória e da internação, visando acolhê-las e auxiliá-las na identificação das causas e encontrar maneiras de lidar com o sofrimento. No caso de surto psicótico, a interna é levada para o Instituto Philippe Pinel para passar por uma avaliação e em casos necessários permanece lá até melhorar o quadro (a menina que perdeu sua filha, citada no início dessa seção, foi levada para o Pinel e permaneceu internada).

Começou recentemente uma iniciativa por parte do núcleo, de integrar os técnicos de enfermagem na equipe, e, as meninas elegeram uma técnica que será a representante de suas queixas. Isso se deu por perceberem que as técnicas de enfermagem estão mais próximas das meninas no dia-a-dia e têm a primazia no contato com suas demandas.

A maior dificuldade, segundo relatos dos profissionais, está no desligamento repentino de alguma interna que estava sendo acompanhada, mas que ainda não se percebe como demandante e nem a família foi convencida disso, e, assegurar que ela continuará sendo acompanhada em seu território. Igualmente, há entraves nos processos devido à hierarquia institucional, ficando mais fácil o trabalho no um a um, o que também foi demarcado por uma

profissional de saúde, apontando a rigidez da instituição quanto aos trabalhos de conscientização das famílias idealizados por ela, não encontrando espaço para realização.

Essa última questão, diz respeito às barreiras que as práticas instituintes (LOURAU 1975 apud ROMAGNOLI, 2014; GARCIA, 2019) se deparam por mexerem com a dinâmica cristalizada e conservadora de uma instituição total (GOFFMAN, 1974), sobretudo em uma que é regida pela segurança e seus protocolos, que se orienta em prol do controle dos corpos que ameaçam (FOUCAULT, 1999) e que será cobrada por órgãos governamentais e pela sociedade em suas falhas.

A categoria **desafio/dificuldade na atenção à saúde mental** está subdividida em duas subcategorias, e estas são: ausência de comunicação entre as equipes e questões sobre a transgeneralidade³⁰.

No que diz respeito à ausência de comunicação entre as equipes, estamos falando de um distanciamento existente entre os profissionais, sobretudo entre equipe técnica e agentes socioeducativos - mas não só - que reverbera em prejuízo ao fazer multidisciplinar e consequentemente ao atendimento as demandas que surgem. Esse distanciamento é relatado nas falas que se seguem, mas também foi notório no processo da observação.

(...) elas ficam lá, a gente fica aqui no pátio. A visão que você tem delas é que elas saem pra denunciar quando tem um equívoco no pátio, não tem nenhuma conversa, você recebe uma lista assim, você tira essa adolescente tal e aí vai, vai se notar que é muito rápido. Não tem uma troca (Agente socioeducativo)

Eu acho que tem certas vezes dificuldade da gente se reunir um pouco em equipe, pra poder discutir caso, fazer estudo de caso mesmo, até com os equipamentos fora também, pra além da nossa discussão interna que às vezes a gente não consegue fazer, os estudos de caso, assim, a gente também é uma luta pra conseguir fazer um, entendeu. E isso é, seria fundamental, pra todos os casos, mas enfim, pros da saúde mental seria fundamental também que a gente pudesse trocar mais. A gente troca muito mais no informal quando a gente se encontra, como a equipe se encontra muito a gente conversa sobre os casos, mas assim, não é uma coisa vamos sentar e vamos discutir esse caso agora, ou chamar alguém de fora pra, porque é isso, a garota vai sair daqui e aí, como é que a gente vai fazer, entendeu (Núcleo de saúde mental).

No período da observação foi possível perceber os encontros pontuais que ocorrem durante o dia entre a equipe de saúde, equipe técnica e os agentes socioeducativos, restringindo-se ao horário de almoço e aos momentos em que os agentes são acionados pela equipe técnica para levarem as meninas ao atendimento, como também exposto na fala acima. Os agentes

³⁰ Nomenclatura usada para se referir a pessoas que não se identificam com o sexo designado no nascimento (ou biológico). Disponível em: <http://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>. Acesso em: 23 Jan. 2020.

passam o dia no pátio e a equipe técnica, quando não está em atendimento, fica separada em sua sala que não dá acesso direto ao pátio.

Foram recorrentes as falas dos agentes socioeducativos, reivindicando para eles um maior conhecimento das meninas, em relação ao que a equipe técnica possui, devido ao tempo superior passado com elas, e, o incômodo com a posição de descredibilidade em que eles são colocados frente à equipe. Algo também demarcado por Vinuto (2019), em seu estudo a respeito do trabalho dos agentes socioeducativos em duas unidades de internação, incluindo o PACGC.

Esse hiato existente nessa relação, fala dos lugares distintos de saber ocupados, que segundo Foucault (1996; 1999), são instâncias de poder que disputam a legitimidade no conhecimento sobre a verdade das coisas, e que, conseqüentemente instauram dilemas e dissimetrias cotidianas nas ações empreendidas por ambos os lados. De acordo com Vinuto (2019), há, por parte dos agentes, a apropriação de um saber prático enquanto que os outros profissionais, para eles, estão munidos de um saber teórico que não representa a realidade.

Os lugares distintos também significam práticas institucionais predeterminadas, que seguem uma lógica já instaurada e aprendida, e, que ocupam quase todo o tempo dos profissionais, dificultando mudanças nas rotinas rigidamente regradas (GARCIA, 2019). Essa dificuldade, em modificar a rotina, aparece também na fala da integrante do núcleo, no que diz respeito a empreender trocas sobre os casos que são atendidos individualmente.

Dessa mesma forma, a articulação com a rede se mostra prejudicada, devido a distintos fatores como distância, disponibilidade de carro para realização de visitas e em casos em que os centros de saúde mental se encontram funcionando com contingente e verbas escassas. Fosse de outra maneira, os CAPSs poderiam, já no período de internação, começar a participar dos casos que posteriormente seriam acompanhados por eles, para que diretrizes de cuidado e tratamento pudessem ser traçadas e definidas.

No que corresponde a questões que dizem respeito à transgeneralidade, elencamos aqui como parte das dificuldades na atenção à saúde mental desse público, devido às resistências, preconceitos e entraves apresentados pelos atores institucionais em lidar com o fato de ter uma menina trans fazendo parte da rotina da unidade, e como isso pode ser gerador de maior exclusão, por serem, devido a infração e a identidade de gênero, duplamente desviantes da norma.

As unidades de internação são reprodutoras, como mencionado anteriormente, de lógicas de gênero hegemônicas compartilhadas socialmente, que partem de pressupostos

binaristas (homem e mulher) e que colocam a centralidade (ou maior grau de valoração) nas expressões de masculinidades (BEAUVOIR, 2009; VINUTO, 2018; GARCIA, 2019). Sujeitos com expressões de gênero que desvirtuam e confrontam essa lógica, são alvos de inúmeros preconceitos e violências (físicas, psicológicas, sexuais e negligências) na sociedade em geral, o que não seria diferente nas instituições disciplinares (FOUCAULT, 1999), como as socioeducativas (BARROS e JULIÃO, 2019).

Tanto no período das entrevistas, em 2017, quanto em 2019, no período da observação, havia, na unidade, meninas trans oriundas de unidades masculinas (por decisão judicial), para que a integridade física delas fosse preservada e o direito de ir à escola e às demais atividades não fosse prejudicado, coisas que se tornaram inviáveis nas unidades que estavam, devido à presença intensa do regramento das facções, que repercute em ações de perseguição, humilhação, violência das mais variadas, incluindo a possibilidade de serem assassinadas (BARROS e JULIÃO, 2019; GARCIA, 2019).

Entretanto, não foi sem receio e imersa em constantes objeções (GARCIA, 2019), que a unidade feminina as recebeu, para que a medida de internação pudesse ser cumprida. Nas conversas com os profissionais de saúde da unidade, a preocupação com a possibilidade de existir relação sexual com alguma outra interna, e disso ser gerado um “filho do estado³¹”, apareceu como uma justificativa para que elas não permanecessem ali ou não compartilhassem alojamentos com outras meninas. Foi verbalizado, inclusive, que se elas poderiam permanecer em uma unidade feminina, as meninas que se identificam com o gênero masculino, deveriam ir para uma unidade masculina, sem mesmo problematizar as possíveis violências sofridas por elas, como o abuso sexual, por exemplo.

Conversando com um profissional de saúde, ele começa a falar do problema que é ter “um menino” na unidade, pois, segundo ele, com a ausência de hormonização, a menina trans teria de volta sua libido e poderia ter relações sexuais com outras meninas, mesmo que ela tenha afirmado que não se relacionava com meninas. Achei interessante que nessa fala ele atribui o desejo sexual ao fato dele ser “homem” biologicamente, mesmo que em outro momento ele tenha afirmado que as meninas na unidade “transam muito”, mais do que mulheres “normais” (Diário de Campo, 2019).

Por causa dessas e de outras tensões, ficou estipulado que as meninas trans compartilhariam o alojamento apenas com meninas de maior idade, o que não garante companhia em todo tempo de internação, porque a presença de meninas maiores não é recorrente. No período da aplicação do inquérito havia duas com 18 anos e, no período das

³¹ Termo utilizado por mais de um profissional da saúde e por agentes socioeducativos

entrevistas, a única menina trans da unidade falou sobre a solidão vivenciada, depois que sua colega foi embora.

Em sua fala, ela expressou também que sofreu com implicâncias tanto por parte das meninas quanto de agentes socioeducativos, devido a sua condição: “Os agentes eram ruins, mas a rixa era comigo e com as outras não, entendeu? Por conta da minha opção”. Essa “implicância” também foi relatada pela outra menina, no período da observação, afirmando, inclusive, que sofria algumas violências oriundas dos agentes, como empurrões e socos no peito.

Uma profissional de saúde relatou que, colegas seus recusavam-se a chamar as meninas pelo nome social³², contrariando um direito garantido tanto pelo decreto presidencial de nº 8.727, de 28 de abril de 2016 quanto pelo regimento interno do DEGASE, publicado em 2018.

Todas essas situações são fatores que contribuem para que o sofrimento pela internação se intensifique e marquem com violações extras a existência dessas meninas, pois, agregada mais uma condição de marginalização, elas experimentam do não pertencimento a todos os espaços em que circulam, incluindo o da instituição, que deveria prezar pela dignidade delas enquanto sujeitos de direitos, como qualquer criança e adolescente, e que, antes de qualquer medida, precisam ser protegidas.

Diante disso, faz-se urgente a necessidade da promoção de encontros entre gestores e servidores do sistema socioeducativo, que visem o debate e a construção de novos saberes e fazeres em relação a essa temática, e possibilitem a diminuição do preconceito e a educação sexual e de gênero. É que essa mesma questão possa ser levada e discutida juntamente com as meninas, para que as práticas de violência possam ser convertidas em tolerância e aceitação.

³² É o nome escolhido pelo sujeito, de acordo com sua identidade de gênero, que pode estar de acordo com seu registrado em certidão ou não.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscamos conhecer os principais problemas de saúde física e mental que acometem as meninas em regime de internação no Rio de Janeiro e encontramos problemas que são comuns aos adolescentes da mesma faixa etária, mas que, em grande parte, os números são mais elevados que os encontrados em adolescentes não institucionalizados, e precisam de uma atenção especial da equipe de saúde da unidade. As experiências de violências são muito significativas, assim como o abuso de substâncias lícitas e ilícitas, o que expressa a condição de fragilidade em que elas estavam expostas mesmo antes de serem consideradas infratoras.

Os problemas de saúde mental se sobressaem, especialmente a angústia e o sofrimento por estarem privadas de liberdade e do convívio familiar e comunitário. Essa última questão é agravada pelo fato de ter uma única unidade para meninas no Estado, o que dificulta à visitação das famílias que vivem em localidades mais distantes. Durante o período de observação, ficou evidente como a saudade da família é a causa de grandes sofrimentos, e, um único telefonema de um familiar pode fazer com que o dia se torne menos penoso. Os motivos, criados pelas meninas ou advindos da família, dos porquês da ausência ou demora das visitas, são parte corrente das conversas realizadas entre elas.

Percebemos que a compreensão dos fatores que envolvem a saúde dessas jovens é apreendida de maneira distinta por elas e pelos profissionais da instituição, o que por vezes causa uma diferente hierarquização das necessidades entre os dois grupos. Essa distinção se dá, em certa medida, pelo afastamento que existe na instituição total, descrito por Goffman (1974), entre o grupo dirigente e o grupo dos sujeitos internados, onde a relação se dá por meio de estereótipos criados por ambas as partes.

Entretanto, foi possível constatar que, em grande parte, há uma atenção das equipes de saúde e saúde mental às demandas mais recorrentes apresentadas pelas meninas, e que há um movimento de boa parcela dos profissionais de garantir um atendimento humanizado, deixando alguns fluxos de acesso mais livres, com disposição para uma escuta acolhedora. Nesse sentido, a equipe de saúde mental dentro da unidade mostrou-se imprescindível e marca uma diferença significativa entre o que encontramos no atual trabalho e o que Assis e Constantino (2001) encontraram no antigo Educandário Santos Dumont a respeito da medicalização desenfreada, única medida tomada para as questões de saúde mental apresentadas pelas meninas à época.

Outra questão demarcada por Assis e Constantino (2001) que aqui se difere, foi em relação à ausência de atividades e extrema ociosidade experimentada pelas meninas no período de internação, o que aumentava, em muito, a angústia por estarem internadas. Hoje há participação em atividades de esporte, artesanato, poesia, frequentam a escola, e, algumas participam do programa Jovem Aprendiz, que objetiva o aprendizado de uma profissão e oferece uma ajuda de custo que servirá de auxílio no retorno para casa.

Seria fundamental, entretanto, que o número de empresas parceiras do DEGASE aumentasse, assim como a oferta de vagas, para que todas as meninas pudessem ter a chance de desenvolver uma atividade que possibilitasse garantias no processo de desinstitucionalização. Ter uma profissão como alternativa, que assegure o sustento e a autonomia financeira, pode servir como fator de proteção para o cometimento de novo ato infracional e consequente diminuição da reincidência.

Ainda que não tenhamos delimitado pressupostos a respeito do que encontraríamos, tomamos como ponto de partida todos os trabalhos que falam da falência do sistema socioeducativo, das violências perpetradas em larga escala por agentes institucionais nas unidades masculinas e da precariedade na atenção à saúde, devido à superlotação e a lógica punitivista existente nessas unidades. No entanto, o que encontramos não se encaixa equitativamente nessas descrições, mesmo que a racionalidade disciplinar (FOUCAULT, 1999) seja endêmica das unidades de internação, que tenham aparecido situações de violência dentro da instituição e que perspectivas machistas e moralizantes orientem o olhar de alguns profissionais.

O quantitativo limite de meninas para a unidade de internação e o número satisfatório de profissionais viabiliza uma atenção à saúde mais adequada e diminui as tensões e frustrações pelo trabalho efetivado. Ainda que a fala a respeito da rebeldia das meninas tenha sido muito presente, todos os profissionais disseram gostar de trabalhar na unidade e ressaltaram o clima de tranquilidade existente, que difere das unidades masculinas. A rebeldia torna-se mais um incômodo, principalmente por contrapor à ideia de serenidade feminina, – que diz respeito ao mito da mulher cristalizada (BEAUVOIR, 2009) - do que uma ameaça à integridade física dos profissionais.

Partimos da concepção de que havia barreiras para o acesso aos serviços de saúde externos à unidade, e, pressupomos uma fragilidade na aplicação da PNAISARI com base na literatura consultada (ARÊAS NETO, 2018; NOGUEIRA, 2018) a respeito desta temática em

unidades socioeducativas masculinas do Estado. Ainda que as tenhamos encontrado, como no caso da ausência do atendimento em ginecologia, da falta de recursos para o combustível para levar as meninas às consultas e nos laços frágeis estabelecidos entre a equipe de saúde mental e a rede de saúde mental, que não garantem um acompanhamento das egressas do sistema, foi possível perceber que a equipe de saúde mantém uma boa relação com a clínica da família de referência, e que os casos que necessitam de um acompanhamento externo, assim como ações em conjunto, são parte do fluxo de atendimento.

No que diz respeito às diretrizes da PNAISARI, precisamos ressaltar a necessidade de implementar estratégias de prevenção de ISTs, como a distribuição de preservativos e o desenvolvimento de ações que visem estabelecer o diálogo com as meninas, que incluam as dimensões do afeto, do prazer, do autocuidado e do cuidado com o outro. Que esse diálogo possa ser direcionado também à prevenção de violências e promoção de uma cultura de paz, tomando como ponto de partida a relação dos atores institucionais com as jovens.

O paradigma patriarcal (Beauvoir, 2009), que reverbera em atitudes machistas de profissionais de saúde e agentes socioeducativos, precisa ser levado ao debate nos grupos de trabalho, com o intuito de questionar as concepções moralizantes a respeito das condutas das meninas, sobretudo no que se refere ao espectro da sexualidade e da expectativa quanto a uma submissão ou docilidade que não corresponde à realidade.

A atenção e o cuidado com as especificidades das jovens trans que adentram ao sistema, tendo em vista, também, o histórico de violências vivenciado por elas, precisam ser discutidas no cotidiano do trabalho com todos os atores institucionais, incluindo todas as jovens do sistema, para que as ações desempenhadas passem pelo respeito às suas subjetividades e sejam resultado da superação do preconceito.

É imprescindível, para superar a lógica punitivista e para que as ações em saúde sejam mais eficazes, que haja uma integração entre a equipe técnica e os agentes socioeducativos, onde as perspectivas e vivências possam ser compartilhadas e os saberes distintos considerados e articulados em direção ao preenchimento de lacunas inerentes às funções desempenhadas por cada especialidade. Os espaços não são compartilhados por todos da mesma maneira, e, o contato diferenciado com as meninas pode servir para potencializar as ações já desenvolvidas, ao invés de aumentar as distâncias e a disputa de poderes (FOUCAULT, 1999).

Outra questão de extrema importância, diz respeito ao número elevado de agentes socioeducativos homens na unidade e que necessita ser revista, especialmente nas funções que

lidam diretamente com as meninas. Seria necessário realizar uma realocação desses agentes, e, que o contato direto com as jovens fosse feito apenas pelas agentes mulheres, a fim de evitar abusos no uso da força contra elas e situações de constrangimentos nos alojamentos, como foi relatado por algumas meninas.

A despeito de termos encontrado um cenário melhor do que o que esperávamos, é preciso ressaltar que a medida socioeducativa de internação deve ser aplicada apenas quando for inevitável, assim como previsto pelo ECA, e, que a realidade encontrada revela o oposto dessa diretriz. O perfil das meninas evidencia que o Estado orienta sua conduta por meio do paradigma neoliberal de penalização da pobreza (WACQUANT, 1999), empregando práticas racistas (BORGES, 2018) ao privilegiar o encarceramento de meninas negras.

REFERÊNCIAS

ALERJ. **Relatório Anual do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro 2015**. Rio de Janeiro: MEPCT/RJ, 2016.

ANDRADE, R.C.; ASSUMPÇÃO, F.; TEIXEIRA, I.A.; FONSECA, V.A.S. Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2179–2188, abr. 2011.

ARCOVERDE, R.L. **Autolesão e produção de identidades**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco, 2013.

ARÊAS NETO, N. T.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. DE. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 511–540, jul. 2017.

ARÊAS NETO, N.T. **Condições de saúde de adolescentes em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade no estado do Rio de Janeiro**. 2018. Tese (Doutorado Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente.) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2001.

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

ASSIS, S. G. DE et al. The situation of Brazilian children and adolescents with regard to mental health and violence. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349–361, abr. 2009.

ASSIS, S.G. et al. **Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Violência: o período da adolescência num estudo longitudinal com escolares**. Rio de Janeiro: Claves, Fiocruz; 2013.

AVANCI, J.Q. et al. Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 23, n.3. p. 287 – 294, set. 2007.

BAGGIO, K. et al. Exame de pânico em adolescentes e mulheres jovens: análise do perfil citológico. **Adolescência e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 44–51, 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, A.M.; JULIÃO, E.F. Diversidade sexual e de gênero no sistema socioeducativo. In: BELTRÃO, M.E; BARROS, S.M (Orgs.). **Transgressão como prática de resistência: um olhar crítico sobre os Estudos Queer e a Socioeducação**. Cuiabá: Ed. UFMT, 2019.

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

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BORGES, J. **Encarceramento em massa**. São Paulo: Pólen, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jul. 1990.

BRASIL, **Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo – SINASE**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília: CONANDA, 2006

BRASIL. Leinº12.594, de 18 de janeiro de 2012. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). **Diário Oficial da União**, Brasília:19 jan. 2012a.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei: normas e reflexões**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b.

BRASIL. Estabelece as diretrizes para a Atenção à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e semiliberdade, e redefine critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidade de internação e internação provisória. **Nota Técnica 18/2013**, Brasília - DF: CONASS, 22 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece 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. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, **Diário Oficial da União**: Ed. 81, seção 1, Brasília, 28 abr. 2016.

BRASIL. **Levantamento Anual SINASE 2015**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018a.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen Mulheres**. 2ª edição. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, Brasília, 2018b.

BRASIL. **Levantamento Anual SINASE 2017**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019a.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização - Junho de 2017**. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, Brasília, 2019b.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63–76, jun. 2007.

CAVALCANTE, R.B; CALIXTO P; PINHEIRO, M.M.K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 24, n. 1, 2014.

CASTRO, L.R.; MENEZES, T.V. Redução da idade penal: um questionamento sobre seus fins. **Mnemosine**, Vol.9, nº1, p. 149-168, 2013.

CONSTANTINO, P; ARÊAS NETO, N.T.; RIBEIRO, D. Violadores, Violentados e Violados: a propósito de adolescentes em conflito com a lei. In: MINAYO, M.C.S; ASSIS. S.G. **Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 427- 444.

CZERESNIA, D; MACIEL, E.M.G.S., OVIEDO, R.A.M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

COSTA, A. P. M. et al. “Traficante não é vagabundo”: trabalho e tráfico de drogas na perspectiva de adolescentes internados. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 4, p. 2399–2427, dez. 2019.

COUTINHO, E. DE C. et al. Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 17–24, dez. 2014.

DEMO, P. Aprendizagens e novas tecnologias. **Rev. Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Educação Física**, vol. 1, n. 1, p.53-75, ago. 2009

DIGIÁCOMO, E. **O SINASE (Lei nº 12.594/12) em perguntas e respostas**. São Paulo: Ed. Ixtlan, 2016.

DUARTE, A.P.G.; ABUASSI, C. Abordagem do adolescente com anemia. **Adolescência & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 41-46, set. 2009.

DINIZ, D. **Meninas fora da lei: a medida socioeducativa de internação no Distrito Federal**. Brasília: Letras Livres, 2017.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Saúde Debate**, v. 39, n. Especial, p. 120-131, dez. 2015.

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. 157-166, abr. 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 20ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 3ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FREUD, S. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In: **Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910)**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA, A.M. **Cartografias da medida socioeducativa de internação: entradas pelo dispositivo da sexualidade**. 2019. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

GOFFMAN, E. **Manicômios Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

HELPE, S.S. **Vidas em Jogo: um estudo sobre mulheres envolvidas com o tráfico de drogas**. São Paulo: IBCCRIM, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde do escolar, 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

LEAL, M.C. et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, jun. 2018.

MANSO, F.V.; GONÇALVES, L.L (Orgs.). **Dossiê criança e adolescente: 2018**. Rio de Janeiro: RioSegurança, 2018.

MARTINS, A.P.V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MENDES, C.L.S.; JULIÃO, E.F. (Orgs.). **Trajetórias de vida de jovens em situação de liberdade no Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Degase, 2019.

MINAYO, M.C.S.; GOMÉZ, C.M. Dífceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P. MARSIGLIA, R.M.G, GOMES, M.H.A., orgs. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, mai.- jun. 2004.

MINAYO, M.C.S. **Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e das condições ambientais do sistema prisional do Rio de Janeiro**. Relatório de Pesquisa Rio de Janeiro: Claves; 2014.

NOGUEIRA, K.T. Asma na adolescência. **Residência Pediátrica**, v. 5, n. 3, p. 50-54, set – dez. 2015.

NOGUEIRA, R.B.A. **A saúde do adolescente em conflito com a lei em medida socioeducativa de privação de liberdade: um estudo da unidade de Campos dos Goytacazes**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nas escolas brasileiras: TIC educação 2017**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2018.

OLIVEIRA, M. B.; ASSIS, S. G. Teenage law offenders in Rio de Janeiro and institutions that “rehabilitate” them: the perpetuation of negligence. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 831–844, out. 1999.

PEDRO, V.R. **Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade: atenção integral ou desintegrada?** 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. **Agressividade e transgressão em crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violência na infância**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PERMINIO, H.B. et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2859-2868, set. 2018.

PINHO, S.R. et al. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 2, p. 126–130, 2006.

REIS, T., (org.). **Manual de Comunicação LGBTI+**. 2ª edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.

RIO DE JANEIRO (Estado). Departamento Geral de Ações Socioeducativas. **Regimento Interno do Departamento Geral de Ações Socioeducativas: Parâmetros para criação dos Regimentos Internos dos Centros de Atendimento Socioeducativo de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade do DEGASE**. Rio de Janeiro: Degase, 2018.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Editora PUC, 2004.

ROMAGNOLI, R.C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 44-52, abr. 2014.

SILVA, M.C. Anemia por deficiência de ferro na adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 19-22, mar. 2007.

TOSTES, G.W. et tal. Dor cortante: sofrimento emocional de meninas adolescentes. **Contextos Clínicos**, v. 11, n. 2, p. 257-267, ago. 2018.

VINET, E.; BAÑARES, P. A. Caracterización de personalidad de mujeres adolescentes infractoras de ley: un estudio comparativo. **Paidéia**, v. 19, n. 43, p. 143–152, ago. 2009.

VINUTO, J. **O outro lado da moeda: o trabalho de agentes socioeducativos no estado do Rio de Janeiro**. 2019. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

WACQUANT, L. **As Prisões da Miséria**. Paris: Raisons d'Agir, 1999.

WIELEWICKI, A.; GALLO, A.E.; GROSSI, R. Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. **Temas em psicologia**, v. 19, n. 2, p. 513-523, dez. 2011.

ZAMORA, M. H. Adolescentes em conflito com a lei: Um breve exame da produção recente em psicologia. **Revista Polêmica**, v.7, Ed. 2, mai. 2008.

ZAFIROPOULOS, M. A teoria freudiana da feminilidade: de Freud à Lacan. **Reverso**, v. 31, n. 58, p. 15-24, set. 2009.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com 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”

1 - Como é o seu dia a dia aqui na Unidade (rotinas, atividades de lazer, trabalho, estudo, religião, etc)?

2 - Como você avalia as condições oferecidas para os adolescentes aqui nesta unidade?

3 - Como é seu relacionamento com os demais internos e com os trabalhadores desta unidade (agentes educacionais, administradores, assistente social, psicólogo, médico, dentista etc.)?

4 - Quais os principais problemas que você identifica aqui na unidade e que sugestões daria para melhorar suas condições?

5 - Você tem ou teve algum problema de saúde antes de ser internado (dessa vez) (problemas de saúde física e mental; experiências de violência)?

6 - Você acha que as condições de vida nesta unidade podem afetar a sua saúde? Como?

7 - Você já teve algum problema de saúde desde que chegou aqui? Qual ou quais problemas (de saúde física e mental; experiências de violência)?

8 - Você já ficou machucado ao ponto de precisar de atendimento médico/psicológico? Como foi isso?

9 - Como é seu relacionamento com a sua família (recebe visita de familiares; vínculo afetivo; condições da família após a prisão)?

10- O que você pensa sobre seu futuro?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com agentes socioeducativos

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”

- 1) Como é a rotina dos agentes socioeducativos em relação às questões de saúde dos adolescentes? Existe um fluxo no atendimento a tais questões?
- 2) Quais as principais demandas de saúde identificadas?
- 3) Como você percebe que são identificadas as questões de saúde na unidade socioeducativa e como são atendidas pelas equipes de saúde?
- 4) Os adolescentes com demandas de saúde física e mental acessam outros serviços do SUS externos à unidade?
- 5) Qual o seu papel em relação ao atendimento relacionado às demandas de saúde dos adolescentes?
- 6) Quais as principais dificuldades encontradas para atendimento às demandas de saúde? Quais os pontos positivos? Quais são as sugestões de melhoria?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com as equipes de saúde das 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”.

- 1) Como a equipe de saúde se organiza nessa unidade? Como é sua rotina de trabalho? Como ela é composta e quais as suas atribuições?
- 2) Quais as principais demandas de saúde identificadas? Como são abordadas pela equipe? Em que situações a equipe de saúde é acionada?
- 3) Como são identificadas as questões de saúde na unidade socioeducativa? Qual o fluxo de atendimento?
- 4) Em que situações e como ocorre a articulação com a atenção básica para desenvolvimento de ações de saúde?
- 5) Em que situações e como ocorre a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial?
- 6) Como ocorre o atendimento e o acompanhamento de adolescentes que fazem uso abusivo de drogas?
- 7) De que forma os adolescentes com demandas de saúde acessam outros serviços do SUS externos à unidade (descrever como é na prática esse processo, desde a definição de que o adolescente necessita ser atendido em serviço externo, agendamento do atendimento, contato com a rede, organização interna – disponibilização de transporte e de funcionários para acompanhar o adolescente, etc)?
- 8) Quais as principais dificuldades encontradas para atendimento às demandas de saúde mental e quais são as sugestões de melhoria?

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista com integrantes da Coordenação de Saúde e Reinserção Social do Degase

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”

1. Como a equipe da Coordenação se organiza? Qual o seu papel em relação à saúde mental?
2. Há na Coordenação alguma área responsável ou que atua mais diretamente no atendimento às demandas de saúde mental?
3. Como ocorre a interlocução entre a Coordenação e as equipes de saúde mental das unidades socioeducativas?
4. Em que situações a equipe da Coordenação participa do atendimento a demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação?
5. Quais as principais demandas de saúde mental identificadas?
6. Há diferenças entre as demandas de saúde mental apresentadas por meninos e meninas que estão em unidades socioeducativas?
7. Em que situações e como ocorre a articulação com a atenção básica para desenvolvimento de ações de saúde mental?
8. Em que situações e como ocorre a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial?
9. De que forma os adolescentes com demandas de saúde mental acessam outros serviços do SUS externos à unidade?
10. Existem demandas relativas à saúde mental encaminhadas pelo Judiciário e por outros órgãos às equipes? Quais são? Como é o fluxo do atendimento a essas demandas?
11. A equipe de saúde mental e a unidade socioeducativa, de maneira geral, participam da reavaliação da medida socioeducativa realizada pelo Judiciário? De que maneira?
12. Quais as principais dificuldades encontradas para atendimento às demandas de saúde mental e quais são as sugestões de melhoria?

APÊNDICE E - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa – Diretor

Prezado/prezada diretor(a),

O Centro de Socioeducação Antônio Carlos Gomes da Costa está sendo convidado 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 da instituição possa contribuir com a qualidade dos serviços de cuidado às pessoas que estão institucionalizadas.

A pesquisa envolverá o seguinte procedimento para a coleta de dados:

- Observação participante – A pesquisadora estará presente em algumas atividades desenvolvidas com as adolescentes e acompanhará a realização de algum atendimento em saúde de modo a conseguir observar e compreender como são praticadas as ações em saúde na instituição.

Não haverá coleta de exames e as adolescentes não correrão riscos biológicos. Considera-se que a pesquisa trará riscos mínimos aos participantes, como algum desconforto que pode ser causado por uma pergunta. Qualquer dado que possa identificar as adolescentes ou os profissionais da instituição 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 você e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pela pesquisadora 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 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.

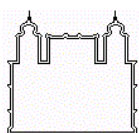
Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Autorizo a gravação da entrevista: () Sim () Não

(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante da pesquisa:

APÊNDICE F - Roteiro de observação no campo:

- Como é o dia a dia na Unidade (rotinas, atividades de lazer, trabalho, estudo, religião, etc.).
- Como é o relacionamento das adolescentes com as demais internas e com os trabalhadores desta unidade (agentes educacionais, administradores, assistente social, psicólogo, médico, dentista etc.).
- Como são as condições oferecidas às adolescentes na unidade.
- Como é a rotina dos agentes socioeducativos em relação às questões de saúde das adolescentes. Se existe um fluxo no atendimento a tais questões.
- Quando/ Se surge uma demanda de atendimento em saúde por parte das adolescentes, como se desenvolve o atendimento.
- Como a equipe de saúde se organiza nessa unidade. Como é sua rotina de trabalho. Como ela é composta e quais das suas atribuições é possível ver sendo desenvolvidas.
- Em que situações a equipe de saúde é acionada.
- Se existe alguma dificuldade por parte da equipe de saúde em realizar algum atendimento e por qual motivo.
- Quais as principais demandas de saúde mental identificadas e como é o acompanhamento dessas demandas.
- Como ocorre o atendimento e o acompanhamento de adolescentes que fazem uso abusivo de drogas.
- Como são os espaços físicos de atendimento em saúde (consultório médico, enfermaria, consultório odontológico).

APÊNDICE G – Inquérito de saúde feminino:



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde

FEMININO

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) Circunferência Abdominal: _____ (cm)

Prezada,

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

3. Você é:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> SOLTEIRA | 3. <input type="checkbox"/> VIÚVA |
| 2. <input type="checkbox"/> CASADA/VIVE COM COMPANHEIRO (A)/ NAMORADO(A) | 4. <input type="checkbox"/> SEPARADA |

4. Você pratica alguma religião?

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

5. Você estava estudando antes de ser internada?

1. SIM 2. NÃO

6. Antes de ser internada, 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 internada, 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. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
b. Às vezes, eu acho que não presto para nada.			
1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
c. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.			
1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
d. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.			
1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
e. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.			
1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
f. Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.			
1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
g. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.			
1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
h. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.			
1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
i. No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.			
1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
j. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.			
1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 4 OU + VEZES POR SEMANA | 3. <input type="checkbox"/> UMA VEZ POR SEMANA | 5. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES POR ANO |
| 2. <input type="checkbox"/> DE 2 A 3 VEZES POR SEMANA | 4. <input type="checkbox"/> DE 2 A 3 VEZES POR MÊS | 6. <input type="checkbox"/> NÃO PRATICAVA |

17. Antes de ser internada, 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 4. QUATRO OU MAIS VEZES POR DIA
 2. DUAS VEZES POR DIA 5. NÃO ESCOVO MEUS DENTES TODOS OS DIAS
 3. TRÊS VEZES POR DIA

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 internada 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"/>
ITEM	FALSO ou COMPORTAMENTO AUSENTE	MAIS OU MENOS VERDADEIRO	BASTANTE VERDADEIRO ou COMPORTAMENTO FREQUENTEMENTE PRESENTE
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 CONVENCIDA, 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 AGITADA, NÃO PARA QUIETA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
11. É DEPENDENTE DEMAIS DOS ADULTOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
12. SENTE-SE SOZINHA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
13. SENTE-SE CONFUSA, ATORDOADA	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 SINCERA	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 ACORDADA	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 CULPADA 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 DESVALORIZADA, 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 MÁIS 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 SOZINHA 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 NERVOSA OU TENSA	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"/>
ÍTEM	FALSO ou COMPORTAMENT O AUSENTE	MAIS OU MENOS	BASTANTE VERDADEIRO ou COMPORTAMENTO

		VERDADEIRO	FREQUENTEMENTE E PRESENTE
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 APREENSIVA, AFLITA OU ANSIOSA 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 CULPADA	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 CANSADA DEMAIS SEM MOTIVO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
55. ESTÁ GORDA 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 FISICAMENTE 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 DESASTRADA, DESAJEITADA (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. FOGE 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 RESERVADA, FECHADA, 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, PREOCUPADA COM O QUE AS PESSOAS POSSAM ACHAR DE VOCÊ	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
72. PÕE FOGO NAS COISAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
73. É HABILIDOSA 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 TÍMIDA	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 À NOITE DESCREVA: _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
78. É DESATENTA, 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"/>

ITEM	FALSO ou COMPORTAMENT O AUSENTE	MAIS OU MENOS VERDADEIR O	BASTANTE VERDADEIRO ou COMPORTAMENTO FREQUENTEMENTE E PRESENTE
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 HUMORADA, 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 DESCONFIADA	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 ESQUENTADA	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. MATA AULA	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 DEPRIMIDA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
104. É MAIS BARULHENTA 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 JUSTA 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 RETRAÍDA, NÃO SE RELACIONA COM OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
112. É MUITO PREOCUPADA	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 seu parceiro(a) atual (ou parceiro/a anterior) usam camisinha quando transam?

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

29. Você já engravidou? (Inclua algum aborto ou perda do bebê durante a gravidez que você tenha tido.)

1. SIM, 1 VEZ 2. SIM, MAIS DE 1 VEZ. QUANTAS VEZES? _____ 3. NÃO 4. NUNCA TRANSEI

30. Se já engravidou, fez aborto?

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

31. Se você fez aborto, como aconteceu?

1. SIM. FOI EM CLÍNICA
2. SIM, COM UMA PESSOA QUE FAZ ABORTOS
3. SIM, FIZ SOZINHA OU COM AJUDA DE AMIGAS
4. NUNCA FIZ ABORTOS

32. Se você fez aborto, precisou ir a um serviço de saúde depois?

1. SIM 2. NÃO

33. Você teve um parto?

1. SIM, UMA VEZ
2. SIM, MAIS DE UMA VEZ. QUANTAS VEZES? _____
3. NÃO

34. O seu parto foi

1. PARTO NORMAL (VAGINAL)
2. OPEREI (FIZ CESÁRIA)
3. JÁ FIZ PARTO NORMAL E CESÁRIA
4. NUNCA TIVE UM PARTO

35. Você tem filhos?

1. SIM. QUANTOS? _____ 2. NÃO

36. Antes de ser internada, vivia na mesma casa com o seu filho(a)?

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

37. Você está ou esteve grávida na internação atual nesta Unidade?

1. SIM 2. NÃO

Caso não tenha ficado grávida (resposta “não” na questão 37), pule para a questão 54.

38. Na gravidez que passou na unidade, você fez ou está fazendo pré-natal?

1. SIM 2. NÃO

39. Na gravidez que passou na unidade, com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal?

1. _____ SEMANAS 2. _____ MESES 3. NÃO FIZ PRÉ-NATAL

40. Na gravidez que passou na unidade, quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez?

1. NÚMERO DE CONSULTAS _____ 2. NÃO FIZ PRÉ-NATAL

41. Na gravidez que passou na unidade, onde foram realizadas as consultas de pré-natal? (Você pode marcar mais de uma opção.)

1. NO SERVIÇO PÚBLICO FORA DA UNIDADE
 2. NO SERVIÇO PARTICULAR FORA DA UNIDADE
 3. NO AMBULATÓRIO DENTRO DA UNIDADE
 4. NÃO FIZ PRÉ-NATAL

42. Na gravidez que passou na unidade, você fez algum exame de ultrassonografia durante a gravidez?

1. SIM, FIZ _____ ULTRASSONOGRÁFIAS (ESCREVA O NÚMERO DE EXAMES QUE FEZ) 2. NÃO

43. Na gravidez que passou na unidade, você fez o exame preventivo durante este pré-natal?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE

44. Na gravidez que passou na unidade, você foi considerada gestante de risco, ou seja, com chance de ter algum problema de saúde?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE

45. Na gravidez que passou na unidade, você foi encaminhada para outro serviço por ter uma gravidez de risco?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE

46. Você teve um parto enquanto estava na unidade socioeducativa?

1. SIM, FUI LEVADA PARA UM HOSPITAL E DEPOIS RETORNEI
 2. SIM, NA UNIDADE
 2. SIM, DURANTE O TRANSPORTE PARA O HOSPITAL

3. NÃO**47. Como você avalia o atendimento que você teve durante o parto?**1. ÓTIMO 2. BOM 3. REGULAR 4. RUIM 5. O BEBÊ AINDA NÃO NASCEU**48. Depois do nascimento o bebê veio com você para a Unidade?**

1. SIM
2. NÃO, MAS VEIO DEPOIS DE UM TEMPO _____ (ESCREVA O NÚMERO DE DIAS)
3. NÃO, NUNCA FICOU COMIGO NA UNIDADE
4. O BEBÊ AINDA NÃO NASCEU

49. O bebê está com você na unidade?

1. SIM, ESTÁ COMIGO OU FICOU COMIGO POR _____ MESES E _____ DIAS .
2. NÃO, NUNCA TIVE BEBÊ OU NUNCA FICOU COMIGO NA UNIDADE
3. O BEBÊ AINDA NÃO NASCEU

50. Você amamentou seu bebê aqui na unidade?

- 1.
-
- SIM 2.
-
- NÃO. POR QUÊ?

51. Se sim, por quanto tempo?

_____ MESES _____ SEMANAS

52. Você recebeu orientações sobre:

1. ALEITAMENTO MATERNO: SIM NÃO
2. TRABALHO DE PARTO: SIM NÃO
3. CUIDADOS COM O BEBÊ: SIM NÃO

53. Há um espaço dentro da Unidade para amamentação?

- 1.
-
- SIM 2.
-
- NÃO

A seguir algumas questões sobre situações que você passou antes da internação.**54. 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 INTERNADA
1. Você já tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar ou sentir-se bêbada (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 tabaco (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 maconha ?	<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

Droga	<input type="checkbox"/> NUNCA USEI	
	A	B
	USO ANTES DA INTERNAÇÃO	COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZAVA ANTES DE SER INTERNADA
5. Você já usou crack ?	<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 outras substâncias como oxi, ecstasy, produtos para sentir barato (por exemplo lança-perfume, loló, cola)?	<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 remédio para emagrecer ou ficar acordada (<i>ligado</i>) <u>sem receita médica</u> ? (por exemplo <i>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 tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidistônico <u>sem receita médica</u> ? (Exemplos: <i>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

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

1. SIM, EXPERIMENTEI COM _____ ANOS. QUAL? _____
2. NUNCA EXPERIMENTEI

56. Você já fez uso de alguma droga após ser internada?

1. SIM. QUAL? _____ 2. NÃO

57. Por quais situações você já passou na sua vida?

	Antes da internação		Na unidade	
	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
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

58. 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"/>

59. Você já morou na rua?

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

60. Você já morou em abrigo, antes de ser internada em unidade socioeducativa?

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

61. Nos últimos 12 meses antes da internação, quantas vezes você foi atendida 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

62. 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 INTERNADA.

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

1. APENAS ESTA VEZ
 2. DUAS VEZES

3. TRÊS VEZES4. QUATRO OU MAIS VEZES: _____ (ANOTE QUANTAS VEZES)

64. 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 |____||____|

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

1. 12 ANOS2. 13 ANOS3. 14 ANOS4. 15 ANOS5. 16 ANOS6. 17 ANOS

66. Há quanto tempo está atualmente internada 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 |____||____|

67. 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 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
14. DANO, DESTRUIÇÃO DE COISA ALHEIA (ART. 163 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
15. SEQUESTRO OU CÁRCERE PRIVADO (ART. 148 CP)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
16. CONTRAVENÇÃO PENAL (LEI 3688/41 DAS CONTRAVENÇÕES PENAIS)	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

68. 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

69. 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 PRATICO

69a. Se pratica, diga qual tipo de atividade física você faz

70. Você teve dor de dente na Unidade? (Excluir dor de dente causada por uso de aparelho.)

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

71. Você perdeu dentes depois que foi internada?

1. SIM. QUANTOS? _____ 2. NÃO

72. Você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez/DST/Aids na Unidade?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SEI

73. Desde que está internada, 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? _____

74. Você foi hospitalizada 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

75. Você fez cirurgias depois de entrar na Unidade?

1. Fiz |____|____| CIRURGIAS. QUAL? _____ 2. NÃO FUI SUBMETIDA A NENHUMA CIRURGIA

76. Sua saúde mudou depois da internação na Unidade?

1. MELHOROU 2. CONTINUA IGUAL 3. PIOROU

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

1. SIM. QUAL? _____ 2. NÃO.

78. Quantos adolescentes dormem no seu alojamento? (Inclua você na soma.): _____
adolescentes.

79. Na Unidade você usa remédio tranquilizante ou calmante?

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

80. 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

81. Você já foi tratada 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

82. 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

83. Recebe visitas na Unidade?

1. SIM. 2. NÃO

84. 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

85. Quem o visita na unidade?

1. MÃE

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

86. 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

87. 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.
