

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Valéria da Rocha Pedro

Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade: atenção integral ou desintegrada?

Rio de Janeiro

2018

Valéria da Rocha Pedro

**Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados
de liberdade: atenção integral ou desintegrada?**

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

Orientadoras:

Prof^ª. Dra. Simone Gonçalves de Assis.

Prof^ª. Dra. Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Rio de Janeiro
2018

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

P372a Pedro, Valéria da Rocha.
Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade: atenção integral ou desintegrada? / Valéria da Rocha Pedro. -- 2018.
116 f. ; il. color. ; graf.

Orientadoras: Simone Gonçalves de Assis e Fernanda Mendes Lages Ribeiro.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Atenção à Saúde. 2. Delinquência Juvenil. 3. Adolescente Institucionalizado. 4. Integralidade em Saúde. 5. Saúde do Adolescente. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.7

Valéria da Rocha Pedro

Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade:

atenção integral ou desintegrada?

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

Aprovada em: 23/03/2018

Banca Examinadora

Dra. Hebe Signorini Gonçalves
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dra. Gisele O'Dwyer de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Fernanda Mendes Lages Ribeiro (Co orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Simone Gonçalves de Assis (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro
2018

Dedico este trabalho a todos (as) adolescentes em conflito com a lei privados (as) de liberdade neste Brasil, que a privação lhes imposta não mais seja a da dignidade.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por me proporcionar bolsa de estudos, sem a qual não teria conseguido me dedicar exclusivamente ao mestrado.

Aos professores do Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, em especial Tatiana Wargas, Rosely Magalhães, Gil Sevalho e Elomar Barili.

Ao Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, em especial Patrícia Constantino e Adriano da Silva.

À Simone Assis, minha orientadora, por não me limitar, pelos incentivos, esclarecimentos e apoio. À Fernanda Mendes, por agregar valor à orientação. Gratidão também as professoras Gisele O'dwyer e Hebe Signorini, por aceitarem participar da minha banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições.

Aos meus queridos companheiros de Ethos Guerreiros - Adriana Santos, Bruno Poltronieri, Cynthia Schmidt, Hellen Guedes, Juliana Maciel, Luciano Soares, Rodolfo Brandão e Taíza Ferreira, meus “violentos” mais fofos do mundo e a melhor turma de área de concentração que eu poderia ter tido. *Ubuntu!*, que possamos ir além e construir mais! Gratidão também aos demais companheiros da turma de mestrado acadêmico 2016.

Aos professores Martinho Silva, por me apresentar a complexidade das prisões e saúde, e Roseni Pinheiro por me ajudar no pensar e ações. Gratidão pelos livros também, Roseni! e pelas reflexões sobre a integralidade.

Aos profissionais e adolescentes do CAI Baixada, em especial Daiana, Dra. Eliana, Doralice e Yuri.

A tod@s do Centro Espírita Nossa Senhora de Fátima dos Trabalhadores da Jurema, em especial dona Darcy pelo incentivo e ajuda.

À minha família e demais amigos queridos, que muito colaboraram para que eu persistisse diante dos grandes desafios (do tema e da vida), aqui não citarei nenhum nome, porque não caberiam todos, e assim evito ciúmes.

E por fim além da gratidão só tenho a reafirmar que “nosso caminho é feito por nossos próprios passos, mas a beleza da caminhada depende dos que vão conosco” (desconheço a autoria).

Eu sei, mas não devia.

Eu sei que a gente se acostuma. Mas não devia.

A gente se acostuma a morar em apartamentos de fundos e a não ter outra vista que não as janelas ao redor. E, porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora. E, porque não olha para fora, logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas. E, porque não abre as cortinas, logo se acostuma a acender mais cedo a luz. E, à medida que se acostuma, esquece o sol, esquece o ar, esquece a amplidão.

(...)

A gente se acostuma a abrir o jornal e a ler sobre a guerra. E, aceitando a guerra, aceita os mortos e que haja números para os mortos. E, aceitando os números, aceita não acreditar nas negociações de paz. E, não acreditando nas negociações de paz, aceita ler todo dia da guerra, dos números, da longa duração.

(...)

A gente se acostuma a coisas demais, para não sofrer. (...)

A gente se acostuma para não se ralar na aspereza, para preservar a pele. Se acostuma para evitar feridas, sangramentos, para esquivar-se de faca e baioneta, para poupar o peito. A gente se acostuma para poupar a vida. Que aos poucos se gasta, e que, gasta de tanto acostumar, se perde de si mesma.

COLASANTI, 2009, p. 53-54.

RESUMO

Este estudo objetiva investigar as condições de saúde de adolescentes em conflito com a lei, privados de liberdade em uma Unidade Socioeducativa no Estado do Rio de Janeiro, identificando os principais problemas de saúde física e mental que acometem os adolescentes e quais os obstáculos à garantia do direito a saúde para eles, conforme institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória. O direito à saúde é estabelecido, enquanto uma atenção integral. O Brasil apresenta leis e normativas consideradas avançadas em favor da garantia deste e outros direitos básicos para adolescentes e outras populações vulneráveis. A partir da identificação dos adolescentes em conflito com a lei enquanto pessoas em desenvolvimento, com potencial de se transformar e se recriar ao longo da vida, observa-se que eles não perdem a dimensão de ser adolescente e que, conforme estudos, se a aplicação da Medida Socioeducativa for justa pode contribuir para a ressocialização. Porém, na prática, são inúmeras as violações que prejudicam a qualidade de vida e saúde dos adolescentes, desconsiderando pressupostos básicos sobre a socioeducação. Utiliza-se do conceito de integralidade em saúde como referencial teórico na condução de todo o estudo, que faz refletir se a atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade é integral ou desintegrada. Trata-se de um estudo com metodologia quantitativa e qualitativa cujo resultados evidenciam que o perfil de adolescentes demonstra uma seletividade do sistema socioeducativo, o qual segrega para punir, quando deveria socioeducar. Há uma superlotação das Unidades Socioeducativas que piora as condições de vida dos adolescentes, repercutindo em suas condições de saúde. As condições de saúde da maioria dos adolescentes pioraram após a internação e as doenças mais citadas no estudo referem-se a dores musculoesqueléticas, doenças de pele, respiratórias ou sexualmente transmissíveis. A atenção à saúde requer uma Rede de Atenção resolutiva e articulada que consiga realizar o atendimento das necessidades em saúde com uma perspectiva integral, mas o que se observa na experiência de trabalho é que as respostas dos sistemas de saúde, socioeducativo e justiça foram insuficientes.

Palavras-chave: Atenção à saúde, Adolescentes em conflito com a lei, Privação de liberdade, Integralidade em Saúde, Saúde do adolescente.

ABSTRACT

This study aims to investigate the health conditions of adolescents in conflict with the law who are deprived of liberty in a Socio-educational Unit in the State of Rio de Janeiro, identify their main physical and mental health problems and the obstacles to guarantee their right to health, as it is established in the National System of Socio-Educational Assistance and recommended in the National Policy for Integral Attention to the Health of Adolescents in Conflict with the Law, in Regime of Internment and Provisional Internationalization. The right to health is established as integral care and Brazil presents laws and regulations considered advanced in favor of guaranteeing this and other basic rights for adolescents and other vulnerable populations. by identifying adolescents in conflict with the law as developing individuals with the potential to transform and recreate throughout life, it is observed that they do not lose the dimension of being adolescent and that, according to studies, if the application of the Socio-educational Measure is fair, it can contribute to re-socialization. However, in practice, there are numerous violations that impair the quality of life and health of adolescents, disregarding basic assumptions about social education. The concept of integrality in health is used as a theoretical reference in the study, which reflects whether the health care of adolescents in conflict with the law deprived of liberty is integral or disintegrated. It is a study with quantitative and qualitative methodology whose results show that the profile of adolescents demonstrates a selectivity of the socio-educational system, which segregates to punish when it should educate. There is an overcrowding of Socio-educational Units that worsens the living conditions of adolescents, impacting their health conditions. The health conditions of most adolescents worsened after their internment and the diseases most cited in the study refer to musculoskeletal pain, skin, respiratory or sexually transmitted diseases. Health care requires a resolute and articulated Attention Network that can achieve the fulfillment of health needs with an integral perspective, but what is observed in the this experience is an insufficient response from the health, socio-educational and justice systems.

Keywords: Health care, Adolescent in conflict with law, Privation of liberty, Integrality in health, Adolescent health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
BVS	Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde
CAI	Centro de Atendimento Intensivo Belford Roxo
BAIXADA	
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAd	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CONANDA	Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CRIAAD	Centro de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente
CSIRS	Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social
DEGASE	Departamento Geral de Ações Socioeducativas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HRW	Human Rights Watch
LA	Liberdade Assistida
MEPCT/RJ	Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate a Tortura do Rio de Janeiro
MSE	Medidas Socioeducativas
NSM	Núcleo de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória
PSC	Prestação de Serviço à Comunidade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USE	Unidade Socioeducativa

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	OBJETIVOS	17
3.	REFERENCIAL TEÓRICO, MARCO LEGAL E CONTEXTUALIZAÇÃO	18
3.1	INTEGRALIDADE EM SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	18
3.2	ADOLESCÊNCIA, CONFLITO COM A LEI E CONDIÇÕES DE SAÚDE	21
3.3	SOCIOEDUCAÇÃO E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, EM REGIME DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA – REPERCUSÕES SOBRE A SAÚDE	32
3.4	DEPARTAMENTO GERAL DE AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS E CENTRO DE ATENDIMENTO INTENSIVO BELFORD ROXO: RIO DE JANEIRO E BAIXADA FLUMINENSE, O QUE HÁ DE DIFERENTE?	35
3.5	O CAI BAIXADA: PIONEIRO NA DESCENTRALIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE BELFORD ROXO – REFLEXOS PARA A ATUAÇÃO EM SAÚDE	40
4.	O PERCURSO METODOLÓGICO	45
5.	RESULTADOS	51
5.1	PERFIL DOS ADOLESCENTES DO CAI BAIXADA E DAS EQUIPES E SAÚDE	53
5.2	SUPERLOTAÇÃO	60
5.3	CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES	64
5.4	ATENÇÃO À SAÚDE, PROTEÇÃO INTEGRAL E INTEGRALIDADE: O CAI BAIXADA EM QUESTÃO	71
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	88
	ANEXO A – Levantamento de saúde	97
	ANEXO B – Roteiros das entrevistas	113

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação é fruto de subprojeto 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”, doravante denominada pesquisa principal, realizada com apoio da Fundação Oswaldo Cruz, por meio da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência, através do edital Políticas Públicas e Modelos de Atenção à saúde 2015. A pesquisa desenvolveu-se nas seis Unidades Socioeducativas de Internação do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE) do Estado do Rio de Janeiro, entre outubro de 2016 e abril de 2017.

O objeto da dissertação são as condições de saúde de adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade em regime de internação e a atenção em saúde a eles oferecida, com foco específico na Unidade Socioeducativa (USE) Centro de Atendimento Intensivo Belford Roxo (CAI Baixada). São incorporados como sujeitos do estudo os adolescentes e jovens¹ em conflito com a lei privados de liberdade em cumprimento de medidas socioeducativas (MSE) de internação, os agentes socioeducativos e os profissionais técnicos de atendimento e gestores que trabalham na USE.

Adolescente em conflito, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescentes (ECA) (BRASIL, 1990b) é aquele a quem se atribui autoria de ato infracional, ou seja, adolescente cuja conduta (se adulto fosse) seria descrita como crime ou contravenção penal. O processo legal referente a ato infracional praticado faz menção, de maneira analógica, às tipificações conforme código penal brasileiro (decreto-lei nº 2.848 / 1940) e lei de contravenção penal (decreto-lei nº 3.688 / 1941). Trata-se de um termo inaugurado a partir da vigência do ECA em 1990.

A referência normativa no Brasil, anterior ao ECA, que dizia assistir, proteger e vigiar menores de idade até 18 anos que se encontrassem em “situação irregular” - e entre 18 e 21

1. Segundo a lei 8.069/1990, considera-se adolescentes as pessoas entre doze e dezoito anos de idade, são penalmente inimputáveis. Para a lei 12.852/2013, considera-se jovens as pessoas com idade entre quinze e vinte e nove anos, mantendo-se a inimputabilidade penal aos jovens de quinze a dezoito anos. Ocorre que para efeitos da lei 8.069/1990 deve ser considerada a idade do adolescente à data do fato, havendo a liberação compulsória aos vinte e um anos de idade uma vez que o prazo máximo de internação é de três anos. Assim, a utilização dos termos adolescentes e jovens não é antagônica.

anos para casos expressos em lei – era o Código de Menores de 1979 (lei nº 6.697 / 1979). Na vigência de tal Código, para Rizini e Rizini (2004), não se diferenciava criança e adolescente. O termo que designava este público era “menor”, categoria não uniforme uma vez que se referia às crianças e adolescentes que praticassem crime ou não.

Silva (2011) explica que no Brasil Colônia crianças e jovens eram punidos como adultos, iniciando-se a imputabilidade penal aos sete anos, o que somente foi alterado no Brasil Império, quando em 1830 criou-se o primeiro código criminal que alterou a imputabilidade para quatorze anos, “estabelecendo um sistema biopsicológico para a punição de crianças entre sete e quatorze anos” (SILVA, 2011 p. 34).

Se no Brasil Império parecia ter se realizado um avanço na imputabilidade penal, Silva (2011) descreve que houve um retrocesso com a proclamação da república quando se adotou no Brasil, a partir de 1890, o código que baixou a idade penal de quatorze para nove anos. O Código de Menores de 1927 (decreto nº 17.943-A / 1927), posteriormente substituído pelo de 1979, consolidou pela primeira vez no país a assistência e a proteção aos menores de idade.

Sob a égide do ECA, crianças e adolescentes são inimputáveis penalmente e não são automaticamente institucionalizados como outrora. Hoje toda institucionalização requer um processo que valide a necessidade de tal ação. É o ECA que determina que somente adolescentes em conflito com a lei são alvo de MSE como a internação - que é a medida máxima em uma hierarquia: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade (PSC), liberdade assistida (LA), inserção em regime de semiliberdade ou internação em estabelecimento educacional.

Adolescentes em conflito com a lei são ainda socialmente chamados de adolescentes infratores ou denominados pelo termo “menor” que, para além da noção de ser menor de idade (dezoito anos), carrega fortes resquícios de uma sociedade que distinguiu a criança em situação regular (pertencente aos estratos mais favorecidos) da irregular - também chamada “menor” por estar, conforme Assis et al. (2009) material, moral ou socialmente abandonada. Adolescentes são seres em desenvolvimento e em constantes mudanças físicas, biológicas e socioculturais. Termos que eternizem o momento do estar em conflito com a lei, como por exemplo “adolescente infrator” (há quem chame de delinquente ou criminoso) podem

contribuir para a estigmatização de uma pessoa que tem o potencial de se transformar e se recriar ao longo da vida.

Alguns aspectos são fundamentais para se pensar as condições de saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade em regime de internação, tema pouco investigado no cenário nacional. Embora na faixa da adolescência as condições de saúde costumem ser boas, Minayo e Souza (2003) informam ser comum a carência nutricional, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), os problemas de saúde bucal, as doenças de pele e a dependência de substâncias químicas em adolescentes institucionalizados. Também as violências e acidentes são riscos à saúde nesta faixa etária e neste grupo em especial.

No país como um todo e no Rio de Janeiro, um fenômeno tem chamado atenção: a superlotação das USE e as ameaças às condições de vida e de saúde dos que ali vivem. Segundo a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) “um dos maiores problemas verificados no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro é o crescente aumento do número de adolescentes privados de liberdade e a consequente superlotação das unidades” (2016, p. 79), fenômeno que se soma à constatação de que grande parte dos adolescentes em privação de liberdade poderia receber outro tipo de MSE.

Compreendendo a saúde pública sob uma perspectiva ampliada, considera-se que a superlotação é um fenômeno importante a ser analisado por, potencialmente, resultar em problemas de saúde, o que justifica a investigação das condições de saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade. Tais adolescentes têm, dentre seus direitos legalmente reconhecidos, o de “habitar alojamento em condições adequadas de higiene e salubridade” (BRASIL, 1990b, art. 124, X), porém dados hemerográficos sobre as USE de internação e internação provisória do Estado do Rio de Janeiro, que vão ao encontro dos dados encontrados na presente pesquisa, demonstram que tais condições são destoantes do que se determina legal e legitimamente. Vide quadro 1.

Quadro 1. Registros hemerográficos sobre DEGASE e insalubridade

Título da notícia	Fonte	Divulgação e disponibilização
Justiça do Rio proíbe que centro de adolescentes	Bom Dia Brasil	Divulgado em 01/03/2018 e disponibilizado em https://globoplay.globo.com/v/6541584/ Acesso em 01 de março de 2018.

infratores receba novos internos.		
Novo incêndio em cela do DEGASE. Unidades sofrem sem estrutura.	Fique Bem Informado	Divulgado em 08/2017 e disponibilizado em http://www.fiquebeminformado.com.br/2016/08/novo-incendio-em-cela-do-degase.html Acesso em 21 de dezembro de 2017.
Relatório alerta para risco de rebelião dentro do DEGASE.	O Globo	Divulgado em 06/06/2017 e disponibilizado em https://oglobo.globo.com/rio/relatorio-alerta-para-risco-de-rebeliao-dentro-do-degase-21439691 Acesso em 21 de dezembro de 2017.
Unidades de ressocialização de menores infratores são precárias e superlotadas no Rio.	O Globo	Divulgado em 06/06/2017 e disponibilizado em https://oglobo.globo.com/rio/unidades-de-ressocializacao-de-menores-infratores-sao-precarias-superlotadas-no-rio-21430866 Acesso em 21 de dezembro de 2017.
Fotos mostram situação precária de unidade do DEGASE; diretor cita superlotação e teme rebelião de menores.	G1	Divulgado em 01/05/2017 e disponibilizado em https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/fotos-mostram-situacao-precaria-de-unidade-do-degase-diretor-teme-rebeliao-de-menores.ghtml Acesso em 21 de dezembro de 2017
Funcionários denunciam condições de do DEGASE em Volta Redonda.	Foco Regional	Divulgado em 12/04/2017 e disponibilizado em http://www.focoregional.com.br/Noticia/funcionarios-denunciam-condicoes-do-degase-em Acesso em 21 de dezembro de 2017.
Prazo para internos do DEGASE voltem para unidades no RJ termina nesta manhã.	G1	Divulgado em 09/01/2017 e disponibilizado em https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/imagens-mostram-alagamentos-e-lixo-no-chao-em-unidades-do-degase-no-rj.ghtml acesso em 21 de dezembro de 2017.
Unidade do DEGASE tem condições insalubres.	O Dia	Divulgado em 27/08/2016 e disponibilizado em https://www.youtube.com/watch?v=7aBU3vQJkn8 Acesso em 21 de dezembro de 2017.
Superlotado e Desumano	Le Monde Diplomatique Brasil	Divulgado em 31/07/2016 e disponibilizado em http://diplomatique.org.br/superlotado-e-desumano/ Acesso em 13 de novembro de 2016.
Novo DEGASE em situação precária.	SBT Rio	Divulgado em 18/04/2016 e disponibilizado em https://www.youtube.com/watch?v=-dEkvw5yQhg Acesso em 02 de novembro de 2016.
Justiça dá prazo para governo do RJ resolver superlotação.	G1	Divulgado em 26/02/2016 e disponibilizado em http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/02/justica-da-prazo-para-governo-do-rj-resolver-superlotacao-do-degase.html Acesso em 02 de novembro de 2016.
Agentes de Centro de Ressocialização de Campos	NU – Notícia Urbana	Divulgado em 30/11/2015 e disponibilizado em http://noticiaurbana.com.br/old/agentes-de-centro-de-ressocializacao-de-campos-denunciam-menor-infrator-com-

denunciam menor infrator com doença contagiosa.		doenca-contagiosa-na-unidade/ Acesso em 02 de novembro de 2016.
Adolescente infrator internado no DEGASE contraiu tuberculose.	Rio Crime	Divulgado em 03/11/2015 e disponibilizado em http://riocrime.com.br/adolescente-infrator-internado-no-degase-contraiu-tuberculose/ Acesso em 02 de novembro de 2016.
Caso de sarna humana é identificado.	O Diário	Divulgado em 05/12/2015 e disponibilizado em http://www.diarionf.com/noticia-120/caso-de-sarna-humana-e-registrado Acesso em 09 de julho de 2016.
Abrigo para menores do DEGASE, Rio, tem superlotação, ratos e violência.	G1	Divulgado em 30/03/2015 e disponibilizado em http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/03/rjtv-mostra-mas-condicoes-em-unidade-do-degase-em-bangu-rio.html Acesso em 21 de dezembro de 2017.

Também expõem uma realidade cruel e iníqua^{2,3,4,5,6}os relatórios anuais do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate a Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ), órgão da ALERJ criado em razão da necessidade do Estado Brasileiro em atender as diretrizes do Protocolo Facultativo à Convenção contra Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes da Organização das Nações Unidas, ratificado pelo país em 2007.

Na 8ª audiência pública da Comissão de Assuntos da Criança, do Adolescente e do Idoso da ALERJ, realizada em 07/10/2016⁷ para discutir o tema “A Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente”, relatou-se a superlotação do sistema:

com 2078 internos para a capacidade real de 986 adolescentes, que viola a garantia de direitos dos internos, com a falta de colchões, falta de água para beber, banheiros inadequados, deficiência na alimentação, falta de segurança e incidentes como o incêndio que provocou mortes, queimaduras e ferimentos graves nos 12 internos que dormiam em um alojamento com capacidade real para 3 pessoas (VIRGENS, 2016, p.16).⁸

2. ALERJ, 2017, p. 48-83.

3. ALERJ, 2016, p. 79-85.

4. ALERJ, 2014, p. 68-77.

5. ALERJ, 2013, p. 84-99.

6. ALERJ, 2012, p. 81-101.

7. Ata da reunião publicada no Diário Oficial do Rio de Janeiro 21/12/2016 Pg. 16 - Poder Legislativo – a.

8. Virgens, E. M. S. das. **Audiência Pública “A Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente”**. Ata da reunião DOERJ 21/12/2016, fala de Dra. Eufrásia Maria Virgens, vice-presidente do CEDCA.

Relatório da inspeção nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei, realizada pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil e Conselho Federal de Psicologia e suas seccionais, simultaneamente em 22 capitais do Brasil no dia 15 de março de 2006, já revelava uma realidade de superlotação, alojamentos inadequados e castigos no Rio de Janeiro. Em relação à saúde dos adolescentes, dentre outras questões, houve “relatos de sarna e de dor de dente. Um adolescente mostrou sinais de traumatismo torácico e afirmou ter sido efeito de espancamentos; outros relataram ter sofrido tapas, socos e castigos” (BRASIL, 2006a, p. 27).

Refletir sobre direito e lei, problematizando a garantia da efetivação do direito à saúde, pode contribuir positivamente para que se avance na busca da garantia plena dos direitos, dentre eles o da saúde. Observa-se que não faltam legislações que se predisponham a garantir o respeito à dignidade dos que estão privados de liberdade. Exemplo maior de tal garantia encontra-se na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988, art. 5º, XLIX) onde “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”.

Frente a ação ou à ausência de ação por parte do Estado observa-se, no DEGASE, relatos de diferentes tipos de violências, a começar pela violência institucional, que se reflete direta ou indiretamente sobre a saúde daqueles que habitam e convivem em instituições totais⁹. Esta forma de violência está caracterizada por se “realizar dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas” (MINAYO, 2010, p. 33).

A atenção em saúde “além de envolver a assistência, incluiria outras ações, individuais e coletivas, nos âmbitos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde” (PAIM, 2012, p. 459) e o objeto de trabalho fundamental da saúde pública é a saúde das populações (CASTELLANOS, 1997). Além de política de Estado,

a saúde pública, desde os seus primórdios, parte da comprovação da existência de diferentes situações de saúde nas subpopulações, como expressão das diferentes condições de vida e de trabalho, e é por sua vez a expressão do reconhecimento – que passa a fazer parte do contrato social – da responsabilidade do Estado de propiciar as respostas sociais necessárias e possíveis para reduzir estas iniquidades (CASTELLANOS, 1997, p. 37).

9. Goffman (2015, p. 11) define a instituição total “como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

A privação de liberdade intensifica a responsabilidade do Estado para com as populações que, uma vez privadas da autonomia para busca do atendimento de suas necessidades em saúde, precisam ter garantidos os cuidados necessários, pois ainda que reclusas não perdem (ou não deveriam perder) sua dignidade humana (BRASIL, 1988, art. 1º, III).

Ribeiro e Barata (2012) compreendem as condições de saúde de uma população como resultantes “de um conjunto amplo e complexo de fatores relacionados com o modo como as pessoas vivem” (p. 143), estabelecendo um “perfil epidemiológico de classe” cujo conhecimento é importante para formulação e implementação das políticas de saúde. As condições de saúde podem ser definidas como “as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 25).

Na busca por conhecer como se dá a atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei em MSE de internação e, portanto, privados de liberdade, alguns **pressupostos** foram delimitados como base para a dissertação: (1) há negligência na atenção integral em saúde dos adolescentes na USE investigada; (2) as condições de saúde dos adolescentes na USE são afetadas pela internação, em decorrência de questões como superpopulação; (3) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), embora instituída em 2004 e reformulada nos anos de 2008 e 2014, ainda hoje se encontra parcialmente efetivada; (4) a Rede de Atenção à Saúde (RAS) possui frágil atuação para os adolescentes em cumprimento de MSE de internação; (5) relações burocráticas e políticas que dificultam a efetivação dos direitos em saúde dos adolescentes da USE são formas de violência institucional.

2. OBJETIVOS

Geral

- o Investigar as condições de saúde de adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade no CAI Baixada e a atenção à saúde oferecida.

Específicos

- o Identificar quais os principais problemas de saúde física e mental que acometem os adolescentes privados de liberdade no CAI Baixada;
- o Conhecer o acesso a saúde oferecido pelo CAI Baixada e Rede de Atenção a Saúde – RAS, compreendendo como se dá a ação dos serviços públicos de saúde no município de Belford Roxo – RJ.
- o Identificar quais os obstáculos à garantia da efetivação do direito à saúde para os adolescentes privados de liberdade, em MSE de internação, conforme institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e preconiza a PNAISARI.

3. REFERENCIAL TEÓRICO, MARCO LEGAL E CONTEXTUALIZAÇÃO

“Os homens pedem carne, fogo, sapatos. As leis não bastam. Os lírios não nascem da lei”.

Carlos Drummond de Andrade (1945)

A seguir serão apresentadas as bases teóricas e as referências legais relevantes sobre integralidade em saúde, sistema socioeducativo, adolescência e conflito com a lei, aspectos cruciais para o desenvolvimento da dissertação; também será realizada a contextualização do DEGASE e do CAI Baixada, permitindo a melhor compreensão do cenário e dados obtidos na pesquisa.

3.1 INTEGRALIDADE EM SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Integralidade em Saúde é defendida por Mattos (2001, p. 41) como uma “bandeira de luta”. Parte de uma “imagem objetivo” relacionada “a um ideal de uma sociedade mais justa e igualitária”. Ela potencializa o olhar para o adolescente em conflito com a lei como pessoa humana, balizando a perspectiva adotada neste trabalho. Está ancorada sobretudo na perspectiva que se tem no atendimento ao usuário da saúde, quando o considera enquanto um sujeito humano digno de cuidados e constituído para além da primeira demanda que apresenta.

Mattos (2001) ressalta três sentidos principais que compreendem, do micro ao macro, os cuidados em saúde: relacional, focado na relação entre profissional e paciente ou usuário (aqui o adolescente sujeito da pesquisa); organizacional, voltado para a organização dos serviços intra e intersetorialmente; e sistêmico, que se detém na capacidade que o sistema de saúde tem para dar uma resposta coletiva sobre determinado tipo de problema de saúde.

Cabe ressaltar que a Constituição Brasileira estabelece o atendimento integral enquanto uma diretriz constitucional para a saúde. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde apresenta a expressão integralidade enquanto um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), entendida “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, art. 7, inciso II).

Pinheiro (2001, p. 65) considera a integralidade como um constructo de aspectos subjetivos e objetivos, “sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores

na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde”. Para O’Dwyer et. al. (2010, p. 3355) “a integralidade seria uma assistência que não reduziria o paciente ao sistema biológico ‘em desordem’ ou ‘doente’, e incluiria ações de prevenção”, aspecto estratégico para o atendimento de adolescentes.

A integralidade em saúde considera o usuário do SUS como um sujeito em sua totalidade, exigindo articulação intra e inter serviços e setores, visando garantir o atendimento às demandas existentes. Assim pode ser vista também como sinônimo de globalidade dos cuidados em saúde, cabendo ser investigada como se manifesta entre os adolescentes em conflito com a lei internados nas Unidades Socioeducativas (USE), estando em plena consonância com o ECA e SINASE.

Para Larouzé (2015, p.9), ao refletir sobre pessoas privadas de liberdade, “o acesso à saúde deve responder ao princípio da integralidade, ou seja, associar o curativo ao preventivo e à promoção da saúde, contemplar todas as dimensões da saúde, especialmente a melhoria das condições de encarceramento”. Aponta ainda o caráter privilegiado deste tipo de atenção em saúde nas USE: “o acesso à saúde pelas pessoas privadas de liberdade, oriundas na sua maioria de comunidades desfavorecidas com difícil acesso aos serviços de saúde, deveria fazer parte do processo de ‘ressocialização’, assim como a educação e o apoio após o cumprimento da pena” (LAROUZÉ, 2015, p. 9).

Fernandes et al. (2015) chamam atenção de que para os adolescentes em MSE de internação, a privação imposta é a da liberdade, ratificando o direito à saúde enquanto irrenunciável. Os autores estabelecem um panorama da relação entre a saúde e a socioeducação no Brasil que afirma que o SUS, o ECA, a PNAISARI e o SINASE instituem marcos que buscam transformar a realidade das USE. Coutinho et al. (2011, p. 101) reiteram que “se for justa e humanizada, a prática socioeducativa privativa de liberdade poderá obter êxito na ressocialização do adolescente e na superação da sua condição excludente”.

Negreiros (2001, p. 120) diz que “as intervenções na delinquência decorrem frequentemente não dos progressos da investigação teórica ou empírica, mas de certas orientações ideológicas e políticas, prevalecentes num dado momento sócio histórico”. Apesar dos avanços teóricos e empíricos referentes a socioeducação no Brasil, há uma tendência ao conservadorismo aliado ao ódio que tenta justificar que para cada crime haja

retaliação, gerando um clamor coletivo por vingança que defende que as condições de privação de liberdade sejam as piores possíveis.

Para que a atenção integral em saúde se estabeleça, é fundamental que exista uma **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** bem estruturada e ativa. Esta trata-se de um “conjunto de ações e serviços de saúde articulado em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011, art. 2º, VI). A RAS deve organizar e estruturar a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade garantindo diversas ações e serviços tanto na atenção básica quanto na atenção especializada e na atenção às urgências e emergências. Segundo a PNAISARI, deve ser garantido aos adolescentes em conflito com a lei, de acordo com suas necessidades, “o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica” (BRASIL, 2014, art. 10, § 1º).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em nota técnica que estabelece as diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e em semiliberdade e que redefine critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade em unidade de internação e internação provisória, é responsabilidade do SUS a garantia do “acesso universal e integral do cuidado a todos os pontos da RAS, observando o princípio da não – totalidade institucional” (2013, p.2).

A responsabilidade em relação ao atendimento em saúde do adolescente em conflito com a lei é compartilhada pelas três esferas de governo, ou seja, a União, o Estado e o Município têm atribuições específicas ratificadas pela PNAISARI. A efetivação da articulação da USE com a RAS tem sido vista como forma de sanar os problemas identificados em diferentes estudos e pesquisas sobre atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade (CONASS, 2013). As necessidades em saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade devem ser atendidas dentro da própria USE ou na RAS e a integração do Sistema Socioeducativo com o SUS é um diferencial que permitirá (ou não) a efetivação da integralidade.

3.2. ADOLESCÊNCIA, CONFLITO COM A LEI E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Adolescere é o verbo latino, do qual deriva a palavra adolescente, que significa “crescer até a maturidade” (GROSSMAN, 2014, p. 72). Pode-se definir a adolescência como “período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive” (EISENSTEIN, 2005, p. 6).

Como características do “crescer até a maturidade”, o transitório, o provisório e o contingente são os elementos pelos quais Grossman (2014) define a vida de um adolescente, quando chama atenção para o processo dinâmico em que ele/ela se encontra, em meio a transformações biológicas e psicológicas, caracterizando-se por ser um dos três períodos da vida com maior crescimento (os demais são pré-natal e primeira infância).

O crescimento e o desenvolvimento são eventos geneticamente predeterminados que estão intimamente relacionados às crianças e adolescentes, sendo fortemente influenciados por fatores ambientais (socioeconômicos, políticos) e específicos (nutricionais, hormonais e emocionais). De maneira geral, o crescimento é avaliado por medidas clínicas (peso, altura, perímetros) e idade óssea, enquanto o desenvolvimento é avaliado pela idade mental que resulta da maturidade psicossocial (FELIPE; ALBUQUERQUE, 2016, p. 19).

A questão da nutrição, além de estar relacionada ao crescimento, é importante para a saúde do adolescente pois o

desequilíbrio entre a ingestão e o gasto de energia causa impacto na saúde dos adolescentes, acarretando problemas como desnutrição, anorexia nervosa, bulimia, sobrepeso, obesidade, aterosclerose, hipertensão arterial e aumento do número de recém-nascidos de baixo peso em mães adolescentes (RAYMUNDO et. al., 2016, p. 32).

O estado nutricional de um adolescente é influenciado, dentre outros fatores, pela alimentação e gasto calórico em atividades físicas; quando em desequilíbrio, apresenta problemas que inibem o alcance do potencial biológico. Além dos problemas nutricionais, os odontológicos, infecciosos, dor muscoesqueléticas, cefaleia, síncope e vertigens são alguns problemas clínicos prevalentes na adolescência (RAYMUNDO et. al, 2016).

Os limites cronológicos da adolescência, de acordo com o Programa (nacional) de Saúde do Adolescente, situam-se entre 10 e 19 anos (BRASIL, 1996). Outras conceituações,

mais abrangentes, os situam entre 10 e 24 anos (UNFPA, 2014) e o ECA entre 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990b). O Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013) categoriza enquanto adolescentes-jovens as pessoas entre 15 e 18 anos, reconhecendo enquanto jovens o grupo etário de 15 a 29 anos. Tais concepções convivem simultaneamente, nacional e internacionalmente, e resultam de concepções biológicas e sociais.

Lima (2014, p. 44) atenta para o fato de que “existem várias interpretações sobre esses momentos transitórios e imprescindíveis na elaboração dos projetos de vida adulta”, sinalizando para a importância da compreensão da realidade vivenciada pelos diferentes adolescentes brasileiros, o contexto no qual estão inseridos e seus limites e potencialidades de desenvolvimento. As contribuições elaboradas por Eisenstein (2005) e Grossman (2014) dão subsídios para uma melhor compreensão sobre o adolescer, estimulando a possibilidade do (re) pensar práticas que viabilizem o atendimento integral a sua saúde, conforme normativas já existentes.

Adolescentes e jovens acabam por não ter a devida atenção à saúde, com exceção às questões referentes à saúde reprodutiva, por serem considerados pessoas, à priori, saudáveis (BRASIL, 2010). “As condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente as diferentes formas de violência e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas pelas causas externas¹⁰” (BRASIL, 2010, p. 23). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 3.000 adolescentes morrem por dia no mundo de causas evitáveis. Em 2015 foram 1,2 milhão de mortes no ano (WHO, 2017). A saúde do adolescente hoje faz parte da agenda global de saúde que pauta intervenções urgentes a serem realizadas em favor deste grupo.

A situação de saúde desse grupo populacional é evidenciada nas Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010) com preocupação. A violência impacta a saúde de adolescentes e jovens tanto do gênero feminino quanto do masculino, os vitimando em função de agressões,

10.“Causas Externas” representam o capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) o qual tem agrupamentos que representam Acidentes e Violências, que podem ser consultados em http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_y98.htm Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

homicídios, acidentes de transportes terrestres e suicídios. A saúde sexual e reprodutiva também é temática relevante, uma vez que

A sexualidade é um componente intrínseco da pessoa e fundamental na saúde de adolescentes e jovens, que transcende o aspecto meramente biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade. (BRASIL, 2010, p. 32)

Human Immunodeficiency Virus (HIV) e outras DST, além da gravidez na adolescência e mortalidade materna, são temas do universo da saúde sexual e reprodutiva que precisam ser cuidados para a recuperação, prevenção e promoção da saúde de adolescentes e jovens. Por fim, a temática de álcool e outras drogas é também alvo de preocupação (BRASIL, 2010). Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes detectou prevalência elevada de uso de álcool por adolescentes além de um início precoce, “o consumo de bebidas alcoólicas nesse grupo é preocupante, tanto pela maior tendência à impulsividade nessa fase da vida, quanto pelo prejuízo ao desenvolvimento cerebral na infância e na adolescência causado pelo álcool” (COUTINHO et. al., 2016, p. 2s).

Cristovam et al. (2013, p. 52), refletindo sobre o perfil dos atendimentos em um ambulatório de medicina do adolescente, chamam atenção para a necessidade de cuidados mais amplos no atendimento nesta fase por tratar-se de “uma faixa etária com maior vulnerabilidade aos agravos, determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, pelas características peculiares e pelo contexto inserido, que coloca o adolescente na condição de maior suscetibilidade a riscos”. Considerando esta ponderação, cabe analisar os riscos sofridos pelo adolescente em conflito com a lei internado em USE, em especial no que tange suas condições de saúde.

Adolescentes em conflito com a lei podem ser autores (as) de violência, mas isso não os (as) resume, uma vez que são ou foram também vítimas de violência de diversos tipos (ASSIS, 1999; ASSIS; CONSTANTINO, 2001; GARCIA; PEREIRA, 2014; GONÇALVES; GARCIA, 2007). É importante considerar a complexidade de aspectos em torno da adolescência, especialmente em situações de violência. A área da saúde pode trazer relevantes contribuições nesses contextos.

A saúde do adolescente institucionalizado deve ser alvo de priorização da atenção (BRASIL, 2007) e aqueles em conflito com a lei, privados de liberdade, também fazem parte

desse grupo. “Existem grupos de adolescentes e jovens em situações especiais de agravo” que “não vêm sendo atendidos adequadamente por despreparo dos serviços de saúde para o acolhimento dessa clientela” (BRASIL, 2007, p. 15). Dentre essa população, destacam-se aqueles envolvidos com a violência, os institucionalizados e os que estejam cumprindo MSE, três características dos adolescentes foco desse estudo.

O adolescente ao estar privado de liberdade não perde sua singularidade do ser adolescente e o Estado, como descreve Costa e Assis (2006), não deve renunciar a sua função de garantir fatores protetivos à sua vida e saúde. Cabe ressaltar, acompanhando a concepção ampliada de saúde, que a sua saúde deve ser objeto de cuidado, independentemente de apresentar “problemas”.

Quanto aos problemas de saúde que atingem esses adolescentes, destacam-se os de saúde mental, inclusive com diferenças de perfil psicopatológico entre gêneros (ANDRADE et al., 2011). “Estudos internacionais indicam para uma prevalência bastante significativa (chegando a cerca de 80%) de problemas na esfera da saúde mental entre adolescentes em conflito com a lei que se encontram custodiados” (COSTA; SILVA, 2008). Andrade et al. (2011), em estudo realizado com 30 adolescentes do gênero feminino privadas de liberdade na USE do Rio de Janeiro, com idade entre 14 e 17 anos, obteve o seguinte resultado:

alta prevalência de transtornos psiquiátricos entre adolescentes infratores, sendo os mais prevalentes: transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (33%), transtorno da conduta (77%), transtorno desafiador opositivo (50%), transtornos de ansiedade (70%), transtorno depressivo (50%), abuso de drogas ilícitas (70%) e abuso de álcool (52%). O abuso de álcool aumentou em 2,4 vezes a chance de um adolescente cometer delito violento. Esses dados sugerem às autoridades em saúde pública que tanto a detecção quanto o tratamento precoce de transtornos psiquiátricos na infância podem ajudar na prevenção de atos infratores (ANDRADE et al., 2011, p. 2.179)

Patton et al. (2016), em relatório global sobre saúde do adolescente, chamam atenção para a saúde mental como um dos maiores fatores de risco à saúde deste segmento, mas sinalizam que

estudos em adultos sugerem que a maioria das desordens mentais surgem antes dos 25 anos de idade, mais frequentemente entre 11-18 anos. Estudos prospectivos recentes indicam que enquanto os problemas de saúde mental são muito comuns durante a adolescência, não persistem na fase adulta, particularmente se os episódios forem breves (p. 2455, tradução nossa)

Se a saúde mental do adolescente em geral pode apresentar desordens, é importante considerar que possivelmente a institucionalização pode agravar ou desencadear sofrimento psíquico. O ideal é que pesquisas com adolescentes privados de liberdade para avaliação de saúde mental sejam realizadas considerando a vida pregressa, histórico psicopatológico, ambiência socioeducativa e sociabilidade pós internação (no convívio social). É uma preocupação pertinente a fim de não se patologizar questões sociais.

Monteiro e Abelha (2015), em pesquisa realizada com oitenta e sete adolescentes do gênero masculino privados de liberdade no Rio de Janeiro, com idade média de 16 anos, obtiveram que 70,1% tinha pelo menos um transtorno mental atribuído. “Os diagnósticos mais frequentes foram de transtornos por uso de substâncias psicoativas” (p. 12), outras variáveis relevantes pontuaram traumas na infância e exposição a eventos estressantes, “mais da metade da amostra estudada (52,9%) apresentou transtornos em comorbidades. As frequências encontradas para o percentual total de transtornos são semelhantes àquelas observadas tanto nos estudos internacionais quanto no estudo nacional” (MONTEIRO; ABELHA, 2015, p. 15). Ainda segundo as autoras:

Diversos adolescentes alegaram que, após a internação, passaram a ter dificuldades para dormir e, por isso, utilizavam medicamentos. Foi evidenciado que 25,60% dos entrevistados usavam o benzodiazepínico Diazepan, com prescrição médica, e outros 24,10% utilizavam o mesmo medicamento, por decisão própria. Os adolescentes relataram a prática de troca de cigarros por Diazepan com aqueles que recebiam, diariamente, as doses prescritas. Comumente pediam cigarros aos familiares, nos dias de visita, para usá-los como “moeda de troca” pelo medicamento (MONTEIRO; ABELHA, 2015, p. 15)

Compreender o universo adolescente e os fatores de risco para sua saúde é um passo imprescindível para efetivação da integralidade. Raymundo et. al. (2016, p. 48) nos alertam que “se o profissional de saúde não se aproximar do mundo do seu paciente adolescente, lidará apenas com uma doença. Embora a doença seja um fenômeno biológico e material, a resposta humana a esse evento não é apenas biologicamente determinada”. Se os profissionais e gestores do sistema socioeducativo não se apropriarem da temática adolescente, nela inclusa as questões de saúde que devem englobar uma perspectiva de recuperação, prevenção e promoção, fatalmente estarão predestinados a não responderem ao objetivo principal da socioeducação.

Relatório que apresenta um panorama nacional das unidades de cumprimento de medidas socioeducativas de internação revelou que “no aspecto relacionado à saúde, percebe-

se que 32% das estruturas não possuem enfermaria e 57% não dispõem de gabinete odontológico” (BRASIL, 2012b, p. 39), demonstrando a negligência do Estado brasileiro em prover condições de cuidado. O documento divulgou, ainda, um perfil de violências (apenas as registradas) nas Unidades Socioeducativas, das quais:

destaca-se o número de estabelecimentos que registraram situações de abuso sexual sofrido pelos internos: em 34 estabelecimentos pelo menos um adolescente foi abusado sexualmente nos últimos 12 meses. Em 19 estabelecimentos há registros de mortes de adolescentes em cumprimento de MSE. Além disso, sete estabelecimentos informaram a ocorrência de mortes por doenças preexistentes e dois registraram mortes por suicídio nos últimos 12 meses” (BRASIL, 2012b, p. 127).

A preocupação com a **ressocialização** dos adolescentes é apontada pelo Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo (BRASIL, 2013, p. 9), ao estabelecer como uma de suas diretrizes “humanizar as Unidades de internação, garantindo a incolumidade integridade física e mental e segurança do/a adolescente e dos profissionais que trabalham no interior das unidades socioeducativas”. O plano tem conteúdo rico e metas, prazos e responsáveis para seus eixos operativos, oferecendo parâmetros que podem contribuir para a compreensão das questões de saúde abordadas na presente pesquisa. Tendo como finalidade garantir a responsabilidade e transversalidade das políticas setoriais, o plano estabelece instâncias de controle que são os órgãos fiscalizadores responsáveis pela garantia daquilo que se propõe a alcançar.

No âmbito federal os órgãos fiscalizadores são o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, Congresso Nacional, Tribunal de Contas da União e Sistema de Justiça; no âmbito estadual são: o órgão de controle do legislativo estadual, Legislativo Estadual, Sistema de Justiça, Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente e Organização da Sociedade Civil; no âmbito municipal é o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, órgão de controle da Administração Municipal, Conselho Tutelar, Sistemas de Justiça e Organizações da Sociedade Civil (BRASIL, 2013). Como se vê, as responsabilidades são compartilhadas entre muitos atores e inclusive com a sociedade civil, mas pouco se observa de fiscalização, inclusive da sociedade civil que deveria ter um protagonismo maior em função do histórico violador do Estado.

Souza e Costa (2012) chamam a atenção, a partir de pesquisa qualitativa realizada no Distrito Federal com adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade, para uma realidade em desacordo com o que preconiza o SINASE. Alguns aspectos institucionais na execução da MSE de internação foram ressaltados pelas autoras, a partir da observação participante. Ao mesmo tempo em que reconhecem o esforço da instituição em responder ao que determina o SINASE, pontuam que a USE não corresponde a tal normativa, refletindo criticamente a respeito da estrutura existente, em total desacordo com o preconizado. Há, segundo as autoras, uma “relação paradoxal entre leis, direitos e realidade” (SOUZA; COSTA, 2012, p. 241). “Por meio da fala dos adolescentes, podemos observar algumas críticas quanto à saúde, à escola, às oficinas profissionalizantes e ao escasso atendimento com as técnicas, além, por exemplo, da alimentação, que eles alegam ser de péssima qualidade” (SOUZA; COSTA, 2012, p. 239).

Vilas Boas et. al. (2010) apresentaram a realidade de direitos violados dos adolescentes em conflito com a lei nas unidades de internação para privação de liberdade em Minas Gerais e no Brasil, debatendo sobre a atenção à saúde e refletindo sobre o desafio que está posto para a política de saúde pois “esses adolescentes são privados frequentemente de respeito, dignidade, privacidade e integridade física, psicológica e moral” (p. 226). A perspectiva da ressocialização confronta-se com a realidade vivenciada em muitas USE. Vê-se uma contradição entre o que prevê as normativas dos sistemas de direito penal e de direito juvenil - “não haverá penas cruéis” no Brasil (BRASIL, 1988, art. 5º, XLVII) - e a realidade (CARVALHO E BRASIL; WEIGERT, 2012). Assim,

logicamente a realidade dos sistemas prisional e de internação manicomial (manicômio judiciário) e socioeducacional nega, cotidianamente, com a convivência irresponsável, comissiva ou omissiva, dos agentes, dos poderes públicos (Executivo, Legislativo e Judiciário), o comando constitucional que veda a imposição de sanções desumanas (cruéis). (CARVALHO E BRASIL; WEIGERT, 2012, p. 238).

O fato do ato infracional ser análogo ao crime ou contravenção parece não encerrar as semelhanças do sistema socioeducativo com o sistema penal. Um exemplo característico dessa similitude é a questão da superlotação das USE e também das penitenciárias do Estado do Rio de Janeiro (JUSTIÇA GLOBAL; MEPCT/RJ, 2016), prejudicando as condições de saúde dos internos. O Brasil ocupa a posição de quarto país que mais encarcera no mundo (BRASIL, 2015a), considerando as pessoas maiores de 18 anos, sendo que “nota-se que no

Brasil as pessoas estão concentradas na faixa de idade acima de 35 anos, enquanto a população prisional é majoritariamente jovem – 18 a 29 anos. Esse grupo compõe 55,07% da população carcerária” (p. 42).

Um debate sempre efervescente no Brasil é sobre a questão da maioridade penal, tema recorrente na pauta da mídia, sobretudo a sensacionalista e, principalmente, quando da divulgação de algum crime hediondo cuja autoria se atribua a adolescente. As discussões em torno da maioridade penal possuem vieses diversos, seja a favor da redução da idade ou do aumento do tempo de internação, e muitas são as propostas legislativas tramitando na Câmara dos Deputados a respeito. “Tais projetos vêm ganhando força atualmente em um contexto em que parte da população se mostra indignada com a impunidade, com a violência e parece perder a confiança nas instituições de justiça” (SILVA; OLIVEIRA, 2015, p.2).

A proposta de emenda constitucional 171 de 1993, do deputado Benedito Domingos, propõe a alteração da idade penal para 16 anos. Sua proposição deu-se quando o ECA era recém promulgado, tendo sido colocada e retirada de pauta em alguns momentos significativos do cenário nacional e reaberta em 2015. Em março de 2018 a emenda está aguardando apreciação do Senado Federal após aprovação da Câmara dos Deputados.

O projeto de lei 5454 de 2013, da deputada Andreia Zito (do RJ), propõe a extensão do prazo máximo de internação a adolescentes em conflito com a lei para oito anos. Atualmente, segundo o ECA, o período máximo é de três anos (BRASIL, 1990b). Se, com este prazo, o que se vê de preponderante nas USE é superlotação e barbárie, podemos imaginar o cenário futuro caso essa proposta seja aceita. Tal projeto de lei foi apensado a outros de similar conteúdo e em março de 2018 aguardava sujeição à apreciação do plenário da Câmara.

O que ocorre no Brasil e no mundo, segundo Silva e Oliveira (2015, p. 2-3), é um fenômeno “que pode ser descrito sociologicamente como uma forte onda de intolerância moral ao crime”. A princípio, tal fenômeno poderia trazer ganhos importantes, se viesse acompanhado de honestidade, criticidade e ética, mas o que se verifica na sociedade brasileira é uma hipocrisia reinante, uma criticidade parcial e seletiva aliada a imoralidade que camufla as causas concretas da situação de violência que vivemos. Há a desigualdade social e de renda, massificação da sociedade, incentivo desenfreado ao consumo, negligência do Estado em cumprir sua função social e corrosão do caráter de agentes públicos e políticos que

utilizam da Administração Pública como se fosse criada para satisfazer interesses individuais, entre outras questões. No entanto, as discussões sobre a violência e o aumento da criminalidade se mantêm apenas na superfície.

A defesa da redução da maioria penal possui algumas características em comum com as acima colocadas: é baseada na crença de que a repressão e a punição são os melhores caminhos para lidar com os conflitos e escorada na tese de que a legislação atual deve ser mudada, pois estimula a prática de crimes. Parecem soluções fáceis para lidar com o problema da violência, mas surtem o efeito oposto, ou seja, aumentam a violência, principalmente quando se leva em conta as condições atuais dos espaços das prisões brasileiras (SILVA; OLIVEIRA, 2015, p. 4).

Além de majoritariamente jovem, a população carcerária nacional é também majoritariamente negra (61,67%), e, embora no Brasil a população geral seja de maioria negra (53,63%), não se observa uma maioria de negros ocupando posições sociais ou espaços menos indignos que o do cárcere, onde se evidencia uma seletividade penal (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b), inclusive no Estado do Rio de Janeiro (JUSTIÇA GLOBAL; MEPCT/RJ, 2016). Na esfera socioeducativa, mapeamento nacional realizado em 2002 demonstrou que “mais de 60% dos adolescentes privados de liberdade no Brasil são afrodescendentes, 21% são pretos e 40% são pardos” (SILVA; GUERESI, 2003, p. 21). O panorama nacional de medidas socioeducativas de internação (BRASIL, 2012b) não abordou a questão raça/cor.

O mais recente levantamento anual do SINASE, referente ao ano de 2015 (BRASIL, 2018), descreve as seguintes características do/da adolescente e jovem em restrição e privação de liberdade no Brasil (n=26.868): 96% do gênero masculino e 4% do gênero feminino; em relação a faixa etária: maior proporção de adolescentes entre 16 e 17 anos (57%); em relação a raça/cor: 61,03% são considerados parda/preta, 23,17% branca, 0,81% amarela, 0,28% indígena e 14,67% não tiveram registro, sendo classificados na categoria sem informação.

A seletividade do sistema (BARATTA, 1987; BATISTA, 2015) é um aspecto a ser considerado na discussão sobre a ressocialização dos adolescentes em conflito com a lei, principalmente quando se evidencia no âmbito socioeducativo do Rio de Janeiro, conforme Cordeiro e Diniz (2012, p. 2), “tratamento assemelhado ao prisional”. Para Negreiros (2001, p. 124) na prática o que separa reabilitação do modelo de justiça punitivo é que este último se utiliza da “ideia de punição enquanto meio de reduzir a prática de crimes”. Este autor faz uma recuperação histórica sobre as perspectivas de intervenção na delinquência –

terminologia utilizada por autores internacionais para se referir “às transgressões à lei realizadas por adolescentes” (NARDI; DELL’AGLIO, 2010, p.70) – em diferentes países, e constata que a distinção entre programas de reabilitação e os de instituições que possuem uma filosofia punitiva está na “ausência de uma subcultura prisional e a implementação de uma abordagem de intervenção abrangente e individualizada” (NEGREIROS, 2001, p.124).

É pequeno o número de pesquisas na área da saúde sobre adolescentes em conflito com a lei, principalmente quando em privação de liberdade. Revisão sistemática integrativa realizada por Neto et al. (2017) analisou a produção bibliográfica brasileira na área de saúde sobre adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade. O resultado total de textos objeto de análise foi de 42 estudos publicados entre 2000 e 2015, porém, apenas 09 tiveram como eixo temático a saúde, com diferentes enfoques: as condições de saúde mental dos adolescentes privados de liberdade (06), as condições de saúde bucal (02) e os fatores protetivos e de risco (01). Os demais eixos temáticos foram conceitos, legislação e histórico das medidas socioeducativas e atuação institucional (08 artigos); caracterização dos adolescentes em conflito com a lei em MSE de internação (15 artigos); representação social do adolescente em conflito com a lei (05 artigos); relação familiar (05 artigos).

Fernandes et al. (2015) alertam para a realidade da saúde do adolescente privado de liberdade a partir de um olhar crítico sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional, refletindo que “questões político-ideológicas, valores morais e preconceitos comportamentais sobre a adolescência são notáveis” (p. 121) e que há um “hiato existente entre a legislação, a normatização e as políticas e a realidade nas unidades socioeducativas” (p. 123).

Observa-se que a violência tem sido comum nesses espaços de privação de liberdade (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b), inclusive por parte do Estado, apesar do Brasil ter inscrito em sua Constituição que “ninguém será submetido à tortura nem tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1988, art. 5º, II). Os marcos legais Regras Mínimas das Nações Unidas para Administração da Justiça Juvenil (Regras de Beijing), de 1985, Regras Mínimas das Nações Unidas para a proteção dos Jovens Privados de Liberdade, de 1990, e os Princípios das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad), de 1990, versam sobre cuidados, proteção e assistência a serem prestados aos adolescentes e jovens. Embora signatário dos protocolos internacionais, o país ainda não

alcançou cumprir o que reza a letra.

A seguir apresentam-se as referências normativas que dizem respeito aos adolescentes em conflito com a lei (quadro 2).

Quadro 2. Referências Normativas sobre o atendimento a adolescentes em conflito com a lei

Ano	Referência Normativa
1959	Declaração Universal dos Direitos da Criança
1985	Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça Juvenil (“Regras de Beijing”)
1988	Constituição da República Federativa do Brasil.
1989	Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas
1989	Portaria n° 980 / GM, de 21/12/1989, do Ministério da Saúde – Cria o Programa Saúde do Adolescente - PROSAD
1990	Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (“Regras de RIAD”).
1990	Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade.
1990	Lei n° 8.069, de 13/07/1990 – Dispõe sobre o ECA e dá outras providências.
1990	Leis n° 8.080, de 19/09/1990 – Dispõe sobre as condições sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; n° 8.142, de 28/12/1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. “Leis Orgânicas da Saúde”
1996	Resolução do CONANDA n° 46, de 29/10/1996 – Regulamenta a execução da MSE de internação prevista no ECA.
1996	Resolução do CONANDA n° 47, de 06/12/1996 – Regulamenta a execução da MSE de semiliberdade prevista no ECA.
2004	Portaria Interministerial n°1426, de 14/07/2004 – Aprova as diretrizes para implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências.
2006	Resolução do CONANDA n° 113 de 19/04/2006 – Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.
2006	Resolução CONANDA n° 119 de 11/12/2006 – Dispõe sobre o SINASE e dá outras providências.
2008	Portaria Secretaria de Atenção à Saúde / MS n°647, de 11/11/2008 – PNAISARI.
2010	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.
2012	Lei de n° 12.594, de 18/01/2012 – Institui o SINASE, regulamenta a execução das MSE, entre outras providências.
2013	Lei n° 12.852, de 05/08/2013 – Institui o Estatuto da Juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE, entre outras providências;
2013	Resolução CONANDA n° 160 de 18/11/2013 – Aprova o Plano Nacional Socioeducativo
2014	Portarias n°1082, de 23/05/2014 – Redefine as diretrizes da PNAISARI e dá outras providências; n° 1083, de 23/05/2014 – Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos

	adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1082/GM/MS, de 23 de maio de 2014.
2015	Deliberação CEDCA/RJ nº45 de 07/10/2015 – Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro (2014-2023).

3.3 SOCIOEDUCAÇÃO E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI EM REGIME DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA – REPERCUSÕES SOBRE A SAÚDE

O vocábulo socioeducativo é inaugurado no ECA sem que haja uma definição precisa para o termo, ocorrendo o mesmo posteriormente no SINASE. Esta imprecisão se reflete negativamente no fazer profissional de muitos gestores e operadores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, que não possuem clareza conceitual sobre o tema. Apesar do exposto, “entende-se que a socioeducação emergiu com a responsabilidade de evidenciar o caráter educativo das medidas, rompendo com o caráter até então punitivo, coercitivo e corretivo que prevalecia na execução das medidas” (BISINOTO et. al., 2015, p. 581).

Das vinte e sete Unidades Federativas do Brasil 44% da gestão dos sistemas socioeducativos estaduais encontram-se vinculados ao setor executivo Justiça, ainda que em conjunto com outros (quadro 3). No país, são onze Secretarias Estaduais de Justiça e uma de Segurança Pública as responsáveis pelos órgãos de execução das MSE de privação de liberdade. Apenas no Estado do Rio de Janeiro a execução está vinculada à Secretaria de Educação, o que, no entanto, não é garantia de socioeducação plena. No conjunto do país, é preocupante que haja um quantitativo relevante de secretarias com perspectivas mais aproximadas à punibilidade como responsáveis por educar para o convívio social. Este aspecto conjuntural pode apontar para um descompasso na condução da política socioeducativa brasileira à medida que a justiça se pauta pelo viés da punibilidade, enquanto que a socioeducação se inspira na educação e em uma perspectiva emancipatória.

Quadro 3. Distribuição da gestão estadual para privação de liberdade no sistema socioeducativo, no Brasil, em 2018.

Executivo Estadual	Estado
Secretaria de Justiça e Direitos Humanos	AC
Secretaria de Prevenção à Violência	AL
Secretaria de Justiça , Direitos Humanos e Cidadania	AM
Secretaria de Inclusão e Mobilização Social	AP
Secretaria da Justiça , Direitos Humanos e Desenvolvimento Social	BA
Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social	CE
Secretaria de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude	DF
Secretaria de Direitos Humanos	ES
Secr. da Mulher, Desenv. Social, Igualdade Racial, Desenv. Humano e do Trabalho	GO
Secretaria dos Direitos Humanos e Participação Popular	MA
Secretaria de Segurança Pública	MG
Secretaria de Justiça e Segurança Pública	MS
Secretaria de Justiça e Direitos Humanos	MT
Secretaria de Trabalho e Promoção Social	PA
Secretaria de Desenvolvimento Humano	PB
Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e da Juventude	PE
Secretaria da Assistência Social e Cidadania	PI
Secretaria da Justiça , Trabalho e Direitos Humanos	PR
Secretaria de Educação	RJ
Secretaria do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social	RN
Secretaria da Justiça	RO
Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social	RR
Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos	RS
Secretaria da Justiça e Cidadania	SC
Secretaria da Inclusão, Assistência e do Desenvolvimento Social	SE
Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania	SP
Secretaria da Cidadania e Justiça	TO

A socioeducação tem como objetivo educar o adolescente para a vida (LOPES, 2015), para o exercício da cidadania e o convívio social, ou seja, educar para a liberdade, considerando sua condição peculiar de desenvolvimento (BRASIL, 1990b), inclusive quando este se encontra em MSE de internação. Para tanto, é imprescindível que a experiência socioeducativa apresente ao adolescente valores condizentes com o respeito à dignidade (a sua e a dos outros).

O SINASE (BRASIL, 2012a, art. 49, VII) aponta que: “são direitos do adolescente submetido ao cumprimento de MSE, sem prejuízo de outros previstos em lei, receber assistência integral à sua saúde”. Há um capítulo exclusivo – cap. V (artigos 60 a 65) – que dispõe sobre a atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de MSE. O artigo 60 contém as diretrizes dessa atenção integral, dentre as quais podemos destacar a “capacitação das equipes de saúde e dos profissionais das entidades de atendimento, bem como daqueles que atuam nas unidades de saúde de referência voltadas às especificidades de saúde dessa população e de suas famílias” (BRASIL, 2012a, art. 60, VI)

A PNAISARI (BRASIL, 2014, art. 5º) normatiza a atenção à saúde dos adolescentes em espaço de privação de liberdade. Ela é uma política de extrema relevância ao garantir o direito à saúde e à ambiência salutar na unidade socioeducativa tanto para adolescentes como para trabalhadores. Ela se organiza em princípios sólidos, dentre os quais podemos citar como centrais: o respeito aos direitos humanos, à integridade física, mental e à condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, a observância da incompletude institucional para garantia do acesso e integralidade na RAS e a permeabilidade das USE à comunidade e ao controle social.

A PNAISARI contribui firmemente com a socioeducação, inclusive seu surgimento é um reconhecimento do Estado brasileiro, impulsionado pelo Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da necessidade de implantação e implementação de diretrizes específicas para atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei. Tal política, de maneira intersetorial, vai ao encontro da política socioeducativa que dois anos depois foi deliberada enquanto política pública (SINASE). A normatização em âmbito nacional do atendimento em saúde para adolescentes privados de liberdade é uma conquista singular que, para ser efetiva, necessita da participação do controle social.

3.4 DEPARTAMENTO GERAL DE AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS E CENTRO DE ATENDIMENTO INTENSIVO BELFORD ROXO: RIO DE JANEIRO E BAIXADA FLUMINENSE, O QUE HÁ DE DIFERENTE?

O Estado do Rio de Janeiro, localizado na região sudeste do país, possui área territorial de 43.780,172 km²¹¹ com densidade demográfica de 365,23 hab/km² e 92 municípios, sendo sua capital a cidade de mesmo nome. É dividido político administrativamente em oito regiões de governo: Baixadas Litorâneas, Centro – Sul Fluminense, Costa Verde, Médio Paraíba, Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense e Serrana e sua população no último censo (IBGE, 2010) era de 15.989.929.

A Baixada Fluminense está delimitada político institucionalmente com treze municípios – dentre os quais se situa Belford Roxo, local em que está o CAI Baixada, foco de estudo dessa dissertação. As outras doze cidades são: Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Nilópolis, Queimados, Mesquita, Magé, Guapimirim, Paracambi, Japeri, Itaguaí e Seropédica. A região tem característica social singular, é considerada periférica em relação à capital, ainda que seus municípios se encontrem dentro da região da Metrôpole.

O DEGASE atua em todo o Estado e é o órgão responsável pela execução das MSE de privação de liberdade e semiliberdade no Estado do Rio de Janeiro. Foi criado em 1993¹², tendo o ECA como marco legal, sendo o resultado de “reestruturação política, administrativa e da busca de mudanças de paradigmas” no atendimento aos adolescentes em conflito com a lei no Estado (ABDALLA, 2016, p. 130). Herdou toda a estrutura física e político-organizacional da extinta Fundação Centro Brasileiro para Infância e Adolescência, então herdeira da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, esta continuidade do antigo Serviço Nacional de Assistência a Menores. Todos os seus antecessores foram extintos pela falência no atendimento aos “menores” no Brasil (LOPES, 2015).

A criação do DEGASE representou conquistas e avanços no atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, como estar subordinado à área da educação. Porém, na

11. IBGE, disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama> Acesso em 17 de janeiro de 2018.

12. Criado pelo decreto nº 18.493, de 26 de janeiro de 1993.

prática cotidiana, permanece viva a marca da perspectiva punitiva e da lógica prisional, com desrespeito à dignidade humana.

Quando o Departamento era vinculado à antiga Secretaria de Estado de Justiça fazia parte da mesma estrutura organizacional do Departamento Geral do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro. Em 2003, após uma crise institucional motivada pelo esgotamento técnico e operacional decorrente de práticas em desacordo com as normas do ECA, demandou-se uma reengenharia da instituição, o que resultou em reestruturação física, política e administrativa (ABDALLA, 2016), respaldada pelo SINASE a partir do CONANDA, através da Resolução 119/2006.

Lopes, (2015, p. 150) ao analisar o DEGASE sintetiza-o enquanto uma instituição paradoxal, reafirmando a necessidade de continuação de seu reordenamento “para alteração do paradigma da doutrina da situação irregular para a doutrina da proteção integral”. Pontua como principais desafios a transformação do discurso da socioeducação em práticas do cotidiano dos profissionais e gestores e a manutenção dos avanços conquistados, ou seja, “a efetivação da mudança real de paradigma” (LOPES, 2015, p. 152). Segundo a autora, ultrapassados tais desafios, a instituição enfim irá aproximar-se da missão e valores institucionais registrados em seu alinhamento estratégico (DEGASE, 2012).

Na avaliação de Lopes (2015), o DEGASE passou por três grandes fases: 1ª fase – 1994 a 1997; 2ª fase – 1998 a 2005; 3ª fase – 2006 a 2011. Tais períodos são caracterizados por diversas turbulências e conflitos (inclusive de interesses); constantes reorganizações e projetos; e, reformas e tentativas de ajustamento de condutas. A autora destaca que a violência sempre esteve presente em seu histórico e que por isso os olhares internacionais voltaram-se para a instituição nos momentos da divulgação de dois relatórios da *Human Rights Watch* (HRW) em 2003 e 2005.

A HRW é uma organização internacional de Direitos Humanos reconhecida, dentre outros, por investigações aprofundadas sobre violações de direitos¹³. Seus relatórios “Brasil, 'Verdadeiras Masmorras' - Detenção Juvenil no Estado do Rio de Janeiro” (2003) e “Na escuridão – abusos ocultos contra jovens internos no Rio de Janeiro” (2005), trouxeram

13. Descrição sobre a HRW, disponível em <https://www.hrw.org/pt/sobre-human-rights-watch> Acesso em 16 de Janeiro de 2018.

diagnósticos alarmantes sobre a socioeducação no Estado. Além de apresentarem críticas, os documentos propõem recomendações para adequação do sistema socioeducativo fluminense a níveis condizentes com a dignidade humana. Em 2018, o relatório do HRW não cita o Rio de Janeiro em específico, mas faz uma crítica contundente aos sistemas carcerário e socioeducativo do país, apontando graves violações a leis brasileiras e tratados internacionais pois “em vez de promover reabilitação e educação, a estrutura física dos centros socioeducativos promove isolamento e punição” (HRW, 2018, p. 91, tradução nossa).

Em 2007 a marca da instituição passa a ser “Novo DEGASE”, num esforço de total adequação às diretrizes nacionais estabelecidas pelo SINASE e de desvinculação do estigma de violador de Direitos Humanos. No ano seguinte, ainda fortalecendo o processo de mudança de paradigma, houve a transferência do DEGASE para a Secretaria de Estado de Educação¹⁴, deixando de pertencer a antiga Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário e buscando uma aproximação maior com a socioeducação.

Ainda em 2008, o DEGASE alterou sua estrutura organizacional para a hoje ainda existente. Nela se insere a Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social (CSIRS), composta por equipe multidisciplinar. Hoje a CSIRS possui: *Divisão Biomédica*, responsável pelas áreas da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição e Farmácia; *Divisão de Psicologia*, responsável pela área da Psicologia; *Divisão de Serviço Social*, responsável pela área de Serviço Social e Núcleo de Promoção à Saúde do Trabalhador (ZEITOUNE, 2016).

Segundo Zeitouné (2016, p. 91) o histórico da prestação de serviços de saúde nas USE “sempre foi marcado pela oferta de ações pontuais, campanhas sanitárias e pelas condições de ambiência inadequadas à promoção de saúde dos adolescentes nas unidades socioeducativas”. Na opinião da autora, a partir de 2013, tal situação começou a mudar, uma vez que houve uma reorganização aliada a uma série de ações descentralizadas e em conjunto com profissionais e gestores, inclusive de municípios distintos da capital e do Ministério da Saúde, que repensou e reprogramou a metodologia de trabalho no campo da saúde.

Das conquistas da CSIRS destaca-se a construção de protocolos de atendimento, o estabelecimento de fluxos e rotinas, a construção de uma linha de cuidado em saúde mental para adolescentes em conflito com a lei e o “reconhecimento do sofrimento psíquico que o

14. Conforme decreto nº 41.334 de 30 de maio de 2008.

próprio encarceramento produz na vida dos adolescentes” (ZEITOUNE, 2016, p. 94), mantendo a perspectiva de que a privação a ser imposta ao adolescente é a da liberdade e não da dignidade. Para Zeitoune “com essa organização conseguimos atender às demandas dos adolescentes e garantir o cuidado contínuo, diário e a implantação de ações fundamentais para melhorar a qualidade de vida desta população” (2016, p. 101).

No atendimento e acompanhamento dos adolescentes privados de liberdade há dois grupos de profissionais técnicos de nível superior responsáveis pelo atendimento: MSE e Núcleo de Saúde Mental (NSM). O grupo de MSE

tem como objetivo acompanhar os adolescentes em suas necessidades do cotidiano, organizar suas atividades, realizar as intervenções sobre o ato infracional praticado visando a responsabilização do adolescente, atender as famílias, esclarecer sobre sua situação processual, elaborar os relatórios técnicos e o Plano Individual de Atendimento que irão subsidiar as reavaliações judiciais (GAMA, 2017, p. 47)

Enquanto que o NSM, grupo obrigatório para todas as USE de internação (GAMA, 2017), atuando desde 2008,

é responsável pelo acompanhamento terapêutico do adolescente e também participa da elaboração do PIA [Plano Individual de Atendimento] no que tange à saúde mental, porém não produz documentos para a reavaliação judicial, o que favorece a relação de confiança e os objetivos do tratamento psicossocial individualizado (GAMA, 2017, p. 47).

São dois grupos com responsabilidades distintas, porém complementares na perspectiva da integralidade e que podem potencializar o atendimento dialogando entre si. Em visitas a algumas USE, durante o trabalho de campo da pesquisa principal, a autora deste trabalho observou que não há uniformidade na forma de organização e de articulação entre esses dois grupos. Há USE onde profissionais sequer se conhecem ou sabem quais as atribuições dos colegas.

Apesar dos avanços obtidos e do acréscimo do termo “Novo”, algumas práticas no cotidiano das unidades muitas vezes se assemelham ao antigo DEGASE, tal como citado pela HRW. As turbulências e conflitos recorrentes ressoam que “em determinados momentos, a prática muito se confunde com a visão menorista em que a segurança, a vigilância e repressão eram primazia no atendimento ao adolescente autor de ato infracional” (LOPES, 2015, p. 142).

Atualmente o DEGASE possui oito unidades de privação de liberdade, sendo cinco para adolescentes do sexo masculino em MSE de internação, uma para as do sexo feminino

em MSE de internação ou em processo de internação provisória e duas exclusivamente para adolescentes do sexo masculino em processo de internação provisória. Localizam-se nas Regiões Metropolitana (6), Norte Fluminense (1) e Médio Paraíba (1). Possui também dezesseis unidades de restrição de liberdade, os Centros de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente (CRIAAD), destinados aos adolescentes em MSE de semiliberdade (ABDALLA, 2016), situadas nas Regiões Metropolitana (09), Médio Paraíba (2), Baixada Litorânea (1), Norte Fluminense (2) e Serrana (2).

Além dos Estados, os municípios também são responsáveis, desde 2009, pela gestão e execução da política socioeducativa (em meio aberto), a partir da promulgação da resolução nº 109 do Conselho Nacional de Assistência Social que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. “Com a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, ocorreu a incorporação oficial do Serviço de Proteção ao Adolescente em Cumprimento de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto, inscrito no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade” (CEDCA, 2015, p. 15). Tais medidas podem ser LA e PSC, executadas por Centros de Referência Especializados de Assistência Social, geridos pelas Secretarias Municipais de Assistência Social dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Ademais, compete aos municípios: formular, instituir, coordenar e manter o Sistema Municipal de Atendimento Socioeducativo, respeitadas as diretrizes fixadas pela União e pelo respectivo Estado; Elaborar o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo, em conformidade com o Plano Nacional e o respectivo Plano Estadual; Criar e manter programas de atendimento para a execução das medidas socioeducativas em meio aberto; Editar normas complementares para a organização e funcionamento dos programas do seu Sistema de Atendimento Socioeducativo; Cadastrar-se no Sistema Nacional de Informações sobre o Atendimento Socioeducativo e fornecer regularmente os dados necessários ao povoamento e à atualização do Sistema; e Co-financiar, conjuntamente com os demais entes federados, a execução de programas e ações destinados ao atendimento inicial de adolescente apreendido para apuração de ato infracional, bem como aqueles destinados a adolescente a quem foi aplicada medida socioeducativa em meio aberto (BRASIL, 2012a, artigo 5º). Em relação à saúde, todo município que tem uma USE em seu território tem responsabilidade sanitária da gestão de saúde (BRASIL, 2014).

3.5 CAI BAIXADA: O PIONEIRO NA DESCENTRALIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE BELFORD ROXO – REFLEXOS PARA A ATUAÇÃO EM SAÚDE

A partir das décadas de 1960 e 70 a Baixada Fluminense começou a ter sua imagem construída em associação à ideia de violência, a qual persiste até hoje. Embora heterogênea, esta grande área sofre para melhorar suas condições nos setores econômico, político, social, cultural e de educação. Segundo o Fórum Grita Baixada, “a ausência de oportunidades positivas nesses setores é histórica, repete-se há décadas, o que leva a região a desaguar (parodiando sua geografia naturalmente aquosa) no rio de insegurança pública dos 13 municípios que hoje a compõe” (2016, p. 6).

Se nos anos de 1960 o que se sobressaía na mídia sobre a Baixada Fluminense eram os Esquadrões da Morte, os anos 80 trouxeram os Grupos de Extermínio, os 90 a eleição de matadores a cargos políticos, os 2000 o avanço do tráfico de drogas e em 2010 as milícias. São inúmeros os casos de violências e chacinas na Baixada Fluminense, sem que haja divulgação da mídia e/ou investigação policial. A violência além de polissêmica, nestes espaços negligenciados pelo Poder Público, tem se mostrado estrutural (FÓRUM GRITA BAIXADA, 2016).

Belford Roxo, município em que está situado o CAI Baixada, foi criado como um distrito em 1938, então subordinado à Nova Iguaçu. Em 1940 perdeu parte de seu território para a construção do município de Duque de Caxias; persistiu como distrito até que em 1990 foi elevado à categoria de município¹⁵, tendo se instalado enquanto tal em 1993. Faz parte da região metropolitana.

Belford Roxo tem área territorial de 77.815 km² com densidade demográfica de 6.031,38 hab/km² e população de 469.332 em 2010, sendo a estimativa para 2017 de 495.783 habitantes. Dados de 2009 informam que a cidade possui 77 estabelecimentos de saúde, 58 do SUS (IBGE, 2010¹⁶). O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM, 2010)

¹⁵. Rio de Janeiro, ALERJ. Lei Estadual n.º 1.640, de 03 de abril de 1990.

¹⁶. IBGE, Censo 2010. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em 20 de novembro de 2016.

é de 0,684, ocupando a baixa 70ª posição dentre os 92 municípios do Estado¹⁷. A antiguidade dos dados obtidos sobre o município aponta para precária informação existente sobre o mesmo. Segundo Moreira (2012), os níveis de saúde da população de Belford Roxo são extremamente baixos, o que fortalece a importância da compreensão de como se operacionaliza a saúde pública em nível local e como é a organização do atendimento aos adolescentes em questão.

O CAI Baixada foi inaugurado em 1998, quando o ECA já estava vigente, mas em fase anterior ao SINASE, com capacidade para 80 adolescentes. Nasceu para atender a necessidade de reestruturação interna do DEGASE (ABDALLA, 2016), favorecendo a regionalização do atendimento, destinado “à execução da medida socioeducativa de internação por determinação judicial expedida pelos Juizados das Varas de Infância e Juventude da Baixada Fluminense, do Norte Fluminense e outras regiões do interior” (VILAR, 2004, p. 41). Foi a primeira unidade do Estado com a finalidade de regionalização do atendimento.

A unidade está localizada no Bairro Bom Pastor, situado em posição elevada no *ranking* de maior incidência de vítimas de morte violenta intencional, ocupando o segundo lugar do município no período de 2010 a 2015. No pódio da violência, o bairro consegue se superar: assume o 1º lugar no que se refere as tentativas de homicídio, no mesmo período (LAV/UERJ, 2016). A favela que apresenta o maior número de vítimas do bairro, local muito violento devido atuação do tráfico de drogas, incursões policiais e péssimas condições de vida, fica a 1,5 km do CAI Baixada. Há relatos de abordagens de traficantes armados com ameaças a adolescentes, familiares e profissionais na unidade^{18,19}. Ser o pioneiro na descentralização com características locais tão singulares não tem sido tarefa fácil para a USE. Hoje, o CAI Baixada busca atender os adolescentes em regime de internação das

¹⁷.Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belford-roxo_rj Acesso em 01 de fevereiro de 2017.

¹⁸. Em 11/06/2016 Traficantes ameaçam e revistam familiares de menores infratores no DEGASE, disponível em <http://rionoticiasofc.blogspot.com.br/2016/06/traficantes-ameacam-e-revistam.html> Acesso em 24 de Janeiro de 2018.

¹⁹Em 18/03/2017 Suspeitos do tráfico invadem unidade do DEGASE e fazem ameaça, disponível em <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2017-03-18/suspeitos-de-traffic-invadem-unidade-do-degase-e-fazem-ameacas.html> Acesso em 23 de Janeiro de 2018.

proximidades de Belford Roxo e Baixada Fluminense, mais um fator para se pensar as estratégias de saúde e reinserção social.

Após uma reforma em 2008, o CAI Baixada passou a atender parâmetros estabelecidos pelo SINASE (LOPES, 2015) e sua capacidade de atendimento passou para 124 adolescentes (MEIRELES et. al., 2016). O módulo para aqueles em internação provisória, inaugurado em 2012, possui capacidade para 19 adolescentes. Como atualmente só recebe adolescentes em MSE de internação²⁰, considerando o módulo anteriormente destinado à internação provisória, a capacidade total presumida é de 143 adolescentes. Há, no entanto, constantes registros de superlotação. Segundo Gama (2017), embora todas USE operem superlotadas, foi o CAI Baixada que esteve atuando em 2016 com o maior nível de superlotação: “233% acima de sua capacidade estrutural” (GAMA, 2017, p. 45). Para tornar mais complexa a situação, notícias veiculadas na mídia no mesmo ano davam conta dos meninos sendo obrigados a conviver com paredes com mofo e corredor de esgoto²¹.

Toda USE de internação e internação provisória do Estado possui uma “escola estadual com gestão e orientação pedagógica autônoma, responsável pela escolarização formal dos adolescentes” (CEDCA, 2015, p. 31). O CAI Baixada possui em suas dependências o Colégio Estadual Jornalista Barbosa Lima Sobrinho, em funcionamento desde 2001. Mapeamento nacional sobre USE e adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade, em 2002, informou que 99% das USE pesquisadas ofereciam ensino fundamental para seus adolescentes, mas apenas 63% ofereciam ensino médio, havendo “referência frequente ao fato de ‘não haver demanda’ para o Nível Médio nas unidades” (SILVA; GUERESI, 2003, p. 36).

A equipe de saúde dentro da USE é outra importante aquisição recentemente obtida que pode potencializar a capacidade de cobertura da assistência à saúde dos adolescentes, mas que precisa articular-se à rede SUS para efetivar o atendimento integral. Ressalta-se que

²⁰. Em 2012 foi inaugurado um módulo para internação provisória no CAI Baixada, que não estava em atividade no momento da pesquisa. Informação disponível em <http://www.rj.gov.br/web/seeduc/exibeconteudo?article-id=972572> Acesso em 17 de janeiro de 2018.

²¹. Em 28/09/2016 Unidades do DEGASE no RJ tem superlotação, doenças e mofo, disponível em <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/09/unidades-do-degase-no-rj-tem-superlotacao-doencas-e-mofo.html> Acesso em 13 de fevereiro de 2018.

a equipe de referência em saúde do CAI Baixada é a maior dentre todas as unidades, com 18 profissionais, apresentados mais adiante na seção de resultados.

A equipe de saúde do CAI Baixada tem se destacado na atenção em saúde do sistema socioeducativo, a ponto de, em 2016, ser certificada pelo Ministério da Saúde enquanto referência em inovação. Trata-se da 2ª edição do Laboratório de Inovações sobre Saúde de Adolescentes e Jovens (2014/2015) do Ministério da Saúde em conjunto com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Ocupou o quarto lugar, junto com outras duas experiências da CSIRS, em uma disputa nacional que envolveu 62 trabalhos, por suas experiências exitosas: “Acompanhamento a adolescentes privados de liberdade a partir de grupos terapêuticos” e “Enfrentamento ao tabagismo entre adolescentes privados de liberdade”.

Buscando a garantia dos princípios e objetivos da PNAISARI, cujas diretrizes haviam sido redefinidas recentemente, o CAI Baixada juntamente com a CSIRS iniciou em 2014 articulação com o município de Belford Roxo, através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), para descentralização das ações. Foi realizado um levantamento do quantitativo de atendimento médico na USE em 2013 e a pactuação com um plano de ação anual para a saúde integral do adolescente em conflito com a lei, com ações previstas para o ano de 2015.

O plano foi assinado pelo secretário municipal de saúde do município e pelo diretor-geral do DEGASE. Trata-se de um documento que, além do diagnóstico de saúde da população adolescente da USE, contém os compromissos firmados entre gestores da saúde, do socioeducativo e da equipe de referência em saúde do CAI Baixada. Dos principais agravos destacados no diagnóstico, de um total de 1.210 atendimentos médicos, ficaram em 1º lugar as demandas em saúde mental, presentes em 473 adolescentes (39,2%). Em 2º destacaram-se as doenças dermatológicas, acometendo 372 adolescentes (30,7%). Seguem em ordem de frequência as doenças respiratórias (15,5%), osteomusculares (7%), infecciosas (4,6%) e geniturinárias (3,0%) (PAISMCA, 2014).

As linhas de ação do Plano de Ação anual para a Saúde Integral do Adolescente em conflito com a lei foram estabelecidas de acordo com a PNAISARI: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, b) saúde sexual e saúde reprodutiva, c) saúde bucal, d) saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas, e) prevenção e controle de agravos, f) educação em saúde e g) direitos humanos, promoção da cultura de

paz, prevenção de violências e assistência a vítimas. Estabeleceram-se as ações a serem desempenhadas, assim como os responsáveis por elas, e as metas a serem alcançadas.

Levando-se em consideração a RAS existente no município de Belford Roxo, essencial para a interlocução com o Plano existente no CAI, destaca-se que o Índice de Desempenho do SUS (IdSUS, 2012), um indicador elaborado pelo Ministério da Saúde que varia de 0 (pior nota) a 10 (melhor nota), avalia o município com nota 3,62. Segundo o Tribunal de Contas do Estado (TCE-RJ, 2015), a área da saúde foi a de maior significância na programação das auditorias em 2011, tendo sido encontrados no município problemas nas composições das equipes, na infraestrutura das unidades e na assistência farmacêutica, situações que geram impacto no atendimento à saúde. Tais resultados sugerem a possibilidade de precário apoio da RAS do município ao CAI Baixada.

Dados mais recentes revelam que os problemas na saúde do município têm se agravado: profissionais de saúde – incluindo médicos –denunciaram o não recebimento de salários de setembro a dezembro de 2016, além do 13º salário (CREMERJ, 2017b). Além da continuidade do atraso de salários e da precariedade das condições de trabalho, a gestão anunciou a redução de 50% dos vencimentos dos médicos (CREMERJ, 2017a). Piorando a situação de saúde do município,

os funcionários também denunciaram as péssimas condições de trabalho, realocações aleatórias, perseguição e assédio moral, inclusive com ameaças. Segundo eles, os hospitais que ainda funcionam estão sem equipe de limpeza e os próprios funcionários de saúde das unidades têm feito a higiene para manter os atendimentos. (CREMERJ, 2017a, p. 8)

A situação da rede pública de saúde de toda a Baixada Fluminense tem se mostrado precária. Em agosto de 2017, estudo do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) realizado nos treze municípios buscando mapear as principais deficiências na rede de atenção às urgências na região, constatou que 27% das unidades estavam fechadas. Além de outras irregularidades, constatou que municípios recebiam verbas por unidades que não estavam em funcionamento.

De acordo com o constatado pela pesquisa do Conselho, as cidades que possuem unidades fechadas continuam recebendo a verba. Belford Roxo, por exemplo, recebeu R\$ 30,5 milhões do MAC (Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar) entre janeiro e julho de 2017. No entanto, o município estava com todas as unidades fechadas no período das vistorias (CREMERJ, 2017c, p. 11).

Belford Roxo foi o único município da Baixada Fluminense que, quando da fiscalização do CREMERJ (abril a julho de 2017), estava com todas as cinco unidades de urgência e emergência fechadas²²: Hospital Municipal Jorge Júlio Costa dos Santos, Unidade de Pronto Atendimento Bom Pastor, Unidade Mista do Lote XV, Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora da Glória e Hospital Infantil de Belford Roxo, as duas últimas privadas conveniadas com o SUS. Tal fato compromete a garantia de assistência à saúde preconizada pela PNAISARI e uma grande dificuldade relatada pela gestão da USE é justamente o não funcionamento da rede.

Belford Roxo, por ter o CAI Baixada localizado em seu território, é responsável pelo desenvolvimento de ações em saúde que assegurem aos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade na referida USE a atenção integral à saúde, a qual deve ser organizada e estruturada pela RAS com a garantia de ações específicas na Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências. Apesar de suas responsabilidades, o CREMERJ alertou para uma crise na rede municipal que tem se prolongado e que estará refletida nas falas dos entrevistados desta dissertação, que claramente sofrem com a crise econômica e política imperante no município.

4. O PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo quanti-qualitativo cuja escolha se justifica por possibilitar o uso de duas abordagens de naturezas diferentes, porém complementares, pois segundo Minayo e Sanches (1993, p. 247) “a primeira atua em níveis da realidade, a segunda trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões”.

Na pesquisa bibliográfica em 2016, realizou-se buscas nas bases de dados Pubmed e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com descritores *Medical Subject Headings* conhecidos como MESH e Descritores em Ciências da Saúde que são chamados de DeCs, além da utilização de operadores booleanos. A estratégia de busca para Pubmed foi (((((((Adolescent) AND right to health) OR adolescente) AND derecho a la salud) OR health

²². Sem unidade de emergência, moradores de Belford Roxo buscam atendimento em cidades vizinhas. Disponível em <https://extra.globo.com/noticias/rio/sem-unidades-de-emergencia-moradores-de-belford-roxo-buscam-atendimento-em-cidades-vizinhas-21396117.html> Acesso em 24 de Janeiro de 2018.

of institutionalized adolescents) OR salud del adolescente institucionalizado) OR "Adolescents in conflict with the law") OR "Young people in conflict with the law", resultou em 464 referências recuperadas que ao serem analisadas a partir do título e resumo, com exclusão dos duplicados, resultou em 12 documentos. Para a pesquisa na BVS utilizou-se da estratégia (tw:(saúde do adolescente em conflito com a lei)) OR (tw:(saúde do jovem infrator)) que recuperou 46 referências que, ao serem refinadas, resultaram em 28 documentos. Posteriormente a pesquisa continuou em repositórios institucionais, em sites diversos e consultas a professores e colegas, subsidiando a dissertação.

Na **abordagem quantitativa** investiga-se nesta dissertação as condições de saúde da população adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade no CAI Baixada, a partir de um levantamento de saúde aplicado aos mesmos, como parte da pesquisa principal já mencionada. O trabalho de campo ocorreu entre 16 de novembro e 02 de dezembro de 2016. O questionário aplicado aos adolescentes é de auto preenchimento. Ribeiro e Barata (2012) advertem que apesar de tradicionalmente as condições de saúde de uma população serem avaliadas pela falta de saúde, a auto avaliação do estado de saúde se mostra um bom indicador para tal.

O questionário utilizado tem um total de 67 questões majoritariamente fechadas (anexo A) e está dividido em três grandes blocos descritos a seguir, apontando-se aqui apenas as variáveis utilizadas na presente dissertação:

- (1) Informações gerais sobre o adolescente e sua família: idade; cor da pele, estado civil; se estava estudando antes da internação; antes de ser internado, até qual ano frequentou a escola; antes de ser internado, se tinha algum trabalho, emprego ou negócio; quem considera chefe da família; qual a escolaridade do chefe da família; se já morou na rua; se já morou no abrigo; que idade tinha quando começou a cumprir a primeira MSE de internação;
- (2) Condições de saúde e vida, especialmente antes da internação: antes da internação, você praticava, com regularidade, atividades físicas; antes da internação, quantas vezes por dia você costumava escovar os dentes; que doenças você teve nos últimos 12 meses; se algum profissional de saúde disse que você tem alguma deficiência; se tem alguma lesão física permanente; se alguma dessas lesões permanentes (caso as tenha) aconteceu depois que você foi internado na USE; se já transou alguma vez na vida; no último ano,

com quantas pessoas transou; com quem já transou; se usa camisinha quando transa; se alguma namorada já engravidou; se tem filhos; se já usou drogas antes da internação; com que idade experimentou drogas pela primeira vez; se já fez uso de alguma droga depois de ser internado; se na USE pratica com regularidade, atividades físicas para melhorar a saúde; se teve dor de dente na USE; se perdeu dentes depois que foi internado; e

(3) Vida e saúde desde a internação: nos últimos 12 meses antes da internação, quantas vezes foi atendido pelos seguintes profissionais; quais serviços você usou nos últimos 12 meses antes da internação; quais atividades ou setores costuma frequentar na USE; se já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez / DST / Aids na USE; desde que está internado, qual serviço de saúde fora da unidade foi; se já foi hospitalizado durante o tempo que está na USE; se já fez cirurgias depois de entrar na USE; se a saúde mudou depois da internação; se neste tempo de unidade já precisou de algum atendimento em saúde que ainda não conseguiu; se na USE usa remédio tranquilizante.

A visita ao CAI para o trabalho de campo durou oito dias. No entanto, a autora retornou mais uma vez, no ano seguinte, para obter alguns dados faltantes e essenciais para a dissertação, tais como compreender a real operacionalização dos cuidados na rede, conhecer unidades e profissionais de referência, etc. Na Secretaria de Saúde foram oito visitas aproximadamente.

A partir dos dados coletados, na etapa de análise foi traçado o perfil dos adolescentes a fim de obter parâmetros que auxiliem a contextualizar sua realidade, tanto fora quanto dentro da USE, sendo obtido um panorama de suas condições de saúde e o atendimento em saúde recebido durante o cumprimento da MSE. Esse panorama será esmiuçado na seção de resultados. Os dados foram inicialmente processados através de dupla digitação, codificados e criticados para checagem de possíveis erros ou falhas, sendo arquivados em um banco de dados do programa EpiData 3. Realizou-se descrição e resumo dos dados, optando-se pela estatística descritiva.

Ao final do questionário havia uma questão aberta, em que os adolescentes poderiam escrever livremente sobre qualquer assunto: 38 assim fizeram. Essas questões foram lidas e servem como exemplos de seus sentimentos e posições na seção de resultados.

Na **abordagem qualitativa**, realizou-se um total de cinco entrevistas com 14 sujeitos: um diretor; dois agentes socioeducativos; oito profissionais de nível superior técnicos

responsáveis pelo atendimento referente às MSE (4) e Saúde (4); e três adolescentes. Foram realizadas entrevistas do tipo individual (agentes e diretor) e grupal (adolescentes) além de um grupo focal composto por profissionais da MSE e da Saúde. Os roteiros da entrevista encontram-se no anexo B e a opção por uma entrevista em grupo com os adolescentes deu-se basicamente por questões operacionais. Utilizou-se também neste trabalho de uma citação de entrevista realizada pela pesquisa principal com uma profissional da CSIRS, por oferecer informações relevantes sobre o CAI Baixada.

A técnica de entrevista “é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo” (MINAYO, 2014, p. 261), pode ser descrita como uma conversa a dois, ou entre várias pessoas, conduzida por um entrevistador que traz abordagens de temas relevantes a partir de um objetivo de pesquisa; pode ser aberta, fechada, semiestruturada (opção utilizada) ou de Técnica Delphi (MINAYO, 2014). O grupo focal é uma técnica de entrevista em grupo muito utilizada em pesquisa qualitativa, é aplicada a partir de um roteiro que vai do geral ao específico “sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um” (MINAYO, 2014, p. 269).

A autora do trabalho, enquanto pesquisadora assistente, esteve presente em uma das entrevistas com agente socioeducativo e durante a realização do grupo focal, podendo fazer registros de observação participante dessas entrevistas, bem como do campo de estudo, que também subsidia a análise apresentada a seguir. Segundo Minayo (2014, p. 273) “a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para compreensão da realidade”. Essa técnica contribuiu significativamente para a elaboração da dissertação pois o diário de campo foi enriquecido com informações que permitiram uma maior compreensão da realidade estudada.

Os áudios das entrevistas foram ouvidos repetitivamente e transcritos pela autora com uso do software *Express Scribe* versão livre. Criou-se um banco de dados e utilizou-se da técnica de Análise de Conteúdo, definida como “um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdo (verbais ou não verbais)” (SILVA; FOSSÁ, 2015, p.3). A modalidade de análise de conteúdo optada foi a temática, a qual, segundo Minayo (2014, p. 309), é “apropriada para

as investigações qualitativas em saúde”, se desdobra operacionalmente em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretações.

Uma vez elaborado o banco de dados, perguntas centrais dos roteiros das entrevistas foram selecionadas para elaboração dos *corporas* de análise, onde foram realocadas as falas dos sujeitos: (1) Quais as principais demandas de saúde identificadas; (2) Como são identificadas as questões de saúde na unidade socioeducativa; (3) Como ocorre a articulação com a atenção básica; (4) Como ocorre a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); (5) De que forma os adolescentes com demandas de saúde acessam outros serviços do SUS externos a unidade; (6) Quais as principais dificuldades encontradas para atendimento às demandas de saúde mental e quais são as sugestões de melhoria; (7) Quais as dificuldades existentes para atender os adolescentes com problemas de saúde na unidade; (8) Quais as dificuldades existentes para atender os adolescentes com problemas de saúde na rede; (9) Como é o dia a dia dos adolescentes na unidade; (10) Como você avalia as condições oferecidas para os adolescentes aqui na unidade.

Dos *corporas* captou-se os *tagging*(etiquetas) de palavras, possibilitando a análise do conteúdo das entrevistas. Obteve-se um panorama dos temas relevantes identificados nas falas dos sujeitos da pesquisa, os quais possibilitaram o conhecimento do perfil dos adolescentes, das condições de saúde e da atenção à saúde a eles dispensada. Possibilitou também alguma compreensão sobre a própria USE e a relação que se estabelece entre os sujeitos e a organização dos sistemas socioeducativo e SUS, visando o atendimento das demandas que surgem.

De forma geral, os temas que se destacaram nas entrevistas qualitativas e que estarão mais trabalhados nos relatos referem-se à superlotação, à presença de doenças físicas e de transtornos mentais que acometem os adolescentes, à educação em saúde, ao acolhimento, à integração entre as equipes de MSE e de saúde, à ociosidade dos adolescentes, à rede e seu (não) acesso, à precarização das condições de vida e saúde dos adolescentes; ao vínculo na atenção à saúde, às ausências do Estado e precarização das condições de saúde e trabalho dos profissionais da USE.

O projeto obteve aprovação do **Comitê de Ética em Pesquisa** da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o CAAE nº 53111915.8.0000.5240, com parecer positivo de nº 2.101.974 de 06 de junho de 2017, sendo respeitadas todas as determinações éticas do Conselho

Nacional de Saúde, conforme resolução nº 466/2010. A Prefeitura de Belford Roxo não possui Comitê de Ética em Pesquisa, não sendo, portanto, possível obter parecer técnico desta instituição. Visando entrevistar os profissionais da RAS do município com a finalidade de compreender as dificuldades da rede no atendimento dos adolescentes do CAI Baixada, buscou-se autorização da Secretaria de Saúde. Infelizmente, houve recusa velada da SEMUS em analisar e dar um parecer (positivo ou negativo) sobre o projeto, apesar de inúmeras visitas e salas de espera ao longo de meses.

No projeto inicial desta dissertação estavam previstas entrevistas com quatro profissionais da RAS que atendessem diretamente aos adolescentes do CAI e um (a) gestor responsável pelo planejamento e/ou execução da PNAISARI. Previa-se que deveriam ser profissionais prioritariamente alocados em diferentes serviços, de forma que se garantisse pelo menos um na atenção primária, na atenção de urgência e emergência e na atenção psicossocial. Essa pré-seleção se deu a partir de informações do DEGASE sobre os principais serviços do SUS para onde são encaminhados os adolescentes.

Caso as entrevistas com os profissionais da RAS tivessem sido realizadas, teria sido possível obter um olhar ampliado do CAI Baixada e da atenção à saúde dos adolescentes, pois uma escuta dos profissionais extramuros teria sido incluída, de forma que se captasse a visão de diferentes sujeitos responsáveis (teoricamente) pelos cuidados aos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade. Dessa forma, reiteramos que, nos resultados apresentados a seguir o exposto refere-se apenas a entrevistados funcionários do DEGASE.

5. RESULTADOS

O primeiro dia no campo foi dedicado a fazer o reconhecimento do local, conhecer os trabalhadores da unidade e as pessoas que estariam envolvidas na pesquisa. A equipe foi recepcionada por três dos quatro diretores do CAI, a quem apresentamos a pesquisa e os documentos necessários a seu desenvolvimento. Após breve reunião, acordamos como se daria a operacionalização da coleta de dados. Um dos diretores ficou como referência para sempre que chegássemos na USE e foi acordado que nos seria fornecida uma listagem de todos os adolescentes internos no dia seguinte pela manhã, quando iniciáramos a aplicação dos questionários. Essa lista, portanto, foi a referência de adolescentes cumprindo MSE no CAI.

Na mesma ocasião, reunimo-nos com membros da equipe de saúde, quando nos foi explicado sobre a realidade do CAI Baixada, do território e da RAS. Cabe destacar que sempre fomos muito bem recepcionados na USE, fato que infelizmente não se deu em todas as demais USE que visitamos na pesquisa principal. Na unidade, houve alguns impasses e dificuldades, porém todos considerados esperados para uma pesquisa desse perfil. Destaca-se, ainda, que um dos agentes socioeducativos da equipe de saúde, com aval do diretor, ficou disponível para nos auxiliar e contribuir para que a pesquisa se desenvolvesse de forma positiva.

No primeiro dia de início da aplicação do levantamento, conforme combinado, foi-nos fornecida a listagem de adolescentes privados de liberdade naquela data (17/11/2016). Na mesma constavam 346 adolescentes, demonstrando uma superlotação de 237% acima da capacidade, e esse não foi o número recorde da USE que, no mesmo ano, já havia apresentado uma superlotação de 285% acima de sua capacidade²³.

O local que havia nos sido indicado para aplicação dos questionários não estava em condições de uso, havia mofo e alagamento, era a única sala disponível a qualquer tempo para a pesquisa pois tinha carteiras e não era utilizada para as atividades dos adolescentes; os profissionais da limpeza estavam há meses sem receber os salários em função da calamidade

23. Conforme relato da profissional da CSIRS em entrevista para a pesquisa, o CAI apresentou em determinada data de 2016 um quantitativo de 407 adolescentes, o que significa superlotação 285% acima da capacidade.

do Estado, indo trabalhar em escala de revezamento, para não deixarem a USE totalmente em descoberto. Posteriormente, o descaso do Estado para com os profissionais e adolescentes só se agravou²⁴. Como não foi possível a limpeza do local indicado pela direção, após algum tempo, realizamos a aplicação dos questionários no espaço de refeição dos meninos, nos módulos da antiga ala provisória. Este espaço, segundo um dos diretores, é o mais tranquilo da USE, pois, por comportar poucos adolescentes lhes é possibilitado atender as orientações do SINASE. Lá são alocados adolescentes por critérios como idade, compleição física e gravidade da infração. Foram alguns dos adolescentes que auxiliaram na arrumação do espaço para aplicação da pesquisa, o refeitório na verdade já estava limpo e era necessário apenas a colocação de mesas e cadeiras, assim como fazem para realizar suas refeições, esses objetos ficavam em um canto do espaço.

Chegávamos na USE pela manhã, lá permanecíamos até o final da tarde e desde o primeiro dia fomos convidados a almoçar, fazíamos nossa refeição no refeitório da unidade que era o mesmo espaço destinado aos profissionais e adolescentes. Após estes últimos terem almoçado, a refeição era liberada para os profissionais. Avaliamos que a alimentação era de qualidade e a ambiência também era boa. Essa experiência nos permitiu compartilhar de mais momentos entre os profissionais e adolescentes. O refeitório fica em frente ao pátio, local onde são realizadas as visitas e a primeira visão que temos ao adentrar na unidade, com estrutura panóptica, é que as salas da direção e equipe técnica também ficam em frente ao pátio, assim como uma mesa onde se localizam agentes socioeducativos com seu chefe do plantão, a quem nos direcionávamos ao adentrar o espaço.

Observamos muitos adolescentes no pátio, geralmente aguardando para serem direcionados a alguma atividade. Diferentemente de outras USE visitadas, os adolescentes têm livre acesso à sala da direção e equipe técnica. Alguns profissionais que passavam, e inclusive o agente socioeducativo que nos acompanhava, eram abordados por muitos adolescentes com pedidos de atendimento e/ou reclamações. Nos demais dias alternamos a aplicação dos questionários entre o auditório da USE e a sala de leitura, porém muitas vezes

24. Sobre o descaso do Estado a matéria “**Prazo para que internos do DEGASE voltem para as unidades termina nesta manhã**” é bastante esclarecedora. Disponibilizada em 09/01/2017 e disponível em <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/imagens-mostram-alagamentos-e-lixo-no-chao-em-unidades-do-degase-no-rj.ghtml> Acesso em 14 de fevereiro de 2018.

ao chegar era necessário aguardar no pátio até que fosse definido um local, uma vez que há muitas atividades sendo realizadas pelos profissionais junto aos adolescentes.

Importante registrar que a chamada nos alojamentos foi realizada pelo agente socioeducativo da equipe de saúde, que ficou como referência para auxiliar-nos nos trabalhos, pois embora tivéssemos interesse não houve acesso aos alojamentos em nenhuma unidade pesquisada. Os agentes socioeducativos foram os responsáveis por chamar os adolescentes nos alojamentos das diversas USE e o CAI Baixada foi a única que nos forneceu listagem nominal para tal. O quantitativo total de inquéritos aplicados foi de 235, o que significou uma perda de 32% justificada pela não obrigatoriedade de os adolescentes responderem à pesquisa, por pequenos impasses na sua operacionalização como por exemplo atrasos no início da aplicação, por alguns estarem ausentes (em outras atividades) quando do convite em seus alojamentos, o que foi feito sempre no contra turno escolar, e pela conquista da liberdade para alguns. Cabe ainda ressaltar que eram os agentes que chamavam os adolescentes no alojamento, razão que pode ter interferido na ausência de alguns. Alguns adolescentes não responderam todas as questões; os percentuais válidos serão apresentados na seção de resultados (as questões apresentadas nos resultados tiveram perdas de até 40% no preenchimento).

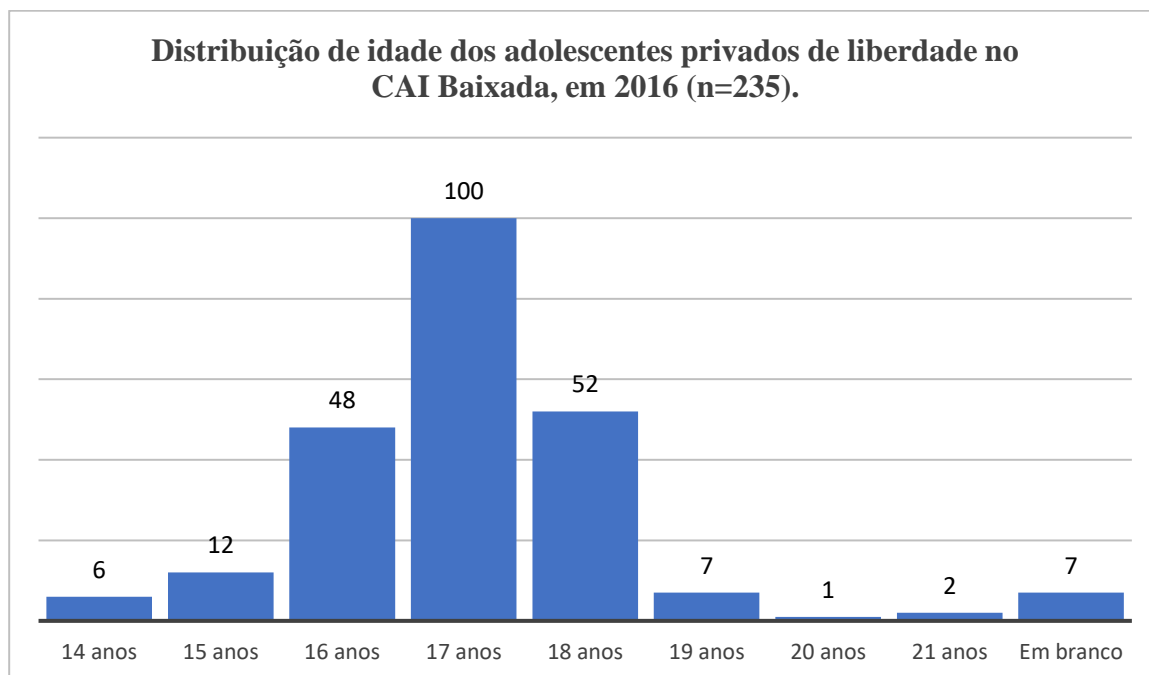
Os resultados estão organizados por: (1) Perfil dos adolescentes do CAI Baixada e das equipes e saúde; (2) Superlotação; (3) Condições de saúde dos adolescentes; (4) Atenção à Saúde, Proteção Integral e Integralidade: o CAI Baixada em questão.

5.1 PERFIL DOS ADOLESCENTES DO CAI BAIXADA E DAS EQUIPES E SAÚDE

Conforme o gráfico 1 a seguir, a maior proporção de adolescentes do CAI Baixada encontra-se entre 16 e 18 anos, uma **faixa etária** produtiva dentro da adolescência: 52,8% tinha algum trabalho, emprego ou negócio antes da internação. As **atividades** mais citadas dos que recebiam dinheiro por seu trabalho foram, em ordem decrescente, atuação em: boca de fumo / tráfico, como ajudante de pedreiro e em lava jato. Em relação ao **estado civil**, 46% dos adolescentes se declararam solteiros, 48,4% casados, 0,9% viúvos e 4,7% separados. A **convivência com a família** antes da internação foi apontada em 73,6% dos casos; em 54,9% o chefe da família era a mãe, 18,5% o pai, 10,4% o adolescente e 8,7% avô / avó. A

escolaridade informada em relação ao chefe da família foi de 4,3% analfabetos, 52,2% com ensino fundamental, 28,6% com ensino médio e 14,9% com ensino superior.

Gráfico 1



Fonte: 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. CLAVES/FIOCRUZ, 2018. Elaboração própria.

Os adolescentes do CAI Baixada não fogem à **estatística racial** da privação de liberdade no Brasil: a grande maioria é de afrodescendentes pois, somando a cor da pele preta e parda, temos 72,7% dos internos. Dos demais, 19,7% se autodeclararam com cor da pele branca, 6,3% amarela e 1,3% indígenas. A questão étnico-racial é um tema de extrema relevância a ser trabalhado com os adolescentes privados de liberdade pois o fato de serem maioria negra não é algo ocasional, para além disso, a saúde da população negra é um tema de relevância e dentro do próprio sistema socioeducativo ser negro pode ser fator gerador de outros conflitos, conforme salienta Reis (2016, p. 101)

O empoderamento da juventude negra encarcerada é essencial para que se apropriem de sua identidade étnico-racial, sua autoestima e sua representatividade. Tomar conhecimento de sua história, suas origens e reconhecer em sua raça (etnia) valor é de suma importância para que haja um reajuste social. Tratar o seu encarceramento como um problema ligado a questões raciais históricas é fundamental para que superem esta condição para a qual foram socialmente empurrados.

Em relação ao **ensino**, antes da internação 62,2% não estavam estudando. O ensino fundamental, que é um dos níveis da educação básica no Brasil, é obrigatório assim como o ensino médio, porém em comparação, a etapa fundamental representa a maioria absoluta dos anos escolares frequentados pelos adolescentes do CAI antes da internação: 88,9%. Destes, o primeiro grupo - que frequentou até os anos iniciais do ensino fundamental (1º ao 5º ano) representa 18,2% e, no segundo - anos finais (6º ao 9º ano) –, o quantitativo é de 70,7% sendo que apenas 7,6% frequentaram a última etapa (9º ano). Há defasagem idade/ano, uma vez que o ensino fundamental idealmente abrange as idades entre seis e quatorze anos. Em relação a frequência ao ensino médio os dados são alarmantes, 9,8% frequentaram o 1º ano, 0,9% o segundo e apenas 0,4% o 3º ano.

Em estudo exploratório correlacional com adolescentes em conflito com a lei cumprindo MSE no interior de São Paulo, Silva et al. (2015) também identificaram baixa escolaridade, apontando “para emergência de ações intersetoriais que envolvam, antecipadamente, um diálogo ativo onde a escola e os diferentes atores envolvidos possam concretizar transformações neste quadro” (SILVA et. al.; 2015 p. 166). A baixa escolaridade implica na redução de oportunidades no mundo do trabalho e reduz a capacidade de compreensão do mundo enquanto sujeito crítico, reduzindo o leque de possibilidade das pessoas para que possam fazer escolhas de vida melhores.

Dos adolescentes do CAI Baixada 32,6% começaram a cumprir sua 1ª MSE com 17 anos, 31,1% com 16 anos, 16,3% com 15 anos, 11,1% com 14 anos, 6,3% com 13 anos e 2,6% com 12 anos. Importante refletir que se o ensino básico obrigatório conseguisse atingir todas as crianças e adolescentes talvez a porcentagem dos adolescentes que iniciaram o cumprimento de MSE de privação de liberdade entre 15 e 17 anos fosse menor que 80%, pois já estariam inseridos no ensino médio. As atividades mais citadas pelos adolescentes que tinham emprego, trabalho ou negócio eram informais, alguns envolvidos em atividades ilegais como o tráfico, o que os exclui de qualquer proteção social. Soma-se a isso o fato de que “as motivações do trabalho na faixa etária da adolescência não estão apenas relacionadas à pobreza, mas também à necessidade de ter acesso a bens de consumo, que são valorizados socialmente” (SILVA; OLIVEIRA, 2015, p. 10).

Em relação a **escola**, 62% dos adolescentes que responderam ao questionário informaram frequentar a escola na USE; na abordagem qualitativa, dos três adolescentes, apenas um informou estar estudando. Constatou-se ao longo do trabalho de campo a dificuldade de leitura e compreensão dos questionários por grande parte dos adolescentes, sendo que muitos pediram auxílio aos pesquisadores para o preenchimento (o que se repetiu nas seis unidades participantes da investigação).

Conforme a fala de uma profissional entrevistada, a escolarização não está garantida a todos os adolescentes e mesmo para aqueles que conseguem acessá-la, as dificuldades são inúmeras. Complementa um agente socioeducativo:

Essa superlotação está dificultando tudo, a escola está lotada, a escola está muito lotada, a escola está com, assim... excedeu a capacidade, só que assim, ainda está tentando atender, só que tem muito menino que não está estudando. Porque já não tem mais vaga, primeiro que esses garotos chegam aqui com escolaridade assim, são séries iniciais, muitos são da alfabetização, o menino que chega aqui, por exemplo, está no oitavo ano, no nono ano, está no ensino médio, de pronto ele vai pra escola, porque tem muita vaga. Quase não tem garoto de ensino médio aqui (AGENTE SOCIOEDUCATIVO 1, 2016).

As vagas na escola inserida no CAI Baixada são geradas de acordo com a capacidade declarada da USE e não a partir dos números resultantes da superlotação. Este fato aponta a urgente necessidade de respeito à capacidade real da unidade e uma lógica deficitária que acompanha a ação escolar nas USE,

faltam espaços para escolarização, profissionalização e práticas esportivas, lazer e cultura, dentro das unidades, relegados os adolescentes e jovens ao ostracismo e à falta de perspectivas otimistas. Falta garantir-lhes a mínima dignidade enquanto cumprindo medidas de privação de liberdade. Como esperar então que esses sejam espaços de ressocialização? (CNMP, 2013, p. 81),

Outro aspecto a ser reiterado é que a **vida escolar pregressa** à internação no CAI Baixada já estava comprometida para muitos adolescentes. São constatados problemas de ensino para as camadas populares, segundo Silva e Oliveira (2015) apesar do aumento de frequência de jovens brasileiros no ensino médio de 2004 a 2013 (de 44,2% para 55,2%) devido a programas sociais de alcance nacional, “há ainda inúmeros fatores limitantes que se interpõem ao desenvolvimento pleno da população de 15 a 29 anos” (p. 7). Complementam ainda que “sem escola, sem trabalho ou com inserção laboral precária, os jovens ficam mais desprotegidos e, conseqüentemente, mais expostos, por exemplo, à cooptação pelo crime organizado” (SILVA; OLIVEIRA, 2015, p. 14). E a falta da escola também traz

consequências sobre a saúde uma vez que condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais das populações estão relacionadas a sua situação de saúde (BUSS; FILHO, 2007).

Em relação ao **município de moradia**, verificou-se que das oitenta e uma Comarcas existentes no Estado²⁵ os adolescentes pertencentes à **Baixada Fluminense** são 13,0% oriundos da comarca de Belford Roxo; 20,5% de Nova Iguaçu/Mesquita; 18% de Duque de Caxias; 6,4% de Magé; 4,6% de São João de Meriti; 4,1% de Nilópolis; 4,1% de Queimados; 1,2% de Guapimirim; 1,2% de Itaguaí e 0,9% de Paracambi. Os da **Região Metropolitana** são em 9,5% de São Gonçalo; 3,2% da Capital; 2,9% de Itaboraí; 1,2% de Niterói.

Da *Baixada Litorânea* 1,2% são de Rio Bonito; 0,9% de Cabo Frio; 0,6% de Araruama; 0,6% de Maricá; e 0,2% de São Pedro D'Aldeia; do *Centro-Sul Fluminense* 0,2% são de Paraíba do Sul; e 0,2% de Três Rios; do *Médio Paraíba* 0,2% são de Barra do Pirai; do *Norte Fluminense*: 0,2% são de Macaé; da *Região Serrana* 1,7% são de Petrópolis; 1,2% de Teresópolis; 1,2% de Nova Friburgo; 0,6% de Volta Redonda; e 0,2% de Cantagalo. A fonte desta informação foi a listagem fornecida pela USE. Os adolescentes entrevistados na pesquisa qualitativa eram oriundos de São Gonçalo, Niterói e Capital.

Verifica-se que há adolescentes oriundos de Comarcas com mais de 200 km de distância, constatando-se o afastamento do ideal da regionalização do atendimento para muitos deles, o que dificulta o **direito à convivência familiar** determinado no ECA e reafirmado no SINASE. Medeiros (2015), em dissertação sobre a inserção da família no processo socioeducativo de adolescentes em privação de liberdade, conclui que a garantia da convivência familiar ainda é um desafio no sistema socioeducativo. O Estado reconhece a importância da família para a ressocialização do adolescente, inclusive ela deve ser partícipe do Plano Individual de Atendimento, porém, ao mesmo tempo, em muitas vezes a culpabiliza e não se compromete com a garantia de tal convivência (MEDEIROS, 2015).

Com base na literatura, as relações que se estabelecem entre muitos dos adolescentes e suas famílias nem sempre são as ideais, porém, não será dificultando a convivência familiar que se obterá êxito na ressocialização. Através de pesquisa realizada no Rio Grande do Norte, Medeiros (2015) conclui que há violação ao direito da convivência familiar a partir da própria

²⁵.Vide relação de Comarcas em <http://www.tjrj.jus.br/web/guest/servicos/processo-eletronico/rel-orgaos-julg-eletr/1-instancia> Acesso em 18 de Janeiro de 2018.

configuração do sistema socioeducativo, por não haver unidade de internação na capital nem na região metropolitana; neste estado, os adolescentes são enviados para cumprimento da MSE de internação em cidades do interior, gerando transtornos e impossibilidades para que as famílias os acompanhem.

No caso do Estado do Rio de Janeiro, não é o aumento de USE que resolverá a problemática da garantia de tal direito, pois conforme já sinalizado há muitos adolescentes em privação de liberdade cuja MSE a ser aplicada poderia ser outra. Por outro lado, é também imprescindível refletir sobre o quantitativo de USE no Estado, sua capacidade e localização, já que a lei determina a existência de unidades para internação menores, mais dignas e regionalizadas.

Na entrevista qualitativa um dos adolescentes, ao ser perguntado sobre a existência de problemas de saúde mental, informou sobre as repercussões na sua saúde em decorrência da ausência da família, mais especificamente sua mãe: “ela já tá há um tempão sem vir, às vezes eu fico pensando na família, aí dá uma variação na cabeça. Aí eu fico sem dormir, eu fico andando pra lá e pra cá, mais ou menos, aí eu fico pensando” (ADOLESCENTE 3, 2016).

Sobre o **relacionamento familiar**, 87,1% dos adolescentes referiram ter um bom relacionamento com a família e 86,8% receber visitas na USE. Em relação a frequência de visitas, 73,7% disseram receber visitas toda semana, 12,3% duas vezes por mês, 5,3% uma vez por mês, 1,2% uma vez a cada três meses e 7,6% disseram nunca receber visitas. Em ordem de frequência de quem os visita na USE, 75,1% são visitados pela mãe, 50,8% pelos irmãos, 34,4% pelo pai, 25,4% por namorado (a), 21,3% por outras pessoas, 20,6% por avô / avó e 6,9% por padrasto / madrasta.

Verificou-se na análise qualitativa que há ausência de algumas famílias (por abandono, por falta de recursos financeiros ou por não existirem), bem como observou-se a presença de outras. O desamparo e a negligência do Estado são visíveis, delegando a tais famílias as responsabilidades por suprir os adolescentes com materiais que ele próprio deveria prover. Além de serem oneradas com o custo da locomoção e alimentação, que aumenta conforme a distância da USE, as famílias ainda têm que garantir insumos, medicamentos e materiais diversos para seus filhos, conforme relatos de entrevistas.

Sobre as **equipes**, segundo o SINASE, no quadro de pessoal nas USE

deve-se considerar que a relação educativa pressupõe o estabelecimento de vínculo, que por sua vez depende do grau de conhecimento do adolescente. Portanto, é necessário que o profissional tenha tempo para prestar atenção no adolescente e que ele tenha um grupo reduzido destes sob sua responsabilidade (BRASIL, 2006b, p. 43)

A **equipe mínima** das entidades ou programas que executam MSE de internação, para atender até quarenta adolescentes, deve ser composta por 01 diretor, 01 coordenador técnico, 02 assistentes sociais, 02 psicólogos, 01 pedagogo e 01 advogado (defesa técnica), além de demais profissionais necessários para o desenvolvimento de saúde, escolarização, esporte, cultura, lazer, profissionalização e administração. Também deve ser composta por socioeducadores na relação numérica de um para cada dois ou três adolescentes. (BRASIL, 2006b, p. 45).

Em relação a **equipe de saúde** existente constatada no CAI, há diferenciação em relação as demais USE visitadas na pesquisa principal, seja pela quantidade de profissionais, pela qualidade do trabalho desenvolvido e pelo olhar diferenciado em relação à saúde dos adolescentes. A mesma está composta por 18 profissionais, sendo 1 médica, 1 assistente social, 1 dentista, 2 enfermeiras, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 2 terapeutas ocupacionais, 2 agentes socioeducativos e 7 técnicos de enfermagem. Em sua proposta em relação à atenção à saúde, se relaciona intra e intersetorialmente enquanto uma equipe de atenção básica, conforme preconiza a PNAISARI (BRASIL, 2014, art. 12º, § 2º).

A PNAISARI determina que na atenção básica sejam garantidas, entre outras, as principais ações relacionadas à promoção de saúde, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção e controle de agravos, ações de saúde sexual e reprodutiva e cuidados em saúde bucal. A atenção básica é responsável pela coordenação do cuidado e deve ser oferecida preferencialmente na rede.

Outro ponto importante observado, uma especificidade do CAI, é que há agentes socioeducativos na equipe de saúde, identificados como agentes de saúde, desenvolvendo um trabalho de excelência e sendo reconhecidos e respeitados tanto por outras categorias profissionais quanto pelos adolescentes enquanto membro da equipe e não apenas o profissional responsável pela segurança na circulação dos adolescentes. Estes profissionais acompanham de perto o dia a dia dos adolescentes por serem os únicos que convivem com eles nos dormitórios.

O que se percebe através da experiência empírica no espaço de socioeducação e da observação participante, além do depreendido de algumas falas, é que há um estereótipo do agente socioeducativo que, muitas vezes, o coloca no lugar do violador de direitos dos adolescentes, do perpetrador de violências, o que aparece inclusive nos relatórios da ALERJ citados anteriormente. Deve-se considerar que há muitos relatos e exemplos de violações praticadas por agentes, como os registrados em documentos aqui referidos. No CAI, no entanto, esta visão não se sustentou com a mesma ênfase: no dia a dia da pesquisa, observou-se agentes fazendo jus a tal estereótipo e outros desempenhando trabalho socioeducativo sério e com postura respeitável.

5.2 SUPERLOTAÇÃO

Considerando-se que existem 143 vagas na USE, mas que 346 adolescentes privados de liberdade estavam no CAI no dia da abertura do trabalho de campo, ratifica-se a **superpopulação** existente e que se relaciona à problemas de saúde apresentados pelos adolescentes, conforme exposto mais adiante. A superlotação vem sendo reiterada há tempos nos textos científicos, em relatórios e naqueles publicados em jornais de ampla circulação.

Quando do início do trabalho de campo da pesquisa principal, que seguiu a mesma metodologia aqui referida, todas as USE de privação de liberdade do Rio de Janeiro, com exceção da destinada as adolescentes de gênero feminino, estavam superlotadas. Resolução do CONANDA que há 21 anos regulamenta a execução da MSE de internação (nº46 / 1996), determina que nas USE o quantitativo de adolescentes privados de liberdade não ultrapassará o número de quarenta.

Não se pode esperar ressocialização de adolescentes amontoados em alojamentos superlotados, e ociosos durante o dia, sem oportunidade para o estudo, o trabalho e a prática de atividades esportivas. Não admira, então, que o espaço físico insuficiente e a falta de infraestrutura adequada tenham sido indicados como a causa que isoladamente mais propiciou a deflagração de rebeliões nas unidades de internação. Somada esta causa à superlotação (4%), também relacionada à infraestrutura, pelo menos 13% dos casos de rebeliões estão diretamente associados à estrutura física das unidades. (CNMP, 2013, p. 43)

Um amontoado de adolescentes potencialmente intensifica os conflitos; os três adolescentes entrevistados para o estudo qualitativo relataram brigas entre eles, que não seriam recorrentes, mas que já teriam acontecido: “primeiro nós dá o papo, se não der só no

papo...o pau quebra” (ADOLESCENTE 1, 2016). O adolescente deu a entender que tal fala também serviria para alguns funcionários, pois reclamou de um agente socioeducativo relatando que há “uns ‘mandadão’ outros mais tranquilos” (ADOLESCENTE 1, 2016). Tal fala não exemplifica a superlotação, mas pode sugerir um estresse gerado pelo confinamento agudizado pela falta de espaço físico e, mais ainda, antecipa a possibilidade de agressões que numa USE superlotada pode atingir grandes proporções.

Embora o tema da violência não tenha sido muito recorrente nas entrevistas, faz parte da realidade socioeducativa e, conseqüentemente, do CAI Baixada. Em dezembro daquele mesmo ano um adolescente foi espancado até a morte na USE²⁶, agredido pelos colegas, tendo acontecido na unidade outro assassinato de adolescente, da mesma forma, em setembro do ano seguinte²⁷. Ainda em 2017, em novembro, um agente socioeducativo do CAI Baixada teria sido reconhecido na rua por ex-internos, sendo sequestrado e torturado²⁸.

Está implantado na USE o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), instrumento importante da Vigilância em Saúde que colabora para a promoção da saúde a partir de indicadores que possibilitam o cuidado integral. A partir da ficha do SINAN realiza-se a notificação de suspeição ou confirmação de violência e, segundo relato do profissional entrevistado na pesquisa, aquele que notifica não é identificado. No ano de 2016 o CAI já havia notificado oito casos de violência, um no último fim de semana antes do início da pesquisa no campo.

Teoricamente, uma cópia da ficha SINAN fica com a coordenação do CAI e outra segue para o DEGASE. Segundo o mesmo informante, o fluxo semanal da notificação compulsória entre DEGASE e SEMUS ainda estaria sendo estruturado, ou seja, embora o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde determine que a notificação compulsória semanal seja feita na Secretaria Municipal de Saúde do município do local de atendimento do

26. Notícia veiculada em 14/12/2016 ‘Menor infrator teria sido espancado até a morte em unidade do DEGASE no RJ’, disponível em <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/menor-infrator-e-espancado-ate-a-morte-em-unidade-do-degase-no-rj.ghtml> Acesso em 19 de fevereiro de 2018.

27. Notícia veiculada em 04/09/2017 ‘Menor infrator é espancado até a morte dentro de cela do DEGASE em Belford Roxo’, disponível em <https://extra.globo.com/casos-de-policia/menor-infrator-espancado-ate-morte-dentro-de-cela-do-degase-em-belford-roxo-21784246.html> Acesso em 19 de fevereiro de 2018.

28. Notícia veiculada em 04/11/2017 ‘Agente do DEGASE é sequestrado e torturado por bandidos em Belford Roxo’, disponível em <https://odia.ig.com.br/conteudo/rio-de-janeiro/2017-11-04/agente-do-degase-c-sequestrado-e-torturado-por-bandidos-em-belford-roxo.html> Acesso em 19 de fevereiro de 2018.

paciente, ainda não haveria fluxo acordado entre CAI/DEGASE e SEMUS. Segundo o Ministério da Saúde (2009) Belford Roxo, respondendo ao fato de ser um dos municípios prioritários no Pacto pela Vida, está com notificação de violência implantada desde 2008.

Ademais, a linha de ação Direitos Humanos, Promoção da Cultura da Paz, Prevenção de Violências e Assistências a vítimas, do Plano de Ação Anual pactuado entre DEGASE e SEMUS, estabelece a responsabilidade das duas instituições, além de outros membros representantes das instituições e órgãos envolvidos com adolescentes privados de liberdade, no

encaminhamento das vítimas de violência para acolhimento, atendimento, notificação do SINAN e devidos encaminhamentos; promoção de espaço de discussão sobre violência, cultura da paz e direitos humanos para fortalecer o comportamento responsável e positivo dos adolescentes; participação das reuniões do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual e Municipal da PNAISARI; além da capacitação dos profissionais de saúde do CAI para notificar, atender, encaminhar e acompanhar os casos, vítimas de violência, suspeitos e/ou confirmados (PAISMCA, 2014).

Os adolescentes em conflito com a lei são comumente objeto das mais sensacionalistas matérias jornalísticas que tentam os transformar em protagonistas não apenas de crimes, mas de uma personalidade imutavelmente violenta, sem futuro outro que não seja a morte ou a perpetuação de violências. São retratados inúmeras vezes enquanto sujeitos donos do próprio destino, cujas escolhas foram invariavelmente em função de uma afinidade com o mal, o ilícito e a violência. Precisamos acreditar na adolescência e juventude, em seu poder transformador, mas se os créditos que lhes atribuímos são os negativos, como os veiculados nos meios de comunicação de massa, os débitos serão deletérios. Segundo Erikson,

pois enquanto os jovens se veem, por assim dizer, negativamente glorificados nos meios de comunicação de massa, o seu sentimento de identidade apenas pode tirar o maior partido possível do poder que eles parecem exercer, pelo menos como sintomas vivos (1976, p. 233).

As aquisições, experimentações e todo tipo de experiência que o ser humano possui enquanto criança são singulares para a sua adolescência e juventude. As experiências desta fase podem ser definidoras da vida adulta, porém, um ato infracional ou crime não resumem uma personalidade humana. Mais do que isso, as experiências de delinquência, divergência e autodestruição podem fazer parte de uma moratória psicossocial a qual Erikson (1976, p. 237) define como “um período de espera para testar os fundamentos de alguma verdade, antes

de vincular os poderes do corpo e do espírito a um segmento da ordem existente (ou vindoura)”).

Erikson reflete que a adolescência e juventude são períodos nos quais o ser humano precisa sentir-se vinculado a algum

gênero especial (tribo ou nação, classe ou casta, família, ocupação ou tipo) cujas insígnias ostentarão com vaidade e convicção e defenderão (a par das reivindicações econômicas que proclamaram para a sua espécie) contra o estrangeiro, o inimigo, as espécies não tão humanas. Assim, resulta que eles podem usar todos os seus orgulhosos métodos e aptidões da maneira mais sistemática contra os outros homens, mesmo no estado mais adiantado de racionalidade e civilização, com a convicção de que, moralmente não poderiam se permitir fazê-lo (1976, p. 236)

Erikson defende que a adolescência e juventude necessitam de fidelidade, uma “força vital que ela precisa para se desenvolver” (1976, p. 235), ou de “virtudes nucleares que – nesta fase de evolução psicossocial – requerem a nossa atenção combinada e apoio ético pois tanto os antimoralistas como os moralistas esquecem facilmente as bases na natureza humana para uma ética forte” (ERIKSON, 1976, p. 236).

A ética (ou falta dela) e a qualidade da experiência socioeducativa que será dispensada aos adolescentes em privação de liberdade, além das interações tanto entre os mesmos quanto as que se estabelecerem entre eles e demais atores do sistema socioeducativo, serão fatores preponderantes para que estes socioeducandos ressignifiquem a experiência infracional e reformulem suas trajetórias. Um espaço físico deteriorado, superpopuloso, rarefeito de atividades ocupacionais e muitas vezes violento dificultam infinitamente a perspectiva da socioeducação.

Durante a aplicação do levantamento na USE a autora deste trabalho, ao ajudar dois adolescentes que solicitaram auxílio no preenchimento, pôde observar mais empiricamente o impacto da superlotação nas condições de saúde dos adolescentes. Esta subseção terminará com relato do diário de campo, tendo sido excluído apenas os nomes:

Enquanto eu auxiliava dois adolescentes com dificuldade de leitura, senti entre eles. Senti muita dificuldade de orientar no preenchimento dos dois questionários simultaneamente, uma vez que, o nível de capacidade de compreensão dos dois adolescentes era bem distinto. Enquanto o adolescente A conseguia ler medianamente B compreendia muito pouco, aliado a isso o adolescente A seguia na frente e quando chegou às perguntas mais pessoais referentes à sexualidade se constrangeu e preferiu seguir sozinho. Posteriormente, A solicitou novamente ajuda mas como B apresentava uma dificuldade frequente e estava muito atrasado, solicitei ao outro pesquisador que ficasse com ele e pude estar mais atenta a B. Era um adolescente de urgente necessidade de atendimento da equipe de saúde mental,

porém ainda não havia sido atendido. Ao pergunta-lo se já tinha procurado a equipe de saúde ele disse que sua técnica (MSE) havia dito que a equipe era muito ocupada e que tinha muita gente para atender antes. Enquanto eu lia as questões para o adolescente, muitas vezes tive que explicá-lo o que o enunciado estava perguntando. Ele não sabia nem o que era ser ansioso, disse que a técnica dele dizia que ele era muito ansioso e que isso iria atrapalhar o relatório dele, mas queria que eu explicasse para ele o que era isso. No decorrer da aplicação do questionário, B foi espontaneamente revelando dados preocupantes de sua trajetória, seu jeito de falar era semelhante à de uma pessoa deprimida. Principalmente na questão sobre saúde mental os resultados do adolescente foram mostrando-se de gravidade, pois ele disse ouvir vozes, ver coisas que as outras pessoas não enxergavam, além de sentir-se irritado constantemente: *'estou já irritado de ter que responder tanta coisa, tia'*. Reforcei que ele precisava falar com a equipe de saúde e mostrei a ele o agente que estava conosco, pedindo-o autorização para falar com o agente sobre ele, no que ele autorizou. Na resposta a algumas questões, B disse que o pai já havia tentado matar sua madrasta dentro de casa, que já viu armas e drogas em casa, que quase toda sua família é ou era do tráfico, entre outras respostas preocupantes. B disse que está para sair da USE, que irá para o CRIAAD e tem um primo que quer ajuda-lo a “mudar de vida” e que iria residir em município vizinho. Ele não tem pai (morreu há três anos e era do tráfico) nem mãe (morreu há oito anos) e com o envolvimento da maioria de seus familiares no tráfico, é possível que ao retornar para o local de origem tenha dificuldades em dar novo rumo e sentido a sua trajetória. B foi o último a terminar de responder ao questionário; todos os adolescentes/jovens já haviam retornado para o alojamento. Pude rapidamente conversar com o agente sobre o caso dele, que me agradeceu e disse que iria encaminhá-lo para atendimento urgente, dizendo uma frase que me fez refletir: *'está vendo o que a superlotação faz com a gente? Se você não estivesse aqui aplicando o questionário e prestando atenção nesse menino ele passaria despercebido por nós'*. Observo que a superlotação é muito cruel em vários sentidos, tanto com os adolescentes quanto para com os profissionais. É um fenômeno que ocorre também no sistema prisional e infelizmente é pouco discutido, cabendo maior atenção, pois diz muito sobre nossa sociedade. Quando B terminou o questionário pedi-me para não se esquecer de falar com 'Seu' agente sobre ele; informei que já tinha falado, mas pedi a ele que me dissesse seu nome completo para que na visita seguinte eu lembrasse ao mesmo, mas que caso este ou alguém da equipe não fosse até ele que ele o procurasse. Terminamos o dia com o tempo na instituição além do previsto e muito cansados. Fiquei me perguntando o que leva uma técnica de atendimento socioeducativo a ver no adolescente apenas um relatório, algumas vezes valorizando o relatório até mais do que ao adolescente, quando na verdade o relatório é importante, mas um resultado de trabalho, não o trabalho em si. B poderia passar despercebido do Sistema mesmo estando nele, e a pressão de um (a) juiz (a) por relatório seria suficiente para a negligência de uma atuação que deveria ser pautada em questões para além da cobrança por relatórios? (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

5.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES

Em relação as condições de saúde dos adolescentes, a maioria dos que responderam ao levantamento considera que sua saúde piorou (44,3%) ou continua igual (37,9%) depois da internação, apenas 17,8% consideram que a saúde melhorou. Seria difícil pensar em

melhoria da saúde num ambiente insalubre e com tantas dificuldades, como se vê na fala do diretor, quando observou correlação entre o aumento de coceiras nos adolescentes e jovens após um problema com o serviço da limpeza da USE, demonstrando o reflexo da situação macropolítica do Estado no cotidiano desses adolescentes privados de liberdade.

Acho que o principal problema hoje é problema de pele, coisa que eles chamam da coceira, acho que é o que está mais chamando atenção, por alguns fatores não é?! Assim, a superlotação, um ambiente úmido, e está aumentando muito a incidência de coceira. Tanto nas partes íntimas, nas mãos e nos pés está com uma incidência muito grande. Aumentou depois de um problema com o serviço da limpeza (DIRETOR, 2016).

Tal problema com o serviço de limpeza é oriundo da crise econômica a qual se encontrava (e ainda se encontra) o Estado do Rio de Janeiro, conforme já veiculado em diversas mídias. O tema desta pesquisa não permite discorrer com profundidade sobre tal crise, ainda que ela impacte na vida e saúde dos adolescentes, porém é importante considerar que para além de econômica pode ser uma crise também política, de moral e ética. Numa situação de crise a priorização de direitos dos mais vulneráveis frequentemente torna-se algo considerado secundário, mas não pelos reflexos da situação em si e sim por escolhas políticas dos gestores dos sistemas. Evidencia-se que os sentidos organizacional e sistêmico da integralidade (Mattos, 2001) poderiam estar ao menos aproximados se a socioeducação fosse tratada com equidade pelos poderes Executivo e Judiciário.

Em relação a **deficiência** visual, 13,1% referiram ter parcial e 0,9% total; a deficiência auditiva parcial foi relatada por 3,9% e total por 1,9% total; a mental ou intelectual por 3,4% de forma parcial e por 2,9% total; 7,7% dos adolescentes relataram ter deficiência física parcial e 1,9% total.

Do total de 40,9% que respondeu ter lesão física permanente, 10,1% referiram que a lesão ocorreu após internação. Foram 3,3% que declararam ter algum dedo ou membro amputado, 2,9% algum seio, rim ou pulmão retirado, 0,5% alguma paralisia permanente de qualquer tipo, 8,5% alguma deformidade permanente ou rigidez constante de pé, perna ou coluna, 5,3% alguma deformidade permanente ou rigidez constante de dedo, mão ou braço e 5,3% incapacidade para reter fezes ou urina.

Dos três adolescentes entrevistados na pesquisa qualitativa dois declararam ter deficiência física em decorrência de perfuração por arma de fogo, um dos reflexos da violência urbana que tem sido cada vez mais alarmante no Estado. Um é amputado de uma

perna e relata que passou por vários problemas de saúde em função disso. Sua cirurgia foi dois meses antes de ir para a USE e informa sentir muitas dores ainda, inclusive na perna amputada, o que seria “dor fantasma” segundo um médico. O outro adolescente utiliza bolsa de colostomia permanente, diz ter ciência de que “nem podia ficar preso. Nem posso, posso pegar uma infecção e morrer!”, relata que os médicos reforçam que tenha bastante cuidado com a higiene.

No levantamento de saúde, das respostas positivas sobre **doenças** que tiveram nos últimos doze meses, em ordem de frequência, encontramos: 41% com frequentes dores no pescoço, costas ou coluna; 23,3% com doenças de pele (coceiras, impingem, bactéria na pele, furúnculos); 20,6% referiram ter tido asma / bronquite; 16,1% ter DST como sífilis, gonorreia, cancro, etc.; 11,8% reportaram dengue, zika ou chikungunha; 8,7% alguma anemia grave ou outra doença do sangue; 5,5% têm doença mental que necessita de acompanhamento com especialista; 3,8% mencionaram doenças do coração; 3,3% citaram tuberculose; 1,7% referiram HIV / Aids; 1,1% câncer; e 21,1% informaram outras doenças.

As questões de pele também foram demandas dos adolescentes que surgiram na pesquisa qualitativa: “aqui na cadeia vagabundo pega coceira, fica com vários bagulhos aqui, o bagulho é foda” (ADOLESCENTE 1, 2016). E na ausência do Estado cabe as famílias (as que tem possibilidade de fazê-lo) suprir as demandas que amenizem o sofrimento.

É. Por causa da cadeia, "pá", fica com coceira na mão, fica com a impingem, começa a dar vários furúnculos do nada, o bagulho é foda! o bagulho na cadeia é foda! Kikita às vezes, às vezes cachumba também, vagabundo... (Kikita) é um bagulho que aparece, cheio de bolinhas. É tipo uma coceira também, kikita, aí dá uma bolinha, eu tava, há pouco tempo eu tava, agora começou a sumir, que o meu pai trouxe sabão de coceira pra mim, que tava tomando, e começou a sumir, tava aqui na mão. Mas sumiu (ADOLESCENTE 2, 2016).

Foi referido pelos profissionais participantes que há uma sazonalidade das demandas em saúde. Além dos problemas de pele, são identificadas pelos profissionais como urgentes as questões relativas à saúde sexual, com destaque para as DST, ainda que esta não tenha sido uma demanda apresentada pelos três adolescentes entrevistados. Na USE fomos informados que o CAI tornou-se polo para testagem de DST do município, inclusive com o teste rápido. Já fizeram cerca de 100 testes rápidos e detectaram 1 caso de HIV e 08 casos de sífilis.

A família de um adolescente soropositivo foi avisada sobre o diagnóstico, sendo acompanhada pela equipe de saúde que dava suporte ao adolescente e familiares. Segundo

relatos, os profissionais que acompanhavam o caso acreditavam que houvesse na unidade pelo menos mais um adolescente nesta condição; estavam tentando realizar trabalho de esclarecimentos sobre a doença e sensibilização na USE e com as famílias. As maiores preocupações verbalizadas eram evitar um surto da doença na USE, dar suporte aos adolescentes e famílias e preservar os acometidos da doença de maiores danos.

Se a sexualidade do adolescente não é encarada como legítima, apesar de vivermos numa sociedade erotizada (TAQUETE, 2017), que dirá a sexualidade do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade? Os profissionais de atendimento demonstraram preocupação com a temática e, de certa forma, uma perspectiva de pensamento em relação ao tema considerada avançada, visto que a sexualidade na adolescência ainda é tabu até mesmo para profissionais de saúde que lidam com o tema, atendendo adolescentes que não estão em conflito com a lei, no oferecimento de serviços de saúde sexual e reprodutiva (TAQUETE, 2017).

Eu acho que o limite no sistema socioeducativo, e isso repercute aqui no CAI também, em relação à saúde sexual e reprodutiva, é a questão desses meninos não terem acesso ao preservativo dentro do sistema. Como se para os adolescentes, por ser uma unidade só masculina ou só feminina, isso fosse pressuposto para eles não se relacionarem. E a gente sabe que a sexualidade não é assim. Ela é múltipla. (TÉCNICA DE ATENDIMENTO SAÚDE, 2016).

As falas dos profissionais no grupo focal sinalizaram que, ao mesmo tempo em que há avanços na discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva, há entraves na linha de pensamento e na gestão do sistema socioeducativo que se não forem enfrentados tendem a prejudicar ou inviabilizar a prevenção das DST. Taquete (2017, p. 36) apresentou resultado de estudo recente com adolescentes no qual, dentre outros, revelou-se que “os problemas de saúde mais relevantes são: a prevalência maior de DST entre adolescentes com práticas homossexuais; na faixa etária de 13 a 19 anos, há um aumento do número de casos de Aids entre homens que fazem sexo com homens, ao contrário das outras faixas etárias”.

Todos os adolescentes que responderam ao levantamento afirmaram já ter iniciado a vida sexual, sendo que a idade da primeira vez variou entre oito e dezessete anos e a maioria (65%) iniciou entre doze e quatorze anos. 72,9% afirmaram ter transado no último ano com seis ou mais pessoas, a maioria (96,7%) com meninas / mulheres. Um dado preocupante é o resultado do questionamento “você ou sua parceira (o) atual (ou parceira/o anterior) usam camisinha quando transam?": 43,9% responderam que poucas vezes e 37,3% “nunca

usamos”. Em relação a gravidez, 36,6% responderam que alguma namorada já engravidou deles uma vez, 17,1% mais de uma vez e 37,6% referiram ter filhos. Dois dos três adolescentes da pesquisa qualitativa são pais.

Ao mesmo tempo em que os adolescentes referem ter (ou terem tido) uma vida sexual ativa, o uso do preservativo não é uma prática recorrente, talvez por isso a questão das DST não tenha sido colocada por eles enquanto uma demanda. Todavia, para todos os profissionais entrevistados, demonstrou-se uma demanda urgente. Há diversas falas significativas de diferentes profissionais a respeito.

E aí vem a febre das DST que na verdade a gente começou a perceber que os meninos chegavam mais acometidos, entende? Eles chegavam mais agravados, a gente foi ver menino com gonorreia, com sífilis, assim pela condição mesmo, meninos em situação de rua assim de meses, sabe?! (TÉCNICA DE ATENDIMENTO SAÚDE, 2016).

Porque as doenças venéreas são uma coisa séria, eu já peguei adolescente que teve uma meningite sífilica, que é uma coisa rara, e... assim, talvez se ele puder tratar para não chegar a esse ponto, eu acho que aqui pelo menos deu um despertar (TÉCNICA DE ATENDIMENTO MSE, 2016).

Há um trabalho das equipes para melhoria das condições de saúde e prevenção das doenças, mas os desafios são imensos.

que a gente sempre passa isso pra eles, e quando a gente vai dar até um curso ou algum tipo de palestra mais voltada pra isso (doenças sexualmente transmissíveis ou contagiosas) muitos levam a sério, mas outros também não levam. E se realmente a gente for buscar é... dentre todos os adolescentes na casa quais realmente tem algum tipo de doença sexualmente transmissível ou contagiosa, questões de micose, de repente um passa pro outro, herpes, enfim... entre outras, que tem tantas! É... alguns não levam tanto a sério (AGENTE SOCIOEDUCATIVO 2, 2016).

o que eu consigo ajudar eles aqui dentro é a forma de evitar a doença. Por exemplo, compartilhar um prestobarba, compartilhar roupa... Porque tem meninos que não têm família ou não têm visitas, ficaram abandonados, e uma coisa que eles têm que é muito interessante é uma coisa que eles falam que é fortalecer o amigo. Se o menino não tem, eles vão..., um tira um pouquinho e dá pra aquele. Porém, olha o menino chegou primeiro e não tem cueca, eles vão arrumar uma cueca pro menino, só que geralmente a cueca que eles arrumam pro menino não é uma cueca nova, é uma cueca já usada (AGENTE SOCIOEDUCATIVO 1, 2016).

Em relação a prática de **atividades físicas** antes da internação, 29,1% dos adolescentes as praticavam, como esporte ou malhar, quatro ou mais vezes por semana, 22,3% praticavam de duas a três vezes por semana, 14,1% praticavam uma vez por semana, 6,4% praticavam de duas a três vezes por mês, 11,8% poucas vezes por ano, enquanto que 16,4% não praticavam. Na USE nota-se redução nestas ações: 10,8% praticam atividades

físicas quatro ou mais vezes por semana, 12,4% de duas a três vezes por semana, 29,6% uma vez por semana, 4,8% duas ou três vezes por mês, 11,3% poucas vezes por ano, 31,2% não pratica. A atividade física mais citada foi futebol (78,9%), seguida por futebol e vôlei (6,4%), há uma quadra na USE e observamos adolescentes jogando futebol. A OMS recomenda pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas para pessoas de 5 a 17 anos, devido a evidência científica de que

o volume apropriado de atividades físicas contribui para o desenvolvimento saudável dos tecidos muscoesqueléticos (ossos, músculos e juntas), sistema cardiovascular (coração e pulmão), consciência neuromuscular (coordenação e controle dos movimentos), além da manutenção de um corpo com peso saudável. Além disso, atividades físicas estão associadas a benefícios psicológicos em pessoas jovens por melhorar o controle dos sintomas de ansiedade e depressão e ajudar no desenvolvimento social. (WHO, 2010, p. 18, tradução nossa)

Em relação a **saúde bucal**, antes da internação, 2,8% escovava os dentes uma vez por dia, 7,9% duas vezes por dia, 36,7% três vezes por dia, 51,2% quatro ou mais vezes por dia e 1,4% não escovava os dentes todos os dias. Evidenciando problemas na saúde bucal, 40,9% referiram ter tido dor de dente na USE e 15,5% ter perdido dentes depois da internação. Secco et. al. (2017), em estudo quanti-qualitativo sobre atenção à saúde bucal de adolescentes privados de liberdade no Estado do Paraná, concluíram que apesar dos adolescentes terem demandas a serem atendidas pela saúde bucal, a atenção integral fica prejudicada pela falta de recursos humanos, equipamentos, insumos e infraestrutura. Outro dificultador é a falta de compreensão sobre o trabalho do cirurgião dentista e da importância do atendimento odontológico para a ressocialização do adolescente.

Em relação ao **uso de drogas** antes da internação, 69,4% declararam ter ingerido alguma bebida alcoólica até se embriagar ou sentir-se bêbado, 17,9% o fizeram diariamente, 29,6% uma vez ou mais vezes numa semana e 27,8% de vez em quando. 66% declararam ter usado tabaco (cigarro), sendo 54,2% diariamente, 7,1% uma vez ou mais vezes numa semana, 14,2% de vez em quando. 86,4% informaram ter usado maconha, destes 67,9% diariamente, 8,9% uma vez ou mais numa semana e 11,9% de vez em quando. O uso do crack foi declarado por 8,5% dos adolescentes.

O uso de outras substâncias ou produtos para sentir barato foi declarado por 61,6% dos adolescentes; 7,7% utilizaram remédio para ficar acordado e 23,9% tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidistônico sem receita médica.

Dos 87,7% dos adolescentes que experimentaram qualquer uma dessas drogas, 25% o fez pela primeira vez aos doze anos e a maconha (63,4%) foi a droga mais citada. 30,1% dos adolescentes declararam ter feito uso de alguma droga após ser internado e a maconha aparece novamente como a mais citada (57,6%). Patton et. al. (2016) alertam que há evidências de que o uso de drogas por adolescentes pode prejudicar o desenvolvimento neurológico, mas que, apesar disto adolescentes tem consumido álcool e outras drogas em idades cada vez menores, o que demonstra a necessidade do fortalecimento da prevenção a utilização dessas substâncias por esse público. O uso do tabaco por adolescentes é um grande fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta enquanto que o consumo de álcool está relacionado a oito tipos de câncer, hipertensão, hemorragias e outras doenças. O uso de álcool associado ao tabaco aumenta os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças (PATTON et. al., 2016). Cabe pontuar que o uso de álcool e outras drogas dentro do sistema socioeducativo é proibido, e o CAI eliminou o uso (ao menos permitido) do tabaco de suas dependências.

Em relação a **saúde mental**, a versão brasileira do inventário de comportamento para crianças e adolescentes (*Child Behavior Checklist for age 6-18*) foi inserida ao inquérito de saúde (questão 24). Como resultado, identificou-se que 9,4% têm sintomas de problemas internalizantes e 10,2% externalizantes em nível clínico, que demandariam triagem e atenção dos profissionais da área. Dentre os primeiros estão sintomas de depressão, ansiedade e somatização. Nos segundos integram comportamentos agressivo e de quebrar regras sociais. Há que se ressaltar que a comorbidade de problemas de saúde mental é intensa na infância e adolescência. Ressalta-se que os percentuais são distintos dos constatados entre adolescentes escolares de São Gonçalo (5,4% e 10%, respectivamente), com maior frequência de menção a sintomas internalizantes entre os adolescentes na USE, indicando necessidade relevante de atendimento por profissionais de saúde mental; os problemas externalizantes encontram-se em patamares próximos ao da população escolar (ASSIS, AVANCI, OLIVEIRA, 2008; ASSIS, PESCE, PIRES, 2014).

5.4 ATENÇÃO À SAÚDE, PROTEÇÃO INTEGRAL E INTEGRALIDADE: O CAI BAIXADA EM QUESTÃO

O reconhecimento jurídico da saúde enquanto direito universal e dever do Estado, alicerçado em um Sistema Único no qual a universalidade, a equidade e integralidade são princípios, é um marco de extrema importância sobretudo para as populações vulneráveis. Tais princípios, entretanto, não significam a garantia do atendimento. Lima et. al. (2014, p. 147), a partir de revisão integrativa sobre a saúde do adolescente, afirmam que esta população compõe um grupo vulnerável “devido a forma como lidam com o desenvolvimento dos fatores biopsicossociais”, não procurando os serviços de saúde nem se preocupando com as consequências futuras das escolhas relacionadas à saúde e outros temas. A fim de compreender a realidade da atenção à saúde, da proteção integral e da integralidade, esta subseção está dividida entre atenção à saúde antes e pós internação.

Atenção em saúde na RAS / antes da internação

Nos últimos doze meses antes da internação, 26,5% dos adolescentes foram atendidos por algum médico clínico uma vez, 34,4% duas ou mais vezes, enquanto que 39,2% nenhuma vez. Em relação ao médico psiquiatra, 21,6% foram uma vez, 18,4% duas ou mais vezes e 60% nenhuma vez. Por psicólogo foram atendidos uma vez, no período, 23,8% dos adolescentes; 25,4% foram atendidos duas ou mais vezes e 50,8% nenhuma vez. Por assistente social 26,5% foram atendidos uma vez, 20,5% duas vezes ou mais e 53% nenhuma vez. Atendidos pelo dentista foram 33,7% uma vez, 27,8% duas vezes ou mais e 38,5% nenhuma vez.

Em relação a utilização dos serviços de saúde nos últimos doze meses antes da internação, os resultados foram os seguintes: 60,3% utilizaram posto de saúde / unidade básica de saúde (UBS), 18,7% utilizaram consultório médico particular, 27,3% utilizaram consultório odontológico, 13,4% utilizaram consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.), 39,7% utilizaram pronto socorro / unidade de pronto atendimento (UPA) / emergência, 22% utilizaram hospital para internação, 6,7% utilizaram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 4,3% o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) e 5,3% outros serviços de saúde.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015, 53,2% dos adolescentes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental da rede pública procurou profissional ou serviço de saúde nos últimos doze meses anteriores à pesquisa (IBGE, 2016). O resultado quantitativo dos adolescentes do CAI Baixada mostra frequência a diferentes serviços de saúde por muitos jovens. Apesar disso, alguns profissionais relataram que o primeiro contato de muitos adolescentes com a área da saúde ocorreu após a internação. Hoje o Cartão do SUS faz parte do rol de documentação dos adolescentes, que é providenciado pelas famílias a pedido da USE, juntamente com a certidão de nascimento e o histórico escolar, a fim de facilitar a provisão de direitos.

Atenção em saúde na internação

Sobre as atividades ou profissionais que costumam **frequentar na USE**, os adolescentes responderam o seguinte: 34,6% costumam frequentar ambulatório médico / enfermagem, 32,3% psicologia e 31% serviço social. Foi referido por profissionais de saúde entrevistados que o CAI Baixada faz consulta clínica para todos os adolescentes na admissão (entrada), porém, em novembro de 2016 foi informado que a USE ainda não havia conseguido atender a todos, tendo atendido a cerca de 70%. Uma profissional de saúde informou que o protocolo do MS preconiza a realização de uma pesquisa clínica dos adolescentes a cada 6 meses e que a meta do CAI seria, ao final daquele mês em que ocorreu a pesquisa, terem avaliado todos. As diretrizes para Programação Pactuada e Integrada da Assistência à saúde, conforme portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006 do Ministério da Saúde, estabelecem que haja no mínimo uma consulta médica e duas consultas de enfermagem no ano para adolescentes e jovens²⁹. A complexidade de uma situação de confinamento ratifica a importância de que o adolescente ao passar pelo sistema socioeducativo seja avaliado clinicamente pelo menos uma vez a cada seis meses.

51,4% dos adolescentes referem ter recebido orientação sobre prevenção de gravidez / DST / Aids, dado que coaduna com o que foi dito pelos profissionais sobre a realização de práticas de educação em saúde, incluindo saúde sexual. A saúde sexual e reprodutiva, para

29. Para saber mais consultar MINISTÉRIO DA SAÚDE, Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, Brasília: 2006.

além de ser um dos eixos da PNAISARI é um dos temas de relevância para a saúde do adolescente no contexto de privação de liberdade. É estratégica de ser trabalhada pois possui potencial transformador. Foi referido por um agente socioeducativo que os adolescentes sentem dificuldade em abordar questões de saúde sexual e reprodutiva com profissionais do gênero feminino e, como a equipe de saúde é majoritariamente feminina, haveria impasses na participação dos adolescentes. Visualiza-se a necessidade de profissionais de referência do sexo masculino para o debate de questões como essa.

Desde que estão internados, os adolescentes utilizaram os seguintes **serviços de saúde fora da USE**: 32,5% posto de saúde / UBS, 9% consultório médico particular, 7% consultório médico odontológico, 5,5% consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.), 12,6% pronto socorro / UPA / emergência, 13,6% hospital para internação, 6% CAPS, 5,5% CAPSad e 5% outros serviços. Segundo relato de profissional da saúde, as principais dificuldades para atendimento das necessidades na rede decorrem da precariedade dos serviços do município de Belford Roxo e do Estado. Quando conseguem agendar consulta, não conseguem levar o adolescente porque não há verba para gasolina. O município não tem central de regulação e não tem medicação para dispensar para o CAI. Com relação à imunização, a cobertura é muito precária; os adolescentes do CAI, segundo relatos dos entrevistados, seriam atendidos próximo do final do calendário vacinal, quando já faltam vacinas.

No espaço do questionário destinado para os adolescentes expressarem sentimentos e pensamentos, caso assim quisessem, dentre os 38 que assim se dispuseram, 20% comentaram sobre as condições de saúde, 26% sobre as condições de vida e 54% sobre outros assuntos. São relatos que denunciam ausência de atenção integral à saúde e uma desproteção social em nada condizente com a doutrina do ECA: “olha, eu fiz um exame e deu positivo. Eu saí pra colher o meu sangue e o hospital não atendeu. Então resolveram colher o sangue aqui mesmo e levar para o hospital para ver se posso tomar os medicamentos” (ADOLESCENTE 1, 2016). Alguns dos relatos reclamam das doenças na casa “gostaria de receber atendimento médico, pois estou com doença de pele (coceiras)” (ADOLESCENTE 2, 2016) e condições de vida em geral: “bagulho tá doido, cadeia tá cheia. Tudo sujo, geral com coceira, furúnculos e impinge. Maior imundice o CAI BAIXADA falta de água, não tem limpeza na cadeia” (ADOLESCENTE 3, 2016).

Para atendimento das necessidades em saúde, a partir da perspectiva da integralidade, é imprescindível a garantia do acesso aos serviços públicos que, para Travassos e Castro (2012, p. 185), “é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço”, referindo-se “às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população” (TRAVASSOS & CASTRO, 2012, p. 186).

Como membros da atenção básica, foi-nos informado que a equipe de saúde do CAI todo mês faz “visita domiciliar”, ou seja, visita os alojamentos, o que é estratégia interessante que possibilita a compreensão da realidade dos adolescentes *in loco*, facilitando que sejam dadas respostas às suas necessidades em saúde. Salienta-se que em outras unidades socioeducativas do DEGASE esta prática não ocorre. Sobre a organização da RAS, caberia a Estratégia de Saúde da Família (ESF) essa função.

A Atenção Básica, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), deve ser realizada com capilaridade e descentralização no local mais próximo de moradia das populações, sendo a porta de entrada para o SUS. Por isso estão localizadas nos territórios onde vivem as pessoas, em UBS ou Postos de Saúde. Há, no bairro Bom Pastor, um Posto de Saúde localizado a 1km do CAI, o qual, inclusive, está elencado como responsável por ações como prevenção e controle de agravos. Sendo assim, o quantitativo de 32,5% de adolescentes que acessaram a UBS/ Posto de Saúde desde a internação parece incipiente. Ainda que adolescentes não procurem os serviços de saúde com regularidade, uma vez institucionalizados, a responsabilidade por seu cuidado passa à instituição, sendo essencial que o tempo de internação não implique no maior afastamento dos cuidados em saúde.

Além da UBS Bom Pastor, na Atenção Básica, tem-se o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que faz parte do Programa Brasil Sorridente, do governo federal, cujo objetivo é fornecer às populações serviços mais complexos de saúde bucal a partir de encaminhamento da UBS. São dois CEO em Belford Roxo (Prata e Barro Vermelho) e, em novembro de 2016, ambos estavam fechados.

Durante o tempo que estão na USE, 11% dos adolescentes foram hospitalizados na rede pública de saúde, 5,8% na rede privada, 4,2% fizeram cirurgias como apendicite, fechamento de corte no braço e retirada de projétil de arma de fogo, por exemplo. 41,2%

precisaram de atendimento e não conseguiram, segundo os próprios adolescentes. Nos atendimentos de saúde, profissional da equipe de saúde afirmou que 90% do atendimento fica por conta do CAI. Na RAS, são realizados raios X, intervenções cirúrgicas e ortopédicas. Conforme informações já citadas, a Rede de Urgência e Emergência de Belford Roxo estava inativa em 2016.

11,6% dos adolescentes referiram ter utilizado remédio tranquilizante ou calmante para dormir com indicação médica e 8,1% sem indicação médica. A saúde mental foi um tema citado com preocupação tanto por profissionais da saúde quanto da MSE assim como a prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Há relatos de adolescentes chegando na USE com comprometimento psíquico grave, demandando o uso de medicamentos que o Estado não garante e fazendo com que alguns profissionais se onerem retirando dinheiro do próprio bolso para suprir as faltas, o que é algo tão grave quanto a ausência da garantia do direito do adolescente a obtenção do medicamento.

Mas muitos já vem para cá assim, infelizmente, e ficam em locais de risco. E muitos nem deveriam estar aqui, eu vejo desta forma porque, enfim, incitam os demais, se autoflagelam e às vezes criam situações que fazem os demais perderem a paciência e agredi-los de forma bastante severa, entendeu? Que se não é a intervenção no momento, se pode ocasionar algum tipo de problema maior (AGENTE SOCIOEDUCATIVO 2, 2016).

Pra gente aqui dentro é sofrido, tem meninos que nós que trazemos as coisas para eles. A gente nem divulga muito isso, quem sabe é a direção que tem que saber o que a gente está entregando. Tem gente que traz sabonete, tem gente que traz algum biscoito, para o garoto não ter que pedir, não ter que se humilhar, não ter que se prostituir. Tem garoto que a gente está comprando remédio, Risperidona, remédio para cocceira. (AGENTE SOCIOEDUCATIVO 1, 2016).

A Rede de Atenção Psicossocial de Belford Roxo é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) Zaira Bichieri. O Plano de Ação estabelecido pelo CAI e SEMUS prevê articulação com o CAPSi e o CAPSad, porém, nas entrevistas com os profissionais não surgiu nenhuma informação sobre a atuação dessas unidades.

Os dados sobre o acesso aos serviços retomam a importância da PNAISARI enquanto política setorial central, voltada para a garantia da equidade. Se operacionalizada conforme idealizada, pode produzir impactos importantes na ambiência socioeducativa, não apenas relacionados às questões de saúde como também aos impactos sociais e educacionais da

medida, potencializando significativamente a possibilidade de ressocialização dos meninos e meninas com experiência infracional, bem como a realidade ocupacional de trabalhadores (as) da área.

Um agente socioeducativo apresentou uma história que pode ajudar a enxergar a dimensão da importância da PNAISARI no dia a dia da USE, pois é graças a ela que há uma equipe de saúde no CAI que consegue pensar e agir de forma articulada num caso de comprometimento cognitivo grave,

Tem uma professora ali que veio procurar a saúde porque ela falou: 'Gente, tem um menino que todo dia eu ensino para ele a mesma coisa. Ele não aprende nada, se eu ensinei a letra A hoje, amanhã vou ter que ensinar a letra A para ele de novo, ele nunca vai sair do A, porque ele não aprende nada'. Era um garoto que era até nosso (da saúde mental), aí a terapeuta sentou, conversou com ela, explicou como que funcionava esse menino (AGENTE SOCIOEDUCATIVO 1, 2016).

Mas a saúde sozinha não dá conta do trabalho, é preciso que os demais operadores do sistema socioeducativo compreendam a dimensão do próprio trabalho, mas também do trabalho do outro, pois só a visão do todo, com a contribuição do olhar de cada um, consegue potencializar as possibilidades da PNAISARI, como complementa o agente:

É assim, aí a professora se depara com um tipo de coisa que ela nunca viu na vida, que ela também não foi preparada para trabalhar com isso, o que ela faz com esse garoto? Todo mundo está acompanhando, sabe o que o menino vai fazer? Ou só ele que não sabe fazer? E como é que fica esse menino também? Porque ele vê todo mundo fazendo e ele nunca sabe, ele nunca aprende, entende? E isso tudo a superlotação atrapalha, porque a gente poderia dar assistência melhor a esse menino, a gente poderia chamar mais esse garoto (AGENTE SOCIOEDUCATIVO 1, 2016).

Como já explicitado, o fenômeno da superlotação reduz a capacidade de atenção integral a saúde dos adolescentes, reduz os recursos (humanos e materiais) e aumenta a iniquidade no cotidiano da USE. O diretor da USE - profissional com olhar mais geral do todo -, citou a superlotação como um grave problema: o grande quantitativo de internos prejudica em vários aspectos, inclusive na rotina dos adolescentes que passam muito tempo sem nada por fazer.

Há atividades – cursos e oficinas – sendo desempenhadas no CAI Baixada tais como teatro, serigrafia, percussão, futebol, elétrica, pipa e horta, todas sendo realizadas por servidores do local. Ainda que hajam tais atividades sendo ofertadas para os adolescentes, como o quantitativo de garotos privados de liberdade é muito superior à capacidade real, muitos deles acabam por ficar ociosos grande parte do tempo. Além dos recursos humanos

as atividades necessitam de insumos e o que se observou é que o Estado não possibilita que tais materiais estejam disponíveis, onerando os servidores que acabam por se mobilizar para conseguir em suas redes de afeto. Há uma tentativa de muitos profissionais de irem além do trabalho prescrito, mas além do não reconhecimento de tal esforço, o que se verifica é ausência de colaboração de esferas superiores para que as ações fluam.

Observa-se também o escasso diálogo de diferentes setores para com os diversos profissionais e adolescentes, a começar pelo Judiciário, que aplica uma MSE de caráter excepcional (privação de liberdade) a um quantitativo de adolescentes que poderia ter recebido outra MSE com potencial mais ressocializador. A fala de uma técnica de atendimento sintetiza isso:

Eu acho que o Judiciário também tinha que estar junto. De reconhecer o esforço dos técnicos, da direção. Para que exista uma melhor qualidade de vida, porque se não tiver ele vai voltar. Por mais que você faça o seu trabalho, ele vai voltar (...) porque a partir do momento que ele empanturra um adolescente num alojamento sem condições ele está sendo responsável pela qualidade ruim de ressocialização desse adolescente. (TÉCNICA DE ATENDIMENTO MSE, 2016).

A proteção integral que ordena o ECA impõe como dever da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público a garantia da dignidade. É importante refletir sobre a proteção social num contexto de privação de liberdade. Há total conhecimento dos atores de garantia de direitos sobre a realidade que envolve este contexto? Talvez haja uma falta de conectividade do Judiciário, e das Funções Essenciais da Justiça (Ministério Público e Defensoria Pública), com as reais condições oferecidas aos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade. Talvez a situação calamitosa da privação de liberdade no Estado conte ainda com pouca boa vontade de parte do Judiciário e das Funções Essenciais da Justiça para que haja uma socioeducação real. Há também falta de visibilidade do Judiciário em relação a sua corresponsabilidade na forma como se dará a aplicação da MSE, o que gera uma antonímia entre proteção e punição, com pouco espaço para socioeducação de fato.

Isso aqui é medida de internação, aqui não está protegendo ninguém, (...) a medida não tem que ser de punição, a medida é socioeducativa. Mas gente, é uma punição! Isso aqui é um castigo, o garoto vai ficar vinte quatro horas trancado? Até teve um menino que virou pra mim, foi na quarta-feira, falou assim: 'sabe o que eu estou me sentindo? Estou me sentindo um bicho de zoológico, fico trancado na jaula o dia inteiro, e quem quer me ver vai lá e bota a cara pra me ver, que eu não saio pra nada'. Ele não está errado, é exatamente isso que aconteceu com ele, sai para comer, se alimenta, volta para jaula. Não está dando..., a gente não está dando conta. Tá ficando difícil, a gente faz um arroz com feijão aqui muito bonito, a gente consegue

fazer bastante coisa funcionar. Mas o que não funciona também é assim... é catastrófico (AGENTE SOCIOEDUCATIVO 1, 2016).

A **intersetorialidade** é um aspecto fundamental para a garantia da proteção integral e, segundo Pereira (2014, p. 37), “é um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso”. A saúde está ancorada no tripé da seguridade social, com as políticas de assistência e previdência social (BRASIL, 1988, art. 194), portanto fundamentalmente intersetorial desde a sua matriz. Sob a lógica do ECA, que defende a incompletude institucional, a política de saúde pode articular-se com outras políticas sociais, destacando-se a intersetorialidade com a Educação e a Justiça como potencialmente exitosas. A PNAISARI, embora política de saúde setorial, possui área de intervenção ancorada na saúde e na Justiça, em diálogo com a assistência social. Portanto, atenção à saúde, proteção integral e integralidade podem ser consideradas coirmãs do processo de primazia do direito da criança e do adolescente.

A RAS foi citada inúmeras vezes pelos diversos profissionais do CAI enquanto falha, incipiente ou ausente. É essa rede do município, representada por seus gestores públicos, que, ao ser convidada a participar da pesquisa, como informado anteriormente, não quis se manifestar. Com este impedimento formal, profissionais da RAS que acenaram informalmente com a possibilidade de serem entrevistados, acenando-se comprometidos com o atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, não puderam ser incluídos na pesquisa.

É compreensível que no contexto de calamidade pública que o Estado do Rio de Janeiro decretou em 2016 muitos municípios, sobretudo os pequenos, enfrentem grandes dificuldades. Contribuindo para mais dificuldades na saúde de Belford Roxo, quatro secretários de saúde assumiram no período de um ano, quando estava em desenvolvimento a pesquisa. A não disposição da SEMUS em participar da investigação corrobora com a compreensão de que são muitas as dificuldades existentes, mas que não há interesse em sua exposição que possibilitaria um diálogo a fim de resolução. A falha na operacionalização da RAS, com conseqüente desarticulação, se expressa de forma ímpar sobre o CAI:

A rede de Belford Roxo, ela tinha que me ajudar, mas só que Belford Roxo não consegue ajudar nem os moradores de Belford Roxo, tu imagina os nossos garotos? Não tem atendimento. (...) em Belford Roxo, aqui a gente está muito abandonado na questão da saúde, precisamos da rede e a rede? Não tem rede (DIRETOR, 2016).

A fala do diretor entrevistado evidencia uma indignação com a rede mas sugere que possa haver dois grupos de pessoas distintas: os moradores de Belford Roxo (alvo prioritário de atendimento) e “nossos garotos” (adolescentes numa suposta segunda categoria de direitos). É importante que se frise que o SUS é universal e, por estarem em situação de vulnerabilidade, os adolescentes deveriam ter primazia no atendimento em saúde, apesar do senso comum dizer o contrário.

Quando se iniciou a pesquisa na USE, funcionários da saúde do município de Belford Roxo estavam em greve devido ao atraso do pagamento de salários por mais de três meses, e questionando as péssimas condições de trabalho ao final de uma gestão no município. Quando protocolado o projeto de pesquisa na SEMUS já haviam se passado seis meses da nova gestão, mas poucas mudanças foram percebidas.

Na fala de alguns profissionais do CAI que estão há muito tempo na unidade, houve tempo em que a RAS tinha atuação real.

Antes podíamos contar com a rede, mas as condições de trabalho pioraram desde que entrei, principalmente com o fechamento do Centro de Especialidades Odontológicas. Outro problema é que antes podíamos receitar medicação conforme necessidade do adolescente, agora tem que escolher qual tem em estoque (PROFISSIONAL DE SAÚDE, DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

A pesquisa está sendo executada num momento de crise e isso tem que ser muito pontuado, não é uma crise do DEGASE, é uma crise política institucional e social. Não é a crise do DEGASE. No município de Belford Roxo, a minha unidade que hoje tem 407 meninos, as pessoas estão sem receber há 5 meses, os serviços todos articulados, não têm emergência psiquiátrica, as pessoas foram embora, então a minha emergência psiquiátrica tem que ser no hospital de Saracuruna, um hospital terciário, que não seria o espaço adequado para colocar em si uma emergência. Então eu saio do município, eu tenho que recorrer ao Estado (PROFISSIONAL DA CSIRS, 2016³⁰).

Outro aspecto preocupante na atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei, quando há atuação em rede, é sua estigmatização e o preconceito:

Preconceito, tem muita coisa quando a gente leva o garoto. Eles não querem atender, e muitas vezes eles atendem porque eles estão com medo. Muitas vezes a agilidade no atendimento se dá pelo medo deles, porque olha o garoto chegando, geralmente o garoto está algemado porque tem que fazer o deslocamento, aí chega lá, chama atenção. Eles ficam com medo do que vai acontecer, atende o garoto rapidinho. E nem sempre o atendimento flui (DIRETOR, 2016).

30. Relato cedido pela pesquisa principal.

O ECA não faz menção ao uso de algemas mas jurisprudência, que é um conjunto de decisões e interpretações das leis feito pelos tribunais superiores, relativa ao uso de algemas em situações amparadas pelo código penal, determina que só é permitido o uso de algemas quando a pessoa apresentar resistência à prisão, houver fundamentado perigo de fuga ou da integridade física da pessoa presa ou terceiros. Trata-se de uma determinação do Supremo Tribunal Federal (súmula vinculante 11, de 22/08/2008) atualizada em 17/01/2017.

O que se observa na realidade socioeducativa é que ainda hoje o uso de algemas nos adolescentes muitas vezes é banalizado e outras incentivado pelo clamor popular, mesmo nos que estão adoentados. Em 2016, após o incêndio citado por Virgens (2016) numa unidade masculina da capital, adolescentes sobreviventes que ficaram internados no hospital em situação de saúde agudizada, sem possibilidade de deambular e um em específico – que foi à óbito depois – sem conseguir falar, foram mantidos algemados na cama hospitalar, sendo necessária recomendação conjunta do Ministério Público e Defensoria Pública para que o DEGASE retirasse as algemas³¹.

Fernandes et al. (2015, p.123) reiteram as dificuldades dos atendimentos de adolescentes em conflito com a lei no SUS que sofrem estigmatização de:

(...) parte de profissionais da rede de atendimento do SUS, por estarem em situação de conflito com a lei e privados de liberdade, quanto por conta das dificuldades e iniquidades a que estão passíveis de serem submetidos por estarem inseridos no sistema socioeducativo no próprio interior deste, nas USE.

Como se pode constatar, não existe atenção integral à saúde, nem efetividade da RAS e proteção integral sem articulação das políticas públicas. A proteção integral requer uma atenção à saúde absoluta, e na ausência desta ao menos a garantia da dignidade que parece muitas vezes faltar segundo desabafos de dois adolescentes na questão aberta do questionário:

Não desejo esse lugar nem pro meu pior inimigo. Cadeia não é lugar de recuperação. Nós não somos bicho. Errar todos nós erramos, mas fê em Deus” (ADOLESCENTE 4, 2016).

Na minha opinião acharia que poderia mudar um pouco o tratamento do preso. Nós já estamos presos, pra quê continuam a dificultar minha vida? Entrego na mão de

31. “Autoridades pedem retiradas de algemas de jovens hospitalizados após incêndio”, notícia divulgada em 09/08/2016 disponível em <https://oglobo.globo.com/rio/autoridades-pedem-retirada-de-algemas-de-jovens-hospitalizados-apos-incendio-1-19886343> Acesso em 19 de março de 2018.

Deus, sei que ele vai me tirar desse sofrimento. Não vejo a hora de voltar pra minha família (ADOLESCENTE 5, 2016).

É singular a existência de uma equipe de saúde comprometida com o respeito aos direitos humanos dos adolescentes, conforme observado no CAI Baixada. A categoria cuidado em saúde pode conferir ressignificação da experiência socioeducativa, contribuindo para o processo de socioeducação, conforme preconiza o SINASE. Conforme Costa (2009, p. 30) “com isso se quer dizer que não há distinção entre cuidado e vida humana. Ambos entrelaçam-se, confundem-se numa só unidade: o homem, vivendo, cuida; cuidando vive”. Em resumo,

Em tudo isso, o homem cuida: cuida de si em face e a propósito do seu próprio interesse. Na preocupação, assistimos os outros, mas cuidamos de nós. Assistimos os amigos, pessoas próximas ou não e outros tantos entes mais ou menos impessoais. Mas quando deles cuidamos, também aí cuidamos de nós, pois pressentimos ou intuímos o nosso próprio ser integralmente lançado nesse jogo em que ele mesmo se encontra em risco. Cuidar do outro, preocupar-se e assistir significam cuidar de si mesmo, pois, em alguma medida, se isso não for feito, ocorre o descuido daquilo que nos interessa (COSTA, 2009, p. 47).

Aos que mesmo em face de tudo o que foi apresentado continuam a negligenciar os cuidados em saúde desses adolescentes, a defender que devem ter tratamento de “bandidos”, que seriam caso perdido ou “sementinhas do mal”, é esclarecedora a fala de um agente socioeducativo comprometido com os valores da socioeducação:

Assim, é diferente de você trabalhar numa repartição pública e você trabalhar como agente. Teve um amigo que virou pra mim e perguntou assim, “Você acredita que esses garotos, que os garotos aqui se recuperam?” Aí eu falei assim, cara, para ser sincero para você eu acho o seguinte, quem quer mudar, muda. Só que eu prefiro vir para cá e fazer o meu melhor, dar o meu melhor. Porque assim, esse menino está trancado com a gente, nós estamos em segurança aqui dentro, bem dizer. Porque você já sabe onde está o “bandido”, você já sabe onde está o “homicida”, você já sabe quem é quem. Você sabe quem é o traficante. Lá fora que você está no escuro, você não sabe quem é quem. Aqui dentro a gente já sabe. Só que assim, eu prefiro fazer, dar o meu melhor pra esse garoto porque eu não sei se ele vai deixar de ser bandido, mas eu prefiro pensar que um dia ele vai lembrar de um papo que eu dei nele e vai dar menos um tiro. Pode ser o tiro que não vai matar minha filha, vai ser o tiro que não vai matar minha mulher, vai ser o tiro que não vai matar minha mãe, vai ser um tiro que não vai matar você. (...) porque se a gente não for pensar assim [...] a gente vai achar que está enxugando gelo e não vai querer trabalhar. E a realidade é que a gente não enxuga gelo, a gente tem muita história de sucesso, de muitos meninos. É que divulgam mais os insucessos, o que morreu, o que saiu e morreu... (AGENTE SOCIOEDUCATIVO 1, 2016).

Embora houvesse profissionais na SEMUS dispostos a dialogar com a pesquisadora, este não se estabeleceu devido a não autorização da Secretaria. Este silêncio diz muito sobre a fragilidade da RAS para atendimento dos adolescentes em privação de liberdade. Na falta de uma RAS resolutiva em Belford Roxo, como apontada pelo CAI, muitas vezes os profissionais de saúde buscam os municípios vizinhos, que por serem limítrofes deveriam estar pactuados enquanto Regiões de Saúde aptas a atender o adolescente. No entanto, as tratativas para atendimento se davam no campo do individual (profissional x profissional), quando deveriam fazer parte de um fluxo de rede. Além dos adolescentes serem alvos prioritários de atenção, tendo por base os princípios de universalidade e equidade do SUS, em tese, não deveria haver negativa de atendimento. Concluimos, pois, que estas são formas de violência institucional que em nada contribuem para socioeducar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se verifica no Brasil é que há inúmeros avanços no atendimento à saúde de adolescentes e no campo da socioeducação, pela perspectiva legislativa. Porém, a operacionalização das leis e normativas (como a PNAISARI) não se efetiva a contento no cenário investigado e está longe do ideal, o que pode ser afirmado diante do registro de tantas violações e vitimizações. A experiência no CAI Baixada possibilitou a autora deste trabalho um olhar ampliado em relação ao DEGASE, verificando novas possibilidades de atuação dentro do Sistema Socioeducativo, quando antes o que se ressaltava eram apenas os limites. Em resposta aos pressupostos que guiam esta dissertação, deve-se considerar o que se afirma a seguir.

(1) *Negligência na atenção integral em saúde dos adolescentes na USE investigada:* considerando o CAI Baixada uma USE localizada num território com violência urbana pujante e inserida em região periférica à capital, poder-se-ia erradamente pressupor que a unidade estaria fatalmente inclinada a negligenciar cuidados, sobretudo se não houvesse investimentos significativos no atendimento às demandas de sua alçada. Esta negligência se cristaliza claramente em dados veiculados recentemente na mídia que denunciam dois óbitos de adolescentes num período menor que um ano, fato inaceitável e que não pode ser naturalizado. O que se conclui da experiência de campo no CAI é que há negligência cotidiana da unidade pelo poder público, precarizando a vida e a saúde dos adolescentes e também dos profissionais que ali trabalham, o que inviabiliza uma atenção integral à saúde. Muitos esforços despendidos pelos profissionais de saúde da unidade se perdem frente a uma instituição tão carente e a um município tão precário.

(2) *Condições de saúde dos adolescentes na USE afetadas pela internação, em decorrência de questões como superpopulação:* os relatos dos adolescentes sobre sua saúde indicam a desintegrada atenção em saúde. O confinamento tem gerado ou agravado doenças físicas e mentais nos adolescentes sem que seja visualizado movimento pelo governo do Estado do Rio de Janeiro em dar respostas que possam sanar essas demandas criadas por uma estrutura iníqua e degradante. Muitos estudos, alguns aqui mencionados, divulgam os

principais riscos à saúde dos adolescentes. Então, o que faria o Estado e seus agentes públicos e políticos pensarem que num contexto tão adverso da privação de liberdade no Brasil o desenvolvimento de doenças pudesse ser diferente nesses adolescentes? Toma-se conhecimento da sazonalidade das doenças, mas não se planejam linhas de ação que atuem sobre os problemas de saúde tanto sazonais como crônicos, de forma a elaborar intervenções otimizadas. Isso demonstra mais do que uma ausência do Estado: a eficiência do descaso.

A saúde da população de adolescentes privados de liberdade sofre reflexos da superlotação, mas ao contrário do que se possa pensar, não é este fenômeno o maior problema a ser resolvido. É reconhecível que desde a promulgação do ECA tem se realizado importantes transformações na ambiência socioeducativa mas nunca se teve na história brasileira uma política efetiva em favor dos adolescentes (anteriormente menores) a quem se atribui autoria de ato infracional. O encarceramento de adolescentes e jovens no Rio de Janeiro teve crescimento considerável a partir do momento em que o Estado se tornou sede de grandes eventos, com destaque para a Copa do Mundo de 2014 e Olimpíadas de 2016, quando conforme já vinha sendo alertado por ativistas de direitos humanos iniciou-se um movimento de higienização social.

Antes da superlotação as condições já eram precárias, com ela tornaram-se mais indignas, o que se observa neste cenário é que o problema central a ser resolvido é a forma como os órgãos fiscalizadores do Plano Nacional Socioeducativo enxergam estes adolescentes, principalmente o Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e sociedade civil, enquanto esses adolescentes forem tratados como sujeitos com direitos humanos relativizados pouco se avançará na seara da cidadania.

Os problemas de saúde apresentados pelos adolescentes no CAI Baixada demandam uma resposta coletiva, onde a organização dos serviços tanto dentro do setor saúde quanto em articulação com os outros setores considere a situação de saúde desses adolescentes, adotando ações que promovam a prevenção e promoção da saúde nestes espaços. É inadmissível que um adolescente adentre uma USE com uma situação de saúde e, ao adquirir a liberdade, esteja em estado piorado. Isso não é socioeducar. Se no meio socioeducativo ainda não há consenso sobre o que seja socioeducação, pelos relatos dos adolescentes há consenso de que o que eles aprendem em cumprimento de MSE de privação de liberdade

nada tem de educar para o convívio social. São negligenciados quando deveriam ser cuidados para ressignificarem o valor do cuidar.

É necessária a apropriação (pelos profissionais do sistema socioeducativo, pelos adolescentes privados de liberdade e pelos familiares) do que seja socioeducação e, aliada a ela, a compreensão do universo adolescente. A sociedade civil também precisa se apropriar do tema de forma a possibilitar a democratização das informações, promovendo participação e controle social no sistema socioeducativo como um todo. Diante de todo o exposto, reafirma-se que adolescentes em conflito com a lei não são sujeitos marginais, mas marginalizados por todo um processo social. Quando o potencial infracional é mais valorizado do que o humano, o que se pode esperar do futuro?

(3) *A limitada execução da PNAISARI*: a atenção integral aparece nesta pesquisa como um princípio distante da prática do sistema socioeducativo. Dentre os obstáculos à garantia do direito à saúde encontra-se, além da seletividade desse sistema, a não consideração das dimensões da adolescência quando da aplicação das MSE. As práticas desumanizadoras observadas e registradas tanto pela pesquisa, quanto pela literatura, potencialmente contribuem para uma educação para o enclausuramento social e para a limitação de trajetórias emancipatórias e instituintes de novos caminhos para os adolescentes.

A integralidade não é atingida sem acesso adequado aos programas e serviços de saúde, nem sem humanização do atendimento (para os adolescentes e profissionais). Além da necessidade de se estabelecer planos, é imprescindível o seu cumprimento. O estabelecimento de eixos da PNAISARI de acordo com os temas principais da saúde do adolescente colabora para o avanço do atendimento integral, mas já se passaram quase quatro anos desde a última versão da política e pouco se avançou.

Em relação aos sentidos da integralidade enunciados por Mattos (2001), apenas um (relacional), ainda que timidamente, parece se aproximar da imagem objetivo. Tanto a perspectiva organizacional quanto a sistêmica estão muito aquém do ideal e assim continuarão enquanto o Estado não avançar numa efetiva implementação do disposto em legislações com perspectivas avançadas, instituindo práticas exitosas que configurem uma rede de atenção articulada como política de Estado.

Em relação aos princípios estabelecidos pela PNAISARI, conforme demonstrado neste estudo, todos foram desconsiderados, pois não há respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; não há enfrentamento ao estigma e preconceito, ou pelo menos não foram identificadas ações institucionais para tal; não há respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; não há garantia do acesso universal e integralidade na RAS, observando-se o princípio de incompletude institucional; não há reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde no município; não há atenção humanizada e de qualidade a esta população; ainda não há, pelo menos na realidade da prática cotidiana, uma organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades dos adolescentes; não se identificou uma permeabilidade da USE à comunidade e ao controle social. Por esses motivos, a PNAISARI, embora com potencial revolucionário, parece longe de ser efetivada.

(4) *Frágil atuação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)*: a ausência de disponibilidade ao diálogo da SEMUS foi fato preponderante para a compreensão do grau de fragilidade da RAS. Ela não é somente frágil em atuação, mas também em existência, pois no contexto de precarização com fechamento das unidades o município deveria ter à disposição da população referências institucionais para atendimento das necessidades em saúde em sua Região de Saúde (municípios limítrofes). O SUS está regulamentado desde 2011 e há instrumentos organizativos para que se garanta pelo menos o mínimo de cuidados em saúde.

(5) *Relações burocráticas e políticas que dificultam a efetivação dos direitos em saúde dos adolescentes da USE são formas de violência institucional*: ainda que os princípios da PNAISARI não tenham sido atingidos, há que se reconhecer que a equipe de saúde do CAI utiliza instrumental técnico suficiente e tem substancial motivação para sanar as dificuldades que impedem a Política de avançar, mesmo que enfrentando obstáculos incomensuráveis. Equipes de saúde como a do CAI (em dimensão, estrutura e empenho profissional) atuando na privação de liberdade no Sistema, precisam ser efetivamente apoiadas por um Estado e Município compromissados com a socioeducação, fato em total desencontro com o atual contexto político e econômico precarizado que relega os adolescentes e os profissionais que trabalham nestas instituições a condições desumanas de

vida e saúde. Há falta de vontade política e de subsídios governamentais para uma real atenção integral à saúde dos adolescentes.

Cabe destacar também que a investigação no CAI Baixada teve como foco a saúde e isso é um dos limites da pesquisa. Ao longo do trabalho de campo percebeu-se não ser uma unanimidade no CAI, nem no DEGASE, a concepção de que o adolescente em conflito com a lei não perde sua dimensão de adolescente, que necessita cuidados em saúde e que são pessoas em desenvolvimento, especialmente em outros setores da unidade, como o da segurança (por exemplo). A falta de escuta sistemática de outros atores da instituição revelou um CAI Baixada desconhecido pela autora deste trabalho e com ainda mais violações.

A forma como a justiça juvenil se estabelece no Brasil é resultado do nosso nível de desenvolvimento social, econômico, político e humano. E no fim, a gente convive com toda a iniquidade como se fosse algo banal e inevitável. A gente se acostuma a ver notícias sobre a criminalidade, e depois de um tempo nem estranha mais. Ao ver noticiários sobre mortes violentas, passa a desacreditar na capacidade de transformação das pessoas. E por acreditar que não há ressocialização, já deseja que não haja tentativas de ressocializar. A gente se acostuma a tudo que é iníquo porque acha que é impossível mudar, e assim não há mudança porque desistimos de lutar. Por isso, vale retomar a epígrafe que motivou esta dissertação: *“a gente se acostuma, mas não devia...! A gente se acostuma para poupar a vida. Que aos poucos se gasta, e que, gasta de tanto se acostumar, se perde de si mesma”* (COLASANTI, 2009, p. 54)

REFERÊNCIAS

ABDALLA, J. de F. S. **Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE)**. In: ABDALLA, J. de F. S.; VELOSO, B. R. & VARGENS, P. W. (orgs). *Dicionário do Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Novo DEGASE, 2016 p. 128-141.

ALERJ. **Presídios com nome de escola: inspeções e análises sobre o sistema socioeducativo do Rio de Janeiro: Relatório Temático do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro 2017**. Rio de Janeiro: MEPCT/RJ, 2017.

_____. **Relatório Anual do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro 2012**. Rio de Janeiro: MEPCT/RJ, 2012.

_____. **Relatório Anual do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro 2013**. Rio de Janeiro: MEPCT/RJ, 2013.

_____. **Relatório Anual do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro 2014**. Rio de Janeiro: MEPCT/RJ, 2014.

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

ANDRADE, C.D. **Nosso Tempo - A Rosa do Povo**, 1945.

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

ASSIS, S. G. **Traçando Caminhos em sua sociedade violenta: a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999 – 236 p.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001 – 284p.

ASSIS, S.G.; PESCE, R.P.; PIRES, T.O. **Comportamento agressivo na infância e comorbidades: uma análise ao longo do tempo In: Comportamento agressivo na infância: da teoria à prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014, p. 131-150.

AVANCI, J.Q.; ASSIS, S.G.; OLIVEIRA, R.V.C. **Sintomas Depressivos na Adolescência: Estudo sobre Fatores Psicossociais em Amostra de Escolares de um Município do Rio de Janeiro/Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, p.2334 - 2346, 2008.

BARATTA, A. **Direito penal mínimo para uma teoria dos direitos humanos como objeto e limite da lei penal.** Doctrina Penal. Teoria e prática em las ciências penais. Ano 10, nº 87, 1987 - p. 623-650.

BATISTA, V. M. **A juventude e a questão criminal no Brasil.** In: MAGALHÃES, J.L.Q; SALUM, M. J. G.; OLIVEIRA, R. T. (orgs). Mitos e verdades sobre a justiça infanto-juvenil brasileira: por que somos contrários à redução da maioridade?. Brasília: ed. CFP, 2015.

BISINOTO, C.; Oliva, O. B.; Arraes, J.; GALLI, C. Y.; AMORIM G. G. de; STEMLER, L. A. de S. **Socioeducação: origem, significado e implicações para o atendimento socioeducativo.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 20, n.4 p. 575-585, out/dez. 2015

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,** Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988.

_____. **Decreto 7508 de junho de 2011.** Regulamenta a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2011.

_____. **Direitos humanos – um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei.** Brasil, Conselho Federal de Psicologia: 2006a.

_____. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE.** Brasília: Secretaria Nacional de Direitos Humanos, CONANDA - 2006b.

_____. **Diretrizes Nacionais para atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPES, 2010.

_____. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990b.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990a.

_____. **Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012.** Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), entre outras providências. Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2012a.

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

_____. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN DEZEMBRO 2014.** Brasília: Ministério da Justiça, DEPEN, 2015a.

_____. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil.** Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. – Brasília : Presidência da República, 2015b.

_____. **Panorama Nacional: A Execução das Medidas Socioeducativas de Internação – Programa Justiça ao Jovem.** Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2012b

_____. **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo: Diretrizes e Eixos para o SINASE.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013. 39 p.

_____. **Portaria nº 1082, de 23 de maio de 2014.** Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, entre outras providências. Brasília, 2014.

_____. **Programa Saúde do Adolescente, Bases Programáticas.** 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. **A saúde e seus determinantes sociais.** PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 77-93, 2007.

CARVALHO, S. de; BRASIL e WEIGRT, M. de A. **As alternativas às penas e medidas socioeducativas: estudo comparado entre distintos modelos de controle social punitivo.** Sequência, Nº 64, p. 227-257 jul. 2012.

CASETELLANOS, P. L. **Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações Conceituais.** In: BARATA, R. B. (org.). Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CEDCA. **Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro.** Vários autores – Rio de Janeiro: CEDCA, 2015.

CNMP. **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.

COLASANTI, M. **Eu sei mas não devia.** In: IRELAND, T.; STRAUSZ, R. A.; REZENDE, V. O pequeno livro das grandes emoções. Brasília: UNESCO, 2009, p. 53-54.

CONASS. **Nota Técnica 18/2013.** Brasília, 2013.

CORDEIRO, C. de F.; DINIZ, J. A. **Relatório de Visita Programa Justiça ao Jovem – Fase 2**. Rio de Janeiro: CNJ, 2012.

COSTA, A. **A Fábula de Higinio em Ser e Tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia**. In: MAIA, M. S. (org.). *Por uma Ética do Cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

COSTA, C. R. B. S. F. da; ASSIS, S. G. **Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo**. *Psicologia & Sociedade*; 18 (3): 74-81; set/dez. 2006.

COSTA, N. do R.; SILVA, P. R. F. da. **Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas - Resumo Executivo da Pesquisa**. Ministério da Saúde, 2008.

COUTINHO, E. S. F.; FRANÇA-SANTOS, D.; MAGLIANO, E. da S; BLOCH, K. V.; BARUFALDI, L.A.; CUNHA, C. de F.; VASCONCELLOS, M. T. L. de; SZKLO, M. **Erica: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros**. *RevSaude Publica*. 2016;50(supl 1):8s.

COUTINHO, M. da P. de L.; ESTEVAM, I. D.; ARAÚLO, L.F. de e Araújo, L. S. **Prática de privação de liberdade em adolescentes: um enfoque psicossociológico**. *Psicol. estud.* [online]. 2011, vol.16, n.1, pp.101-109.

CREMERJ. **Belford Roxo: CRM entra com ação para garantir pagamento**. In: CREMERJ, *Jornal do CREMERJ*. Junho de 2017, nº 307. Rio de Janeiro, 2017a.

_____. **Belford Roxo: Justiça dá encaminhamento à denúncia do CREMERJ**. In: CREMERJ, *Jornal do CREMERJ*, Julho de 2017, nº 308. Rio de Janeiro, 2017b

_____. **Estudo do CREMERJ analisa estrutura da rede pública de Saúde na região Baixada Fluminense: 27% das unidades estão fechadas**. In: CREMERJ, *Jornal do CREMERJ*. Agosto de 2017, nº 309. Rio de Janeiro, 2017c

CRISTOVAM, M. A. da S.; FRANCISCATO, D. V.; OSAKU, N. O.; GABRIEL, G. F. C. P; ALVES, N. M. L & PEREIRA, R. A. **Perfil dos atendimentos em um ambulatório de medicina do adolescente**. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 44-53, abr/jun 2013.

DAHLBERG, L. L.; KRUG E. G. **Violência: um problema global de saúde pública**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1163-1178, 2007.

DEGASE. **Caderno de Alinhamento Estratégico**. Rio de Janeiro: Novo Degase, 2012.

EISENSTEIN E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. *Adolesc Saúde*. 2005;2(2):6-7

- ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**. Zahar Editores, Rio de Janeiro: 1976.
- FELIPE, I. M. A; ALBUQUERQUE, V. M. **O papel dos profissionais da saúde nas ações de atenção integral à saúde do adolescente**. In: PINHO, J. R. O; GARCIA, P. T. (orgs). *Saúde do Adolescente e a Saúde da Família*. São Luís: EDUFMA, 2016 p. 15-30.
- FERNANDES, F. M. B; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. **A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional**. *Saúde Debate*: Rio de Janeiro, v. 39 n. especial p. 120-131, Dez – 2015.
- FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. **Política de saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, L. et all (Org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2.ed.rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012 p. 25-57.
- FÓRUM GRITA BAIXADA. **Um Brasil dentro do Brasil pede socorro – relatório denúncia sobre o descaso estatal para com a vida humana na Baixada Fluminense e possíveis ações urgentes**. Baixada Fluminense, 2016.
- GAMA, F. L. **A assistência de saúde mental às adolescentes em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro (2017).
- GARCIA, J.; PEREIRA, P. **Somos todos infratores**. *Revista O Social em Questão – Ano XVIII, nº 31*, 2014.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.
- GONÇALVES, H. S.; GARCIA, J. **Juventude e Sistema de Direitos no Brasil**. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2007 – 27 (3), p. 538-553.
- GROSSMAN, E. **Crescimento e desenvolvimento na adolescência**. In: BASTOS, F. G. et al. *Eixos para a saúde de adolescentes e jovens – Rio de Janeiro: Flizo*, 2014.
- HUMAN RIGHTS WATCH. **Brazil**. In: HUMAN RIGHTS WATCH. *World Report 2018 – Events of 2017*. United States of America: 2018 p. 88-97.
- IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- JUSTIÇA GLOBAL; MEPCT/RJ. **Quando a liberdade é exceção – a situação das pessoas presas sem condenação no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: 2016.
- LAROUZÉ, B. **Prefácio**. In: SILVA, M. *Saúde Penitenciária no Brasil: Plano e Política*. Brasília: Verbena, 2015.

LAV/UERJ. **Diagnóstico dos Homicídios em Municípios do Rio de Janeiro e do Espírito Santo – relatório final.** Rio de Janeiro, 2016.

LIMA, R.S. **Subsídios para o atendimento de jovens e adolescentes na saúde.** In: BASTOS, F. G. et al. Eixos para a saúde de adolescentes e jovens – Rio de Janeiro: Flizo, 2014.

LIMA, P.V. C.; RODRIGUES, A. K.; COSTA, R. dos S.; ROCHA, R. D. L. **Saúde do adolescente – conceitos e percepções: revisão integrativa.** Rev. de Enfermagem UFPE online; Recife, 8 (1): 146-154, jan – 2014.

LOPES, E. R. de C. **A Política Socioeducativa e o DEGASE no Rio de Janeiro: transição de paradigma?** Jundiaí, Paco Imperial, 2015.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO. 2001, p. 39-64.

MEDEIROS, F. C. de. **A inserção da família no processo socioeducativo de adolescentes em privação de liberdade.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal: 2015.

MEIRELES, C.; VIDAL, L.; VARGENS, P.; MENEZES, T. V. **Privação de Liberdade.** In: ABDALLA, J. de F. S.; VELOSO, B. R. & VARGENS, P. W. (orgs). Dicionário do Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Novo DEGASE, 2016 p. 301-308.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: OPAS, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde.** In: NJAINE, K, ASSIS, S.G. e CONSTANTINO, P. (orgs) Impactos da Violência na Saúde. Editora Fiocruz e EAD ENSP, Rio de Janeiro: 2010 - 2ª edição.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª edição – São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R (orgs). **Violência sob o Olhar da Saúde. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – relatório de situação Rio de Janeiro.** Brasília – DF: 2009.

MONTEIRO, E. M. da S.; ABELHA, L. **Prevalência de transtornos mentais e fatores de risco em adolescentes do sexo masculino privados de liberdade.** *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 7-18, out/dez 2015.

MOREIRA, E. C. dos Reis. **A promoção da saúde da atenção primária do município de Belford Roxo – RJ.** Dissertação de mestrado em saúde pública. FIOCRUZ, 2012.

NARDI, F. L.; DELL’AGLIO, D. D. **Delinquência juvenil: uma revisão teórica.** *Acta Colombiana de Psicologia* 13 (2): 69-77, 2010.

NEGREIROS, J. **Delinquências Juvenis – trajetórias intervenções e prevenção.** Notícias Editorial: Lisboa, 2001.

NETO, N. T. A.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. de. **Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade.** *Physis* [3]: 511-540, 2017.

O’DWYER, G.; REIS, D. C. dos S.; SILVA, L. L. G da. **Integralidade, uma diretriz do SUS para Vigilância Sanitária.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 – Supl. 3, RJ. Nov, 2010 p. 3551-3360.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, L. et all (Org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* 2.ed.rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012 p. 459-491.

PAISMCA. **Plano de ação anual para a saúde integral do adolescente em conflito com a lei.** Belford Roxo: Depto Técnico do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente – PAISMCA, 2014.

PATTON, G. C.; SAWYER, S. M.; SANTELLI, J. S.; ROSS, D. A.; AFIIFI, R.; ALLEN, N. B.; ARORA, M. ; AZZOPARDI, P.; BALDWIN, W.; BONELL, C.; KAKUMA, R.; KENNEDY, E.; MAHON, J.; MCGOVERN, T.; MOKDAD, A. H.; PATEL, V.; PETRONI, S.; REAVLEY, N.; TAIWO, K.; WALDFOGEL, J.; WICKREMARATHNE, D.; BARROSO, C.; BHUTTA, Z.; FATUSI, A. O.; MATTOO, A.; DIERS, J.; FANG, J.; FERGUSON, J. SSEWAMALA, F.; VINER, R. M. **Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing.** *The Lancet*, Vol. 387 June 11, 2016.

PEREIRA, P. A. P. **A Intersetorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética.** In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T. de; SOUZA, R. G. de. (orgs). *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais.* Campinas, SP: Papel Social, 2014 p. 23-39.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.65-112.

RAYMUNDO, C. M.; MATHIAS, C. R. de J. C.; BASTOS, F. G.; D'ABREU, H. C. C.; ANTUNES, M. E. M. **Principais agravos clínicos na adolescência.** In: PINHO, J. R. O; GARCIA, P. T. (orgs). Saúde do Adolescente e a Saúde da Família. São Luís: EDUFMA, 2016 p. 31-50.

REIS, P. D. dos. **Conhecendo o CRIAAD de Nova Iguaçu, seus sujeitos e suas tensões raciais.** Periferia, Educação, Cultura e Comunicação. V. 8, n. 1 jan-jun 2016 p. 80-105.

RIBEIRO, M. C. S. de A.; BARATA, R. B. **Condições de saúde da população brasileira.** In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. revista e ampliada Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012 p. 143-181.

RIZINI, I.; RIZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente.** Rio de Janeiro: ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

SECCO, A.; FERREIRA, M. D.; MARTINS, A. de S.; BORDIN, D.; FADEL, C. B. **Atenção à saúde bucal de adolescentes em privação de liberdade do Estado do Paraná.** ESPAÇO PARA A SAÚDE – REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ | Londrina | V. 18 | N. 2 | P. 85-95 | dezembro 2017

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. **Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos.** Qualit@s Revista Eletrônica. ISSN 1677 4280 Vol. 17 Nº 1 (2015).

SILVA, E. R. A.; GUERESI, S. **Adolescentes em conflito com a lei: situação de Atendimento no Brasil.** Texto para Discussão nº 979 - IPEA, Brasília: 2003.

SILVA, E. R. A. da; OLIVEIRA, R. M. de. **O adolescente em conflito com a lei e o debate sobre a redução da maioria penal: esclarecimentos necessários.** Nota Técnica nº 20 – IPEA, Brasília: Junho de 2015.

SILVA, G. de M. **Adolescente em conflito com a lei no Brasil: da situação irregular à proteção integral.** Revista Brasileira de História e Ciências Sociais. Vol. 3, nº 5 – p. 33-43, Julho, 2011.

SOUZA, L. A. de; COSTA, L. F. **Aspectos institucionais na execução de medidas socioeducativas de internação.** Psicologia Política. Vol. 12, nº 24 – pp. 231-245, Maio – Agosto, 2012.

TAQUETE, S. **Olhares sobre gênero e sexualidade na adolescência.** In: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017.

TCE-RJ. **Estudo Socioeconômico 2015 – Belford Roxo.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <http://www.tce.rj.gov.br/> Acesso em Julho de 2016.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** In: GIOVANELLA, L. et all (Org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. revista e ampliada Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012 p. 183-206.

UNFPA. **Cap. I – Jovens: grandes números, grandes desafios, grandes possibilidades.** In: O poder de 1,8 bilhão – adolescentes, jovens e a transformação do futuro, Situação da População Mundial, 2014.

VILAR, L. da V. **Adolescente infrator e medidas sócio – educativas – abordagem do trabalho realizado no Centro de Atendimento Intensivo de Belford Roxo – CAI Baixada.** Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação lato sensu em supervisão escolar. Rio de Janeiro, 2004.

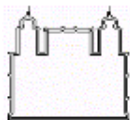
VILAS BOAS, C. C.; CARVALHO, R.; CUNHA, C. de F. **Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito privado de liberdade.** Revista. Méd. Minas Gerais, Vol. 20, n º2, Abril – Maio, 2010.

WHO, World Health Organization. **Global Accelerated for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation.** WHO, 2017.

_____ **Global recommendations on physical activity for health.** WHO, 2010.

ZEITOUNE, C. da M. **Gestão em Saúde no Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro.** In: ABADALLA, J. de F. S.; VELOSO, B. R. & VARGENS, P. W. (orgs). Dicionário do Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Novo DEGASE, 2016 p. 88-106.

ANEXO A – LEVANTAMENTO DE SAÚDE



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

MASCULINO

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

ESTE CAMPO SÓ DEVE SER PREENCHIDO PELO APLICADOR

Nome da Unidade: _____

Aplicador: _____ No quest.: _____ data: ____ / ____ /16

Peso: _____ (Kg) Altura _____ (cm)

Prezado,

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

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

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

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

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

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

Agradecemos a colaboração!

BLOCO 1

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

1. Qual é a sua idade?

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

2. Qual a cor da sua pele?

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

3. Você é:

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

4. Você pratica alguma religião?

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

5. Você estava estudando antes de ser internado?

1. SIM 2. NÃO

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

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

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

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

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

1. AUTOMÓVEL	_____ (QUANTIDADE)
2. BANHEIRO	_____ (QUANTIDADE)
3. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA	_____ (QUANTIDADE)
4. GELADEIRA SIMPLES (SEM FREEZER)	_____ (QUANTIDADE)
5. GELADEIRA DUPLEX (COM FREEZER) OU FREEZER	_____ (QUANTIDADE)

6. MÁQUINA DE LAVAR ROUPAS	_____ (QUANTIDADE)
7. LAVA-LOUÇA	_____ (QUANTIDADE)
8. MICROONDAS	_____ (QUANTIDADE)
9. DVD (NÃO CONSIDERAR DVD EM CARROS)	_____ (QUANTIDADE)
10. COMPUTADORES (NÃO CONSIDERAR TABLET OU SMARTPHONE)	_____ (QUANTIDADE)
11. SECADORA DE ROUPAS	_____ (QUANTIDADE)
12. MOTOCICLETA	_____ (QUANTIDADE)

9. A água utilizada na sua casa vem de?

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

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

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

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

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

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

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

13. Quem você considera o chefe da sua família?

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

14. Qual a escolaridade do chefe da família?

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

BLOCO 2

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

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

a. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE | 2. <input type="checkbox"/> CONCORDO | 3. <input type="checkbox"/> DISCORDO | 4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|

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

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE | 2. <input type="checkbox"/> CONCORDO | 3. <input type="checkbox"/> DISCORDO | 4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|

c. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE | 2. <input type="checkbox"/> CONCORDO | 3. <input type="checkbox"/> DISCORDO | 4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|

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

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE | 2. <input type="checkbox"/> CONCORDO | 3. <input type="checkbox"/> DISCORDO | 4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|

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

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE | 2. <input type="checkbox"/> CONCORDO | 3. <input type="checkbox"/> DISCORDO | 4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|

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

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE | 2. <input type="checkbox"/> CONCORDO | 3. <input type="checkbox"/> DISCORDO | 4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|

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

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE | 2. <input type="checkbox"/> CONCORDO | 3. <input type="checkbox"/> DISCORDO | 4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|

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

1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
----------------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------------------

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

1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
----------------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------------------

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

1. <input type="checkbox"/> CONCORDO TOTALMENTE	2. <input type="checkbox"/> CONCORDO	3. <input type="checkbox"/> DISCORDO	4. <input type="checkbox"/> DISCORDO TOTALMENTE
----------------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------------------

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

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

L. REFRIGERANTES	1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 VEZES	3. <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 VEZ	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONSUMIA	5. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
------------------	---------------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------

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

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

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

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

20. Que doenças você teve nos últimos 12 meses?

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

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

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

22. Você tem alguma lesão física permanente, como:

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

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

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

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

ITEM	FALSO OU COMPORTAMENTO AUSENTE	MAIS OU MENOS VERDADEIRO	BASTANTE VERDADEIRO OU COMPORTAMENTO FREQUENTEMENTE PRESENTE
1. COMPORTA-SE DE MODO INFANTIL, COMO SE TIVESSE MENOS IDADE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
2. TOMA BEBIDA ALCOÓLICA SEM A PERMISSÃO DOS SEUS PAIS. DESCREVA:	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
3. ARGUMENTA MUITO (APRESENTA ARGUMENTOS PARA NÃO FAZER O QUE ESPERAM QUE VOCÊ FAÇA)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
4. NÃO CONSEGUE TERMINAR AS COISAS QUE COMEÇA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
5. POUCAS COISAS TE DÃO PRAZER	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
6. GOSTA DE ANIMAIS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
7. É CONVENCIDO, CONTA VANTAGEM	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
8. TEM DIFICULDADE PARA SE CONCENTRAR OU PARA PRESTAR ATENÇÃO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
9. NÃO CONSEGUE TIRAR CERTOS PENSAMENTOS DA CABEÇA. DESCREVA:	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
10. É AGITADO, NÃO PARA QUIETO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
11. É DEPENDENTE DE MAIS DOS ADULTOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
12. SENTE-SE SOZINHO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
13. SENTE-SE CONFUSO, ATORDOADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
14. CHORA MUITO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
15. É BASTANTE SINCERO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
16. É MAU COM OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
17. FICA NO "MUNDO DA LUA", SONHANDO ACORDADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
18. TENTA SE MACHUCAR DE PROPÓSITO OU JÁ TENTOU SE MATAR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
19. GOSTA DE CHAMAR ATENÇÃO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
20. DESTRÓI SUAS PRÓPRIAS COISAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
21. DESTRÓI COISAS DOS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
22. DESOBEDECE A SEUS PAIS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
23. É DESOBEDEIENTE NA ESCOLA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
24. NÃO COME TÃO BEM COMO DEVERIA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
25. NÃO SE DÁ BEM COM OUTRAS CRIANÇAS OU ADOLESCENTES	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
26. NÃO SE SENTE CULPADO APÓS FAZER ALGO QUE NÃO DEVERIA TER FEITO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
27. TEM CIÚMES DOS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

28. DESRESPEITA REGRAS EM CASA, NA ESCOLA OU EM OUTROS LUGARES	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
29. TEM MEDO DE CERTOS ANIMAIS, SITUAÇÕES OU LUGARES (NÃO INCLUIR A ESCOLA) DESCREVA:	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
30. TEM MEDO DA ESCOLA DESCREVA:	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
31. TEM MEDO DE PENSAR OU DE FAZER ALGO DESTRUTIVO (CONTRA SI OU CONTRA OUTROS)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
32. TEM "MANIA DE PERFEIÇÃO", ACHA QUE TEM QUE FAZER TUDO CERTINHO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
33. ACHA QUE NINGUÉM GOSTA DE VOCÊ	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
34. ACHA QUE OS OUTROS TE PERSEGUEM	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
35. SENTE-SE DESVALORIZADO, INFERIOR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
36. MACHUCA-SE SEM QUERER FREQUENTEMENTE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
37. ENTRA EM MUITAS BRIGAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
38. É ALVO DE GOZAÇÕES FREQUENTEMENTE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
39. ANDA EM MÁS COMPANHIAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
40. ESCUTA SONS OU VOZES QUE AS PESSOAS ACHAM QUE NÃO EXISTEM. DESCREVA:	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41. AGE SEM PARAR PARA PENSAR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
42. PREFERE FICAR SOZINHO QUE NA COMPANHIA DE OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
43. MENTE OU ENGANA OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
44. RÓI UNHAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
45. É NERVOSO OU TENSO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
46. TEM "TIQUE NERVOSO", CACOETE DESCREVA:	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
47. TEM PESADELOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
48. AS CRIANÇAS OU ADOLESCENTES NÃO GOSTAM DE VOCÊ	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
49. FAZ CERTAS COISAS MELHOR DO QUE A MAIORIA DAS CRIANÇAS OU DOS ADOLESCENTES	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
50. É APREENSIVO, AFLITO OU ANSIOSO DEMAIS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
51. TEM TONTURAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
52. SENTE-SE EXCESSIVAMENTE CULPADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
53. COME EXAGERADAMENTE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
54. SENTE-SE CANSADO DEMAIS SEM MOTIVO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
55. ESTÁ GORDO DEMAIS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
56. NA SUA OPINIÃO, APRESENTA PROBLEMAS FÍSICOS POR "NERVOSO" (SEM CAUSA MÉDICA):	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
A. DORES (DIFERENTES DAS CITADAS ABAIXO)			
B. DORES DE CABEÇA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
C. NÁUSEAS, ENJOOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
D. PROBLEMAS COM OS OLHOS (QUE NÃO DESAPARECEM COM O USO DE ÓCULOS). DESCREVA:	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
E. PROBLEMAS DE PELE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
F. DORES DE ESTÔMAGO OU DE BARRIGA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
G. VÔMITOS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
H. OUTRAS QUEIXAS. DESCREVA:	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
57. ATACA FISICAMENTE AS PESSOAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
58. FICA CUTUCANDO SUA PELE OU OUTRAS PARTES DO SEU CORPO. DESCREVA:	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
59. PODE SER BEM AMIGÁVEL	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
60. GOSTA DE EXPERIMENTAR COISAS NOVAS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
61. NÃO VAI BEM NA ESCOLA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
62. É DESASTRADO, DESAJEITADO (TEM MÁ COORDENAÇÃO MOTORA)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

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

106. PROCURA SER JUSTO COM OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
107. GOSTA DE UMA BOA PIADA	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
108. LEVA A VIDA SEM SE ESTRESSAR	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
109. PROCURA AJUDAR OS OUTROS QUANDO PODE	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
110. GOSTARIA DE SER DO SEXO OPOSTO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
111. É RETRAÍDO, NÃO SE RELACIONA COM OS OUTROS	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
112. É MUITO PREOCUPADO	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

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

25. Você já transou alguma vez em sua vida?

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

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

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

27. Você já transou com:

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

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

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

29. Alguma namorada sua já engravidou de você?

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

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

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

31. Você tem filhos?

1. SIM. QUANTOS? _____ 2. NÃO

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

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

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

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

Droga	A	B
	USO ANTES DA INTERNAÇÃO	COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZAVA ANTES DE SER INTERNADO
1. Você já tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar ou sentir-se bêbado (ficou de "porre")?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA

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

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

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

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

1. SIM. QUAL? _____
2. NÃO

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

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

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

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

38. Você já morou na rua?

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

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

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

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

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

E. DENTISTA	1. <input type="checkbox"/> SIM, 1 VEZ	1. <input type="checkbox"/> SIM, 2 OU MAIS VEZES	2. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ
-------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------

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

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

BLOCO 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

49. Você teve dor de dente na Unidade? (Excluir dor de dente 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. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ
B. EM HOSPITAL DA REDE PRIVADA	1. ____ ____ VEZES	2. <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ

54. Você fez cirurgias depois de entrar na Unidade?

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

55. Sua saúde mudou depois da internação na Unidade?

1. MELHOROU 2. CONTINUA IGUAL 3. PIOROU

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

1. SIM. QUAL? _____ 2. NÃO.

57. Quantos adolescentes dormem no seu alojamento? (Inclua você na soma.): _____ adolescentes**58. Na unidade você usa remédio tranquilizante ou calmante?**

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

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

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

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

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

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

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

62. Recebe visitas na Unidade?

1. SIM. 2. NÃO

63. Com que frequência recebe visitas?

1. TODA SEMANA
 2. DUAS VEZES POR MÊS
 3. UMA VEZ POR MÊS
 4. UM VEZ A CADA TRÊS MESES

5. UMA VEZ A CADA SEIS MESES OU MAIS RARAMENTE.

6. NUNCA RECEBE VISITAS

64. Quem o visita na unidade?

1. MÃE

2. PAI

3. NAMORADO(A)

4. IRMÃOS

5. PADRASTO/MADRASTA

6. AVÔ/AVÓ

7. OUTROS. QUEM? _____

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

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

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

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

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

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

ANEXO B – LEVANTAMENTO DE SAÚDE

Roteiros 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”.

ROTEIRO 1

Entrevista com técnicos da Unidade Socioeducativa (Grupo Focal)

- 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?

ROTEIRO 2

Entrevista com direção da Unidade Socioeducativa

- 1) Quais os principais problemas de saúde trazidos pelos adolescentes aqui da Unidade?
- 2) Quais as dificuldades existentes para atender os adolescentes com problemas de saúde na unidade?
- 3) E na rede?
- 4) Quais as dificuldades existentes entre as instituições?
- 10) O que você pensa sobre seu futuro?

ROTEIRO 3

Entrevista com adolescentes da Unidade Socioeducativa (Entrevista em grupo)

- 1)** Como é o seu dia a dia aqui na Unidade (rotinas, atividades de lazer, trabalho, estudo, religião, etc)?
- 2)** Como você avalia as condições oferecidas para os adolescentes aqui nesta unidade?
- 3)** Como é seu relacionamento com os demais internos e com os trabalhadores desta unidade (agentes educacionais, administradores, assistente social, psicólogo, médico, dentista etc.)?
- 4)** Quais os principais problemas que você identifica aqui na unidade e que sugestões daria para melhorar suas condições?
- 5)** Você tem ou teve algum problema de saúde antes de ser internado (dessa vez) (problemas de saúde física e mental; experiências de violência)?
- 6)** Você acha que as condições de vida nesta unidade podem afetar a sua saúde? Como?
- 7)** Você já teve algum problema de saúde desde que chegou aqui? Qual ou quais problemas (de saúde física e mental; experiências de violência)?
- 8)** Você já ficou machucado ao ponto de precisar de atendimento médico/psicológico? Como foi isso?
- 9)** Como é seu relacionamento com a sua família (recebe visita de familiares;; vínculo afetivo; condições da família após a prisão)?

ROTEIRO 4

Entrevista com agentes socioeducativos

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