



Rodolfo Brandão de Azevedo Nogueira

A saúde do adolescente em conflito com a lei em medida socioeducativa de privação de liberdade: um estudo da unidade de Campos dos Goytacazes

Rio de Janeiro

2018

Rodolfo Brandão de Azevedo Nogueira

A saúde do adolescente em conflito com a lei em medida socioeducativa de privação de liberdade: um estudo da unidade de Campos dos Goytacazes

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: Violência e Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Patrícia Constantino

Rio de Janeiro

2018

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

N778s Nogueira, Rodolfo Brandão de Azevedo.
A saúde do adolescente em conflito com a lei em medida
socioeducativa de privação de liberdade: um estudo da unidade de
Campos dos Goytacazes / Rodolfo Brandão de Azevedo Nogueira. --
2018.
129 f. : tab.

Orientadora: Patrícia Constantino.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Delinquência Juvenil. 2. Adolescente Institucionalizado.
3. Nível de Saúde. 4. Educação de Pacientes como Assunto. 5. Saúde
Mental. 6. Planos e Programas de Saúde. 7. Assistência Integral à
Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 364.36

Rodolfo Brandão de Azevedo Nogueira

A saúde do adolescente em conflito com a lei em medida socioeducativa de privação de liberdade: um estudo da unidade de Campos dos Goytacazes

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: Violência e Saúde.

Aprovada em: 28/03/2018

Banca Examinadora

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

Dra. Suely Ferreira Deslandes
Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Patrícia Constantino (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro
2018

AGRADECIMENTOS

Não há outra forma de iniciar esse espaço de gratidão que não agradecendo aos que, durante toda a minha vida, fizeram o impossível para que não faltasse um sorriso em meu rosto, ou para que as lágrimas cessassem quando insistissem em cair, sem esperar um “obrigado”. Durante esses dois anos, o suporte de vocês foi essencial, como em todos os anos da minha vida. Meu pai, minha mãe, minha irmã, meu irmão, muito obrigado.

Ao amor que, ainda bem, veio a ser o da minha vida, com tantas outras vidas por aí. Tudo que aprendi nesse período, muito foi com você, toda confiança e disposição que quase perdi, recuperei com você, por você, pela gente, pelo mundo que a gente quer (des)construir. Obrigado, Alice, por caminhar comigo até aqui, por dividir ideais de vida que são os motivos mais fortes de levar esse trabalho até o fim.

Aos irmãos que eu cultivei e com quem posso dividir as glórias e as derrotas, e que sempre divido, que acompanharam esse par de anos, e muitas vezes deram força para que eu seguisse sem nem saber que eu precisava, quando nem eu sabia, aliás. Fael, Pablo, Dudu e Luísa, obrigado por serem presentes, de verdade, hoje em dia isso não é tão fácil.

Aos meus, agora, compadres, agradeço hoje e sempre. João, Lili e Bernardo, quando comecei essa caminhada, não imaginava que terminaria indo visitar um afilhado que seria a calma que eu precisaria pra finalizar o pouco restante. Obrigado por serem família.

Ethos Guerreiro. Vocês, Luciano, Val, Bruno, Cynthia, Ju, Adriana, Taiza e Hellen, me mostraram que não era preciso ter medo daquele lugar, lugar que a gente estava, lugar que estamos todos saindo, saindo bem. Lugar que não é físico, mas que a gente sente na pele. Vocês estiveram comigo, estão comigo. Passamos juntos. Deixar um para trás sempre foi inadmissível. Obrigado pela empatia, foi tudo que eu precisei. Obrigado por entenderem como é e não admitirem vitória singular.

Aos meus tios, Dal e Scyla, que me receberam em sua casa no Rio de Janeiro e fizeram com que eu me sentisse em minha. Obrigado por todo cuidado, todo carinho, toda atenção aos mínimos detalhes e preocupação comigo, com meus desejos e minhas necessidades, para que esse momento chegasse. Sem vocês, certamente, o que já foi difícil talvez beirasse o impossível.

Patrícia, muito obrigado. Eu não sei o que dizer a você, orientadora. Eu comecei não

só esse mestrado com você, eu comecei a ser mais humano graças a você. Pela graduação, pela especialização, por esse mestrado, pelas tristezas, angústias, conquistas, lágrimas, sorrisos, luto e samba, tudo isso eu passei com você, e não passaria – e aqui não cabe um talvez – se você não viesse ao meu lado, me dizendo que posso. A academia se faz gentil por gente com você, gente de verdade, sabe? Gente.

Obrigado, Suely Deslandes, pela gentileza e por se importar com um bom trabalho, e, por isso, me dar ferramentas que sozinho eu não conseguiria para executar essa pesquisa.

Obrigado, Nilo, companheiro de campo de pesquisa, mestre que me formou profissional, antes disso tudo, e que tenho a honra de chamar de amigo.

Obrigado professores da Escola Nacional de Saúde Pública, obrigado à Fundação Oswaldo Cruz, obrigado, principalmente, a todos do CLAVES. Foi muito bom crescer com vocês.

Muito obrigado a todos que viveram isso comigo e me ajudaram nessa construção.

RESUMO

A presente dissertação é resultado de uma pesquisa de campo realizada com adolescentes em medida de internação e profissionais do sistema socioeducativo. Esta pesquisa teve como objetivo investigar as condições de saúde dos adolescentes em conflito com a lei cumprindo medida socioeducativa de internação na unidade localizada município de Campos dos Goytacazes, identificando os principais problemas de saúde física e mental que acometem os adolescentes internados, investigando a percepção de socioeducadores e profissionais da equipe de saúde sobre as condições de saúde dos internos e analisando as principais dificuldades de acesso desses adolescentes aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A presente proposta se baseou nas teorias e técnicas da triangulação metodológica e foi feita através de duas abordagens distintas, uma quantitativa e outra qualitativa. Na abordagem quantitativa, o instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário adaptado de uma pesquisa similar realizada no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, juntamente com instrumentos de pesquisa específicos sobre saúde do adolescente, composto por questões majoritariamente fechadas. Já na abordagem qualitativa, realizaram-se dez entrevistas semiestruturadas, participando seis adolescentes internados, dois agentes socioeducativos e dois profissionais da equipe de saúde da unidade. O método eleito para análise do material foi a Análise de Discurso Crítica (ADC) de Fairclough. Os resultados foram apresentados em dois artigos. No artigo “Condições de saúde do adolescente cumprindo medida de privação de liberdade na unidade do município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil”, a superlotação da unidade, a insalubridade, a violência e precariedade dos espaços da instituição se traduzem em impactos consideravelmente negativos às condições físicas e mentais do adolescente internado. No artigo “Discursos sobre a saúde dos adolescentes cumprindo medida de internação na unidade de Campos dos Goytacazes: do reconhecimento à gestão das demandas”, as produções discursivas apontam que a promoção da saúde não é percebida enquanto questão fundamental para a prevenção da reincidência do ato infracional, estando condicionada à segurança, ao controle e ao caráter punitivo da medida de internação, e intersetorialidade preconizada pela legislação se mostra uma preocupação secundária nesse cenário.

Palavras-chave: adolescente em conflito com a lei, análise do discurso, medida socioeducativa, saúde física, saúde mental.

ABSTRACT

The present dissertation is the result of a field research carried out with adolescents in socioeducative measures of liberty deprivation and professionals from the socioeducative system. This research had the objective of investigating the health conditions of young offenders in a socioeducative measure of liberty deprivation in the unit located in Campos dos Goytacazes, identifying the main physical and mental health problems that affect adolescents in liberty deprivation, investigating the perception of socioeducators and professionals of the health team about the conditions of health of the inmates and analyzing the main difficulties of access of these adolescents to the services of the Sistema único de Saúde (SUS). The present proposal was based on theories and techniques of methodological triangulation and was made through two distinct approaches, one quantitative and one qualitative. In the quantitative approach, the data collection instrument used was a questionnaire adapted from a similar survey carried out in the Penitentiary System of Rio de Janeiro, together with specific research tools on adolescent health, composed of mostly closed questions. In the qualitative approach, ten semi-structured interviews were conducted, involving six adolescents, two socioeducative agents and two professionals from the unit's health team. The method chosen for material analysis was Fairclough's Critical Discourse Analysis. The results were presented in two articles. In the article "Adolescent health conditions in deprivation of liberty in the city of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brazil", the overcrowding of the unit, the insalubrity, violence and precariousness of the institution's spaces translate into impacts to the physical and mental conditions of the adolescent. In the article "Discourses on the health of adolescents in socioeducative measures of liberty deprivation in Campos dos Goytacazes unit: from recognition to management of demands", the discursive productions point out that the promotion of health is not perceived as a fundamental issue for the prevention of recurrence of the infraction, which is conditioned to the safety, control and punitive character of the deprivation liberty measure, and the intersectoriality advocated by the legislation shows a secondary concern in this scenario.

Keywords: young offenders, discourse analysis, socioeducative measure, physical health, mental health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVOS.....	16
3.1. Objetivo geral.....	16
3.2. Objetivos específicos.....	16
4. MARCO LEGAL.....	17
4.1. De “menor à adolescente”.....	17
4.2. O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).....	19
4.3. Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória: legislação e prática.....	20
4.4. O adolescente em conflito com a lei e a medida de internação.....	22
5. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	25
5.1. Socioeducação.....	25
5.2. Processos disciplinares e socioeducação.....	27
5.3. Privação de liberdade e insegurança social.....	31
6. METODOLOGIA.....	37
6.1. Abordagem quantitativa.....	37
6.2. Abordagem qualitativa.....	38
6.3. Questões éticas.....	39
7. RESULTADOS.....	40
7.1. Artigo I: Condições de saúde do adolescente cumprindo medida de privação de liberdade	

na unidade do município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.....	40
7.2. Artigo II: Discursos sobre a saúde dos adolescentes cumprindo medida de internação na unidade de Campos dos Goytacazes: do reconhecimento à gestão das demandas.....	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXO A – ROTEIROS DE ENTREVISTAS.....	97
ANEXO B – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	100
ANEXO C – QUESTIONÁRIO AUTOPREENCHÍVEL APLICADO AOS ADOLESCENTES.....	115

1. INTRODUÇÃO

Podemos considerar que o envolvimento de adolescentes com atos infracionais revela a condição de vulnerabilidade em que estes se encontram. Apesar da significativa escassez de dados que confirmem o crescimento de tais atos, ou que estes vêm sendo cada vez mais graves, é facilmente notada a recorrente presença de repetitivos discursos de criminalização da pobreza e da impunidade desses sujeitos no cenário nacional. Paradoxalmente, a juventude brasileira é a parcela da população que mais morre devido às situações violentas, o que nos permite considerar que uma parte expressiva dos adolescentes em conflito com a lei é, concomitantemente, vítima e perpetradora de diversas formas de violência (NEGREIROS, 2001; CASTRO & GUARESCHI, 2008; SOUZA et al., 2013).

A violência envolvendo jovens, seja enquanto autor ou vítima, não é problema exclusivo do nosso país. O Brasil tem taxas de homicídios superiores a países da América do sul, e taxas ainda maiores quando comparado a países de outros continentes. No município do Rio de Janeiro, a taxa de homicídios praticados por adolescentes e jovens de 15 a 19 anos é, aproximadamente, duas vezes maior do que a da Colômbia e dez vezes a dos Estados Unidos. O que não se pode ignorar é que esse mesmo grupo consiste naquele que morre, constatando-se uma taxa expressiva de óbitos de adolescentes em conflito com a Lei (OLIVEIRA; ASSIS, 1999).

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2014, no Brasil, a participação de adolescentes em situações violentas é mais frequente na condição de vítimas do que na de autores. Cabe ainda ressaltar que pessoas na faixa etária entre 16 e 18 anos de idade são responsáveis por apenas 0,9% da totalidade de crimes ocorridos no país (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2014).

Esse adolescente tem, geralmente, sua vida marcada por situações de violência. Ao cometer um ato infracional, passa a ser sujeito de direitos, fato que durante considerável período de sua vida não lhe cabia. A partir de então, também, o adolescente passa a ter uma identidade social através do discurso da lei, “como infrator, drogado, agressivo, violento, com prognóstico reservado, com periculosidade, com personalidade tendente ao anti-social” (CASTRO & GUARESCHI, 2008).

De acordo com o Levantamento Anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) referente ao ano de 2014, o Brasil possuía 24.628 adolescentes

cumprindo medida em restrição e privação de liberdade, que se refere às modalidades de internação, internação provisória e semiliberdade. Somente em internação, no país, foi verificado um total de 16.902 adolescentes, número que caracteriza 66% do total em restrição e privação de liberdade, e um aumento de 6% em relação ao quantitativo do ano anterior, uma vez que no ano de 2013 os dados apontavam para a existência de 15.221 adolescentes internados. O estado do Rio de Janeiro só ficou atrás de São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco em relação a esse número em todo o território nacional, com 1.536 adolescentes cumprindo esse tipo de medida (BRASIL, 2017).

Diante da exposição dessas informações, as questões de saúde do adolescente em medida socioeducativa, principalmente daqueles que estão em medida de internação, representam um desafio para a nossa sociedade.

Foram a óbito 48 adolescentes cumprindo medida em unidades de internação no país em 2014, uma média de quatro mortes por mês, e desse total de óbitos nas unidades, dois foram registrados no estado do Rio de Janeiro. A principal causa de óbitos foi em decorrência da categoria “outros”, representando 46% dos óbitos no ano, o que aponta negligência ou intencionalidade na produção incompleta de informações, visando a evitar as necessárias responsabilizações do estado com tais situações e indicando também falhas de órgãos fiscalizadores e de monitoramento (BRASIL, 2017).

Sabe-se que as condições de confinamento a que estão sujeitos os adolescentes que cumprem medidas de internação, são agravantes para sua qualidade de vida, seu bem-estar físico e mental (ANDRADE et al., 2011; BRASIL, 2005). O Sistema de Garantia de Direitos confere ao adolescente em conflito com a lei a prioridade absoluta no atendimento e na elaboração de políticas públicas no seu atendimento.

Adolescentes cumprindo medida socioeducativa de privação de liberdade enfrentam uma gama de problemas no que diz respeito às suas condições de saúde. Segundo Athayde (2010), as dificuldades enfrentadas por esses adolescentes vão da insuficiência de profissionais da saúde até a medicalização em massa. Outros problemas frequentes são as agressões e homicídios dos adolescentes extra e intramuros das instituições e as doenças sexualmente transmissíveis.

Em pesquisa realizada em unidades de internação no Rio de Janeiro, Andrade et al. (2011) identificaram que a prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes em

privação de liberdade é maior do que na população de adolescentes da mesma idade. E constatam ainda, que apesar da alta incidência de transtornos, apenas 6% dos adolescentes recebem atendimento em saúde mental. O tratamento à adição a substâncias é outra demanda de atendimento de saúde recorrente para esses adolescentes (ASSIS, 1999; 2001).

No sistema socioeducativo brasileiro, os adolescentes internados costumam ainda sofrer de carência nutricional, de doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde bucal e problemas dermatológicos (MINAYO et al., 2003).

O relatório do Conselho Nacional do Ministério Público (2015), sobre as unidades socioeducativas de internação de todo o país, apontou que 71,4% das unidades do estado do Rio de Janeiro são insalubres, fato que tem relação direta com as condições de saúde do adolescente internado. Os agravos à saúde mental, bem como física, são evidentes em populações em espaço de confinamento. Tal situação vem acompanhada do afastamento da família e do convívio social em geral, e os prejuízos da institucionalização podem ser agravados pelas condições gerais do ambiente (RIO DE JANEIRO, 2017).

As diversas barreiras no acesso aos serviços em saúde ampliam as dificuldades para o adequado atendimento do adolescente privado de liberdade, que sofre desde problemas com o transporte até a resistência dos profissionais da rede de atenção em saúde em atendê-los (SCISLESKI et al., 2015).

Embora a circulação de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de internação pelas unidades de atenção básica do SUS seja pontual, a legislação vigente reforça a primazia do adolescente no acesso a rede de serviços do SUS, sendo passível de punição qualquer forma de discriminação e negligência no atendimento por profissionais de saúde. Segundo Vilas Boas (2013), ao impedir o acesso do jovem interno ao SUS se estaria penalizando este jovem duas vezes pela mesma infração cometida: a medida socioeducativa seria a punição formal e legítima e a outra uma resposta punitiva e vingativa por parte do Estado e/ou da Sociedade Civil.

A superação de práticas conservadoras e punitivas se mostra um obstáculo em relação à doutrina da proteção integral quando falamos em sistema socioeducativo. A aplicação da medida socioeducativa, apesar do seu caráter reparador, não deve deixar de priorizar a promoção da saúde dos adolescentes privados de liberdade, já que esta é tida como

modalidade mais completa em relação à prevenção dos atos infracionais (CONSTANTINO et al., 2017).

O presente projeto está inserido em um estudo mais abrangente, do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, cujo título é “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”. O Projeto original é voltado para as questões de saúde dos adolescentes cumprindo medida de internação em todo o estado. No estado do Rio de Janeiro existem nove unidades socioeducativas, das quais seis são responsáveis pela execução da medida de Internação. Este projeto propõe um estudo de caso da unidade de internação do município de Campos dos Goytacazes.

O Relatório Temático do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ) demonstra que o contexto da unidade de internação do município de Campos dos Goytacazes é bastante similar à realidade verificada em todo o estado, onde internos das unidades socioeducativas do Rio de Janeiro, em geral, vivem em alojamentos superlotados e insalubres (RIO DE JANEIRO, 2017).

O Centro de Socioeducação Professora Marlene Henrique Alves (CENSE PMHA), unidade da cidade de Campos dos Goytacazes, se localiza no Km 53 – região chamada de Itereré – da estrada que liga a cidade de Campos a São Fidélis, e foi inaugurado em 15 de maio de 2013, sendo construída, então, de acordo com as diretrizes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).

Essa unidade foi pensada para atender 25 municípios da região norte e noroeste fluminense, e possui capacidade para 80 adolescentes, atendendo somente adolescentes do sexo masculino. Em reunião com a diretoria da instituição, no dia 24 de março de 2017, foi exposto que 202 adolescentes se encontravam na unidade cumprindo medida socioeducativa de internação, caracterizando-se um panorama de superlotação.

A diretoria relatou que a unidade atendia, no momento, aos municípios de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Campos dos Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabú, Italva, Itaocara, Itaperuna, Lage de Muriaé, Macaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Quissamã, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São Francisco, São

João da Barra, São José de Ubá e Varre-Sai, totalizando 22 municípios. Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e Silva Jardim teriam sido recentemente excluídos dessa lista de abrangência.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse pessoal pela temática está relacionado à minha trajetória atuando com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Caminho iniciado ainda na graduação, como estagiário de Psicologia em uma instituição de acolhimento para crianças e adolescentes em risco social e, em seguida, no projeto de extensão Clínica Nômade Voz da Rua, que tinha como proposta a intervenção com crianças e adolescentes em situação de rua e usuários de drogas através das estratégias de redução de danos. Atuei também na ONG Nação Brasileira de Rua, responsável pelo Programa Jovens pela Paz, trabalhando com mais de 300 jovens, entre 16 e 24 anos, moradores das áreas periféricas que juntas somavam cerca de 75% dos homicídios de jovens na região.

Atualmente integro a equipe técnica de uma das instituições que compõem o serviço de acolhimento para crianças e adolescentes em risco social da Fundação Municipal da Infância e da Juventude do município de Campos dos Goytacazes, onde muitos adolescentes acolhidos se encontram também inseridos no sistema socioeducativo. Assim, o estudo é de fundamental relevância para minha atuação profissional.

A eleição do CENSE PMHA como alvo do estudo se justifica por ser uma unidade, como já mencionado, criada em consonância com as diretrizes do SINASE. Por esse motivo a instituição é reconhecida no estado como unidade modelo. Outro motivador para que a unidade de Campos dos Goytacazes fosse eleita como foco das atenções deste projeto foi a minha experiência local como residente da cidade, por já ter visitado a unidade e participado de reuniões com diretoria e equipe técnica em outros momentos, e ter discutido uma possível parceria de trabalho com outras instituições onde atuei.

No campo científico há pouquíssima produção sobre as condições de saúde dos adolescentes em medida de internação. Constantino et al. (2017), em revisão integrativa da literatura, entre 2001 e 2013, da área da saúde sobre adolescentes em conflito com a lei e violência, afirma que a produção acadêmica em relação à saúde desse grupo é retratada, predominantemente, em estudos dedicados às investigações de questões relativas à saúde mental. Destacam-se, entre esses, artigos direcionados ao uso de drogas. As condições de saúde física desse grupo consistem em um tema negligenciado até mesmo pela literatura da área da saúde pública.

Os autores também alegam que não se encontram trabalhos realizando a articulação entre adoecimento físico e mental e os efeitos da institucionalização, e que também não aparecem de maneira relevante estudos que discutam o direito à saúde e a rede de cuidado. Assim, fica exposto o quão reduzido é o número de estudos direcionados ao atendimento em saúde no sistema socioeducativo, o que indica que essa pesquisa tem a possibilidade de contribuir positivamente para uma presença mais significativa e ampliada das discussões dessa temática no meio acadêmico.

Essa pesquisa tem o potencial de proporcionar uma melhor compreensão das questões de saúde dos adolescentes inseridos no sistema socioeducativo. Compreender como os profissionais, do sistema e da rede pública de saúde, percebem as condições de saúde desses adolescentes, quais os principais problemas de saúde física e mental que acometem essa população e quais as principais barreiras para o acesso dos serviços de saúde por parte desse grupo, pode servir de embasamento para diferentes regiões pensarem e intervirem em suas realidades.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Investigar as condições de saúde de adolescentes em conflito com a lei cumprindo medida socioeducativa de internação na cidade de Campos dos Goytacazes.

3.2. Objetivos Específicos

1- Identificar quais são os principais problemas de saúde física e mental que acometem os adolescentes internados;

2- Investigar a ótica de socioeducadores e profissionais da equipe de saúde da instituição socioeducativa sobre as condições de saúde da população em questão;

3- Analisar as principais dificuldades para o acesso às ações e serviços de saúde do SUS no que concerne o atendimento à saúde física e mental dos adolescentes internados.

4. MARCO LEGAL

Abordamos aqui determinadas legislações e políticas públicas, relatando brevemente o processo evolutivo de algumas, referentes às questões do adolescente em conflito com a lei e ao sistema socioeducativo, principalmente aquelas que tratam de especificidades relacionadas às medidas de internação e às questões de saúde e acesso do adolescente privado de liberdade aos serviços da rede pública.

4.1. De “menor à adolescente”

Em 1917, segundo Oliveira e Assis (1999), pela primeira vez foi apresentado ao Senado uma lei que se refere ao adolescente como “não criminoso”. Dez anos depois, em 1927, surge o chamado Código de Menores. De acordo com Faleiros (1995), citado por Perez e Passone (2010), esse código incorporou “tanto a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo como a visão jurídica repressiva e moralista”.

Em 1941 foi criado o chamado Serviço de Assistência ao Menor (SAM), marcado por uma política repressora, técnicos despreparados e instalações físicas inadequadas. Os jovens se amontoavam e a instituição servia de palco para frequentes espancamentos. Essa situação impulsionou o surgimento da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, em 1964:

Buscando escapar desta situação, criou-se no ano de 1964, a Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM) e seus órgãos executores (Fundação Estadual de Bem Estar do Menor, etc.), em substituição ao SAM. Toda a atuação desenvolvida por estas instituições eram diretamente dependentes da esfera federal. Os ideais iniciais da FUNABEM eram bastante ambiciosos: pesquisar métodos, testar soluções, estudar técnicas que conduzissem à elaboração científica dos princípios que deveriam presidir toda a ação que visasse à reintegração do menor à família e à comunidade. Sua meta era a abordagem preventiva e sócio-terapêutica. (OLIVEIRA & ASSIS, 1999, p. 832)

Em 1979, se destaca o novo Código de Menores, que cunha o termo “menor em situação irregular”. Nesse mote está desde o jovem abandonado até o autor de infração penal. A FUNABEM seguiu os passos do Serviço de Assistência ao Menor e, devido aos mesmos motivos que causaram o fim desse serviço, foi extinta em 1990: condições físicas insalubres e inadequadas, maus-tratos sofridos pelos jovens internos, como violência física, estupro, uso

de psicotrópicos e diversas ações que buscavam fazer o menor perder a sua individualidade e sua capacidade de pensar. (OLIVEIRA e ASSIS, 1999).

Em 1990 é promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente, passando a considerar a população infanto-juvenil como sujeitos de direito e merecedora de cuidados especiais e proteção prioritária (OLIVEIRA e ASSIS, 1999).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 13 de julho de 1990, substituiu a repressiva doutrina do Código de Menores de 1979, e instaurou novas referências políticas, jurídicas e sociais. Ao definir em seus primeiros artigos que “toda criança e todo adolescente têm direito à proteção integral, considerando-os como sujeito de direitos individuais e coletivos, cuja responsabilidade é da família, da sociedade e do Estado” (Brasil, 1990), o país banuiu a categoria “menor” do arcabouço conceitual e jurídico, introduzindo a moderna noção de adolescência e incorporando os preceitos da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, de 1989. (PEREZ & PASSONE, 2010, p. 666)

Para assumir as tarefas federais, e para efetivar as mudanças concretas no Sistema, foi criado em 1993 o Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE). No ano de 1994 se estabelecem essas mudanças no Estado do Rio de Janeiro, deslocando, de fato, para a responsabilidade estadual o que antes era responsabilidade federal (OLIVEIRA e ASSIS, 1999).

O Departamento Geral de Ações Socioeducativas é o órgão responsável pela execução das medidas para adolescentes em conflito com a lei, órgão este do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro, como preconizado pelo ECA (1990). Criado pelo Decreto nº 18.493, de 26/01/93, ele também se trata de um órgão vinculado a Secretaria de Estado de Educação, sendo, dessa forma, o detentor da responsabilidade em relação à promoção da socioeducação dos adolescentes infratores que cumprem medida de privação de liberdade, de maneira provisória ou não, no estado do Rio de Janeiro.

O relatório temático do Mecanismo Estadual de Combate e Prevenção à Tortura do Rio de Janeiro (MECPT/RJ) afirma que houve poucas mudanças na estrutura física das unidades de internação para os adolescentes. O DEGASE herdou as instalações da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor, que por sua vez herdaram as antigas instalações do SAM, mantendo as características opressoras e de difícil visibilidade dos acontecimentos em seu interior (RIO DE JANEIRO, 2017).

Apesar de todo avanço e de todas as garantias, principalmente do ECA, ainda se vê nas políticas atuais para infância e adolescência inúmeros discursos, principalmente em relação aos processos jurídicos, em que persiste o emprego do termo menor, referenciando a lógica e a racionalidade do Código de Menores, fruto de teorias higienistas e morais. Quando observamos aqueles que cumprem medida socioeducativa de internação atualmente, a semelhança com a situação do período em que vigorava o Código de Menores de 1979 é inegável. Aliás, percebem-se características de um modelo prisional penal adulto através de uma vasta violação de direitos, incluindo superlotação, alto índice de reincidência e medicalização exagerada (SCISLESKI et al., 2015).

Porém, é inegável também os avanços da legislação e das políticas atuais quando comparadas àquelas de épocas anteriores, isso é importante ressaltar. Contudo, é necessário que se faça esses apontamentos em relação aos paradoxos que as legislações ainda preservam, buscando que uma efetiva implementação seja possibilitada.

Outro marco importante no que diz respeito às políticas referentes aos adolescentes em conflito com a lei, é a criação em 2006, através da Resolução nº 119/2006, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), do **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)**, que ganhou força através da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012 (SINASE, 2006; 2012).

4.2. O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)

O SINASE é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida socioeducativa. Incluem-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento ao adolescente em conflito com a lei (BRASIL, 2012).

Um dos importantes avanços da Lei Federal 12.594/12 é a obrigatoriedade da aprovação dos programas de atendimento pelos Conselhos estaduais, municipais e distrital de direitos da criança e do adolescente, sendo necessário que tais programas de atendimento preencham determinados requisitos, tais como: gestão pedagógica, recursos humanos, atividades coletivas, regimento interno, plano individual, acompanhamento após cumprimento

da medida, adesão e manutenção do Sistema de Informações sobre o Atendimento Socioeducativo (BRASIL, 2015).

De acordo com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), o SINASE está em processo de adequação nos Estados Brasileiros, fazendo com que seja necessário que se realize o debate da estrutura deste órgão e, também, da realidade do sistema socioeducativo em nosso país, que demonstra haver a possibilidade de reversão dos quadros de violência com investimento em prevenção, proteção e garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes.

A SDH/PR publicou levantamentos com informações referentes aos anos de 2009 até 2014, sendo essa a principal fonte de dados disponível pelo governo sobre o SINASE. O último levantamento foi publicado no ano de 2017, contendo informações referentes ao ano de 2014. Esses levantamentos permitem a comparação entre o funcionamento da Justiça Juvenil nos diferentes estados brasileiros, porém se destaca a ausência de dados detalhados sobre cada um dos estados. Destaca-se, também, a defasagem de tempo dos dados disponibilizados. O sistema socioeducativo possui, atualmente, uma dinâmica volúvel, e essa significativa defasagem se constitui em uma barreira para a resolução dos possíveis problemas apontados (RIO DE JANEIRO, 2017).

A política socioeducativa deve caminhar em direção a sua solidificação como política pública específica, com administração e execução alinhada de forma operacional, o que significa apontar para o necessário “redesenho e a consolidação da aplicação da intersectorialidade na implementação de todas as medidas socioeducativas.” (BRASIL, 2013).

4.3. Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória: legislação e prática

O Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, editaram as portarias nº 1.082 e nº 1.083 de 23 de maio de 2014, onde é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), onde são apresentadas as diretrizes para a implantação e a implementação da atenção à saúde prestada a adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto e fechado, com o propósito de garantir que a atenção à saúde seja humanizada e qualificada para esses adolescentes, que têm prioridade e primazia nas

políticas públicas conforme explicitado no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2015).

Além de ações voltadas para a atenção integral desses adolescentes, a Portaria MS/GM nº 1.082/2014 estabelece, entre outros aspectos, que a atenção integral à saúde de adolescentes em privação de liberdade deve ser realizada por equipe multidisciplinar e oferecida, prioritariamente, pela rede local de saúde. Além disso, deve contemplar ações nos três níveis de atenção, com as devidas referências e contrarreferências. A Portaria MS/GM nº 1.083/2014 firma incentivo financeiro a ser repassado a municípios ou, em caráter excepcional, a estados por ocasião da implementação da Pnaisari, o que significa reconhecer nos âmbitos federal, estadual e municipal a importância estratégica de se efetivarem ações nesse campo. (BRASIL, 2015, p. 09)

O principal objetivo é o de organizar a atenção em saúde no sistema socioeducativo dentro dos princípios do SUS e fazer com que a Constituição Federal e o ECA sejam de fato cumpridos. Visando tal objetivo e buscando viabilizá-lo, alguns critérios são estabelecidos por meio da PNAISARI, como, por exemplo, a estipulação de uma composição mínima de uma equipe de referência em saúde composta por médico, dentista, enfermeiro e um ou mais profissionais de saúde mental, variando de acordo com o quantitativo de adolescentes na unidade socioeducativa em questão, e que o atendimento em saúde deve ser realizado prioritariamente na rede municipal de saúde, dependendo do quantitativo de adolescentes, tal atendimento pode ser feito no espaço adequado de saúde (BRASIL, 2015).

A realização de práticas e ações educativas, ações de assistência à saúde, imunização, saúde bucal, mental, sexual e saúde reprodutiva, entre outras estratégias de cuidado, são também questões preconizadas pela política em questão (BRASIL, 2015).

De acordo com Fernandes et al. (2015), a implementação e a execução da PNAISARI se deparam com em alguns desafios, e talvez um dos maiores deles seja a discrepância entre os documentos e as práticas cotidianas de atendimento ao adolescente em conflito com a lei que se encontra em privação de liberdade.

A lógica do SUS se choca com as características de instituição total que as unidades socioeducativas de internação e internação provisória ainda apresentam, pelos discursos e práticas usuais dos profissionais e gestores nelas observadas. Por seu turno, a lógica das legislações e normatizações

encontra consideráveis dificuldades de ressonância e concretização no cotidiano das unidades socioeducativas. (FERNANDES et al., 2015, p. 125)

Os autores ainda apontam que os obstáculos são consideráveis, principalmente quando observada as condições às quais estão sujeitos os direitos constitucionais à saúde desses adolescentes privados de liberdade, condições de ordem, disciplina, purgação, penitência e punição, signos que povoam a cultura organizacional das unidades socioeducativas, distorcendo o sentido de socioeducação, se alimentando da própria legislação para “retroalimentarem posicionamentos conservadores e moralistas”. Se adolescentes em geral já sofrem, de certa forma, um processo de invisibilidade por parte de profissionais de saúde da rede pública, adolescentes em conflito com a lei e, ainda, privados de liberdade, são atingidos de maneira mais impactante, agregando preconceitos e discriminação. Essas questões ficam evidentes no processo de implementação da PNAISARI. Há ainda a dificuldade por parte de gestores, profissionais de saúde e do próprio sistema socioeducativo em compreenderem que é deles a responsabilidade do atendimento e da garantia de direitos.

Segundo o relatório do MECPT/RJ, a realidade dos adolescentes internados nas unidades do DEGASE é de total insalubridade em relação aos espaços físicos, incluindo seus alojamentos, precariedade nos serviços ofertados e enormes barreiras no acesso aos serviços da rede pública de saúde. Os desafios para uma efetiva execução dessa política no estado no Rio de Janeiro ainda são imensos (RIO DE JANEIRO, 2017).

O relatório aponta que nas unidades de internação funcionam ambulatórios com profissionais de saúde do DEGASE, algumas com equipes mais completas, outras sem nenhum profissional de medicina, por exemplo. Em geral, esses ambulatórios têm modesta eficácia nos atendimentos à saúde dos internos e é importante destacar que, mesmo com a existência desses profissionais do sistema socioeducativo, a articulação com os serviços de saúde do território continuam sendo necessárias. No entanto, na grande maioria das vezes, é somente nas situações de emergência que os adolescentes acessam o SUS, e dificilmente esses encaminhamentos acontecem livres de obstáculos – postos pelo sistema socioeducativo – e se concluem com qualidade e respeito ao adolescente.

4.4. O adolescente em conflito com a Lei e a medida de internação

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8069/90, considera-se adolescente a pessoa que possui entre doze e dezoito anos de idade. Ampliando a dimensão do que se entende por adolescente, Ozella (2003) diz que o momento da adolescência é um momento significado e interpretado pelo ser humano, que está sujeito a diferenças de classe social e, também, diferenças culturais, e não meramente um período natural do desenvolvimento.

Segundo Hein (2004) e Wainer (2006), citados por Nardi e Dell'aglio (2012), a adolescência é um período onde o indivíduo está sujeito às mais diversas mudanças físicas, sociais e cognitivas, período esse que alguns autores abordam como uma fase na qual os jovens exploram diversos comportamentos, inclusive comportamentos antissociais, onde condutas transgressoras têm sido encaradas como algo natural durante o processo de desenvolvimento de um jovem. Porém as manifestações das condutas infracionais podem apresentar-se de maneira mais persistente, onde essas estão relacionadas a diversos fatores de risco que podem afetar de forma negativa o desenvolvimento do indivíduo.

O ato infracional pode ser visto como consequência maior de várias e sucessivas privações, faltas materiais e uma tentativa de pertencimento ao mundo, uma vez que o adolescente considerado autor de ato infracional busca sua inclusão na sociedade, marcada pelo elevado consumismo e pelas relações capitalistas, onde todos podem ser lançados na moda do consumo, mas nem todos podem assumir o papel de consumidores de maneira efetiva (BAUMAN, 1999). Segundo Castro e Guareschi (2008), é possível dizer que “a trajetória de vida dos adolescentes considerados autores de atos infracionais é geralmente caracterizada por sucessivas situações reais e subjetivas de exclusão”.

No que diz respeito ao ato infracional, o ECA diz que o mesmo pode ser compreendido como a conduta descrita como crime ou contravenção penal e, de acordo com o Art. 112, quando verificada a prática do mesmo, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente, dentre outras, as seguintes medidas: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional (BRASIL, 1990).

O Art. 121 do ECA diz ainda que “a internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”, sendo permitida a realização de atividades externas, exigindo a constante reavaliação da medida (prazo máximo de 06 meses) e havendo a garantia de que a

internação, em hipótese alguma, excederá a três anos. O estatuto prevê, também, que a medida de internação deve ser aplicada somente quando o ato infracional cometido for caracterizado por séria ameaça ou violência à pessoa, quando houver reiteração de delito grave ou descumprimento de medida anteriormente determinada, e que atividades pedagógicas devem ser garantidas ao adolescente na medida de internação, provisória ou não (BRASIL, 1990).

Castro e Guareschi (2008) dizem que, apesar de todo o suporte legislativo e garantias de direitos, os adolescentes significam a internação somente como uma prisão, como um ambiente de segregação, e que, dessa forma, mesmo com os diversos aniversários de promulgação do ECA, seria possível afirmar que “persiste, ainda, o caráter prisional das ações voltadas ao adolescente que comete ato infracional”.

5. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Discutimos nessa seção a compreensão do que seja a socioeducação, os processos disciplinares, descritos por Michel Foucault, em um diálogo com o conceito de disciplina proposta pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e as teorias de Loïc Wacquant que versam sobre a insegurança social relacionada ao cárcere, a criminalização dessa insegurança e o que ele chama de “pornografia penal”.

5.1. Socioeducação

De acordo com Domingos e Junior (2014), a socioeducação deveria ser uma ação voltada para os adolescentes que cumprem medida socioeducativa, ação essa que se pautaria pela garantia de direitos aos adolescentes autores de qualquer ato infracional, sendo privilegiadas, sempre, as ações pedagógicas e não às punitivas no atendimento desses jovens. Deve-se trabalhar para desconstruir a lógica de cárcere e de tortura, assim como a de punição e negação de direitos, desconstrução essa que “deve vir casada com um investimento maciço na formação de recursos humanos voltados, especialmente, para o trabalho com a socioeducação” (FERNANDES et al., 2015).

Gestores e profissionais do sistema socioeducativo, quando apresentam comportamento descolado do espírito que emana das legislações e normatizações e que está calcado em preconceitos e valores morais, reforçam uma estrutura punitivista, atentatória à dignidade da pessoa humana. E mesmo os profissionais do setor saúde (os quais, a princípio, por força da disseminação dos princípios humanistas do SUS, apresentariam comportamento mais afeito à defesa dos direitos sociais) também estão sujeitos a apresentar comportamento conflituoso com o que seria de se esperar, no sentido da formação cidadã e da socioeducação. (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA; 2015,p. 126)

Devem ser considerados, de maneira prioritária, segundo Volpi (2002), os aspectos educativos no atendimento ao adolescente que comete um ato infracional, e não somente as sanções punitivas, buscando, através disso, a proteção integral dos adolescentes e o atendimento aos seus direitos, dentre eles os de saúde, por meio de ações conjuntas que possam inseri-los na vida social. O autor diz que a medida de internação guarda conotações coercitivas e educativas, logo, quando se fala de internação, se fala de um programa de

privação que implica conter o adolescente em um sistema de segurança eficaz. Tal contenção, no entanto, não se configura como medida socioeducativa em si, mas sim a condição que permita a aplicação dessa medida, com a garantia de que os demais direitos sejam atendidos.

As unidades de internação devem buscar a mudança da situação de vulnerabilidade na qual se encontra o adolescente, busca essa que deve se dar através da realização de atividades pedagógicas que proporcionem aos jovens uma experiência para além dos processos de aprendizagem e que os façam perceber a possibilidade de mudança de suas próprias realidades (GONZALEZ, 2006). Para Costa e Assis (2006), citadas por Padovani e Ristum (2013), as atividades, nos seus mais variados intuitos, sejam educacionais, de lazer ou de profissionalização, devem possibilitar a construção de si, representando uma experiência nova na vida desses adolescentes.

Se as ações desenvolvidas no interior dessas instituições buscam a reinserção social, através da escolarização, da preparação para o mercado de trabalho, da reflexão acerca de suas ações e consequências, tendo em vista a não recidiva em atos infracionais, tais ações deveriam refletir esse objetivo. [...] faz-se necessária uma profunda reflexão acerca da reinserção, pois esses jovens, em sua maioria, nunca estiveram de fato inseridos socialmente, fazendo-se urgente repensar tais ações, não apenas no contexto das instituições privativas de liberdade, mas na própria sociedade que os acolhe e que paradoxalmente lhes impossibilita o acesso a tais práticas. (PADOVANI & RISTUM, 2013, p. 979)

O adolescente em conflito com a lei é cobrado para que, uma vez inserido no sistema de medidas socioeducativas, se distancie das condutas infracionais e não mais cometa tais atos, porém, em contrapartida, é necessário que o estado possibilite a concretização do exercício pleno da cidadania por parte desse adolescente (OLIVEIRA, 2003). Assim, segundo Padovani e Ristum (2013), se trata de um exercício que “envolve a profissionalização, a escolarização, a inserção no mercado de trabalho, o acesso à saúde, não apenas do jovem egresso do sistema, mas de toda a família que, a partir de então, será responsável por receber e zelar pelo adolescente”.

A socioeducação encontra seu suporte na concepção de uma educação fortemente social, uma educação preocupada com a afirmação dos direitos humanos, compromissada com a autonomia de cada sujeito em sua relação com a sociedade, dessa forma, a socioeducação tem como principal objetivo o desenvolvimento de múltiplas competências “que possibilitem

que as pessoas rompam e superem as condições de violência, de pobreza e de marginalidade que caracterizam sua exclusão social” (BISINOTO et al., 2015).

5.2. Processos disciplinares e socioeducação

Quando se está em discussão questões relacionadas às medidas de internação, se faz necessário avaliar a privação de liberdade como medida socioeducativa. As próprias diretrizes pedagógicas do sistema socioeducativo pontuam a disciplina como ferramenta de ação em medidas com esse caráter, devendo constar no regime interno dos programas de atendimento socioeducativo a previsão das condições de exercício da disciplina, concessão de benefícios e o respectivo procedimento de aplicação (BRASIL, 2012). A relação entre as técnicas disciplinares, como as apontadas por Foucault (1987), e as medidas socioeducativas passam a fazer sentido nesse contexto.

É possível considerar a existência de processos disciplinares muito antes do século XVII, se fazendo presentes em uma diversidade de espaços, como conventos, exércitos e ainda em oficinas. Foi no decorrer do século XVII e XVIII, que as disciplinas vieram a se constituir como formas gerais de dominação (FOUCAULT, 1987). Diferenciadas de algumas outras existentes, como, por exemplo, a escravidão, a disciplina não se apropria, de fato, de corpos, dispensando o caráter violento e custoso dessa relação. Realizando outra comparação, se difere também da domesticidade, se abstendo da constante dominação estabelecida enquanto vontade singular do patrão. Com as disciplinas, diz Foucault (1987), nasce uma arte do corpo humano, que tem por objetivo a formação de uma relação mais obediente e, ao mesmo tempo, mais útil, através de um único mecanismo: quanto mais há obediência, mais há utilidade, e assim inversamente.

Aqui se busca especificar o que são as disciplinas da qual Foucault nos fala e o que tem de novo nas técnicas que aparecem nos séculos mais recentes:

A escala, em primeiro lugar, do controle: não se trata de cuidar do corpo, em massa, *grosso modo*, como se fosse uma unidade indissociável, mas de trabalhá-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica - movimentos, gestos, atitude, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo. O objeto, em seguida, do controle: não, ou não mais, os elementos significativos do comportamento ou a linguagem do corpo, mas a economia, a eficácia dos movimentos, sua organização interna; a coação se faz mais sobre as forças que sobre os sinais;

a única cerimônia que realmente importa é a do exercício. A modalidade enfim: implica numa coerção ininterrupta, constante, que vela sobre os processos da atividade mais que sobre seu resultado e se exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos. Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as "disciplinas". (FOUCAULT, 2013, p. 132)

A disciplina fabrica “corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’”, assim diz Foucault (1987), ela “aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)”. O poder disciplinar aparece como uma tecnologia de poder que compreende o corpo do homem como uma espécie de máquina que possui objetivos bem estabelecidos, que busca transformar esse corpo em um instrumento que serve de utilidade aos interesses econômicos através do adestramento do mesmo (DINIZ; OLIVEIRA, 2013).

A distribuição dos indivíduos nos espaços consiste também em um traço característico da disciplina que, para tanto, lança mão de uma variedade de técnicas para exercer tal ação. Uma delas consiste em, algumas vezes, a disciplina exigir o que Foucault (1987) chama de *a cerca*, ou seja, exige “a especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo. Local protegido da monotonia disciplinar”. Mas o espaço disciplinar é trabalhado de maneira bastante flexível e sutil, ele busca se dividir tanto quanto existem corpos ou elementos a se repartir, “Cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo”, diz Foucault (1987), discutindo já uma segunda técnica de distribuição, atribuindo a mesma o nome de *quadriculamento* ou princípio da localização imediata, e completa:

É preciso anular os efeitos das repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa, sua coagulação inutilizável e perigosa; tática de antideserção, de antivadiagem, de antiaglomeração. Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar. A disciplina organiza um espaço analítico. (FOUCAULT, 2013, p. 138)

Uma terceira técnica que Foucault (1987) expõe trata do que ele chama de a regra das *localizações funcionais*, que vai além das repartições e das vigilâncias, tal técnica busca

atribuir utilidade aos espaços que possuem caráter mais livre e de uso não objetivamente especificado em instituições disciplinares, “Lugares determinados se definem para satisfazer não só à necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas, mas também de criar um espaço útil”. Cada um é definido por um lugar específico quando se trata de disciplina, é de grande importância o lugar que se ocupa na série, a distância que o separa dos outros, ou seja, a unidade é a posição *na fila*, nos diz Foucault (1987) quando aborda uma quarta técnica dentro do que chama de “A arte das distribuições”; e segue dizendo: “A disciplina, arte de dispor em fila, e da técnica para a transformação dos arranjos. Ela individualiza os corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e os faz circular numa rede de relações”. Finalizando a discussão feita de forma bem detalhada sobre a relevante função da distribuição nas técnicas disciplinares, ele ainda resume:

As disciplinas, organizando as “celas”, os “lugares” e as “fileiras” criam espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos. São espaços que realizam a fixação e permitem a circulação; recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores; garantem a obediência dos indivíduos, mas também uma melhor economia do tempo e dos gestos. (FOUCAULT, 2013, p. 142)

Sendo assim, é importante falar sobre a existência de um eixo que liga o múltiplo e o singular, eixo sobre o qual se situa a tática disciplinar. Segundo Foucault (1987) é “a condição primeira para o controle e o uso de um conjunto de elementos distintos: a base para uma microfísica de um poder que poderíamos chamar ‘celular’”.

Diante da realidade das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei, distribuídos em celas, muitas vezes em condições insalubres, com ausência de cuidados básicos, como a impossibilidade de manter boas condições de higiene pessoal como exposto por Scisleski et al. (2014), é impossível não notar uma discordância entre a disciplina proposta pelo SINASE, “instrumento norteador do sucesso pedagógico” (Brasil, 2012), e a real prática diária.

É possível notar determinados rituais nas unidades de internação que depõe contra a proposta socioeducativa: exigir que os adolescentes caminhem em fila indiana ao saírem dos alojamentos, sempre com as mãos para trás, com as cabeças baixas e sem o direito de falar. As técnicas disciplinares de Foucault vão ao encontro de estudos como o de Scisleski et al.

(2014) que descrevem a realidade de controle do sistema de medidas socioeducativas de internação no Brasil. A socialização dos adolescentes em conflito com a lei não aponta para a socioeducação defendida nas legislações e sim para o controle e a vigilância, para as medidas de repressão e para o completo planejamento restrito de circulação. A garantia de acesso à saúde e de todos os outros direitos se configura como um desafio nesse sistema.

A situação dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação implica o cerceamento de suas liberdades e a regulação dessa população por meio de mecanismos punitivos e disciplinares. Esses mecanismos tem a dupla função de proteger a vida dos cidadãos de bem e de criar técnicas que limitem a liberdade dos adolescentes internados para torná-los, se não menos perigosos, mais vigiados e controlados. É proporcionado, por exemplo, o acesso à educação e aos serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, existe uma enorme resistências por parte dos profissionais que atuam nas escolas e nos equipamentos da rede em receber os adolescentes. Na questão específica da saúde, existe ainda um fluxo intenso de encaminhamentos para a área "psi", principalmente psiquiátrica, buscando uma adequação de comportamento para aqueles que apresentem desvios de conduta, principalmente por meio de medicamentos. O que é encarado como relevante na atuação com essa população se fundamenta em práticas que possibilitem um controle preciso de sua circulação (SCISLESKI et al., 2015).

O relatório do MEPCT/RJ destaca as precárias condições físicas, condições de higiene e salubridade das unidades de internação do estado. Diversos depoimentos de enfermidades adquiridas pelos adolescentes, devido à situação do lugar, e incontáveis reclamações sobre agressões físicas e verbais no cotidiano também foram questões apontadas pelo relatório. O viés da segurança predomina e se sobrepõe às demais nas unidades de internação do Rio de Janeiro. Quando a diretora do colégio reclama que os alunos não chegam à escola de manhã, por exemplo, os agentes socioeducativos alegam razões que “dizem respeito à segurança” para justificar a ausência. Diretores e agentes da instituição relatam que quanto mais adolescentes, menos atividades eles vão promover e que continuam chamando os adolescentes por números, ao invés dos nomes. Tudo isso aponta pra uma lógica muito distante de um contexto pedagógico (RIO DE JANEIRO, 2017).

Adolescentes que já estudavam antes da internação perdem semestres, anos letivos e até a vida escolar em razão de uma passagem pelo DEGASE, e muitos daqueles que não frequentavam a escola antes do cumprimento da medida representam sua matrícula como uma

forma de punição quando inseridos na unidade. O MEPCT/RJ aponta, diante das falas dos profissionais do sistema socioeducativo, que parece que todos os problemas estariam resolvidos se aumentasse o número de agentes, mais vagas fossem criadas e mais armados estivessem os agentes socioeducativos, como se fossem meras questões técnicas, e de controle, que inibissem o êxito das atuais propostas de socioeducação.

Segundo Zamora (2008), mesmo que o adolescente busque cumprir a medida e mudar seus padrões de comportamento e ações que os levaram até a situação de conflito com a lei, eles terão de enfrentar as dificuldades que os esperam, muitas sendo consequências advindas do próprio cumprimento da medida socioeducativa, como discriminação pela situação de egresso do sistema e comprometimentos de saúde causados pela situação de confinamento.

5.3. Privação de liberdade e insegurança social

A história mostra que o sistema socioeducativo perpetua um legado punitivo calcado em valores morais e autoritários (FERNANDES et al., 2015). As contribuições de Loic Wacquant podem auxiliar em um entendimento mais amplo e histórico dessa questão. Apesar do autor se debruçar mais diretamente sobre políticas penais com surgimento nos Estados Unidos da América nas três últimas décadas do século XX, ele aborda a questão da punição e do castigo, em aspecto mais amplo, que cabe ser debatida aqui.

De acordo com Wacquant (2003), quando se fala de segurança e sua gestão, é importante ressaltar que ela não acontece por ela mesma, mas com o propósito de ser vista, de ser uma exibição, onde a prioridade é o espetáculo, algo metodicamente planejado, com palavras e ações sendo encaixadas em cena, dramatizadas, exageradas, se tratando de verdadeiros rituais. Todos esses aspectos levam Wacquant (2003) a utilizar o termo “pornografia penal” para caracterizar e definir esse processo. Assim como todos os movimentos que compõem os filmes pornográficos são ensaiados e planejados em detalhes, são também as palavras e as ações utilizadas no enfrentamento ao crime: elas são repetitivas, mecânicas, uniformes e previsíveis. Por todas as partes as forças da ordem agem dentro de um padrão:

Resultado: o manejo da lei-e-ordem está para a criminalidade assim como a pornografia está para as relações amorosas, ou seja, um espelho que deforma

a realidade até o grotesco, que extrai artificialmente os comportamentos delinquentes da trama das relações sociais nas quais estão enraizados e fazem sentido, que ignora deliberadamente suas causas e seus significados, e que reduz seu tratamento a uma sequência de iniciativas previsíveis, muitas vezes acrobáticas, às vezes até mesmo inverossímeis, resultante do culto do desempenho ideal, mais do que da atenção pragmática ao real. No final, a nova gesta da lei-e-ordem transforma a luta contra o crime em um titilante teatro burocrático-midiático que, simultaneamente, sacia e alimenta os fantasmas da ordem do eleitorado, reafirma a autoridade do Estado através de sua linguagem e de sua mímica viris, e erige a prisão como último baluarte contra as desordens, que, irrompendo de seus porões, são vistas como capazes de ameaçar os próprios fundamentos da sociedade. (WACQUANT, 2003, p. 11)

A experiência estadunidense da “guerra ao crime” na década de 1990, segundo Wacquant (2003), serviu de fundamentação para os governos do Primeiro Mundo, onde o exemplo seguido do endurecimento generalizado da penalidade causou um considerável inchamento da população carcerária em todos os países avançados. O autor complementa dizendo que foi nos Estados Unidos que a criminologia abandonou a complacência sociológica, pregando que a causa do crime está ligada à irresponsabilidade e imoralidade pessoal do criminoso e que a sanção implacável das desordens e “incivilidades” é o modo mais seguro para dar fim às infrações violentas.

A direção punitiva que as políticas penais tomam nas sociedades avançadas no final do século XX, diz Wacquant (2003), não são motivadas, meramente, pela relação entre crime e castigo, mas tal direção aponta a instauração de um novo governo da insegurança social, um governo que se fundamenta em técnicas e procedimentos que têm o intuito de dirigir a conduta de homens e mulheres “envolvidos na turbulência da desregulamentação econômica e da conversão da ajuda social em trampolim para o emprego precário”.

Para a classe superior, o autor diz que todo o crescimento da instituição penal cumpre a missão de reafirmar a autoridade do Estado e de impor uma fronteira entre o cidadão de bem e as categorias desviantes, entre pobres “merecedores” e “não-merecedores”, entre os que merecem salvação e inserção (com sanções e incentivos) em trabalhos assalariados instáveis e os que devem ser banidos. A penalização da pobreza não é um plano deliberado comandado por governantes malévolos e poderosos, mas sim o resultado de lutas envolvendo agentes e instituições que buscam alterar determinadas prerrogativas do Estado, “de acordo com seus interesses materiais e simbólicos”.

As sociedades contemporâneas se fundamentam em, pelo menos, três estratégias principais para lidarem com as condutas que julgam indesejáveis, ameaçadoras ou ofensivas, que podem ser denominadas, de acordo com Wacquant (2003), de socialização, medicalização e penalização.

A primeira, afirma o autor, busca socializar tais condutas e condições, ou seja, no que diz respeito, por exemplo, ao crescimento da população em situação de rua, que não permitem que a paisagem urbana se mostre limpa, se deve construir ou proporcionar alojamentos, assegurar emprego a esta população ou atividade remunerada que possibilite arcar com os custos de uma moradia. A segunda estratégia, a medicalização, considera que uma pessoa vive nas ruas em consequência da dependência de álcool e outras drogas ou por ter problemas de saúde mental, portanto, a medicalização diz que se faz necessário buscar pela ajuda de um “remédio médico” para determinado problema, que precipitadamente é definido como uma patologia individual, exigindo o tratamento por parte de profissionais de saúde. A terceira estratégia, completa Wacquant (2003), a penalização, faz com que o “nômade urbano” seja taxado de delinquente, até mesmo por meio de um decreto municipal que o coloque como alguém que age fora da lei ao pedir esmolas ou por ficar deitado em calçadas, assim, ele deixa de ser mais um na contagem das pessoas em situação de rua quando é colocado em uma cela.

A penalização serve aqui como uma técnica para a invisibilização dos “problemas” sociais que o Estado, enquanto alavanca burocrática da vontade coletiva, não pode ou não se preocupa mais em tratar de forma profunda, e a prisão serve de lata de lixo judiciária em que são lançados os detritos humanos da sociedade de mercado. (WACQUANT, 2003, p. 21)

Dito isso, é importante ressaltar, quando olhamos e tratamos das três estratégias citadas anteriormente, que existe um erro grave, tanto científico quanto cívico, que consiste em crer e fazer as pessoas acreditarem que a gestão policial e carcerária é um ótimo remédio, o melhor modo de restaurar a “ordem sociomoral” na cidade e o único meio eficaz de garantir a segurança pública, e que não existe qualquer outra alternativa que possa conter os “problemas sociais e mentais” que aparecem como consequência da “fragmentação do trabalho assalariado e pela polarização do espaço urbano”. Esse é um erro que está completamente relacionado com a criminalização da insegurança social, completa o autor (WACQUANT, 2003).

As políticas punitivas não são meramente produtos advindos de um amplo e claro consenso político, mas são frutos do apoio público, onde encontram força e suporte, superando até mesmo as fronteiras de classe, e tudo isso se deve à distorção de crime, pobreza e imigração veiculada pela mídia, assim como, com toda a certeza, à imensa confusão que se faz entre insegurança e o sentimento de insegurança, diz Wacquant (2003). A criminalidade em si não sofreu grandes e relevantes mudanças atualmente, a diferença perceptível é a do olhar que a sociedade exerce a respeito de determinadas “perturbações da via pública”, a mudança clara está no modo como a sociedade percebe as “populações despossuídas e desonradas”, os locais que elas ocupam na cidade e os usos possíveis que tais populações podem ter quando se trata do campo político e do campo jornalístico.

Quando Wacquant (2003) fala sobre essas populações, o comparativo com o perfil social dos adolescentes em conflito com a lei se faz interessante. Segundo Zamora (2008), citando Silva e Guerres (2003), dos 9.555 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação e internação provisória no país em 2002, 90% eram do sexo masculino; 76% possuíam entre 16 e 18 anos; 63% não eram brancos e destes 97% eram afrodescendentes; 51% não frequentavam a escola; 90% não concluíram o ensino fundamental e 49% não trabalhavam (consideram-se aqui trabalhos acessíveis aos menores de idade).

Dados mais recentes, do Levantamento Anual SINASE referente ao ano de 2014, apontam que a maior proporção de adolescentes em restrição e privação de liberdade no Brasil está concentrada na faixa etária entre 16 e 17 anos de idade (56%), seguida pela faixa etária acima dos 18 anos (24%), entre 14 e 15 anos (18%) e, logo após, de 12 a 13 anos (2%). Os totais para as faixas etárias acima de 16 anos somam 80% dos adolescentes. O documento informa também que 55,7% dos adolescentes são pretos e pardos, 21,1% de cor branca e 0,8% amarelo ou indígena (BRASIL, 2017).

Sobre a criminalização da pobreza, Zamora (2008) completa:

Não podemos deixar de mencionar que quase nove em dez adolescentes internos no sistema dito socioeducativo no Brasil estavam drogados quando cometeram as infrações. A maioria usava maconha (67,1%), álcool (32,4%) ou mesmo crack (31,3%), segundo o mesmo estudo. Esses dados apontam para a falta de políticas públicas eficientes de prevenção e tratamento de drogas e para uma forte categoria de acusação de ‘drogado’ ou ‘traficante’, para a criminalização dos usuários pobres. (p. 09)

Jovens desempregados e sem amparo, pessoas em situação de rua e “nômades e toxicômanos à deriva”, ganharam visibilidade no espaço público, suas presenças se tornaram indesejáveis e seus comportamentos intoleráveis, sendo estes a “encarnação viva e ameaçadora da insegurança social generalizada” (WACQUANT, 2003).

Zamora (2008), citando Wacquant (2001; 2002), aponta a tendência de criminalização da pobreza nas novas dinâmicas do capitalismo. Jovens pobres e não brancos são vistos como ameaça, e seus processos de criminalização já são fatos no Brasil, “com campanhas para redução da maioria penal, aumento do tempo de cumprimento de medida e uma nítida amplificação de seus delitos por parte da mídia”.

Nos deparamos com práticas de proteção social pautadas na associação entre pobreza e criminalidade, que identifica sujeitos potencialmente perigosos e os separa entre o adolescente em perigo e aquela que pode vir a ser perigoso. O discurso da redução da maioria penal também se apoia na crença, por parte da população em geral, de impunidade do adolescente autor de ato infracional. O que se ignora nessa discussão é o fato do Brasil não garantir acesso aos direitos fundamentais e que são os adolescentes do sexo masculino, negros e pobres, os alvos do extermínio e da violência do estado (RIO DE JANEIRO, 2017).

O relatório do MEPCT/RJ é incisivo ao dizer que entende que não é por meio da intensificação da repressão que a violência no país diminuirá. Essa estratégia vem sendo executada há décadas sem qualquer resultado. Um governo de controle social repressivo em detrimento de um que valorize os direitos sociais tem sido uma experiência de violação de direitos para os mais pobres e uma ferramenta de perpetuação de um ciclo de violências (RIO DE JANEIRO, 2017).

O relatório do Mecanismo exemplifica toda essa lógica trazendo para a discussão a denominada "Operação Verão", onde, após meios de comunicação transmitirem reiteradamente uma ideia de caos e repercutirem o discurso da insegurança, dando ênfase à ocorrência de cenas de violência ocorridas num dos principais pontos turísticos e de lazer da cidade do Rio de Janeiro, a Polícia Militar abordava e recolhia compulsoriamente crianças e adolescentes - negros e pobres - vindos das periferias a caminho das praias na Zona Sul. Segundo a Polícia Militar, essa era uma ação de prevenção, visando evitar possíveis transtornos.

Essas situações que culminam na criação de políticas e ações governamentais como a Operação Verão demonstram a forma como os problemas sociais são vistos e a maneira como a grande mídia aborda e transmite acontecimentos relativos à segurança pública para a massa de telespectadores, leitores e internautas. Via de regra, a grande mídia é sensacionalista e reforça o discurso de medo e intolerância, assim como demanda respostas imediatas e simplistas das autoridades, que historicamente tem produzido respostas com viés higienista, racista e de cisão da cidade entre ricos e pobres. (RIO DE JANEIRO, 2017, p. 44)

A mídia traz a tona o discurso do senso comum e promove a discussão da redução da maioridade penal como forma de punir com mais intensidade o adolescente. Isso reforça o processo de encarceramento seletivo, essa “descivilização e demonização” legitimam políticas públicas de abandono urbano e contenção (WACQUANT, 2008; RIO DE JANEIRO, 2017).

Vivemos a política da indiferença, interpretamos o mundo pelo viés do medo e da insegurança, projetando no outro a periculosidade que necessitamos temer. Assim percebemos os adolescentes, ou melhor, os “menores”, uma vez que se faz necessário expor a diferença entre esses substantivos "que ao longo dos anos foram adjetivados de forma distinta" (RIO DE JANEIRO, 2017).

Todo esse espetáculo legitima práticas de violação de direitos aos adolescentes internados. Um olhar analítico sobre as condições de saúde dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa de privação de liberdade será o foco desse projeto. A especificidade do município em relação à garantia de acesso aos atendimentos de saúde desses jovens também será alvo de investigação.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório que procurou conhecer uma realidade ainda pouco estudada. A presente proposta se baseou nas 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. A triangulação metodológica pode ser compreendida como um encontro entre métodos qualitativos e quantitativos, “superando dicotomias e vencendo, do ponto de vista quantitativo, os marcos do positivismo; e, sob a ótica qualitativa, as restrições relativas à compreensão da magnitude dos fenômenos e processos sociais.” (MINAYO, 2014, p. 361).

6.1. Abordagem quantitativa

A operacionalização desta proposta foi feita através de duas abordagens distintas, uma quantitativa, constando de um inquérito de saúde e qualidade de vida dos adolescentes internados. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário adaptado de uma pesquisa similar realizada no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, juntamente com instrumentos de pesquisa específicos sobre saúde do adolescente (ASSIS et al., 2013). O questionário é organizado em quatro blocos, compostos por questões majoritariamente fechadas, abordando, respectivamente, os seguintes temas: dados socioeconômicos e demográficos; condições e qualidade de vida dentro das instituições; condições de saúde e usos de serviços de saúde (ANEXO C).

A aplicação dos questionários autopreenchíveis foi iniciada no final de março de 2017 e finalizada no início do mês de abril do mesmo ano. Todos os adolescentes em cumprimento de medida de privação de liberdade na instituição foram convidados a participar e responderam ao questionário 175 adolescentes. Os internos que possuíam dificuldades para ler e escrever, ou qualquer outro tipo de empecilho para o efetivo preenchimento do questionário, receberam ajuda dos pesquisadores no registro das respostas. Importante ressaltar que os adolescentes em internação provisória foram excluídos da participação na pesquisa.

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.

6.2. Abordagem qualitativa

A abordagem qualitativa foi realizada através de entrevistas semiestruturadas (ANEXO A). Foram realizadas 10 (dez) entrevistas semiestruturadas, todas no mês de abril do ano de 2017. Desse total de entrevistas, participaram 06 (seis) adolescentes cumprindo medida de internação, 02 (dois) agentes socioeducativos e 02 (dois) profissionais da equipe de saúde da unidade em questão, sendo 01 (uma) enfermeira e 01 (uma) técnica de enfermagem. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

O método eleito para análise do material qualitativo foi a Análise de Discurso Crítica (ADC). De acordo com Fairclough (2001), o discurso é um modo de ação e também de representação do mundo, sobre o qual é possível falar a respeito de três efeitos: influencia na construção de identidades sociais, de relações sociais e também tem impacto na construção do que o autor chama de “sistemas de conhecimento e crença”.

Fairclough (2001) propõe um quadro tridimensional como referência para a análise do discurso. A primeira dimensão fala sobre a análise textual do discurso, que considera itens como vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. Outra dimensão é a que ele chama de prática discursiva, que identifica a relação entre discurso e estrutura social; a terceira dimensão trata da análise do discurso enquanto prática social, identificando e analisando relações de poder e de ideologias.

No que diz respeito à análise textual, o estudo do vocabulário é voltado para o uso dos léxicos, das relações entre eles e seus sentidos, enquanto o da gramática se dedica à disposição das palavras nas orações. A coesão trata das ligações entre as frases, através de mecanismos de referência, sinônimos e conjunções, e a estrutura textual se refere à organização mais ampla do texto, à maneira com que os elementos são combinados (RESENDE & RAMALHO, 2004).

Na análise das práticas discursivas, se propõe analisar como os textos são produzidos, distribuídos e consumidos, assim como as categorias de força, coerência e intertextualidade. A análise da prática social, em relação aos aspectos ideológicos, observa os sentidos das

palavras, as pressuposições, metáforas (RESENDE & RAMALHO, 2004). Em relação aos aspectos hegemônicos, essa análise observa as orientações da prática social, orientações econômicas, políticas, culturais.

Na análise aplicada neste estudo, destacamos as dimensões de análise textual e das práticas discursivas, sendo utilizado de maneira significativa o vocabulário, figuras de linguagem e aspectos da coesão, assim como reflexões sobre coerência e a observação da maneira com que os textos (enquanto produções discursivas) foram produzidos e da presença de modalizadores discursivos.

As falas das entrevistas dos adolescentes cumprindo medida de internação, dos agentes socioeducativos e dos profissionais da equipe de saúde da unidade foram transcritas na íntegra e organizadas por temas, tratados como blocos discursivos. No presente texto, as citações constituem fragmentos discursivos considerados significativos e decupados por orações. Destacamos a percepção de cada entrevistado em relação às queixas de saúde dos adolescentes, em relação ao reconhecimento dessas queixas enquanto reais demandas e aos processos de gestão dessas demandas, servindo assim de ponto de partida para a análise realizada.

6.3. Questões éticas

O estudo original foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, através do CAEE: 53111915.8.0000.5240. O presente trabalho foi aprovado pelo mesmo Comitê através do parecer 2.078.462 e, após a qualificação, foi realizado um adendo ao projeto original comunicando o recorte deste. Além da aprovação do CEP, o estudo maior e os seus subprojetos foram apreciados pela Escola de Socioeducação do DEGASE.

Devido ao contexto institucional no qual o estudo foi realizado, algumas questões éticas foram trabalhadas com alguns cuidados específicos, principalmente em relação aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa por parte dos adolescentes e profissionais da instituição (ANEXO B). O diretor da unidade assinou os Termos enquanto responsável pelos adolescentes. Um termo de assentimento foi entregue aos adolescentes esclarecendo os objetivos da pesquisa e solicitando a sua cooperação.

7. RESULTADO

Os resultados da pesquisa estarão aqui apresentados na forma de dois artigos. O primeiro artigo, intitulado **“Condições de saúde do adolescente cumprindo medida de privação de liberdade na unidade do município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil”**, atende aos objetivos específicos **um** e **três** deste estudo, identificando os principais problemas de saúde física e mental que acometem os adolescentes privados de liberdade, assim como as dificuldades enfrentadas por esses adolescentes em relação ao acesso aos serviços de saúde do SUS. O segundo artigo, **“Discursos sobre a saúde dos adolescentes cumprindo medida de internação na unidade de Campos dos Goytacazes: do reconhecimento à gestão das demandas”**, investiga a percepção dos adolescentes, socioeducadores e profissionais da equipe de saúde da unidade, através da análise das produções discursivas desses sujeitos, a respeito das condições de saúde dos internos, atendendo, assim, principalmente ao objetivo de número **dois** desta pesquisa.

7.1. Artigo I: Condições de saúde do adolescente cumprindo medida de privação de liberdade na unidade do município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

Este artigo tem como objetivo investigar os principais problemas de saúde que acometem os adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação em unidade localizada no município de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro, assim como suas condições de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário adaptado de uma pesquisa similar realizada no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, juntamente com instrumentos de pesquisa específicos sobre saúde do adolescente, composto por questões majoritariamente fechadas. Aponta-se como principais problemas de saúde dos internos as frequentes dores no pescoço, costas ou coluna, seguidas de doenças de pele, doenças respiratórias, doenças mentais, doenças sexualmente transmissíveis, doenças do coração e doenças infecciosas. A superlotação da unidade, a insalubridade, a violência e precariedade dos espaços da instituição, assim como a violação dos direitos básicos dos internos e do direito de acesso à rede do SUS, têm íntima ligação com

os problemas de saúde desse adolescente internado, ligação que se traduz em impactos consideravelmente negativos e prejudiciais às condições físicas e mentais desse grupo.

Palavras-chave: adolescente em conflito com a lei, medidas socioeducativas, saúde física, saúde mental.

Abstract

The objective of this article is to investigate the main health problems that affect the adolescents in socioeducative measures of liberty deprivation in a unit located in the city of Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro, as well as their conditions of access to the Sistema Único de Saúde (SUS). The data collection instrument used was a questionnaire adapted from a similar survey carried out in the Penitentiary System of Rio de Janeiro, together with specific research tools on adolescent health, composed of questions mostly closed. The main problems of health of the interns are frequent pains in the neck, back or spine, followed by skin diseases, respiratory diseases, mental illnesses, sexually transmitted diseases, heart diseases and infectious diseases. The overcrowding of the unit, the insalubrity, the violence and precariousness of the institution's spaces, as well as the violation of the basic rights of inmates and the right of access to the SUS network, are closely linked to the health problems of this adolescent, link that results in considerably negative and detrimental impacts to the physical and mental conditions of this group.

Keywords: Young offenders, socioeducative measures, physical health, mental health.

Introdução

O adolescente, sujeito com idade entre 12 e 18 anos, comete um ato infracional quando realiza conduta descrita como crime ou contravenção penal (BRASIL, 1990). O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração do ato infracional até a execução das medidas socioeducativas (BRASIL, 2012).

Estudos revelam que, na prática, as medidas socioeducativas de internação se descaracterizam em seus propósitos e passam a ser um fator de intensificação da exclusão já existente, comprometendo o desenvolvimento e a condição de dignidade dos adolescentes que as cumprem (CONSTANTINO et al., 2017).

O Ministério da Saúde e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República editaram as portarias nº 1.082 e nº 1.083 de 23 de maio de 2014, instituindo Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), onde são apresentadas as diretrizes para a implantação da atenção à saúde prestada a adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, com o propósito de garantir que a atenção à saúde seja humanizada e qualificada durante o cumprimento da medida de privação de liberdade (BRASIL, 2015).

De acordo com o Levantamento Anual SINASE referente ao ano de 2014, o estado do Rio de Janeiro ocupou o quarto lugar em relação ao número de adolescentes em restrição e privação de liberdade em todo o território nacional, com 1.536 adolescentes cumprindo esse tipo de medida (BRASIL, 2017).

A discrepância entre as diretrizes e as práticas cotidianas de atendimento ao adolescente em conflito com a lei privado de liberdade é, possivelmente, um dos maiores desafios em relação à implementação da PNAISARI, como nos diz Fernandes et al. (2015), contribuindo para isso o fato de que gestores, profissionais de saúde e o próprio sistema

socioeducativo têm dificuldade em compreender que é deles a responsabilidade do atendimento e da garantia de direitos.

Foram a óbito 48 adolescentes cumprindo medida em unidades de internação no país em 2014, e desse total de óbitos nas unidades, dois foram registrados no estado do Rio de Janeiro. Faz-se interessante destacar que a principal causa de óbitos foi em decorrência da categoria “outros”, representando 46% dos óbitos no ano, índice que pode estar relacionado ao descuido no registro de informações, ou até à intencionalidade de registro incompleto, e indica pouca incidência por parte de órgãos fiscalizadores, de monitoramento e controle social (BRASIL, 2017).

O estudo de Minayo et al. (2003) apontou que, no Brasil, os adolescentes internados costumam sofrer com a carência nutricional, com as consequências de doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde bucal e problemas dermatológicos.

Os agravos à saúde mental, bem como física, são evidentes em populações em espaço de confinamento. Tal situação vem acompanhada do afastamento da família e do convívio social em geral, e os prejuízos da institucionalização podem ser agravados pelas condições gerais do ambiente (RIO DE JANEIRO, 2017). O relatório do Conselho Nacional do Ministério Público (2015), sobre as unidades socioeducativas de internação de todo o país, apontou que 71,4% das unidades do estado do Rio de Janeiro são insalubres, fato que tem relação direta com as condições de saúde do adolescente internado.

Em pesquisa realizada em unidades de internação no Rio de Janeiro, Andrade et al. (2011) identificaram que a prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes privados de liberdade é maior do que na população de adolescentes da mesma idade, e apenas 6% recebem atendimento em saúde mental. Ao encontro desse estudo, Monteiro e Abelha (2015), em pesquisa aplicada em unidade de internação no mesmo estado, apontou que 70,11% dos adolescentes internados sofriam de, pelo menos, um transtorno mental.

Sobre as condições de saúde dos adolescentes privados de liberdade sabe-se muito pouco, quando é lançado um olhar mais específico em relação às questões de saúde física, a escassez de informações se apresenta ainda com maior relevância. A atenção à saúde dos adolescentes sofre de limitações devido à concepção de que esse grupo populacional raramente adoece e, também, ao hábito de se justificar qualquer problema de saúde, seja físico ou mental, como algo característico, “normal”, da faixa etária (BRAZ et al., 2013). As

diversas barreiras no acesso aos serviços em saúde ampliam as dificuldades para o adequado atendimento do adolescente privado de liberdade, que sofre desde problemas com o transporte até a resistência dos profissionais da rede de atenção em saúde em atendê-los (SCISLESKI et al., 2015).

Sendo assim, diante dessas e outras informações relacionadas ao adolescente em conflito com a lei e ao sistema socioeducativo, propõe-se investigar as condições de saúde do adolescente que cumpre medida de privação de liberdade e o seu acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando os principais problemas de saúde física e mental que os acometem.

Metodologia

O estado do Rio de Janeiro conta com seis unidades socioeducativas responsáveis pela execução de medidas de internação. A presente pesquisa foi realizada no Centro de Socioeducação Professora Marlene Henrique Alves (CENSE PMHA), unidade de internação localizada na cidade de Campos dos Goytacazes, no norte fluminense do estado, e teve como sujeitos os adolescentes que nela se encontravam em privação de liberdade.

A eleição do CENSE PMHA como alvo do estudo se justifica por ser uma unidade criada em 15 de maio de 2013 e, assim, construída de acordo com as diretrizes do SINASE. Por esse motivo a instituição é reconhecida no estado como unidade modelo.

Em reunião com a diretoria da instituição, na própria unidade de internação, no dia 24 de março de 2017, foi exposto que lá haviam 202 adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação, apesar de a instituição ter capacidade para 80 adolescentes.

A operacionalização desta proposta foi realizada através de abordagem quantitativa, constando de um inquérito de saúde e qualidade de vida dos adolescentes internados. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário adaptado de uma pesquisa similar realizada no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, juntamente com instrumentos de pesquisa específicos sobre saúde do adolescente (ASSIS et al., 2013). O questionário é organizado em quatro blocos, compostos por questões majoritariamente fechadas, abordando,

respectivamente, os seguintes temas: dados socioeconômicos e demográficos; condições e qualidade de vida dentro das instituições; condições de saúde e usos de serviços de saúde.

A aplicação dos questionários autopreenchíveis foi iniciada no final março de 2017 e finalizada no início do mês de abril do mesmo ano. Todos os adolescentes em cumprimento de medida de privação de liberdade na instituição foram convidados a participar e responderam ao questionário 175 adolescentes. Os internos que possuíam dificuldades para ler e escrever, ou qualquer outro tipo de empecilho para o efetivo preenchimento do questionário, receberam ajuda dos pesquisadores no registro das respostas. Importante ressaltar que os adolescentes em internação provisória foram excluídos da participação na pesquisa.

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.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública pelo parecer 2.078.462.

Resultados

O perfil do adolescente internado e o contexto da unidade socioeducativa

Apresenta-se, logo de início, o **perfil sociodemográfico** do adolescente cumprindo medida de internação, assim como os principais aspectos do contexto no qual ele está inserido, pensando em tais fatores como fundamentais para se entender as condições de saúde desses sujeitos.

Como pode ser visto na Tabela 1, mesmo com a medida socioeducativa de privação de liberdade podendo ser cumprida dos 12 aos 21 anos, todos os adolescentes internados têm entre 15 e 20 anos de **idade**: mais da metade destes possui entre 16 e 17 anos (51,4%), 39,7%

têm 18 anos ou mais e 8,7% têm 15 anos. A maioria cumpre **medida socioeducativa de internação** pela primeira vez (61,5%). Aproximadamente 76% são de **cor** preta ou parda, ao passo que 19,4% se autodeclararam brancos e menos de 5% são de cor amarela ou indígena. Apesar dos solteiros, viúvos ou separados consistirem na maioria (59%), um número significativo dos internos têm **filhos** (37,5%).

Tabela 1
Percentual de adolescentes de acordo com idade.

IDADE	PERCENTUAL
15 ANOS	8,77%
16 ANOS	21,64%
17 ANOS	29,82%
18 ANOS	26,90%
19 ANOS	8,77%
20 ANOS	4,09%

Destaca-se, pelo baixo percentual, o número de adolescentes que ingressaram no **ensino** médio (6,9%) e o alto percentual dos adolescentes que somente alcançaram até o sexto ano do ensino fundamental (58,7%). Quando questionados sobre **trabalho**, com os pesquisadores deixando claro que se deveria compreender por trabalho qualquer atividade que os adolescentes entendessem como tal, ainda que ilegal ou não remunerada, mais da metade disse estar trabalhando de maneira remunerada antes da medida de internação (56,9%).

As **famílias** dos internos se mostram, prioritariamente, enquanto famílias matrifocais, já que 79,6% deles moravam com pelo menos um dos genitores antes da internação, porém 62,1% não moravam com o seu pai. Ao encontro desse apontamento, mais da metade dos adolescentes consideram a mãe como o chefe de sua família (53,3%) e apenas 17,5% consideram o mesmo em relação ao pai. O destaque da baixa escolaridade não é exclusividade dos adolescentes em internação, se estendendo à sua família, assim como a situação de

privação de liberdade, uma vez que 55% dos chefes de suas famílias são analfabetos ou têm o ensino fundamental incompleto e que 67,1% dos adolescentes internados já vivenciaram situação em que algum membro de sua família foi preso.

As **relações** mantidas antes e durante o cumprimento da medida socioeducativa consistem em uma questão com relevante impacto na saúde dos internos. A manutenção do contato com a família, e de um bom relacionamento, é algo confirmado por 83,8% deles, mas 9,5% não mantém qualquer contato ou não têm família. Em relação às visitas na unidade, a grande maioria disse receber visitas (90,3%), mas a porcentagem se reduz em relação à frequência, com 56% as recebendo semanalmente e 34% duas ou uma vez por mês. E, mais uma vez, a questão da matrifocalização se destaca, com 84,7% dos adolescentes recebendo visitas da mãe e 23,9% do pai.

No que diz respeito ao **relacionamento entre os adolescentes**, a maioria deles alega que muitas vezes resolvem os problemas uns com os outros conversando (71,9%), 13,3% dizem que na maioria das ocasiões resolvem xingando uns aos outros e 9% que resolvem através de troca de agressões físicas. Quando solicitada a atribuição de notas, de zero a dez, ao relacionamento com os outros internos, 51% atribuem nota nove ou dez, e 27% atribuem nota zero ou um.

O cenário se mostra significativamente preocupante em relação aos **relacionamentos com os funcionários da instituição** socioeducativa. Os agentes socioeducativos se destacam negativamente em relação às notas, com 65,4% dos adolescentes lhes atribuindo nota zero. O relacionamento com a direção e com a defensoria pública recebe a nota zero de quase metade deles (45,2% e 44,5% respectivamente) e o relacionamento com a equipe técnica recebe essa mesma nota de 30,5% deles. Também através da atribuição da nota mais baixa da escala, muitos deixaram claro sua insatisfação com a qualidade do acesso às informações de seus processos (53,9%), acesso que lhes é de direito.

Em relação aos **alojamentos**, mais especificamente à iluminação e ventilação do local, a maioria dos adolescentes atribui nota inferior ou igual a cinco (66,9% e 62,2% respectivamente). Em relação à higiene e limpeza, 41,6% atribuem nota zero. Se o número de adolescentes que participaram da pesquisa é de 175 e a capacidade da unidade é de 80, fica claro a condição de superlotação que a instituição vive, logo, a precarização dos alojamentos só agrava toda a situação, tendo impacto direto no bem-estar e na qualidade de vida de quem

passa grande parte do seu dia nesse ambiente. Os internos relataram que a maioria dos alojamentos possuem entre 8 e 10 adolescentes (57,9%).

A **alimentação**, que também tem íntima ligação com a saúde desses sujeitos, aparece de maneira negativa nos dados da pesquisa. Dos internos, 81% atribuem nota inferior ou igual a cinco para a quantidade de comida que é servida e 80% dão essas mesmas notas para o sabor das refeições.

A **educação** é mais um direito que é garantido ao adolescente que se encontra privado de liberdade. Alegam que costumam frequentar a escola 78,5% deles e menos da metade a avaliam como digna de receber nota nove ou dez (47,3%).

Condições de Saúde

Os adolescentes apontaram uma série de doenças sofridas nos últimos 12 meses, incluindo os meses que passaram em liberdade e em internação, que se encontram distribuídas na Tabela 2. As maiores ocorrências são de frequentes dores no pescoço, costas ou coluna (42,2%), seguidas de doenças de pele (26,6%), asma ou bronquite (15,1%), doenças mentais que demandam acompanhamento com especialista (8,7%), doenças sexualmente transmissíveis (7,7%), doenças do coração (7,2%) e dengue, zika ou chicungunha (7%). Em menores porcentagens aparecem o câncer (2,8%), tuberculose (1,4%) e HIV/Aids (1,4%).

No que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis, 45,5% dos internos disseram já ter sido orientado sobre a prevenção de gravidez e de DST's na unidade e 6,6% não souberam responder. Porém, quando perguntados sobre o uso de camisinha no momento do ato sexual com suas parceiras ou parceiros, 76,7% responderam que usam poucas vezes ou nunca.

Tabela 2

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

DOENÇAS	PERCENTUAL
---------	------------

FREQUENTES DORES NO PESCOÇO, COSTA OU COLUNA	42,25%
DOENÇAS DE PELE	26,62%
ASMA/BRONQUITE	15,17%
ANEMIA GRAVE OU OUTRA DOENÇA DE SANGUE	13,38%
DOENÇA MENTAL QUE NECESSITE DE ACOMPANHAMENTO	8,76%
DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL	7,75%
DOENÇA DO CORAÇÃO	7,25%
DENGUE/ZIKA/CHICUNGUNHA	7,09%
CÂNCER	2,88%
TUBERCULOSE	1,46%
HIV/AIDS	1,45%

Os **problemas odontológicos** também aparecem de maneira relevante, 57,6% dos adolescentes sofrem com dores de dente na unidade e 18,7% já perderam ao menos um dente desde o início do cumprimento de suas medidas.

Um grupo relevante de internos sinaliza já ter sido diagnosticado por algum profissional de saúde com **deficiência** – parcial ou total – relacionada à parte visual (19,5%), física (7,8%), mental ou intelectual (7,7%) e auditiva (6,4%).

A grande maioria dos internos (85,6%) relatou já ter feito uso de alguma **droga**, sem indicação médica, antes do período da internação e 42,8% destes o fizeram antes de completar 13 anos de idade: 85,3% fizeram uso de maconha, 65,1% de tabaco, 63,8% já ficaram embriagados devido ao consumo de bebida alcoólica, 25,3% já tomaram algum tipo de tranquilizante ou ansiolítico e 4% consumiram crack. Quando questionados sobre a frequência em relação ao uso, aparecem com maior relevância o de maconha e de tabaco, em que 84,3% dos que usaram a primeira e 65% dos que fizeram uso da segunda, o faziam diariamente ou ao menos uma vez na semana. Os adolescentes relataram também o uso de drogas após ingressar

na unidade (20,9%) e 15,6% disseram fazer uso de tranquilizantes ou calmantes com indicação médica.

A **violência** aparece como um importante fator em relação aos agravos à saúde do adolescente em medida de internação. Os números apontam para um contexto significativamente violento: 76,4% dos internos responderam que sofrem agressão verbal no interior da unidade socioeducativa, esse percentual ainda aumenta em relação às agressões físicas sofridas, subindo para 78,6%. A morte em decorrência de violências também se faz uma preocupação real nesse cenário, onde 21,7% dos internos relataram terem sofrido tentativa de homicídio na instituição e 7,9% já tentaram suicídio.

Muitos adolescentes internados possuem **lesões físicas permanentes**, como deformidade ou rigidez constante de dedo, mão ou braço (12,4%) e de pé, perna ou coluna (6,5%), incapacidade para reter fezes ou urina (7,1%), seio, rim ou pulmão retirado (3,2%), alguma paralisia de qualquer tipo (3,2%) e dedos ou membros amputados (1,9%). E de todos esses relatos, há de se ressaltar que quase vinte por cento afirmaram que tais lesões ocorreram após serem internados na unidade socioeducativa.

Quando questionados sobre sua situação de saúde após a internação na unidade socioeducativa, 46,1% alegaram ter piorado, 36,1% responderam que não houve qualquer alteração e uma parcela menor respondeu que houve melhora (17,6%).

Acesso e atendimento em saúde

Muitos dos adolescentes responderam ter ido apenas uma (38,6%) ou nenhuma vez (33,5%) a um médico clínico nos últimos 12 meses **antes da internação**. Como é possível perceber na Tabela 3, em relação aos últimos doze meses antes da internação: 61,4% dos adolescentes frequentaram, em algum momento, uma Unidade Básica de Saúde (UBS); 39,8% acessaram Pronto-socorro, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Emergência; 27% foram ao dentista; 22,9% foram atendidos ou ficaram internados em hospitais; 22,3% se consultaram com médico particular; 17,5% se consultaram com algum outro profissional de saúde e 18,9% acessaram algum Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo os direcionados para o atendimento do usuário de álcool e outras drogas.

Já em relação ao período em que estão internados, desde o início do cumprimento da medida socioeducativa, esse percentual sofre um decréscimo significativo, onde, por exemplo, apenas 26,7% dos internos frequentaram, ao menos uma vez, uma UBS, 17,7% um Pronto-socorro, UPA ou Emergência, 14,9% algum CAPS e 5,6% um consultório odontológico.

Tabela 3

Percentual de adolescentes em relação ao acesso a serviços de saúde antes e depois da internação.

SERVIÇOS DE SAÚDE	ANTES	DEPOIS
POSTO DE SAÚDE (UBS)	61,49%	26,76%
PRONTO-SOCORRO, UPA, EMERGÊNCIA	39,86%	17,70%
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	27%	5,67%
HOSPITAL - INTERNAÇÃO	22,97%	16,31%
CONSULTÓRIO MÉDICO PARTICULAR	22,30%	12%
CONSULTÓRIO DE OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE	17,57%	6,38%
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	10,14%	4,96%
CAPS ÁLCOOL/DROGAS	8,78%	4,26%

Em relação aos serviços de saúde no interior da unidade, 38,6% relataram que costumam frequentar o ambulatório médico ou de enfermagem. Esse número é ainda menor em relação ao setor de psicologia, que conta com a frequência de 32,7% deles.

Discussão

Indo ao encontro dos dados sobre o perfil dos adolescentes participantes deste estudo, o Levantamento Anual SINASE referente ao ano de 2014 (BRASIL, 2017) aponta que a maior proporção de adolescentes em restrição e privação de liberdade no Brasil está

concentrada na faixa etária entre 16 e 17 anos de idade (56%), seguida pela faixa etária acima dos 18 anos (24%), entre 14 e 15 anos (18%) e, logo após, de 12 a 13 anos (2%). Os totais para as faixas etárias acima de 16 anos somam 80% dos adolescentes. O documento informa também que 55,7% dos adolescentes são pretos e pardos, 21,1% de cor branca e 0,8% amarelo ou indígena. Uma significativa parcela não registrou nenhuma informação quanto à raça/cor no referido Levantamento (22,1%).

O fato de mais da metade dos internos terem cursado somente até sexto ano do ensino fundamental, associado ao fato de que, também, mais da metade deles exerciam atividades remuneradas, se constitui em um forte indicativo da situação de vulnerabilidade que este grupo se encontra.

Constantino et al. (2017), em análise de estudos que abordam a questão do perfil de adolescentes em conflito com a lei, também afirmam que, em linhas gerais, todos os estudos por eles analisados traçam um perfil semelhante desse adolescente: faixa etária entre 15 e 17 anos de idade, negro, baixa escolaridade, baixa renda e usuário de drogas.

Em relação às famílias dos adolescentes, chama atenção o caráter matrifocal que elas possuem, assim como a baixa escolaridade daqueles que são percebidos como chefes delas. Feijó e Assis (2004) destacam o contexto de exclusão social que essas famílias estão inseridas, citando, ainda, que a ausência da figura paterna priva o adolescente de um modelo adequado para identidade social e a ausência da mãe, diante da necessidade de trabalhar, a impossibilita de dispensar a atenção e o cuidado apropriado no processo de educação de seus filhos. Corroborando essa análise, o estudo de Alves (2003), traça o perfil da mãe desses adolescentes: faixa etária entre 40 e 49 anos, baixa escolaridade, vivendo só e, ainda, responsável pelo sustento da casa com uma renda familiar de um a três salários mínimos.

A figura da mãe, que aparece com destaque também nas visitas aos internos, mostra que é ela quem está presente e apoia esse adolescente no dito processo de recuperação, deixando claro, conseqüentemente, a necessidade de respaldo e proteção dessas mulheres (CONSTANTINO et al., 2017).

Ao abordar as estruturas físicas da unidade, as condições dos alojamentos e da alimentação que recebem, os adolescentes são enfáticos quanto à precariedade desses aspectos. Muitos dos dados vão diretamente ao encontro das informações que compõem o Relatório Temático do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de

Janeiro (MEPCT/RJ), demonstrando que o contexto da unidade de internação do município de Campos dos Goytacazes é bastante similar à realidade verificada em todo o estado.

Os internos das unidades socioeducativas do Rio de Janeiro, em geral, vivem em alojamentos superlotados e insalubres, onde infiltrações, alta umidade e fiação elétrica exposta se tratam de questões comuns, assim como ventilação e iluminação insuficientes e alimentação de baixa qualidade e pouco valor nutritivo (RIO DE JANEIRO, 2017). Antes mesmo de abordar questões mais específicas de saúde dos adolescentes, fica claro que alguns aspectos têm grande impacto em suas condições de saúde.

Dores no pescoço, costas e coluna aparecem com a maior frequência nos relatos dos adolescentes internados sobre essas condições. Podem ser fatores associados a esses altos índices a superlotação da unidade e a falta de lugares adequados para acomodação e locomoção, e até falta de colchões, nos alojamentos, situação que se repete nas demais unidades de internação no estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2017).

A superlotação tem, também, importante papel em relação ao alto percentual de internos que relataram sofrer com doenças de pele, situação que é agravada pela total condição de insalubridade da unidade relatada por eles, insalubridade que está presente, de acordo com o Conselho Nacional do Ministério Público (2015), em mais de 70% das unidades socioeducativas de internação do estado.

As precárias condições de ventilação dos alojamentos refletem no significativo número de doenças respiratórias (asma e bronquite) dos adolescentes privados de liberdade, que aparecem, inclusive, em quantidade muito superior quando comparadas com aquelas encontradas no restante da população brasileira (IBGE, 2014).

Interessante ressaltar que, apesar de quase metade dos internos relatarem receber orientação em relação à prevenção de gravidez e de DST's, quase 77% deles também afirmaram usar pouco ou nunca usar camisinha durante relações sexuais. No estudo de Peres et al. (2002), muitos dos adolescentes internados mostraram que encaram o HIV, por exemplo, com naturalidade, disseram que os riscos que enfrentam em seu cotidiano são muito maiores que os acarretados pela contaminação, e que percebem a camisinha como algo frágil e que interfere no prazer durante a relação sexual.

O uso de drogas marca forte presença nos resultados desta pesquisa. Alguns estudos dizem que programas de prevenção voltados para a diminuição do uso de substâncias podem

acarretar em uma redução dos comportamentos delinquentes (NARDI et al., 2012; ZAPPE & DIAS, 2012). A grande maioria dos adolescentes internados relatou ter usado algum tipo de droga e quase metade deles afirmou ter iniciado antes do 13 anos de idade. Reforçando esses dados, Martins e Pillon (2008), em estudo sobre o perfil de adolescentes institucionalizados, revelam que o uso de drogas ocorre muito cedo, por volta dos 12 anos, apontando também, assim como neste estudo, que os maiores índices são os de uso de maconha, tabaco e álcool.

Estudo realizado em municípios do interior do Rio Grande do Sul sobre o uso de substâncias psicoativas por estudantes do ensino médio apontou que o uso da maconha se destacava entre aqueles que estavam na faixa etária entre 14 e 19 anos (PINHO et al., 2006).

Apesar do elevado número de adolescentes que tiveram contato com drogas antes da internação, destaca-se o significativo percentual daqueles que fizeram uso também após ingressar na unidade, assim como o daqueles que fazem uso de calmantes ou tranquilizantes com indicação médica. As intervenções medicamentosas acabam se tornando comuns no interior das unidades de internação devido à impossibilidade de realização de um trabalho mais qualificado, o que pode acarretar em um uso indiscriminado de contenções químicas, tornando uma prática violenta aquilo que seria um cuidado em saúde (RIO DE JANEIRO, 2017).

Segundo Monteiro e Abelha (2015), muitos adolescentes privados de liberdade que participaram de seu estudo alegaram possuir dificuldade para dormir desde seu ingresso na unidade de internação, e, devido a isso, relataram fazer uso de medicamentos, onde 25,6% dos entrevistados os utilizavam com prescrição médica e 24,1% por decisão própria. Os autores apontam ainda que os transtornos mentais mais prevalentes nesses adolescentes estavam diretamente ligados ao uso de substâncias psicoativas.

A superação de práticas conservadoras e punitivas se mostra um obstáculo em relação à doutrina da proteção integral quando falamos em sistema socioeducativo. A aplicação da medida socioeducativa, apesar do seu caráter reparador, não deve deixar de priorizar a promoção da saúde dos adolescentes privados de liberdade, já que esta é tida como modalidade mais completa em relação à prevenção dos atos infracionais (CONSTANTINO et al., 2017). Esse obstáculo se mostra firme e enraizado diante das falas dos internos sobre suas relações com os funcionários da unidade.

O relatório do MEPCT do Rio de Janeiro diz que é uníssona a reclamação dos internos das unidades socioeducativas do estado em relação ao uso excessivo da força por parte dos agentes socioeducativos. Bem semelhante à realidade exposta pelos adolescentes participantes deste estudo, onde 78,6% disseram sofrer violência física, os relatos consistem em agressões físicas e verbais, variam entre xingamentos, ameaças, socos, pontapés e até uso de objetos como barras de ferro e madeira (RIO DE JANEIRO, 2017). E, vale ressaltar, consta no relatório que, em inspeção ao CENSE PMHA em junho de 2017, logo após realização desta pesquisa, foram de fato encontradas duas barras (uma de ferro e outra de madeira) em um dos módulos de alojamentos, bem como foram relatadas inúmeras agressões perpetradas, por parte dos agentes, com o uso delas.

Essa violência expõe como a lógica coercitiva persiste nas instituições que pretendem ser socioeducativas, principalmente nas que são responsáveis por medidas de internação, desrespeitando direitos humanos básicos, descaracterizando-se de seu propósito, intensificando processos de exclusão e comprometendo a condição de desenvolvimento e de dignidade do adolescente (CONSTANTINO et al., 2017).

A situação do atendimento e do acesso às ações e serviços de saúde, principalmente da rede pública e externos à unidade, consiste em um fator preocupante diante da realidade relatada pelos internos. Mesmo que seja uma obrigação dos profissionais do sistema educativo a garantia do acesso aos equipamentos de saúde, muitas vezes a medida de internação é, justamente, o fator que interrompe um cuidado anteriormente existente, como mostrado na Tabela 3.

O atendimento por profissionais da equipe de saúde da unidade se mostram através de números nada expressivos. É importante ressaltar que mesmo com a existência desses ambulatórios funcionando no interior da unidade de internação, a articulação com os serviços de saúde do território deve ser garantida, e não somente os serviços de urgência e emergência, mas também o acesso à atenção básica, realização de consultas com especialistas e de exames (RIO DE JANEIRO, 2017).

A legislação reforça a primazia do adolescente em medida de internação no acesso à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que sua circulação pelas unidades de atenção básica seja pontual (VILAS BOAS, 2013). Se antes da internação o acesso aos equipamentos da rede pública, por parte dos adolescentes, se mostrou pontual, durante o período de cumprimento da medida esse acesso se torna ainda mais raro.

Os adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação sofrem com barreiras no acesso aos serviços em saúde, e que estes são recebidos, não raramente, com resistência pelas equipes, até mesmo quando os encaminhamentos aos serviços são feitos por determinação judicial (SCISLESKI et al., 2015).

De acordo com Ribeiro et al. (2017), em estudo com profissionais da equipe de saúde mental de unidades do sistema socioeducativo do Rio de Janeiro, alguns profissionais alegaram nunca ter presenciado um adolescente em medida de internação acessar um serviço da rede pública de saúde. As autoras apontam para um isolamento tanto por parte dos adolescentes quanto por parte dos profissionais do sistema em relação às ações e políticas públicas do território.

Fundamental ressaltar, de acordo com Vilas Boas (2013), que qualquer forma de discriminação e negligência no atendimento ao adolescente em conflito com a lei, por profissionais da saúde, consiste em um ato passível de punição perante a legislação. Quando se impede o adolescente internado de acessar o SUS, este é penalizado duplamente pelo mesmo ato infracional, sendo a medida de internação a punição formal e legítima, e a outra uma medida meramente punitiva e vingativa.

Importante finalizar essa discussão ressaltando o que os internos relataram sobre as suas condições após a internação na unidade socioeducativa, onde quase metade deles afirma que se encontra em pior situação de saúde do que aquela em que se encontrava antes da entrada no sistema socioeducativo. Isso aponta que o paradigma da proteção integral precisa se traduzir em prática, a perspectiva socioeducativa precisa se sobrepôr à lógica correcional que segue presente no sistema socioeducativo e nos equipamentos onde as medidas são executadas (CONSTANTINO et al., 2017).

Considerações finais

As condições de saúde aqui expostas não deixam dúvidas de que os adolescentes em medida socioeducativa de internação não têm seus direitos fundamentais garantidos e que os preceitos que embasam a socioeducação não se refletem na aplicação dessas medidas no interior da unidade socioeducativa. Ainda que a saúde seja apontada como questão

fundamental para êxito da socioeducação, o que se destaca é que esta não recebe a devida atenção.

A realidade dos adolescentes em medida de internação é de completa e total precariedade e insalubridade quanto aos espaços físicos da unidade socioeducativa, onde esses sujeitos enfrentam, ainda, enormes barreiras no que diz respeito ao acesso dos serviços da rede pública de saúde. A intersetorialidade que é preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória, que se trata de uma diretriz fundamental para o alcance da atenção integral à saúde desse adolescente, se mostra uma preocupação secundária nesse cenário. Pode-se dizer que o atendimento à saúde do adolescente privado de liberdade se resume em um gritante descumprimento daquilo que é prescrito na PNAISARI.

O cenário de maus-tratos e o tratamento dispensado aos adolescentes que cumprem medida de internação vão de encontro ao exercício da proteção integral. A lógica punitiva se impõe de maneira covarde à socioeducativa, agredindo a integridade física e mental desse grupo, lhes tirando o mínimo de dignidade. Profissionais da unidade de internação e dos equipamentos da rede pública são perpetuadores de uma lógica violenta, negligente e descompromissada com a legislação e com as políticas.

Conclui-se que a superlotação da unidade, a insalubridade e precariedade dos espaços da instituição e de todo o contexto institucional, a violência cotidiana e a violação dos direitos básicos dos internos têm íntima ligação com as condições de saúde desse adolescente internado, ligação que se traduz em impactos muito negativos e prejudiciais às condições físicas e mentais desse grupo.

Referências

ALVES, M. I. D. A. M. Adolescentes em conflito com a lei: representações sociais maternas. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

ANDRADE, R. C. et al. 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*, 16(4): 2179-2188; 2011.

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

BRASIL, LEI Nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Diário Oficial da União, 19 de janeiro de 2012.

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

BRASIL, Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. LEVANTAMENTO ANUAL SINASE 2014. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei: normas e reflexões. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRAZ, M. et al. Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9): 1877-1888, set., 2013.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Relatório da resolução 67/20121. Brasília: CNMP, 2015.

CONSTANTINO, P. et al. Violadores, Violentados e Violados: a propósito de adolescentes em conflito com a lei. In: *Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: Visão da Literatura Brasileira do Campo da Saúde*. MINAYO, M. C. S. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FEIJÓ, M. C.; ASSIS, S. G. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. *Estudos de Psicologia*, 9(1): 157-166, 2004.

FERNANDES, F. M. B. et al. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. ESPECIAL, P. 120-131, DEZ 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A Relação entre a Iniciação do Uso de Drogas e o Primeiro Ato Infracional entre os Adolescentes em Conflito com a Lei. Cadernos de Saúde Pública, 24(5): 1.112-1.120, 2008.

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

MONTEIRO, E. M. S.; ABELHA, L. Prevalência de Transtornos Mentais e Fatores de Risco em Adolescentes do Sexo Masculino Privados de Liberdade. Adolesc. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 7-18, out/dez. 2015.

NARDI, F. L. et al. Uso de Drogas e Comportamento Antissocial entre Adolescentes de Escolas Públicas no Brasil. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34(2): 80-86, 2012.

PERES, C. A. et al. Aids Prevention Among Incarcerated Teenagers, Brazil. Revista de Saúde Pública, 36(4): 76-81, 2002.

PINHO, S. R. et al. Morbidade Psiquiátrica entre Adolescentes em Conflito com a Lei. J Nas Psiquiatr., 55(2): 126-130, 2006.

RIBEIRO, D. S. Discursos das Equipes de Saúde Mental de Unidades de Internação do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. Presídios com nome de escola: inspeções e análises sobre o sistema

socioeducativo do Rio de Janeiro. Organização: Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. – Rio de Janeiro: MEPCT/RJ, 2017.

SCISLESKI, A. C. C. et al. Medida Socioeducativa de Internação: estratégia punitiva ou protetiva? *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 505-515, Dec. 2015.

VILAS BOAS, C. C. A Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade em Belo Horizonte: Impasses e Desafios. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte, 2013.

ZAPPE, J. G.; DIAS, A. C. G. Adolescence, Violence and Drug Use: a Multiple Case Study. *Adolescência e saúde*, 9(2): 30-36, 2012.

7.2. Artigo II: Discursos sobre a saúde dos adolescentes cumprindo medida de internação na unidade de Campos dos Goytacazes: do reconhecimento à gestão das demandas

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a produção discursiva dos adolescentes em medida socioeducativa de internação, de agentes socioeducativos e de profissionais da equipe de saúde da unidade, localizada na cidade de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro, em relação à identificação das demandas de saúde dos adolescentes e os processos de gestão destas. Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas, onde, desse total, participaram seis adolescentes internados, dois agentes socioeducativos e dois profissionais da equipe de saúde da unidade. O método eleito para análise do material foi a Análise de Discurso Crítica (ADC) de Fairclough. As produções discursivas apontam que a promoção da saúde não é percebida enquanto questão fundamental para a prevenção da reincidência do ato infracional, estando condicionada à segurança, ao controle e ao caráter punitivo da medida de internação. A intersectorialidade preconizada pela legislação se mostra uma preocupação secundária nesse cenário, onde as demandas de saúde dos internos estão ligadas, principalmente, às condições precárias de salubridade, às violências e a uma lógica institucional de totalidade.

Palavras-chave: adolescente em conflito com a lei, análise de discurso, demanda de saúde, medida socioeducativa.

Abstract

This article aims to analyze the discursive production of adolescents in socioeducative measures of liberty deprivation, socioeducative agents and professionals of the health team of the unit, located in the city of Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro, in relation to the identification of adolescents health demands and their management processes. Ten semi-structured interviews were conducted, with six adolescents, two socioeducative agents and two professionals from the unit's health team. The method chosen for material analysis was Fairclough's Critical Discourse Analysis. The discursive productions point out that the promotion of health is not perceived as a fundamental issue for the prevention of recidivism of the infraction, being conditioned to the security, control and punitive character of the socioeducative measure. The intersectoriality advocated by the legislation is a secondary concern in this scenario, where the health demands of the inmates are mainly related to precarious conditions of health, violence and an institutional logic of totality.

Keywords: young offenders, discourse analysis, health demand, socioeducative measure.

Introdução

Na ótica de senso comum, especialmente numa perspectiva conservadora, que alicerça as propostas de diminuição de idade de responsabilização penal, crianças e adolescentes são aqueles que necessitam e “merecem” proteção, afastando-se moralmente dos “delinquentes” a quem caberia, sobretudo, castigo e punição prisional.

Tais perspectivas colidem com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8069/90, que elucida que o ato infracional é a conduta descrita como crime ou contravenção penal que, de acordo com o Art. 112, quando verificada sua prática por adolescentes, a autoridade competente poderá aplicar a estas medidas que variam desde advertência até a

internação em estabelecimento educacional, sendo esta última a medida foco do presente estudo. Cabe ressaltar que o ECA considera o adolescente enquanto sujeito de direitos fundamentais e merecedor de proteção prioritária. (BRASIL, 1990).

A internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, sendo permitida a realização de atividades externas, exigindo a constante reavaliação da medida (prazo máximo de 06 meses) e havendo a garantia de que a internação, em hipótese alguma, excederá a três anos. A medida de internação deve ser aplicada somente quando o ato infracional cometido for caracterizado por séria ameaça ou violência à pessoa, quando houver reiteração de delito grave ou descumprimento de medida anteriormente determinada, e que atividades pedagógicas devem ser garantidas ao adolescente na medida de internação, provisória ou não (BRASIL, 1990).

O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração do ato infracional até a execução das medidas socioeducativas (BRASIL, 2012).

De acordo com o Levantamento Anual SINASE referente ao ano de 2014, o Brasil possuía 24.628 adolescentes cumprindo medida em restrição e privação de liberdade, que se refere às modalidades de internação, internação provisória e semiliberdade. Somente em internação, no país, foi verificado um total de 16.902 adolescentes, número que caracteriza 66% do total em restrição e privação de liberdade, e um aumento de 6% em relação ao quantitativo do ano anterior, uma vez que no ano de 2013 os dados apontavam para a existência de 15.221 adolescentes internados (BRASIL, 2017).

O estado do Rio de Janeiro só ficou atrás de São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco em relação ao número de adolescentes em restrição e privação de liberdade em todo o território nacional, com 1.536 adolescentes cumprindo esse tipo de medida (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, editaram as portarias nº 1.082 e nº 1.083 de 23 de maio de 2014, onde é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e internação Provisória (PNAISARI), onde são apresentadas as diretrizes para a implantação da atenção à saúde prestada a adolescentes

cumprindo medidas socioeducativas, com o propósito de garantir que a atenção à saúde seja humanizada e qualificada durante o cumprimento da medida de privação de liberdade (BRASIL, 2015).

A implementação e a execução da PNAISARI se deparam com alguns desafios, e, talvez, um dos maiores deles seja a discrepância entre as diretrizes e as práticas cotidianas de atendimento ao adolescente em conflito com a lei que se encontra privado de liberdade. Existe uma dificuldade por parte de gestores, profissionais de saúde e do próprio sistema socioeducativo em compreenderem que é deles a responsabilidade do atendimento e da garantia de direitos (FERNANDES et al., 2015).

Foram a óbito 48 adolescentes cumprindo medida em unidades de internação no país em 2014, uma média de quatro mortes por mês, e desse total de óbitos nas unidades, dois foram registrados no estado do Rio de Janeiro. A principal causa de óbitos foi em decorrência da categoria “outros”, representando 46% dos óbitos no ano, o que aponta negligência ou intencionalidade na produção incompleta de informações, visando a evitar as necessárias responsabilizações do Estado com tais situações e indicando também falhas de órgãos fiscalizadores e de monitoramento (BRASIL, 2017).

O tratamento à adição a substâncias se mostra uma demanda de atendimento de saúde recorrente para os adolescentes em conflito com a lei (ASSIS, 1999). No sistema socioeducativo brasileiro, os adolescentes internados costumam ainda sofrer de carência nutricional, de doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde bucal e problemas dermatológicos (MINAYO et al, 2003).

Em pesquisa realizada em unidades de internação no Rio de Janeiro, Andrade et al (2011) identificaram que a prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes internados é maior do que na população de adolescentes da mesma idade. E, apesar da alta incidência de transtornos, apenas 6% dos adolescentes recebem atendimento em saúde mental.

Destaca-se, também, a ausência de estudos sobre a saúde física desse grupo, o que dificulta a determinação da prevalência de doenças crônicas e seu tratamento durante o período de cumprimento da medida de internação (BRAZ et al, 2013). Todas essas informações apontam a importância da temática e a necessidade de um olhar detalhado sobre a questão de saúde desses sujeitos.

O objetivo deste artigo é analisar a produção discursiva de adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação, de agentes socioeducativos e de profissionais de saúde da unidade de internação da cidade de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro, sobre as demandas de saúde dos adolescentes internados e sobre os processos de gestão destas, entendendo demanda como sendo individual e passível de variações de acordo com influências de diferentes regiões, classes sociais e algumas outras questões, revelando-se, assim, diferente do que se entende por necessidade (CAMPOS e BATAIERO, 2007).

Buscou-se compreender, através dos discursos dos adolescentes e dos profissionais da unidade, quais as percepções desses sujeitos sobre como se dá o reconhecimento e a identificação das demandas de saúde dos adolescentes que cumprem medida de internação e como essas demandas são atendidas pelas equipes da unidade.

Metodologia

No estado do Rio de Janeiro existem nove unidades socioeducativas, das quais seis são responsáveis pela execução da medida de Internação. Essa pesquisa, como já mencionado, foi realizada na unidade de internação localizada na região norte fluminense do estado, tendo como sujeitos os profissionais que atuam na referida unidade e os adolescentes que nela se encontram internados.

O Centro de Socioeducação Professora Marlene Henrique Alves (CENSE PMHA), unidade da cidade de Campos dos Goytacazes, se localiza no Km 53 – região chamada de Itereré – da estrada que liga a cidade de Campos a São Fidélis, e foi inaugurado em 15 de maio de 2013, sendo, assim, construído de acordo com as diretrizes do SINASE e reconhecido como unidade modelo pelo estado. Essa unidade foi pensada para atender 25 municípios da região norte e noroeste fluminense, e possui capacidade para 80 adolescentes, atendendo somente jovens do sexo masculino.

Em reunião com a diretoria da instituição, na própria unidade de internação, no dia 24 de março de 2017, foi exposto que lá haviam 202 adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação, apesar de a instituição ter capacidade para 80 adolescentes.

Foram realizadas 10 (dez) entrevistas semiestruturadas, todas no mês de abril do ano de 2017. Desse total de entrevistas, participaram 06 (seis) adolescentes cumprindo medida de internação, 02 (dois) agentes socioeducativos e 02 (dois) profissionais da equipe de saúde da unidade em questão, sendo 01 (uma) enfermeira e 01 (uma) técnica de enfermagem. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

O método eleito para análise do material qualitativo foi a Análise de Discurso Crítica (ADC). De acordo com Fairclough (2001), o discurso é um modo de ação e também de representação do mundo, sobre o qual é possível falar a respeito de três efeitos: influencia na construção de identidades sociais, de relações sociais e também tem impacto na construção do que o autor chama de “sistemas de conhecimento e crença”.

Fairclough (2001) propõe um quadro tridimensional como referência para a análise do discurso. A primeira dimensão fala sobre a análise textual do discurso, que considera itens como vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. Outra dimensão é a que ele chama de prática discursiva, que identifica a relação entre discurso e estrutura social; a terceira dimensão trata da análise do discurso enquanto prática social, identificando e analisando relações de poder e de ideologias.

No que diz respeito à análise textual, o estudo do vocabulário é voltado para o uso dos léxicos, das relações entre eles e seus sentidos, enquanto o da gramática se dedica à disposição das palavras nas orações. A coesão trata das ligações entre as frases, através de mecanismos de referência, sinônimos e conjunções, e a estrutura textual se refere à organização mais ampla do texto, à maneira com que os elementos são combinados (RESENDE & RAMALHO, 2004).

Na análise das práticas discursivas, se propõe analisar como os textos são produzidos, distribuídos e consumidos, assim como as categorias de força, coerência e intertextualidade. A análise da prática social, em relação aos aspectos ideológicos, observa os sentidos das palavras, as pressuposições, metáforas (RESENDE & RAMALHO, 2004). Em relação aos aspectos hegemônicos, essa análise observa as orientações da prática social, orientações econômicas, políticas, culturais.

Na análise aplicada neste estudo, destacamos as dimensões de análise textual e das práticas discursivas, sendo utilizado de maneira significativa o vocabulário, figuras de linguagem e aspectos da coesão, assim como reflexões sobre coerência e a observação da

maneira com que os textos (enquanto produções discursivas) foram produzidos e da presença de modalizadores discursivos.

As falas das entrevistas dos adolescentes cumprindo medida de internação, dos agentes socioeducativos e dos profissionais da equipe de saúde da unidade foram transcritas na íntegra e organizadas por temas, tratados como blocos discursivos. No presente texto, as citações constituem fragmentos discursivos considerados significativos e decupados por orações. Destacamos a percepção de cada entrevistado em relação às queixas de saúde dos adolescentes, em relação ao reconhecimento dessas queixas enquanto reais demandas e aos processos de gestão dessas demandas, servindo assim de ponto de partida para a análise realizada.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública pelo parecer 2.078.462.

Resultados e discussão

Contexto Enunciativo

Algo que se fez claro, durante o período em que foram realizadas as entrevistas, é que em relação aos atendimentos em saúde, sejam estes realizados dentro ou fora da unidade, o agente socioeducativo é o profissional que participa de cada uma das etapas que compõe o fluxo desses atendimentos. A presença constante do agente socioeducativo se deve ao fato de o mesmo ser o responsável por realizar e acompanhar toda a movimentação dos adolescentes em internação.

Existe um processo de triagem para o atendimento das demandas de saúde. As narrativas dos adolescentes sobre suas queixas precisam de uma sucessiva e hierárquica aprovação quanto a sua credibilidade e legitimidade, situação que se esclarecerá mais a frente, no momento em que discutimos os depoimentos a respeito do fluxo dos atendimentos.

A equipe de saúde da unidade é composta, basicamente, por enfermeiras e técnicas de enfermagem, que se alternam em plantões. A unidade se encontra sem um profissional de

medicina. Existe um médico que atende os adolescentes, porém ele não integra a equipe e é cedido pelo município de Campos dos Goytacazes, atuando, assim, de maneira episódica.

A unidade também não conta com uma equipe de saúde mental. Os adolescentes que teriam a necessidade do atendimento por essa equipe são atendidos exclusivamente pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), também da cidade de Campos dos Goytacazes, porém esses adolescentes não são conduzidos para o atendimento externo, profissionais desse equipamento realizam visitas semanais à unidade para atender as demandas existentes. Precisamos ressaltar que essas visitas, apesar de evidenciarem um movimento por parte dos profissionais da rede para o atendimento dos internos, ferem as diretrizes da PNAISARI que garantem o tratamento individual e especializado em local adequado aos adolescentes com questões de saúde mental (BRASIL, 2015).

Demandas de saúde: queixas, reconhecimento e gestão

“Aqui só gera ódio no coração”: maus-tratos, falta de higiene e suas consequências

A presente análise se inicia pelos discursos dos adolescentes, expondo suas principais queixas sobre questões que têm impacto direto em sua saúde.

Adolescente 3

1. a gente aqui tem vezes que é tratado como cachorro...
2. dá algum problema
3. eles querem pegar todo mundo...
4. Eu sei que tem a facção,
5. mas quem errou foi um, não é todo mundo...
6. Como eu tenho problema de pressão altíssima
7. qualquer coisa eu desmaio,
8. qualquer coisa eu fico tremendo,
9. aí fico nervoso,
10. tem hora que vem os cara

11. e trata o sujeito como cachorro,
12. xinga,
13. manda o sujeito pra tal lugar, várias coisas...

Os depoimentos se repetem, constituindo uma fala de denúncia contundente aos maus-tratos recebidos por parte dos agentes institucionais. O Adolescente 3 invoca a metáfora de ser “tratado como cachorro” de forma recorrente (orações 1 e 11). Sua análise indica o reconhecimento de que existem distúrbios disciplinares (“problema”) ocasionados pela ação de fações (oração 4).

Todavia, as punições são difusas e violentas, aplicadas sem discernimento pelos representantes institucionais, retratados discursivamente com entidades impessoais (“Eles”, “os caras” – orações 3, 10). Todos são punidos, constituindo a face de injustiça e de falta de critério em sua argumentação. O fragmento discursivo do entrevistado 3 desenha os cenários da imprevisibilidade (“dá um problema” – oração 2) e da falta de previsão ou mesmo de proteção diante do contexto institucional violento.

A segunda linha de argumentação e coerência do texto traça a relação causal entre as punições aplicadas sem critério e de forma intensiva a todos e as consequências deletérias a sua saúde individual. Nesse sentido, a relação desse contexto com os danos à sua saúde é claramente enunciada nas orações 6, 7, 8, 9. Usando uma hipérbole para caracterizar sua hipertensão arterial (oração 6) e a sua assumida fragilidade (“qualquer coisa desmaio/fico tremendo”), o entrevistado relata seus sintomas e sofrimento.

Essa violência expõe como a lógica coercitiva persiste nas instituições que pretendem ser socioeducativas, principalmente nas que são responsáveis por medidas de internação, desrespeitando direitos humanos básicos, descaracterizando-se de seu propósito, intensificando processos de exclusão e comprometendo a condição de desenvolvimento e de dignidade do adolescente (CONSTANTINO et al., 2017).

Adolescente 1

1. aqui só gera ódio no coração
2. às vezes você pensa

3. em voltar e matar mesmo
- (...)
4. Dá vontade de sair,
5. vir aqui
6. e sair matando esses funcionário tudo

Violências seguem ocupando significativo espaço nos depoimentos, implicando em críticas a respeito da execução da socioeducação nas medidas de internação e em relevantes consequências à saúde dos adolescentes internados.

O Adolescente 1, questiona a eficácia da medida socioeducativa quando faz uso do advérbio “só” (oração 1) para denotar sentido de “apenas”, para restringir e reduzir o complexo papel da unidade socioeducativa a um lugar que produz, unicamente, um sentimento de ódio.

E como produto desse ódio, surgem, com determinada frequência, pensamentos violentos de sua parte, sobre matar profissionais da unidade (orações 2 e 3). Vale ressaltar ainda a utilização do pronome “mesmo”, no final da oração 3, aparecendo para enfatizar tal pensamento, como um indicativo de reforço.

Nas orações 4, 5 e 6, o adolescente reitera pensamento expressado anteriormente (orações 2 e 3), se faz enfático em relação à ação de matar, não mais falando sobre pensar em tal ação, mas na “vontade” de comete-la. Ele faz uso do gerúndio (“sair matando”), indicando ideia de continuidade, de duração. Ele, ainda, dirige a vontade de “sair matando” aos funcionários da instituição de maneira generalizada, fazendo uso de um pronome indefinido (“tudo”), indicando não haver relevante diferenciação entre eles e suas maneiras de agir, em seu modo de representar.

Segundo Souza e Costa (2012), a medida de privação de liberdade é significada pelos adolescentes como um gerador de raiva, indignação, repulsa, revolta e sentimento de injustiça. Os adolescentes consideram essa medida como “prisão”, “manicômio”, “castigo” e “segregação” (CASTRO & GUARESCHI, 2008).

1. Eu tenho um corte aqui da algema
(...)
2. apertou até o talo aqui
(...)
3. Pegou a “kenner”, aquele chinelo grosso
4. bateu só na minha cara,
5. aí ficou inchado

O Adolescente 2 corrobora com as agressões expostas até aqui. Ele aponta um uso incorreto das algemas por parte dos agentes socioeducativos (oração 1), ferindo seus pulsos (“corte”). Na oração 2, ele atribui o ferimento ao fato de as algemas terem sido colocadas demasiadamente apertadas, até o limite, sinalizando o exagero através do uso da metáfora “até o talo”.

O local do ferimento é indicado com exatidão em seu discurso através do uso do advérbio “aqui”, primeiro na oração 1, sendo reiterado na oração 2, se fazendo enfático quanto ao ocorrido e o exato local, estendendo os pulsos para mostrar o corte.

O adolescente alega, na oração 3, ter sido agredido através de outro objeto, que ele especifica, inclusive, dizendo a empresa que o produz e comercializa (“kenner”), dizendo se tratar de um “chinelo” e o adjetivando como “grosso”, buscando transmitir detalhadamente as características de tal objeto em seu discurso, com o intuito de expor a alta capacidade de causar dor.

Ele utiliza o advérbio “só” (oração 4) para delimitar e ressaltar o local onde ocorreu a agressão e se concentrou toda a violência (“na minha cara”), exaltando, ainda, a humilhação da ação, além das consequências físicas. Finalizando o bloco discursivo, na oração 5, ele detalha tais consequências, enfatizando a gravidade e visibilidade ostensiva e inquestionável da agressão (“aí ficou inchado”).

Coutinho et al. (2011, apud CONSTANTINO et al., 2017) apontam que adolescentes internados concordam que o sistema socioeducativo poderia obter êxito em relação à socioeducação, e superar sua condição excludente, caso a aplicação da medida de internação fosse justa e humanizada. A medida de internação deveria proteger o interno dos fatores de

risco e os responsabilizar por seus atos, mas, pelas falhas em sua execução, ela se apresenta como violadora dos direitos fundamentais que preconiza (CONSTANTINO et al., 2017).

Diante dos discursos dos adolescentes analisados até esse ponto do texto, fica claro que os maus-tratos constituem uma das principais queixas por parte deles, e que se mostram, obviamente, como uma das principais questões que afetam a saúde individual e coletiva desses sujeitos.

A outra questão que divide espaço com os maus-tratos são questões relacionadas à higiene, e condições da unidade de internação, e suas consequências em relação à saúde dos adolescentes. De acordo com Andrade et al. (2011), as condições de confinamento dos adolescentes que cumprem medida de privação de liberdade são fundamentais para sua qualidade de vida e seu bem-estar, tanto físico quanto mental.

Adolescente 3

1. Aqui eu tive problema de pele, muito problema de pele
2. Aqui é um lugar fechado, um lugar úmido,
(...)
3. dá muitas bolinhas, muitas, muitas, muitas...
4. E agora eu tô bebendo antibiótico
(...)
5. Aí também apareceu tal de pano branco...
6. Frieira entre os dedos,
7. uns negócio soltando pus entre os dedos...
8. Aqui é difícil

O Adolescente 3, na oração 1, relata ter tido sua saúde afetada por questões dermatológicas, não determinando o dano exato à sua saúde (“problema de pele”). Apesar da indeterminação presente em seu discurso, ele se preocupa em especificar que não foi um caso isolado (“muito problema de pele”).

O adolescente adjetiva a unidade de internação como um lugar “fechado”, caracterizando-o também como um local “úmido” (oração 2), e, apesar da ainda presente indeterminação sobre aquilo que afeta sua saúde, ele fala, novamente, sobre um alto número

de consequências visíveis em sua pele, diz que tais condições fazem surgir “muitas bolinhas”, repetindo o quantificador “muitas” mais três vezes (oração 3), reiterando, de maneira contundente, a grande quantidade das erupções de pele.

Apesar de, no começo do bloco discursivo, o adolescente se referir aos problemas de saúde em um tempo verbal passado (“eu tive problema de pele” – oração 1), na oração 4, a utilização do advérbio de tempo (“agora”) e do gerúndio (“bebendo”) indicam ainda estar em tratamento, fazendo uso de medicamento (“antibiótico”).

Em adição aos problemas mencionados até aqui, ele cita outros. Agora, se faz mais específico em seu discurso, apesar do uso da expressão “tal de” (oração 5), indicativa de certo desdém e desconhecimento, cita o “diagnóstico” de “pano branco” (oração 5) e, logo após, o de “Frieira” (oração 6), localizando este último de maneira específica, “entre os dedos” (oração 6). É enfático quanto à gravidade e ao dano concreto à sua saúde, reiterando, inclusive, o local (“soltando pus entre os dedos” – oração 7).

Se faz relevante destacar o recorrente uso do advérbio “aqui” (orações 1, 2 e 8) ao longo do bloco discursivo, delimitando os acontecimentos sempre ao espaço físico da unidade, indicando relação direta dele com aquilo que é relatado no depoimento. Concluindo sua fala, o adolescente é enfático quanto às dificuldades e os impactos negativos em sua saúde decorrentes do convívio neste espaço (“Aqui é difícil” – oração 8).

Diante disso, faz-se relevante mencionar o relatório do Conselho Nacional do Ministério Público (2015, apud CONSTANTINO et al., 2017), sobre as unidades socioeducativas de internação de todo o país, que expôs que 71,4% das unidades do estado do Rio de Janeiro são insalubres.

Adolescente 3

1. Aqui dentro eu tive sete furúnculos
(...)
2. Aparece muito esses negócio brabo aqui...
3. Essa cadeia aqui tá pesada...
4. É limpeza...
5. Os funcionários da limpeza não entram pra lavar lá dentro...
6. A gente que lava...

7. A gente lava sabe com o que? Com sabonete...
8. Sabonete vai matar o que?

Na continuação do depoimento do Adolescente 3, ele relata ter tido “sete furúnculos” durante o cumprimento de sua medida (oração 1), e indica que danos à saúde, semelhantes à esses, são comuns e recorrentes no interior da unidade (oração 2).

O adolescente, na oração 3, compara a unidade socioeducativa à uma unidade carcerária, ao sistema prisional, ao se referir a ela através da palavra “cadeia”, a adjetivando também como “pesada”, em referência aos recorrentes problemas dermatológicos citados anteriormente e os sofrimentos que eles acarretam (oração 1 e 2). E atribui tais prejuízos à sua saúde aos cuidados com a higiene (oração 4).

Padovani e Ristum (2016), em estudo realizado em uma unidade de internação localizada em uma grande capital do Brasil, revelam que muitos adolescentes também realizavam comparações diretas, em seus depoimentos, entre a unidade socioeducativa e as “delegacias” e “cadeias” que passaram certo tempo, permanência essa que já contraria a legislação, já que não são os locais apropriados para adolescentes em conflito com a lei. Os adolescentes, de fato, significam a internação apenas como uma prisão, local onde a segregação é a tônica (CASTRO & GUARESCHI, 2008).

Os funcionários responsáveis pela limpeza da unidade socioeducativa não atuam no interior dos alojamentos dos adolescentes, e quem acaba realizando todas as tarefas de higienização desse espaço são os próprios (orações 5 e 6). O entrevistado expõe sua indignação com essa questão, e também com a inexistência de material apropriado para execução da limpeza, através de um questionamento que ele mesmo responde (“A gente lava sabe com o que? Com sabonete...” – oração 7), buscando sublinhar todo o absurdo presente nessa situação.

O adolescente 3 finaliza o bloco discursivo com uma pergunta, que nem se preocupa em responder, mas que captura sua audiência com domínio de argumentação, reiterando a ineficácia da higienização diante da ausência de material adequado já em sua indagação: “Sabonete vai matar o que?” (oração 8).

Os depoimentos de crítica à higiene e à ausência de material apropriado seguem se repetindo.

Adolescente 4

1. Se a gente não pegar o sabonete
2. que a nossa família traz,
- (...)
3. e lavar o chão a gente mesmo,
4. não vai mudar nada...

O material de limpeza, que já não é o adequado (“sabonete”), ainda é fornecido pelas famílias dos adolescentes em internação, não pela unidade (oração 1 e 2). O adolescente 4 deixa claro que a tentativa de conter os prejuízos à sua saúde, e dos demais adolescentes, por meio da higienização dos alojamentos, é exclusivamente dos internos, pois se eles mesmos não a fizerem (oração 3), nenhuma mudança ocorrerá em relação à isso (oração 4).

O resultado de toda essa condição de insalubridade, de acordo com Soares (2012), é o comprometimento, ou o agravamento, do estado de saúde física e mental dos adolescentes internados, adolescentes que já se encontravam em situação precária quando em liberdade e que seguem prejudicados devido às condições de confinamento.

“Nossa função é apenas o transporte do problema”: representações e produções discursivas dos Agentes Socioeducativos

De acordo com os depoimentos dos Agentes Socioeducativos a respeito das queixas de saúde dos adolescentes em internação, estas se resumem, basicamente, em problemas dermatológicos e à dependência química.

Agente 2

1. Principalmente problemas ligados à pele, coceira, escabiose, sarna,
2. até por isso a gente adota em todas as unidades o corte de máquina zero,
3. senão teria também a questão do piolho...
4. A maioria, infelizmente, a grande maioria nossa é dependente químico,
5. então eles tentam aqui sempre
6. falar que tem problema de dormir,
7. pedindo remédios controlados,
8. pra tentar suprir a falta da substância com os remédios permitidos.

Os agentes entrevistados enunciam um reconhecimento bastante superficial, quase que ao nível literalmente epidérmico das queixas de saúde dos internos. Apontam os “problemas ligados à pele” (oração 1) como as queixas mais comuns e justificam que evitam piores infestações, como a de piolho, com a medida sanitária-disciplinar aplicada comumente às populações carcerárias, de raspar inteiramente os cabelos dos apenados (orações 2 e 3).

A partir da oração 4, o entrevistado produz um discurso comprometido em construir uma imagem moral dos internos, como dependentes químicos que se valem de estratégias para conseguir “remédios controlados”. A condição de usuário e de suas demandas reais relacionadas à abstinência, a fala sobre “problema de dormir”, não são reconhecidas como queixas de saúde, mas como artifícios (orações 5, 6 e 7).

Importante notar a ausência das queixas sobre maus-tratos, não reconhecida no plano do discurso dos agentes como uma queixa de saúde dos internos.

Agente 1

1. Eles dão muito abscesso, muito abscesso e muita coceira,
2. porque quando eles lavam as roupas deles no alojamento,
3. não tem sol,
4. então vai aumentando a proliferação de germes nas roupas deles

Apesar da ausência de reconhecimento sobre maus-tratos, o agente 1 reconhece que as más condições para aplicação de ações higiênicas, outra principal queixa dos internos, têm

impacto direto na saúde destes. Na oração 1, o entrevistado faz uso reiterado de um advérbio de intensidade (“muito”) para enfatizar a grande, e alarmante, presença de “abscesso” e de “coceira” entre as demandas dos adolescentes.

Devido ao fato dos internos lavarem seus uniformes em seus próprios alojamentos e de, nesse espaço, não haver luz solar para auxiliar na secagem desse uniforme (oração 2 e 3), o agente conclui que todo esse contexto contribui para o constante aumento (“vai aumentando” – oração 4) de “germes” em suas roupas.

Agente 1

1. É por intermédio da gente que vai pra técnica,
2. a técnica de enfermagem anota o nome do garoto,
3. leva pra enfermeira,
4. a enfermeira analisa
5. e leva pro médico

O agente socioeducativo é o profissional responsável pelo início do andamento desse fluxo de atendimento. Através do reconhecimento da queixa do adolescente, pelo agente, que a técnica em enfermagem é acionada e informada sobre a demanda do interno (oração 1 e 2).

O médico é o último acionado nesse fluxo, acionamento esse que está sujeito à análise da enfermeira, que apenas entra em contato com o médico se julgar haver necessidade (oração 4 e 5).

O entrevistado deixa claro que a “técnica de enfermagem”, em um primeiro momento, apenas “anota o nome do garoto” (oração 2) e “leva pra enfermeira” (oração 3), o que reitera que o contato direto do adolescente, antes de qualquer outro, é com o agente socioeducativo, e não com um profissional da equipe de saúde.

Agente 2

1. Em relação ao problema de saúde do adolescente direto com o agente, a nossa função é apenas o transporte do problema, do adolescente, para o representante da saúde

O agente 2, ao falar mais especificamente da sua função nesse fluxo de atendimento, do seu papel em relação ao “problema de saúde do adolescente”, diz que este consiste “apenas” em transportar, ou seja, que seu trabalho se limita a fazer o transporte (escolta) desse adolescente até o “representante da saúde” e, também, o transporte (comunicação) da sua queixa (oração 1). Ao usar o termo “apenas”, o agente não só limita seu campo de ação, mas deixa claro que é ele quem decide se o interno vai ou não até o profissional de saúde, é ele quem vai legitimar a queixa.

Interessante ressaltar o momento do depoimento em que o entrevistado diz que seu papel é o de “transportar o problema” (oração 1), reduzindo o adolescente, sujeito de direitos fundamentais, ao seu “problema de saúde”, ainda que, em seguida, retorne a se referir ao adolescente, que sofre por questões de saúde, enquanto tal.

Durante as entrevistas com os agentes, ao abordar a questão do papel do agente socioeducativo no atendimento à saúde do adolescente em internação, também lhes foi questionado a respeito das principais dificuldades para um positivo e eficaz atendimento.

Agente 2

1. Bem, a principal dificuldade é a superlotação,
2. enquanto não dar um jeito
3. ou de aumentar o número de agentes e o número de celas
4. pra que se tenha a proporção correta,
5. a gente nunca vai conseguir fazer algo
6. que seja realmente satisfatório.
7. Enquanto for dessa forma, em questão de saúde, em questão de ressocialização,
8. não vai haver aqui...

A superlotação é apontada como principal dificuldade para que os adolescentes cumprindo medida de internação na unidade tenham o seu direito ao atendimento de saúde respeitado (oração 1). Vale lembrar que a referida unidade encontra-se com cerca de 150% a mais de adolescentes do que sua capacidade. Quando se olha para o adolescente em internação, percebe-se que sua realidade atual não difere tanto daquela de quando vigorava o

Código de Menores de 1979, aliás, ela se assemelha à realidade do sistema prisional adulto, já que a violação de direitos segue se perpetuando, e a superlotação é uma delas (SCISLESKI et al, 2015).

O entrevistado relata que enquanto a superlotação for uma constante, ou enquanto não for aumentado o quantitativo de agentes e de alojamentos, buscando uma “proporção correta” em relação ao quantitativo de internos, não será possível realizar um atendimento à saúde “realmente satisfatório” (oração 2, 3, 4, 5 e 6). Nota-se que, em nenhum momento, são discutidas melhorias ligadas diretamente às ações em saúde ou à equipe de saúde, relacionando-as à dificuldade da superlotação. Tampouco o agente sugere que deveria se reduzir o número das internações, ao contrário, deve-se aumentar o contingente que garanta as condições de suspensão de liberdade em maior escala. As sugestões de resolução estão resumidamente ligadas às questões de segurança, ao “número de agentes” e ao “número de celas” (oração 3), não que estas não consistam em reais fatores de impacto para um eficaz atendimento em saúde. Encontra-se, também, presente no discurso do agente socioeducativo, referências ao sistema prisional e ao contexto das populações carcerárias ao se referir ao espaço físico da unidade socioeducativa (“celas” – oração 3).

Ao fim do bloco discursivo, a repetição da conjunção “enquanto” (oração 2 e 7) reitera a relação entre a dificuldade no atendimento de saúde e a superação da capacidade de adolescentes internados na unidade. O entrevistado conclui se fazendo enfático, reforçando que enquanto houver superlotação, “enquanto for dessa forma” (oração 7), na unidade “não vai haver” (oração 8) um eficiente atendimento à saúde, não haverá “ressocialização” (oração 8).

De acordo com o Relatório Temático do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ), demonstrando que o contexto do CENSE PMHA não é exceção no estado, os internos das unidades socioeducativas do Rio de Janeiro, em geral, vivem em alojamentos superlotados e insalubres, onde infiltrações, alta umidade e fiação elétrica exposta se tratam de questões comuns (RIO DE JANEIRO, 2017).

O foco exaltado em segurança traz preocupações, pois, é válido pontuar, apesar do caráter reparador da medida socioeducativa, a aplicação dela não deve, de maneira alguma, se distanciar da essência da promoção da saúde, já que esta é entendida enquanto modalidade mais completa de prevenção ao ato infracional (CONSTANTINO et al., 2017).

“A gente não consegue”: representações e produções discursivas da equipe de saúde da unidade socioeducativa

Na produção discursiva dos membros da equipe de saúde aparecem queixas dos adolescentes até então não mencionadas, seja pelos agentes socioeducativos ou pelos próprios adolescentes. Ao passo que outras se repetem, marcando presença nos depoimentos de todos os entrevistados, como no caso das questões dermatológicas.

Membro 1

1. É... Aqui nós temos muitas queixas de saúde bucal,
2. saúde bucal aqui dentro é muito, bem relevante...
3. Tem também as queixas de saúde mental,
4. alguns meninos que já entram aqui trazendo suas medicações,
5. que já fazem uso de psicotrópicos, remédios controlados,
6. e temos as demandas clínicas também, furúnculos, dermatoses...
7. São mais queixas de maioria dermatológica e ortopédica,
8. são as queixas maiores aqui...

As queixas de saúde bucal, que não aparecem nos depoimentos dos demais entrevistados, se mostram uma questão relevante no depoimento do profissional da equipe de saúde, que aponta e reconhece, de maneira reiterada, a existência dessas queixas em grande quantidade no interior da unidade (oração 1 e 2).

Na oração 3, o entrevistado sinaliza, também, a existência de queixas de saúde mental, se referindo, apenas, à adolescentes que já faziam tratamento e uso de medicamentos antes mesmo da internação (oração 4 e 5). A referência de maneira indeterminada ao número de adolescentes com tais queixas (“alguns meninos” – oração 4) não denota a ideia de um alto quantitativo desses casos.

As demandas dermatológicas continuam marcando presença nos depoimentos dos entrevistados (oração 6). De acordo com o membro 1 da equipe de saúde, questões

dermatológicas, juntamente com as ortopédicas, consistem na “maioria” das queixas de saúde na unidade (oração 7), com o entrevistado se fazendo enfático quanto à isso ao final do bloco discursivo (oração 8).

Em relação à gestão das demandas de saúde, é reforçada a existência de um fluxo para a realização dos atendimentos.

Membro 2

1. Esse levantamento é feito todos os dias,
2. as técnicas de enfermagem visitam os módulos,
3. e aí elas colhem essas queixas,
4. trazem pra enfermeira,
5. que faz uma triagem,
6. e aí é encaminhado para os atendimentos, seja médico aqui dentro, seja lá fora...

O entrevistado afirma que as técnicas em enfermagem “visitam os módulos” onde se localizam os alojamentos (oração 2), realizando um levantamento diário das queixas de saúde dos adolescentes em internação (oração 1). Assim que as técnicas “colhem essas queixas” (oração 3), o próximo passo é leva-las para a enfermeira (oração 4), que realizará sua própria “triagem” (oração 5) para fazer os encaminhamentos cabíveis, seja para atendimento médico interno ou externo à unidade (oração 6).

O fluxo de atendimento relatado no depoimento do profissional da equipe de saúde da unidade, passando primeiramente pela técnica em enfermagem, posteriormente pela enfermeira e, havendo necessidade, pelo médico, condiz parcialmente com os depoimentos dos agentes socioeducativos, embora a visita diária aos módulos de alojamentos (oração 1 e 2), pelas técnicas em enfermagem, não apareça em nenhum outro relato, seja dos agentes ou dos adolescentes entrevistados.

Destacaram-se, nos depoimentos dos integrantes da equipe de saúde da unidade, as dificuldades apontadas para a realização de atendimentos externos quando estes se fazem necessários. A legislação reforça a primazia do adolescente em medida de internação no

acesso à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que sua circulação pelas unidades de atenção básica seja pontual (VILAS BOAS, 2013).

A portaria nº 1.082 da PNAISARI estabelece que, mesmo com a existência de equipe de saúde interna, toda unidade socioeducativa deve ter uma equipe de atenção básica como referência e, através da articulação entre a equipe interna e a da atenção básica, os adolescentes devem ser inseridos na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

Membro 1

1. Então, a gente tem um posto de estratégia de saúde da família
2. que é nossa referência
- (...)
3. Assim, eles são super solícitos a mandar as coisas pra gente,
4. se a gente for lá pedir
- (...)
5. Agora, os meninos lá, eles têm medo, têm receio,
6. porque ali é perto de uma comunidadezinha
7. e nossos agentes não são armados,
8. e elas ficam com medo...
9. Então, a gente na coleta de sangue, por exemplo, que seria pra ser feita lá,
10. a gente não consegue.

Existe uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) que é a referência da equipe de saúde da unidade e para onde são feitos determinados encaminhamentos das demandas para o atendimento externo (oração 1 e 2). O entrevistado utiliza de hipérbole para enfatizar o quão são “solícitos”, os profissionais da UBSF em questão, quando se trata de enviar algum tipo de material para a unidade de internação (oração 3). Envio esse que fica condicionado (“se” – oração 4) à presença da equipe de saúde da unidade na UBSF para realizar o pedido.

Porém, a partir da oração 5, o que aparece na produção discursiva do entrevistado é um depoimento que aponta a existência de preconceitos por parte dos profissionais da unidade básica de saúde, que tem impacto direto no atendimento do adolescente em medida de internação.

Quando é feito o encaminhamento para o atendimento na UBSF de referência, os profissionais que lá atuam “têm medo, têm receio” (oração 5) de atender o adolescente que necessita de atenção em saúde, medo que é justificado por existir uma comunidade na região, atribuindo, em seu discurso, periculosidade ao local por isso, e pelo fato dos agentes socioeducativos não estarem armados (oração 6, 7 e 8). O diminutivo empregado no depoimento do entrevistado (“comunidadezinha” – oração 6) funciona como um atenuador, demonstrando um desejo de transmitir uma ideia de simpatia e proximidade com a região.

O medo que os profissionais da UBSF sentem dos adolescentes impede, diretamente, o atendimento em saúde destes últimos. O entrevistado exemplifica esse impedimento com o momento em que é necessário realizar coleta de sangue dos internos, coleta “que seria pra ser feita lá” (oração 9), na UBSF, mas que, devido ao medo, a coleta não acontece. A equipe da unidade socioeducativa “não consegue” (oração 10) viabilizar o atendimento na rede para o adolescente, ainda que seja o seu direito.

De acordo com Ribeiro et al. (2017), em estudo com profissionais da equipe de saúde mental de unidades do sistema socioeducativo do Rio de Janeiro, raramente os adolescentes internados acessam os serviços de saúde externos à unidade. As autoras revelam que alguns profissionais alegaram nunca ter presenciado esse encaminhamento para rede, tendo apenas “ouvido falar” de ocorrências passadas.

Isso vai diretamente ao encontro do que diz Scisleski et al (2015), quando aponta que os adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação sofrem com barreiras no acesso aos serviços em saúde, e que estes são recebidos, não raramente, com resistência pelas equipes, até mesmo quando os encaminhamentos aos serviços são feitos por determinação judicial. Fundamental ressaltar, de acordo com Vilas Boas (2013), que qualquer forma de discriminação e negligência no atendimento ao adolescente em conflito com a lei, por profissionais da saúde, consiste em um ato passível de punição perante a legislação.

Quando se impede o adolescente internado de acessar o SUS, este é penalizado duplamente pelo mesmo ato infracional, sendo a medida de internação a punição formal e legítima, e a outra uma medida meramente punitiva e vingativa (VILAS BOAS, 2013).

Considerações finais

As produções discursivas dos entrevistados refletem a tônica da unidade de internação: controle e punição. Em meio a essa tônica, a socioeducação se esvai. Exala nos discursos uma instituição que teima em se resumir em si, que preza pela totalidade. Os equipamentos da rede pública de saúde, aos quais os adolescentes privados de liberdade têm o direito garantido de acesso, ao invés de serem equipamentos para a execução daquilo que é preconizado nas legislações e políticas públicas, carregam seus serviços para o interior da unidade de internação em nome do controle, com seus profissionais reduzindo os adolescentes à suas supostas periculosidades, os temendo mais do que os atendendo.

Os fluxos de atendimento estabelecidos pelas equipes de profissionais da unidade mostram que, antes do atendimento em saúde, o adolescente precisa ter sua queixa legitimada pela segurança. A prioridade que é exaltada diante do problema da superlotação, e de todos os agravos à saúde que dela decorrem, é o reforço do quantitativo de agentes socioeducativos e das condições de segurança, não do investimento na reintegração social do adolescente e do respeito aos seus direitos fundamentais.

Diante dos discursos dos internos e dos profissionais da unidade socioeducativa, os apelos presentes no cenário nacional pela redução da maioria penal se mostram desnecessários, uma vez que ela já ocorre devido a não implementação das políticas e de uma lógica de proteção, mas sim de uma lógica prisional adulta. O adolescente em medida de internação, tido como agressor da sociedade, é constantemente agredido, violado e invisibilizado em relação aos seus direitos. A intersectorialidade que é preconizada pela PNAISARI se mostra uma preocupação secundária nesse cenário, tão pouco se mostra uma preocupação de fato.

A trajetória violenta dos adolescentes antes da internação é continuada durante a aplicação da medida. A violência se encontra enraizada, de várias formas, nos discursos e práticas que permeiam o contexto socioeducativo. A vida institucional apresenta uma lógica desumanizadora. A promoção da saúde não é percebida enquanto pilar fundamental para a prevenção da reincidência do ato infracional, ela segue condicionada à segurança, ao controle e ao caráter punitivo da medida de privação de liberdade.

Referências

ANDRADE, R. C. et al. 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*, 16(4): 2179-2188; 2011.

ASSIS, S.G. Traçando caminhos numa sociedade violenta. A vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1500, p. 235; 1999.

BRASIL, LEI Nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). *Diário Oficial da União*, 19 de janeiro de 2012.

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

BRASIL, Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. LEVANTAMENTO ANUAL SINASE 2014. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei: normas e reflexões. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRAZ, M. et al. Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9): 1877-1888, set., 2013.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de Saúde: uma Análise da Produção Científica Brasileira de 1990 a 2004. *Interface – Comun Saúde, Educ.* 11(23): 605-618, 2007.

CASTRO, A. L. S.; GUARESCHI, P. Da privação da dignidade social à privação da liberdade individual. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 200-207, Aug. 2008.

CONSTANTINO, P. et al. Violadores, Violentados e Violados: a propósito de adolescentes em conflito com a lei. In: *Novas e Velhas Faces da Violência no Século*

XXI: Visão da Literatura Brasileira do Campo da Saúde. MINAYO, M. C. S. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FAIRCLOUGH, N. Discurso e Mudança Social. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.

FERNANDES, F. M. B. et al. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. ESPECIAL, P. 120-131, DEZ 2015.

LARANJEIRAS, C. A. A Análise Psicossocial do Jovem Delinquente: uma Revisão da Literatura. Psicol. estud., Maringá, v. 12, n. 2, p. 221-227, Aug. 2007.

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

PADOVANI, A. S.; RISTUM, M. Significados Construídos acerca das Instituições Socioeducativas: entre o Imaginado e o Vivido. Psico-USF, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 609-622, Dec. 2016.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. C. V. S. Análise de Discurso Crítica, do Modelo Tridimensional à Articulação entre Práticas: Implicações Teórico-metodológicas. Linguagem em (Dis)curso – LemD, Tubarão, v. 5, n. 1, p. 185-207, jul./dez. 2004.

RIBEIRO, D. S. Discursos das Equipes de Saúde Mental de Unidades de Internação do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

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

SCISLESKI, A. C. C. et al. Medida Socioeducativa de Internação: estratégia punitiva ou protetiva? Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 505-515, Dec. 2015.

SOARES, R. H. Decisões Judiciais no Campo da Saúde Mental. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2012.

SOUZA, L. A.; COSTA, L. F. The Meaning of Socio-educational Measures for Young Offenders Deprived of their Freedom. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2): 87-97, 2012.

VILAS BOAS, C. C. A Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade em Belo Horizonte: Impasses e Desafios. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte, 2013.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adolescente que cumpre medida de privação de liberdade se encontra em um contexto institucional que tem por objetivo proporcionar condições para que a socioeducação seja executada de maneira fiel às normativas que a regulamentam. O cerceamento da liberdade do adolescente que comete um ato infracional não objetiva restringir sua livre circulação como um fim em si mesmo, com um foco meramente punitivo, ao menos não segundo as legislações e políticas públicas. A internação acontece, ou deveria acontecer, nas exceções e nos graves casos, com o estado restringindo o direito de ir e vir, porém garantindo os demais, dentre eles o direito à saúde.

O ECA, o SINASE, a PNAISARI, demais portarias do Ministério da Saúde e muitas outras normativas e diretrizes deixam claro o enorme avanço obtido na esfera do cuidado e da atenção aos direitos do adolescentes em conflito com a lei e sua condição peculiar de desenvolvimento. Contudo, é necessário apontar as gritantes falhas nos processos de implementação de todos esses avanços.

É necessário que os profissionais do sistema socioeducativo compreendam e executem aquilo que é previsto para o período de aplicação da medida de internação. É necessário que os profissionais externos ao sistema, aqueles que compõem a rede pública de serviços também respeitem aquilo que é preconizado, não há outra forma para com que os avanços na legislação se traduzam em uma ética e eficaz execução.

Nos dois artigos que compõem os resultados dessa pesquisa, fica claro que a intersectorialidade preconizada na atenção à saúde do adolescente privado de liberdade enfrenta uma diversidade de barreiras. O discurso dos profissionais de saúde, tanto da unidade de internação quanto de unidades do Sistema Único de Saúde, evidencia o preconceito e a resistência da rede em atender as demandas de saúde desse grupo. Resgatando Wacquant (2008), a demonização do adolescente em conflito com a lei legitima as políticas públicas de contenção e a negação de seus direitos.

O contexto violento e de exclusão social que, geralmente, o adolescente em conflito com a lei se encontra inserido antes mesmo do cometimento do ato infracional, acaba por se agravar no momento em que se inicia o cumprimento da medida de privação de liberdade. O acesso aos serviços de saúde antes da internação que, de acordo com os adolescentes, já não

era algo presente em suas rotinas de maneira relevante, acaba por ser ainda mais dificultado devido à dinâmica institucional.

Se por um lado os profissionais de saúde negligenciam o atendimento das demandas dos internos, por outro os socioeducadores, agentes socioeducativos, contribuem para que essas demandas nunca deixem de existir. A violência perpetrada por eles, principalmente as agressões físicas, tem destaque nos achados deste estudo. Não bastassem os maus-tratos infligidos pelos agentes, são esses socioeducadores os incumbidos de dar início ao processo de reconhecimento das queixas dos adolescentes, sendo o primeiro profissional no fluxo hierárquico estabelecido para o atendimento das demandas de saúde.

O caráter disciplinar – nada pedagógico – das medidas de internação, o caráter punitivo, de controle, se sobrepõe ao socioeducativo e à proteção prevista. Questões de saúde só podem ser pensadas após as de segurança, o profissional de saúde só toma conhecimento do adolescente, e de suas condições, a partir do momento em que o agente dá permissão, ao menos é o que indica a maneira com que a triagem, exposta pelos próprios profissionais da unidade, é feita. Devido a essa lógica de funcionamento, os internos não têm a possibilidade de expressar suas próprias demandas de saúde diretamente com profissionais qualificados no interior da unidade e, como o acesso à rede é extremamente limitado, nem externamente.

A existência da equipe de saúde interna à unidade tão pouco se mostra um auxílio quanto às demandas. Fora a questão de colocar o agente enquanto interlocutor do adolescente, essas equipes mostraram possuir escassos recursos e sofrerem com a defasagem de profissionais devido às péssimas condições de trabalho. Isso também é apontado no relatório temático do Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro como sendo a realidade de todas as unidades de internação do estado (RIO DE JANEIRO, 2017). Há de se destacar que a presença de equipe de saúde no interior da unidade, de forma alguma, suspende o direito de circulação pelos equipamentos do SUS por parte do adolescente, a PNAISARI se faz bem clara quanto a isso (BRASIL, 2015).

As questões de insalubridade da instituição, a precariedade estrutural, a dificuldade dos adolescentes em exercerem seu direito à higiene pessoal, a ausência de alimentação com um mínimo de qualidade e a continuidade da negligência em relação aos aspectos escolares, demonstram a falta de compromisso por parte do estado e de seus representantes com a ressocialização do interno e prevenção da reincidência do ato infracional. A maioria dos problemas de saúde dos adolescentes privados de liberdade apontados neste estudo tem íntima

relação com todo esse contexto de abandono e desrespeito aos direitos fundamentais desse grupo. Quando tal contexto não é o causador dos agravos, ele é perpetuador das precárias condições de saúde desse adolescente.

Importante reforçar que esse contexto também se repete, de maneira unânime, por todo o estado, com o MEPCT/RJ denunciando a maneira escancarada com que as unidades de internação ferem as principais diretrizes de funcionamento do sistema socioeducativo (RIO DE JANEIRO, 2017).

Como apontado por Wacquant (2012), percebe-se um cenário de constante redução dos gastos sociais que têm por objetivo a proteção social dessa população, ao passo que em relação aos itens de segurança pública é notado um aumento progressivo. Essas são questões que denunciam o caráter repressivo com que o Estado se porta perante essa parcela da sociedade, questões que se percebem imutáveis. Tudo isso aponta para a importância de uma real execução de um atendimento integral e de uma rede que, de fato, se comunique quanto ao atendimento das demandas de saúde do adolescente internado.

Essa pesquisa, de maneira geral, buscou investigar as percepções de adolescentes em medida de internação e de profissionais do sistema socioeducativo em relação às condições de saúde, ao atendimento e ao acesso aos serviços do SUS. Uma das principais limitações que podem ser apontadas nesta pesquisa foi a não inclusão de outros profissionais, que não agentes e profissionais da equipe de saúde da unidade. Como muitos assuntos relacionados à gestão da instituição e aos serviços de saúde externos a ela foram abordados com destaque, a participação, por exemplo, de diretores e equipes de saúde da rede pública na pesquisa seria de relevante contribuição para a temática.

Considerando tudo o que foi planejado para a realização desse estudo, acredita-se que os objetivos propostos foram alcançados. Foram escutados adolescentes, agentes e equipe de saúde da instituição sobre as condições de saúde do adolescente privado de liberdade, sendo possível expor a ótica desses sujeitos em relação à questão, identificando os principais problemas de saúde física e mental que acometem os internos e como se apresentam os principais entraves para que os adolescentes e suas demandas possam ter o seu direito de acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde garantido.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. I. D. A. M. Adolescentes em conflito com a lei: representações sociais maternas. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

ANDRADE, R. C. et al. 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*, 16(4): 2179-2188; 2011.

ASSIS, S. G., CONSTANTINO, P. Filhas do Mundo: A Infração Juvenil Feminina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

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

ASSIS, S.G. Traçando caminhos numa sociedade violenta. A vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1500, p. 235; 1999.

ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):81-90. 2005.

BAUMAN, Z. Globalização: As consequências humanas. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. 1999.

BISINOTO, C. et al. Socioeducação: origem, significado e implicações para o atendimento socioeducativo. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.20, n. 4, p. 575-585, out./dez. 2015.

BRASIL, LEI Nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). *Diário Oficial da União*, 19 de janeiro de 2012.

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

BRASIL, Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. LEVANTAMENTO ANUAL SINASE 2014. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Formação de Pessoal em Segurança Pública. A situação atual: o crescimento do crime e da violência e as respostas do governo e da sociedade no Brasil. [Brasília]: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Federação das Indústrias do Rio de Janeiro; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). LEVANTAMENTO ANUAL SINASE 2013. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015.

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

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

BRAZ, M. et al. Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(9): 1877-1888, set., 2013.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de Saúde: uma Análise da Produção Científica Brasileira de 1990 a 2004. *Interface – Comun Saúde, Educ.* 11(23): 605-618, 2007.

CASTRO, A. L. S.; GUARESCHI, P. Da privação da dignidade social à privação da liberdade individual. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 200-207, Aug. 2008.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Relatório da resolução 67/20121. Brasília: CNMP, 2015.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Brasília: Ministério Público, 2013.

CONSTANTINO, P. et al. Violadores, Violentados e Violados: a propósito de adolescentes em conflito com a lei. In: *Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: Visão da Literatura Brasileira do Campo da Saúde*. MINAYO, M. C. S. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

DAVOGLIO, TR. e GAUER, JC. Adolescentes em conflito com a lei: aspectos sociodemográficos de uma amostra em medida socioeducativa com privação de liberdade. *Contextos Clínicos*, 2011. janeiro-junho. vol. 4, n. 1.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e Mudança Social*. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.

FEIJÓ, M. C.; ASSIS, S. G. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. *Estudos de Psicologia*, 9(1): 157-166, 2004.

FERNANDES, F. M. B. et al. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*, V. 39, N. ESPECIAL, P. 120-131, DEZ 2015.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2014. São Paulo. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2014.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 41. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

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

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

GONZALEZ, A. B. Experiências socioeducativas bem-sucedidas: subsídios para a discussão de políticas públicas nas unidades de internação socioeducativas (UISE). In: ILANUD et al. (Orgs.). *Justiça, adolescente e ato infracional*. São Paulo: ILANUD, 2006.

HUCULAK, S. et al. Exposure to violence in incarcerated youth from the city of São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol 33, nº 3, set. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

KRUG E. G. et al. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization; 2002.

LARANJEIRAS, C. A. A Análise Psicossocial do Jovem Delinquente: uma Revisão da Literatura. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 12, n. 2, p. 221-227, Aug. 2007.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A Relação entre a Iniciação do Uso de Drogas e o Primeiro Ato Infracional entre os Adolescentes em Conflito com a Lei. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5): 1.112-1.120, 2008.

MINAYO M. C. S.; SOUZA E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4: 7-23. 1999.

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

MINAYO, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. et al. *Avaliação por Triangulação de Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, E. M. S.; ABELHA, L. Prevalência de Transtornos Mentais e Fatores de Risco em Adolescentes do Sexo Masculino Privados de Liberdade. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 7-18, out/dez. 2015.

NARDI, F. L. et al. Uso de Drogas e Comportamento Antissocial entre Adolescentes de Escolas Públicas no Brasil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(2): 80-86, 2012.

NARDI, F. L.; DELL'AGLIO, D. D. Adolescentes em Conflito com a Lei: Percepções sobre a Família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 28, n. 2, pp. 181-191, Abr-Jun. 2012.

NEGREIROS, J. Delinquências Juvenis. Editorial Notícias. Lisboa, 2001.

OLIVEIRA M. B.; ASSIS S. G. Os adolescentes infratores do Rio de Janeiro e as instituições que os “ressocializam”: a perpetuação do descaso. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999; 15: 831-844.

OLIVEIRA, E. R. Ensinando a não sonhar: anti-pedagogia oficial destinada a adolescentes infratores no estado do Rio de Janeiro. *Katálisis*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 85-95, jan./jun. 2003.

OZELLA, S. Adolescências construídas: A visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo, SP: Cortez. 2003.

PADOVANI, A. S.; RISTUM, M. Significados Construídos acerca das Instituições Socioeducativas: entre o Imaginado e o Vivido. *Psico-USF*, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 609-622, Dec. 2016.

PADOVANI, A. S.; RISTUM, M. A escola como caminho socioeducativo para adolescentes privados de liberdade. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 969-984, out./dez. 2013.

PERES, C. A. et al. Aids Prevention Among Incarcerated Teenagers, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 36(4): 76-81, 2002.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

PINHO, S. R. et al. Morbidade Psiquiátrica entre Adolescentes em Conflito com a Lei. *J Nas Psiquiatr.*, 55(2): 126-130, 2006.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. C. V. S. Análise de Discurso Crítica, do Modelo Tridimensional à Articulação entre Práticas: Implicações Teórico-metodológicas. *Linguagem em (Dis)curso – LemD*, Tubarão, v. 5, n. 1, p. 185-207, jul./dez. 2004.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. Análise de discurso crítica. São Paulo: Contexto, 2006.

RIBEIRO, D. S. Discursos das Equipes de Saúde Mental de Unidades de Internação do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

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

SCISLESKI, A. C. C. et al. Medida Socioeducativa de Internação: estratégia punitiva ou protetiva? *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 505-515, Dec. 2015.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; GALEANO, Giovana Barbieri; SILVA, Jhon Lennon Caldeira da; SANTOS, Suyanne Nayara dos. Medida Socioeducativa de Internação: dos Corpos Dóceis às Vidas Nuas. *PSICOLOGIA:CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2014, 34(3), 660-675.

SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SINASE / Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA, 2006.

SOARES, L. B. Roubando a cena: a (in)visibilidade perversa de adolescentes infratores. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 189-190. 2010.

SOARES, R. H. Decisões Judiciais no Campo da Saúde Mental. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2012.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 Suppl: 1211-1222. 2007.

SOUZA, E. R. et al. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12):3243-3248; 2012.

SOUZA, E. R. et al. Jovens em risco social: avaliação de programas de prevenção a violência armada. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/ Claves; São Paulo: Hucitec, 2013.

SOUZA, L. A.; COSTA, L. F. The Meaning of Socio-educational Measures for Young Offenders Deprived of their Freedom. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2): 87-97, 2012.

VILAS BOAS, C. C. A Atenção à Saúde do Adolescente Privado de Liberdade em Belo Horizonte: Impasses e Desafios. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte, 2013.

VILAS BOAS, C. C. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. *RevMed Minas Gerais* 20(2): 225-233, 2010.

VOLPI, M. (Org.). O adolescente e o ato infracional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

WACQUANT, L. Punir os pobres: a nova gestão das misérias nos Estados Unidos [A onda punitiva] LoicWacquant. Tradução de Sérgio Lamarão. – Rio de Janeiro: revan, 2003, 3ª edição, revista e ampliada, agosto de 2007, 2ª reimpressão, abril de 2015.

WACQUANT, L. Forjando o estado neoliberal: trabalho social, regime prisional e insegurança social. In: BATISTA, V. M.; LAMARÃO, S. (Eds.). Loic Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal. Rio de Janeiro: Renavam, 2012.

WACQUANT, L. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. *Novos estud. - CEBRAP*, São Paulo, n. 80, p. 9-19, Mar. 2008.

ZALUAR, A. Democratização inacabada: fracasso da segurança pública. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.21, n.61, p.31-49, 2007.

ZAMORA, M. H. Adolescentes em conflito com a lei: um breve exame da produção recente em psicologia. *Revista Polêmica*, 2008.

ZAPPE, J. G.; DIAS, A. C. G. Adolescence, Violence and Drug Use: a Multiple Case Study. *Adolescência e saúde*, 9(2): 30-36, 2012.

ANEXO A – Roteiros de entrevistas

Roteiro de entrevista com os adolescentes da unidade socioeducativa

- 1- Você poderia falar como é a sua vida aqui nesta Unidade? (rotinas, atividades de lazer, trabalho, estudo, religião, etc).
- 2- Como você avalia as condições oferecidas para os adolescentes aqui nesta unidade?
- 3- Como são as condições de iluminação, ventilação, limpeza, clima (calor/frio), ruído, quantidade de pessoas aqui?
- 4- Quais os principais problemas que você identifica nesses espaços e que sugestões daria para melhorar as condições desta unidade?
- 5- Como é seu relacionamento com os demais internos e com os trabalhadores desta unidade (agentes educacionais, administradores, assistente social, psicólogo, médico, dentista etc.)?
- 6- Como é seu relacionamento com a sua família (recebe visita de familiares;; vínculo afetivo; condições da família após a prisão)?
- 7- Você tem ou teve algum problema de saúde antes de ser internado (problemas de saúde física e mental; experiências de violência)?
- 8- Você acha que as condições de vida nesta unidade podem afetar a sua saúde? Como?
- 9- Você já teve algum problema de saúde desde que chegou aqui? Qual ou Quais (problemas de saúde física e mental; experiências de violência)?
- 10- O que você pensa sobre seu futuro?

Roteiro de entrevista com os agentes socioeducativos da unidade socioeducativa

- 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 mental identificadas?
- 3- Como você percebe que são identificadas as questões de saúde mental na unidade socioeducativa e como são atendidas pelas equipes de saúde?
- 4- Os adolescentes com demandas de saúde mental acessam outros serviços do SUS externos à unidade?
- 5- Qual o seu papel em relação ao atendimento relacionado às demandas de saúde mental dos adolescentes?
- 6- Quais as principais dificuldades encontradas para atendimento às demandas de saúde mental? Quais os pontos positivos? Quais são as sugestões de melhoria?

Roteiro de entrevista com a equipe de saúde da unidade socioeducativa

- 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?

ANEXO B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa – Questionário – Adolescente

Prezado/a jovem,

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

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

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

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

Sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário à equipe do projeto sobre o tema da pesquisa, com duração prevista de uma hora. Os dados dos questionários de todos os adolescentes em cumprimento de medida de internação serão inseridos em um banco de dados e não haverá identificação. Os dados serão analisados em conjunto e as informações pessoais serão omitidas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido também na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de relatório e artigos científicos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

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

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

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

Simone Gonçalves de Assis

Coordenadora

Contato das pesquisadoras coordenadoras

(21) 38829151/9155

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2016.

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

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa – Entrevista – Adolescente

Prezado/a jovem,

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

Você foi selecionado/a porque é um dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação de uma das 9 unidades do DEGASE no estado do Rio de Janeiro e acreditamos que possa contribuir para nossa pesquisa.

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

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

Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à equipe do projeto sobre o tema da pesquisa, com duração prevista de uma hora. Sua entrevista será gravada, se você permitir. Códigos serão atribuídos a cada entrevistado/a para preservar o sigilo das informações. Os dados serão analisados em conjunto e as informações pessoais serão omitidas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido também na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. As entrevistas gravadas serão transcritas e apenas a equipe de pesquisa terá acesso ao material gravado. Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de relatório e artigos científicos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

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

Neste Termo de Consentimento há o telefone e o endereço eletrônico das coordenadoras e o você poderá tirar 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:

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa – Entrevista – Agente Socioeducativo

Prezado/a Senhor(a),

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

Você foi selecionado/a porque é um agente socioeducativo de uma das 9 unidades socioeducativas de internação do estado do Rio de Janeiro e acreditamos que possa contribuir para nossa pesquisa.

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

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

Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à equipe do projeto sobre o tema da pesquisa, com duração prevista de uma hora. Sua entrevista será gravada, se você permitir. Códigos serão atribuídos a cada entrevistado/a para preservar o sigilo das informações. Os dados serão analisados em conjunto e as informações pessoais serão omitidas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido também na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. As entrevistas gravadas serão transcritas e apenas a equipe de pesquisa terá acesso ao material gravado. Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de relatório e artigos científicos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

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

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa – Entrevista – Equipe de saúde

Prezado/a Senhor(a),

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

Você foi selecionado/a porque é um dos integrantes da equipe de saúde de uma das 9 unidades socioeducativas de internação do estado do Rio de Janeiro e acreditamos que possa contribuir para nossa pesquisa.

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

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

Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à equipe do projeto sobre o tema da pesquisa, com duração prevista de uma hora. Sua entrevista será gravada, se você permitir. Códigos serão atribuídos a cada entrevistado/a para preservar o sigilo das informações. Os dados serão analisados em conjunto e as informações pessoais serão omitidas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido também na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. As entrevistas gravadas serão transcritas e apenas a equipe de pesquisa terá acesso ao material gravado. Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de relatório e artigos científicos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

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

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa – Entrevista – Diretor

Prezado/prezada diretor(a),

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

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

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

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

A participação dos adolescentes no estudo consistirá em responder a um questionário (todos os adolescentes) e a uma entrevista (um pequeno grupo) sobre suas condições de saúde e qualidade de vida aqui na instituição. A previsão de duração de cada etapa é de cerca de uma hora. Códigos serão atribuídos a cada entrevistado/a para preservar o sigilo das informações. Os dados serão analisados em conjunto e as informações pessoais serão omitidas. Qualquer dado que possa identificar os adolescentes será omitido também na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. As entrevistas gravadas serão transcritas e apenas a equipe de pesquisa terá acesso ao material gravado. Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de relatório e artigos científicos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

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

Neste Termo de Consentimento há o telefone e o endereço eletrônico das coordenadoras e o 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

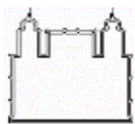
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2016.

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:

ANEXO C – Questionário autopreenchível aplicado aos adolescentes



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

MASCULINO

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

ESTE CAMPO SÓ DEVE SER PREENCHIDO PELO APLICADOR

Nome _____ da _____	Unidade: _____
Aplicador: _____ No quest.: _____	data: _____
_____/_____/16	
Peso: _____ (Kg)	Altura _____ (cm)

Prezado,

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

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

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

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

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

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

Agradecemos a colaboração!

BLOCO 1

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

1. Qual é a sua idade?

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

2. Qual a cor da sua pele?

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. ☐ BRANCA | 3. ☐ PARDA |
| 2. ☐ PRETA | 4. ☐ AMARELA 5. ☐ INDÍGENA |

3. Você é:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. ☐ SOLTEIRO | 3. ☐ VIÚVO |
| 2. ☐ CASADO/VIVE COM COMPANHEIRO(A)/ NAMORADO(A) | 4. ☐ SEPARADO |

4. Você pratica alguma religião?

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

5. Você estava estudando antes de ser internado?

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

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

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

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

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

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

1. AUTOMÓVEL

_____ (QUANTIDADE)

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

9. A água utilizada na sua casa vem de?

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

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

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

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

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

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

1. PAI	1. ☐ BOM	2. ☐ REGULAR	3. ☐ RUIM	4. ☐ NÃO CONVIVI
2. MÃE	1. ☐ BOM	2. ☐ REGULAR	3. ☐ RUIM	4. ☐ NÃO CONVIVI
3. PADRASTO/ MADRASTA	1. ☐ BOM	2. ☐ REGULAR	3. ☐ RUIM	4. ☐ NÃO CONVIVI
4. AVÓS	1. ☐ BOM	2. ☐ REGULAR	3. ☐ RUIM	4. ☐ NÃO CONVIVI

5. IRMÃOS	1. ☐ BOM	2. ☐ REGULAR	3. ☐ RUIM	4. ☐ NÃO CONVIVI
6. MARIDO/ESPOSA/COMPANHEIRO(A)	1. ☐ BOM	2. ☐ REGULAR	3. ☐ RUIM	4. ☐ NÃO CONVIVI

13. Quem você considera o chefe da sua família?

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

14. Qual a escolaridade do chefe da família?

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

BLOCO 2

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

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

a. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE | 2. ☐ CONCORDO | 3. ☐ DISCORDO | 4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

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

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE | 2. ☐ CONCORDO | 3. ☐ DISCORDO | 4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

c. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE | 2. ☐ CONCORDO | 3. ☐ DISCORDO | 4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

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

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE | 2. ☐ CONCORDO | 3. ☐ DISCORDO | 4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

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

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE | 2. ☐ CONCORDO | 3. ☐ DISCORDO | 4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

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

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE | 2. ☐ CONCORDO | 3. ☐ DISCORDO | 4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

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

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE | 2. ☐ CONCORDO | 3. ☐ DISCORDO | 4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

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

1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE	2. ☐ CONCORDO	3. ☐ DISCORDO	4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE
i. No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.			
1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE	2. ☐ CONCORDO	3. ☐ DISCORDO	4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE
j. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.			
1. ☐ CONCORDO TOTALMENTE	2. ☐ CONCORDO	3. ☐ DISCORDO	4. ☐ DISCORDO TOTALMENTE

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

- | | | |
|---|--|--|
| 1. ☐ 4 OU + VEZES POR SEMANA | 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 PRATICAVA |

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

A. FEIJÃO	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ DE 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR
B. SALGADOS FRITOS COMO COXINHA DE GALINHA, QUIBE FRITO, PASTEL FRITO, BATATA FRITA (NÃO CONTAR A BATATA DE PACOTE), ETC.					
	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ DE 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR
C. HAMBÚRGUER, SALSICHA, MORTADELA, SALAME, PRESUNTO, NUGGETS OU LINGUIÇA.					
	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ DE 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ 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. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ DE 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR
E. SALADA CRUA COM ALFACE, TOMATE, CENOURA, PEPINO, CEBOLA ETC.					
	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ DE 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ 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. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ DE 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR
G. BISCOITOS SALGADOS OU BOLACHAS SALGADAS					
	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ DE 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR
H. BISCOITOS DOCES OU BOLACHAS DOCES					
	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ DE 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR
I. SALGADINHO DE PACOTE OU BATATA FRITA DE PACOTE					
	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ DE 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR

J. GULOSEIMAS (DOCES, BALAS, CHOCOLATES, CHICLETES, BOMBONS OU PIRULITOS.	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ De 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR
K. LEITE - PODE SER PURO, COM CAFÉ OU CHOCOLATE, EM VITAMINA OU MINGAU. NÃO VALE LEITE DE SOJA	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ De 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR
L. REFRIGERANTES	1. ☐ 4 OU MAIS VEZES	2. ☐ De 1 A 3 VEZES	3. ☐ MENOS DE 1 VEZ	4. ☐ NÃO CONSUMIA	5. ☐ NÃO SEI INFORMAR

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

1. CAFÉ DA MANHÃ	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
2. LANCHE NO MEIO DA MANHÃ	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
3. ALMOÇO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
4. LANCHE NO MEIO DA TARDE	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
5. JANTAR	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
6. LANCHE DA NOITE, ANTES DE DORMIR	1. ☐ SIM	2. ☐ 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. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
2. TUBERCULOSE	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
3. DOENÇA DO CORAÇÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
4. FREQUENTES DORES NO PESCOÇO, COSTAS OU COLUMNA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
5. ANEMIA GRAVE OU OUTRA DOENÇA DO SANGUE	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
6. DENGUE/ZIKA/CHICUNGUNHA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
7. CÂNCER	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
8. DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (SÍFILIS, GONORREIA, CANCRO ETC.)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
9. HIV/Aids	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
10. DOENÇA MENTAL, QUE NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
11. DOENÇAS DE PELE	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
12. OUTRA DOENÇA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO

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

1. VISUAL	1. ☐ PARCIAL	2. ☐ TOTAL	3. ☐ NÃO TENHO
2. AUDITIVA	1. ☐ PARCIAL	2. ☐ TOTAL	3. ☐ NÃO TENHO
3. MENTAL OU INTELECTUAL	1. ☐ PARCIAL	2. ☐ TOTAL	3. ☐ NÃO TENHO
4. FÍSICA	1. ☐ PARCIAL	2. ☐ TOTAL	3. ☐ NÃO TENHO

22. Você tem alguma lesão física permanente, como:

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

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

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

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

ITEM	FALSO ou COMPORTAMENTO AUSENTE	MAIS OU MENOS VERDADEIRO	BASTANTE VERDADEIRO ou COMPORTAMENTO FREQUENTEMENTE PRESENTE
1. COMPORTA-SE DE MODO INFANTIL, COMO SE TIVESSE MENOS IDADE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
2. TOMA BEBIDA ALCOÓLICA SEM A PERMISSÃO DOS SEUS PAIS. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
3. ARGUMENTA MUITO (APRESENTA ARGUMENTOS PARA NÃO FAZER O QUE ESPERAM QUE VOCÊ FAÇA)	0. ☐	1. ☐	2. ☐
4. NÃO CONSEGUE TERMINAR AS COISAS QUE COMEÇA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
5. POUCAS COISAS TE DÃO PRAZER	0. ☐	1. ☐	2. ☐
6. GOSTA DE ANIMAIS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
7. É CONVENCIDO, CONTA VANTAGEM	0. ☐	1. ☐	2. ☐
8. TEM DIFICULDADE PARA SE CONCENTRAR OU PARA PRESTAR ATENÇÃO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
9. NÃO CONSEGUE TIRAR CERTOS PENSAMENTOS DA CABEÇA. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
10. É AGITADO, NÃO PARA QUIETO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
11. É DEPENDENTE DEMAIS DOS ADULTOS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
12. SENTE-SE SOZINHO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
13. SENTE-SE CONFUSO, ATORDOADO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
14. CHORA MUITO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
15. É BASTANTE SINCERO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
16. É MAU COM OS OUTROS	0. ☐	1. ☐	2. ☐

17. FICA NO "MUNDO DA LUA", SONHANDO ACORDADO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
18. TENTA SE MACHUCAR DE PROPÓSITO OU JÁ TENTOU SE MATAR	0. ☐	1. ☐	2. ☐
19. GOSTA DE CHAMAR ATENÇÃO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
20. DESTRÓI SUAS PRÓPRIAS COISAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
21. DESTRÓI COISAS DOS OUTROS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
22. DESOBEDECE A SEUS PAIS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
23. É DESOBEDEDIENTE NA ESCOLA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
24. NÃO COME TÃO BEM COMO DEVERIA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
25. NÃO SE DÁ BEM COM OUTRAS CRIANÇAS OU ADOLESCENTES	0. ☐	1. ☐	2. ☐
26. NÃO SE SENTE CULPADO APÓS FAZER ALGO QUE NÃO DEVERIA TER FEITO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
27. TEM CIÚMES DOS OUTROS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
28. DESRESPEITA REGRAS EM CASA, NA ESCOLA OU EM OUTROS LUGARES	0. ☐	1. ☐	2. ☐
29. TEM MEDO DE CERTOS ANIMAIS, SITUAÇÕES OU LUGARES (NÃO INCLUIR A ESCOLA) DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
30. TEM MEDO DA ESCOLA DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
31. TEM MEDO DE PENSAR OU DE FAZER ALGO DESTRUTIVO (CONTRA SI OU CONTRA OUTROS)	0. ☐	1. ☐	2. ☐
32. TEM "MANIA DE PERFEIÇÃO", ACHA QUE TEM QUE FAZER TUDO CERTINHO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
33. ACHA QUE NINGUÉM GOSTA DE VOCÊ	0. ☐	1. ☐	2. ☐
34. ACHA QUE OS OUTROS TE PERSEGUEM	0. ☐	1. ☐	2. ☐
35. SENTE-SE DESVALORIZADO, INFERIOR	0. ☐	1. ☐	2. ☐
36. MACHUCA-SE SEM QUERER FREQUENTEMENTE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
37. ENTRA EM MUITAS BRIGAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
38. É ALVO DE GOZAÇÕES FREQUENTEMENTE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
39. ANDA EM MÁS COMPANHIAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
40. ESCUTA SONS OU VOZES QUE AS PESSOAS ACHAM QUE NÃO EXISTEM. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
41. AGE SEM PARAR PARA PENSAR	0. ☐	1. ☐	2. ☐
42. PREFERE FICAR SOZINHO QUE NA COMPANHIA DE OUTROS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
43. MENTE OU ENGANA OS OUTROS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
44. RÓI UNHAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
45. É NERVOSO OU TENSO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
46. TEM "TIQUE NERVOSO", CACOETE DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
47. TEM PESADELOS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
48. AS CRIANÇAS OU ADOLESCENTES NÃO GOSTAM DE VOCÊ	0. ☐	1. ☐	2. ☐
49. FAZ CERTAS COISAS MELHOR DO QUE A MAIORIA DAS CRIANÇAS OU DOS ADOLESCENTES	0. ☐	1. ☐	2. ☐
50. É APREENSIVO, AFLITO OU ANSIOSO DEMAIS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
51. TEM TONTURAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
52. SENTE-SE EXCESSIVAMENTE CULPADO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
53. COME EXAGERADAMENTE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
54. SENTE-SE CANSADO DEMAIS SEM MOTIVO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
55. ESTÁ GORDO DEMAIS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
56. NA SUA OPINIÃO, APRESENTA PROBLEMAS FÍSICOS POR "NERVOSO" (SEM CAUSA MÉDICA):	0. ☐	1. ☐	2. ☐
A. DORES (DIFERENTES DAS CITADAS ABAIXO)			
B. DORES DE CABEÇA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
C. NÁUSEAS, ENJOOS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
D. PROBLEMAS COM OS OLHOS (QUE NÃO DESAPARECEM COM O USO DE ÓCULOS). DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
E. PROBLEMAS DE PELE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
F. DORES DE ESTÔMAGO OU DE BARRIGA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
G. VÔMITOS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
H. OUTRAS QUEIXAS. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
57. ATACA FISICAMENTE AS PESSOAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
58. FICA CUTUCANDO SUA PELE OU OUTRAS PARTES DO SEU CORPO. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
59. PODE SER BEM AMIGÁVEL	0. ☐	1. ☐	2. ☐
60. GOSTA DE EXPERIMENTAR COISAS NOVAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐

61. NÃO VAI BEM NA ESCOLA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
62. É DESASTRADO, DESAJEITADO (TEM MÁ COORDENAÇÃO MOTORA)	0. ☐	1. ☐	2. ☐
63. PREFERE CONVIVER COM PESSOAS MAIS VELHAS DO QUE COM PESSOAS DA SUA IDADE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
64. PREFERE CONVIVER COM PESSOAS MAIS NOVAS DO QUE COM PESSOAS DA SUA IDADE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
65. RECUSA-SE A FALAR	0. ☐	1. ☐	2. ☐
66. REPETE CERTOS ATOS VÁRIAS VEZES SEGUIDAS DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
67. FOGE DE CASA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
68. GRITA MUITO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
69. É RESERVADO, FECHADO, NÃO CONTA SUAS COISAS PARA NINGUÉM	0. ☐	1. ☐	2. ☐
70. VÊ COISAS QUE AS PESSOAS ACHAM QUE NÃO EXISTEM DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
71. FICA SEM JEITO NA FRENTE DOS OUTROS COM FACILIDADE, PREOCUPADO COM O QUE AS PESSOAS POSSAM ACHAR DE VOCÊ	0. ☐	1. ☐	2. ☐
72. PÕE FOGO NAS COISAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
73. É HABILIDOSO COM AS MÃOS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
74. FICA SE MOSTRANDO OU FAZENDO PALHAÇADAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
75. É MUITO TÍMIDO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
76. DORME MENOS QUE A MAIORIA DAS PESSOAS DE SUA IDADE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
77. DORME MAIS QUE A MAIORIA DAS PESSOAS DE SUA IDADE DURANTE O DIA E/OU A NOITE. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
78. É DESATENTO, DISTRAI-SE COM FACILIDADE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
79. TEM PROBLEMAS DE FALA. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
80. DEFENDE SEUS DIREITOS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
81. ROUBA EM CASA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
82. ROUBA FORA DE CASA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
83. JUNTA COISAS DAS QUAIS NÃO PRECISA E QUE NÃO SERVEM PARA NADA. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
84. FAZ COISAS QUE AS OUTRAS PESSOAS ACHAM ESTRANHAS DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
85. PENSA COISAS QUE AS OUTRAS PESSOAS ACHARIAM ESTRANHAS. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
86. É MAL HUMORADO, IRRITA-SE COM FACILIDADE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
87. SEU HUMOR OU SENTIMENTOS MUDAM DE REPENTE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
88. GOSTA DE ESTAR COM OUTRAS PESSOAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
89. É DESCONFIADO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
90. XINGA OU FALA PALAVRÕES	0. ☐	1. ☐	2. ☐
91. PENSA EM SE MATAR	0. ☐	1. ☐	2. ☐
92. GOSTA DE FAZER OS OUTROS RIREM	0. ☐	1. ☐	2. ☐
93. FALA DEMAIS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
94. GOSTA DE "GOZAR DA CARA" DOS OUTROS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
95. É ESQUENTADO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
96. PENSA DEMAIS EM SEXO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
97. AMEAÇA MACHUCAR AS PESSOAS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
98. GOSTA DE AJUDAR OS OUTROS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
99. FUMA CIGARRO, MASCA FUMO OU CHEIRA TABACO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
100. TEM PROBLEMAS COM O SONO. DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
101. MATA AULA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
102. NÃO TEM MUITA ENERGIA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
103. É INFELIZ, TRISTE OU DEPRIMIDO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
104. É MAIS BARULHENTO QUE OS OUTROS JOVENS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
105. USA DROGAS (EXCLUIR ÁLCOOL E TABACO). DESCREVA: _____	0. ☐	1. ☐	2. ☐
106. PROCURA SER JUSTO COM OS OUTROS	0. ☐	1. ☐	2. ☐
107. GOSTA DE UMA BOA PIADA	0. ☐	1. ☐	2. ☐
108. LEVA A VIDA SEM SE ESTRESSAR	0. ☐	1. ☐	2. ☐
109. PROCURA AJUDAR OS OUTROS QUANDO PODE	0. ☐	1. ☐	2. ☐
110. GOSTARIA DE SER DO SEXO OPOSTO	0. ☐	1. ☐	2. ☐
111. É RETRAÍDO, NÃO SE RELACIONA COM OS OUTROS	0. ☐	1. ☐	2. ☐

112. É MUITO PREOCUPADO

0. ☐1. ☐2. ☐

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

25. Você já transou alguma vez em sua vida?

1. ☐ SIM. IDADE DA 1ª VEZ _____ 2. ☐ NUNCA TRANSEI

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

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

27. Você já transou com:

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

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

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

29. Alguma namorada sua já engravidou de você?

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

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

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

31. Você tem filhos?

1. ☐ SIM. QUANTOS? _____ 2. ☐ NÃO

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

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

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

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

Droga	A	B
	USO ANTES DA INTERNAÇÃO	COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZAVA ANTES DE SER INTERNADO

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

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

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

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

1. ☐ SIM. QUAL? _____
2. ☐ NÃO

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

	Antes da internação		Na unidade	
1. SOFREU AGRESSÃO FÍSICA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
2. SOFREU AGRESSÃO VERBAL	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
3. SOFREU ASSÉDIO OU AGRESSÃO SEXUAL	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
4. TEVE PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
5. TEVE PERFURAÇÃO POR ARMA BRANCA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO

6. SOFREU ACIDENTES POR QUEDA, AFOGAMENTO, SUFOCAMENTO OU QUEIMADURA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
7. SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO (PEDESTRE, MOTOCICLISTA, CONDUTOR OU CARONA EM VEÍCULOS)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
8. TENTOU SUICÍDIO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
9. ALGUÉM TENTOU TE MATAR	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO

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

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

38. Você já morou na rua?

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

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

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

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

A. MÉDICO CLÍNICO	1. ☐ SIM, 1 VEZ	1. ☐ SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. ☐ NENHUMA VEZ
B. MÉDICO PSIQUIATRA	1. ☐ SIM, 1 VEZ	1. ☐ SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. ☐ NENHUMA VEZ
C. PSICÓLOGO	1. ☐ SIM, 1 VEZ	1. ☐ SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. ☐ NENHUMA VEZ
D. ASSISTENTE SOCIAL	1. ☐ SIM, 1 VEZ	1. ☐ SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. ☐ NENHUMA VEZ
E. DENTISTA	1. ☐ SIM, 1 VEZ	1. ☐ SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. ☐ NENHUMA VEZ

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

1. ☐ POSTO DE SAÚDE (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE)

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

BLOCO 3

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

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

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

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

1. DIAS |____| |____| 2. MESES |____| |____| 3. ANOS |____| |____|

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

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

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

1. DIAS |____| |____| 2. MESES |____| |____| 3. ANOS |____| |____|

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

1. FURTO (ART. 155 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
2. ROUBO (ART. 157 CP; ART. 157 c/c 14 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
3. LATROCÍNIO (ART. 157 § 3º CP) ROUBO SEGUIDO DE MORTE	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
4. HOMICÍDIO (ART. 121 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
5. TRÁFICO DE DROGAS (ART. 33 A 40 LEI 11.343/06; ANTIGO ART. 12 DA LEI 6.368/76)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
6. TENTATIVA DE HOMICÍDIO (ART. 121 c/c 14 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
7. BUSCA E APREENSÃO (ART. 240 CPP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
8. PORTE DE ARMA DE FOGO (ARTS. 14 A 16 LEI 10.826/03)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
9. AGRESSÃO CORPORAL (ART. 129 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
10. AGRESSÃO SEXUAL (ART. 213 A 216-A CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO

11. AMEAÇA (ART. 147 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
12. RECEPÇÃO DE OBJETOS FRUTO DE CRIMES (ART.180 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
13. ASSOCIAÇÃO DE PESSOAS PARA COMETER CRIMES (ART. 288 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
14. DANO, DESTRUIÇÃO DE COISA (ART. 163 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
15. SEQUESTRO OU CÁRCERE PRIVADO (ART. 148 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
16. CONTRAVENÇÃO PENAL (LEI 3688/41 DAS CONTRAVENÇÕES PENAS)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
17. ESTELIONATO (ART. 171 CP)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
18. OUTROS QUAIS? _____ (DESCREVA)	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO

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

1.ESCOLA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
2.OFICINA. QUAL? _____	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
3. ATIVIDADES RELIGIOSAS	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
4. AMBULATÓRIO MÉDICO/ENFERMAGEM	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
5. PSICOLOGIA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
6. SERVIÇO SOCIAL	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
7. DEFENSORIA PÚBLICA	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO
8. OUTROS. QUAL? _____	1. ☐ SIM	2. ☐ NÃO

48. Na unidade você pratica, com regularidade, atividades físicas para melhorar sua saúde?

(Atenção! Considere atividade física regular aquela praticada pelo menos durante vinte (20) minutos de cada vez.)

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

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

49. 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

50. Você perdeu dentes depois que foi internado?

1. ☐ SIM. QUANTOS? _____ 2. ☐ NÃO

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

1. ☐ SIM 2. ☐ NÃO 3. ☐ NÃO SEI

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

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

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

A. EM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA	1. ____ ____ VEZES	2. ☐ NENHUMA VEZ
B. EM HOSPITAL DA REDE PRIVADA	1. ____ ____ VEZES	2. ☐ NENHUMA VEZ

54. Você fez cirurgias depois de entrar na Unidade?

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

55. Sua saúde mudou depois da internação na Unidade?

1. ☐ MELHOROU 2. ☐ CONTINUA IGUAL 3. ☐ PIOROU

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

1. ☐ SIM. QUAL? _____ 2. ☐ NÃO.

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

58. Na unidade você usa remédio tranquilizante ou calmante?

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

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

A. CONVERSANDO	1. ☐ MUITAS VEZES	2. ☐ POUCAS VEZES	3. ☐ NUNCA
B. XINGANDO UNS AOS OUTROS	1. ☐ MUITAS VEZES	2. ☐ POUCAS VEZES	3. ☐ NUNCA
C. HUMILHANDO UNS AOS OUTROS	1. ☐ MUITAS VEZES	2. ☐ POUCAS VEZES	3. ☐ NUNCA
D. BATENDO, EMPURRANDO OU MACHUCANDO UNS AOS OUTROS	1. ☐ MUITAS VEZES	2. ☐ POUCAS VEZES	3. ☐ NUNCA

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

A. COR DA PELE	1. ☐ MUITAS VEZES	2. ☐ POUCAS VEZES	3. ☐ NUNCA
B. ORIENTAÇÃO SEXUAL	1. ☐ MUITAS VEZES	2. ☐ POUCAS VEZES	3. ☐ NUNCA
C. TIPO DE DELITO COMETIDO	1. ☐ MUITAS VEZES	2. ☐ POUCAS VEZES	3. ☐ NUNCA
D. APARÊNCIA FÍSICA	1. ☐ MUITAS VEZES	2. ☐ POUCAS VEZES	3. ☐ NUNCA
E. COMUNIDADE EM QUE MORAVA	1. ☐ MUITAS VEZES	2. ☐ POUCAS VEZES	3. ☐ NUNCA

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

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

62. Recebe visitas na Unidade?

1. ☐ SIM. 2. ☐ NÃO

63. Com que frequência recebe visitas?

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

64. Quem o visita na unidade?

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

65. Que nota de 0 a 10 você dá para a unidade em que está?

(NSA= não se aplica = nunca usei o profissional ou não sei responder)

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

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

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

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.
