

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE  
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO – GIT

Gisely Vasconcelos Moreira

**ADOLESCÊNCIA, ACAUTELAMENTO E SAÚDE:**  
multiterritorialidades vivenciadas por adolescentes e suas implicações na saúde

Governador Valadares

2019

GISELY VASCONCELOS MOREIRA

**ADOLESCÊNCIA, ACAUTELAMENTO E SAÚDE:**

multiterritorialidades vivenciadas por adolescentes e suas implicações na saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Professora. Dra. Suely Maria Rodrigues

Governador Valadares

2019

Ficha Catalográfica - Biblioteca Dr. Geraldo Vianna Cruz (UNIVALE)

M838a      Moreira, Gisely Vasconcelos.  
Adolescência, acautelamento e saúde: multiterritorialidades vivenciadas por adolescentes e suas implicações na saúde. – Governador Valadares : Univale, 2019.  
172 f. ; 29,5 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território – GIT, 2019.  
Orientadora : Prof. Dra. Suely Maria Rodrigues.

1. Território de Acautelamento. 2. Delinquentes juvenis – Saúde.  
I. Rodrigues, Suely Maria. II. Título.



Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território – GIT  
**ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE  
GISELY VASCONCELOS MOREIRA**

**Matrícula Nº 76.338**

Aos doze dias do mês de julho de dois mil e dezenove (12/07/2019), às 9h (nove horas), na sala 12, bloco PVA, na Universidade Vale do Rio Doce, reuniu-se a Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada “ADOLESCÊNCIA, ACAUTELAMENTO E SAÚDE: multiterritorialidades vivenciadas por adolescentes e suas implicações na saúde”, Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde, elaborada pela aluna Gisely Vasconcelos Moreira. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dr.<sup>a</sup> Suely Maria Rodrigues (orientadora) – UNIVALE, Dr.<sup>a</sup> Eunice Maria Nazareth Nonato – UNIVALE e Dr.<sup>a</sup> Maria Gabriela Parenti Bicalho – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF/Campus Governador Valadares. Abrindo a sessão, a presidente da Comissão, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suely Maria Rodrigues, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulares do Trabalho Final, passou a palavra à mestrande Gisely Vasconcelos Moreira para apresentação de sua Dissertação. Logo após a arguição dos examinadores, a Comissão se reuniu, sem a presença da mestrande e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora consideraram por unanimidade a Dissertação APROVADA

---

---

---


---

Em seguida, o resultado foi comunicado publicamente à candidata pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou-se a presente Ata, que será assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Governador Valadares, 12 de julho de 2019.

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suely Maria Rodrigues  
Orientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eunice Maria Nazareth Nonato  
Examinadora

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Gabriela Parenti Bicalho  
Examinadora



**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE**  
**Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território**

GISELY VASCONCELOS MOREIRA

“ADOLESCÊNCIA, ACAUTELAMENTO E SAÚDE: multiterritorialidades vivenciadas por adolescentes e suas implicações na saúde”

Dissertação aprovada em 12 de julho de 2019,  
pela banca examinadora com a seguinte  
composição:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suely Maria Rodrigues  
Orientadora – Universidade Vale do Rio Doce

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eunice Maria Nazareth Nonato  
Examinadora – Universidade Vale do Rio Doce

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Gabriela Parenti Bicalho  
Examinadora – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF/Campus Governador Valadares

Dedico esta pesquisa aos adolescentes de todo o Brasil, que vivem em meio às vulnerabilidades do espaço-tempo-vivido. Que se ampliam as possibilidades em suas vidas!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por proporcionar-me a vida e a saúde, e com isso minha superação diária.

Agradeço aos familiares e amigos, em especial ao Caio, Geraldo, Maria, Lidy, Crys, Hárlen, pela compreensão e apoio, tão necessários para a concretização deste trabalho.

Agradeço ao Centro Socioeducativo São Francisco de Assis e aos adolescentes, por permitirem a realização desta pesquisa e possibilitarem o avanço das ciências e das políticas sociais.

Agradeço à minha orientadora, Professora Suely, por ter sido sempre tão assertiva, pragmática e amiga, o que tornou esse processo mais simples e reforçador.

Agradeço, também, à Professora Eunice, pelo convite pra participar do Projeto “Juventude, Acautelamento e Saúde”, e assim me inserir no universo da socioeducação.

Agradeço às minhas queridas amigas do CREAS de Ipatinga, gestoras, técnicas, pela amizade e pelo apoio em momentos de dificuldades.

Agradeço às minhas estagiárias e pesquisadoras Alessandra, Joyce e Gabriela, pela significativa contribuição a esta pesquisa.

Agradeço aos amigos Aline, Alisson e Ricardo, por todo cuidado e carinho ao longo destes dois anos.

Agradeço, enfim, aos meus professores e queridos colegas de Mestrado, por dividirem este espaço/lugar/tempo, de conhecimento, de trocas, de possibilidades e transformações.

Pensar multiterritorialmente é a única perspectiva para construir outra sociedade, ao mesmo tempo mais universalmente igualitária e mais multiculturalmente reconhecedora das diferenças humanas.

Rogério Haesbaert



## RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo identificar as multiterritorialidades vivenciadas por adolescentes em um território de privação de liberdade e suas implicações na saúde. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagens quantitativa e qualitativa. A amostra quantitativa foi constituída por 43 adolescentes do sexo masculino e a qualitativa por 11, na faixa etária de 14 a 18 anos, em cumprimento de medida de internação há pelo menos seis meses. Para a coleta dos dados quantitativos foi aplicado Inventário Sociodemográfico para caracterização dos adolescentes, indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde; o Self Reporting-Questionnaire (SRQ. 20) para rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC); e a Escala de Stress para Adolescentes (ESA) visando identificação de stress. Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o software R. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas. Foram definidas três temáticas: 1: Significado de Saúde; 2: Possibilidade de Saúde em Ambiente de Acautelamento e 3: Práticas que favorecem a Saúde em Ambiente de Acautelamento. Para a apuração dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. Os resultados indicaram que os adolescentes têm média de idade de 17,1 anos ( $dp=0,8$ ), uma parte (53, 4%) é procedente de municípios próximos à cidade onde se localiza a unidade socioeducativa. Evidenciou-se que 32,5% dos adolescentes possuíam nove anos de estudo, comprovando uma defasagem entre a idade e o grau de escolaridade. Os indicadores de saúde e utilização dos serviços demonstraram que 67,4% dos adolescentes realizaram no mínimo uma consulta nos últimos seis meses; 86,0% relatou não possuir nenhuma doença diagnosticada nos últimos seis meses e 58,1% utilizaram de um a três medicamentos diariamente. A frequência de TMC obtida foi de 39,5%. Os dados indicaram frequência alta de sintomas de humor (média 65,5 -  $dp:1,3$ ), seguidos de decréscimo de energia vital. Os sintomas de humor podem indicar reações afetivas normais dadas às condições em que os adolescentes se encontram. A frequência total de stress encontrada foi de 16,2%, e a dimensão mais frequente foi a cognitiva (66,6%). Todos se encontravam na fase de alerta, ou seja, na fase inicial de stress. Comparando os dois instrumentos, observaram consonâncias quanto aos sintomas cognitivos, o que significa dificuldade de compreensão e aprendizagem frente às circunstâncias de vida. Quanto aos dados qualitativos, foram identificadas as categorias para a temática 1: (a) Cuidado Médico e (b) Boa Alimentação; 2: (a) Não favorece a Saúde; 3: (a) Futebol e (b) Higiene. Esses resultados apontam para as diversidades de significados e demandas de saúde no território estudado. As multiterritorialidades vivenciadas pelos adolescentes ora se caracterizaram por ações de promoção e cuidado no campo da saúde, como o acesso a consultas médicas e fármacos, ações de educação em saúde e práticas esportivas. Ora representaram situações de risco e sofrimento para a saúde integral, devido aos problemas com a alimentação, condições de higiene do espaço físico e as próprias limitações do “encarceramento”. Conhecer a saúde do adolescente acatelado permitiu entender que se trata de território marcado por instabilidades políticas, econômicas e simbólicas, que têm implicações na saúde. Também admitiu supor que esse território pode se estabelecer enquanto lugar de promoção da saúde. Portanto, é necessário vencer as barreiras históricas e atuais que o caracteriza como espaço de injustiças e castigos e investir recursos humanos, financeiros e tecnológicos para torná-los mais adequados aos que se pretendem.

**Palavras-chave:** Território de Acautelamento. Atenção em Saúde. Adolescentes em conflito com a lei. Multiterritorialidades.

## ABSTRACT

This research had the objective to identify the multiterritoriality experienced by teenagers in a deprived of liberty territory and its implications to their health. It is an observational, descriptive study, which applies cross-sectional techniques and includes both qualitative and quantitative approaches. The quantitative sampling was made out of 43 male teenagers and the qualitative one was composed by 11 teenagers, who were 14 to 18 years old, that had been internated for at least six months. During the gathering of the quantitative data the Sociodemographic Inventory was applied to characterize the teenagers, health indicators and the utilization of the health services; the Self Reporting-Questionnaire (SRQ. 20) for identification of Common Mental Disorders (CMD); and the Stress Scale for Teenagers (SST) aiming at the identification of Stress. The R software was used to analyze the quantitative data. The quantitative data were obtained from semistructured interviews. Three themes were defined: 1: The Meaning of Health; 2: The Possibility of Health on Caution Environments. The Content Analysis technique, proposed by Bardin, was used for analysis. The results show that the teenagers are, on average, 17,1 years old (sd=0,8), one portion (53,4%) comes from counties near the city where the socio-educational unit is located. It is shown that 32,5% of the teenagers experienced nine years of study, which proves a gap between the age and the educational level. The indicators of health and usage of services showed that 67,4% attended to at least one consultation in the last six months; 86,0% were not diagnosed with any diseases and 58,1% made use of one to three remedies daily. The obtained frequency of CMD was 39,5%. Data indicate high frequency of mood symptoms (average 65,5 – sd:1,3), followed by decrease in vital energy. The mood symptoms may indicate normal affective reactions given to the conditions in which the teenagers are let in. The total frequency of Stress found amongst the teenagers was 16,2%, and the most frequent dimension was the cognitive (66,6%). All of them were in the alert phase, that is, in the initial phase of the Stress. Comparing both of the instruments, consonances regarding the cognitive symptoms arise, which means difficulty in understanding and learning against life circumstances. Regarding to the qualitative data, there were identified categories for the thematic 1: (a) Medical Care and (b) Adequate Alimentation; 2: (a) Does not favor health; 3: (a) Footbal and (b) Hygiene. These results point to the diversity of meanings and health demands in the studied territory. The multiterritorialities experienced by the teenagers are characterized either by actions of promotion and care in the field of health, such as ease of access to medical appointments and drugs, health education actions and sports practices. Or represent risky situations and suffering for the integral health of the teenagers, due to problems related to alimentation, hygiene conditions of the physical space and the own limitations of the "incarceration". Knowing the health of the guarded teenager permitted the understanding that it is a territory marked by politic, economic and symbolic instabilities, which have implications in health. It has also enabled the assumption that this territory is able to establish itself as an area of health promotion. Therefore, it is necessary to surpass historical and present barriers that characterize this territory as an unfair space and invest human, financial and technological resources so that it becomes more suitable to those who are in there.

**Key words:** Caution Territory. Health Care. Teenagers in Conflict with the law. Multiterritoriality.

## LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa  
CSESFA – Centro Socioeducativo São Francisco de Assis  
CFP – Conselho Federal de Psicologia  
CIA – Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional  
CID-10 – Código Internacional de Doença, 10 Revisão  
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNJ – Conselho Nacional de Justiça  
CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público  
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente  
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil  
CSE – Centro Socioeducativo  
CSESFA - Centro Socioeducativo São Francisco de Assis  
CT – Conselho Tutelar  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESA – Escala de Stress para Adolescentes  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FAPEMIG - Fundo de Amparo á pesquisa no Estado de Minas Gerais  
FEBEM – Fundação Estadual do Bem Estar do Menor  
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada  
MP – Medida Provisória  
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PNAISARI – Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente em Regime de Internação e Internação Provisória  
PNAN – Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional  
PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
SAM- Serviço de Assistência ao Menor  
SEDS – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social  
SESP – Secretaria de Estado de Segurança Pública  
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo  
SRQ. 20 – Self – Reporting Questionnaire  
SUASE – Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TMC – Transtorno Mental Comum  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância  
UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1 HISTÓRICO DA INCLUSÃO DO ADOLESCENTE ENVOLVIDO EM ATO INFRACIONAL E A REDE DE PROTEÇÃO.....	17
2.2 ATO INFRACIONAL E MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS: um olhar sobre os direitos.....	30
2.3 TERRITÓRIO E MULTITERRITORIALIDADES NA CONFIGURAÇÃO DO AMBIENTE DE ACAUTELAMENTO.....	40
2.4 EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O ACAUTELAMENTO.....	50
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>62</b>
3.1 GERAL.....	62
3.2 ESPECÍFICOS.....	62
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>63</b>
4.1 ABORDAGEM E MODELO DE ESTUDO.....	63
4.2 UNIVERSO DO ESTUDO.....	64
4.3 AMOSTRA.....	66
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	66
4.5 ESTUDO PILOTO.....	67
4.6 COLETA DE DADOS.....	67
<b>4.6.1 Instrumentos utilizados na coleta de dados quantitativos.....</b>	<b>68</b>
<b>4.6.2 Instrumento utilizado na coleta de dados qualitativos.....</b>	<b>70</b>
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	71
4.8 ANÁLISE DE DADOS .....	71
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>73</b>
5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA.....	73
<b>5.1.1 Dados Sociodemográficos.....</b>	<b>73</b>
<b>5.1.2 Indicadores de Saúde e utilização dos serviços de Saúde.....</b>	<b>79</b>
<b>5.1.3 Triagem de Transtorno Mental Comum (TMC).....</b>	<b>84</b>
<b>5.1.4 Escala de Stress para Adolescentes (ESA).....</b>	<b>92</b>

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA .....	99
<b>5.2.1 Temática 1: Significado de Saúde.....</b>	<b>100</b>
5.2.1.1 Categoria 1: Cuidado médico.....	100
5.2.1.2 Categoria 2: Boa alimentação.....	107
<b>5.2.2 Temática 2: Possibilidade de Saúde em Ambiente de Acautelamento.....</b>	<b>111</b>
5.2.2.1 Categoria 1: Não favorece a saúde.....	112
<b>5.2.3 Temática 3: Práticas que favorecem a Saúde em Ambiente de Acautelamento.....</b>	<b>124</b>
5.2.3.1 Categoria 1: Futebol.....	125
5.2.3.2 Categoria 2: Higiene.....	130
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>135</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO A: Termo de autorização para realização da pesquisa.....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO B: Inventário Sociodemográfico.....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO C: Self Reporting Questionnaire – 20 (SRQ.20).....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO D: Escala de Stress para Adolescentes (ESA).....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO E: Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>167</b>
<b>APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>170</b>
<b>APÊNDICE B: Guia padrão para a realização da entrevista.....</b>	<b>172</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A pesquisa desenvolvida teve como temática a saúde do adolescente em território de privação de liberdade. O interesse nesse assunto sucedeu-se a partir do encontro com o Projeto "Juventude, Acautelamento e Saúde" da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Esse projeto se inscreve como parte de uma trajetória e em um conjunto de esforços que pesquisadores de diferentes cursos de graduação - Pedagogia, Psicologia, Odontologia, Direito; e pós-graduação - Mestrado em Gestão Integrada do Território têm empreendido nos últimos anos para constituição de uma rede de proteção social para a população que se encontra (ou se encontrou) em condição de privação de liberdade.

Nessa trajetória, que marca a imersão dos pesquisadores em espaços prisionais e socioeducativos, observou-se a necessidade de estudos voltados à saúde do adolescente acautelado. Um dos projetos realizados em Centro Socioeducativo "Juventude, Educação e Direito" financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e iniciado em 2015, apontou que os adolescentes durante o acautelamento vivenciam "crises" de ansiedade e/ou depressão. Durante a realização de oficinas observou-se que alguns adolescentes ou não conseguiam comparecer aos trabalhos ou eram convidados a interrompê-los para serem medicados. A manifestação de problemas de saúde que embora não seja possível afirmar relacionarem-se unicamente com o acautelamento, parecem guardar estreita relação com ele: "A gente aqui fica louco. Bate a cabeça<sup>1</sup>, chuta latão mesmo" (Fragmento diário de bordo 2015- Adl A). As expressões mencionadas, bem como as situações de violências comuns em ambientes de privação de liberdade são possibilidades de adoecimentos físico, psicológico e social. Estes adoecimentos, decorrentes ou não do acautelamento, sinalizam a necessidade de pesquisas que compreendam melhor tais fenômenos e indiquem possibilidades de intervenções precoces em questões que comprometem não apenas a condição juvenil como também um futuro resguardado do ponto de vista da qualidade de vida.

Em uma sociedade, que recentemente passou por um período de

---

<sup>1</sup> As expressões "Bate cabeça e Chuta latão" no contexto do sistema significam estar extremamente agitado ou agressivo a ponto de bater a cabeça na parede ou chutar a parede na tentativa de autoflagelo.

redemocratização – com promulgação de uma nova Constituição Federal, e posteriormente, legislação específica para a população infanto-juvenil, baseadas em princípios humanos fundamentais - ainda comumente verificam-se práticas com caráter essencialmente punitivas e ameaçadoras de direitos, dirigidas aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa, principalmente a medida privativa de liberdade. Portanto, o território de acautelamento pode-se configurar em material e/ou imaterial, e possivelmente, ocasionar um obstáculo à constituição e manutenção da saúde integral dos adolescentes. Sendo assim, o tema proposto pode ser considerado um fenômeno complexo cuja compreensão, além dos fatores relacionados ao campo da saúde, invoca colaborações teóricas de diferentes áreas do saber.

Estabelecido pela Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina como crianças, as pessoas com até doze anos de idade incompletos e adolescentes aquelas entre doze e dezoito anos de idade. Com base na lei, crianças e adolescentes são considerados penalmente inimputáveis. Diante da prática infracional, à criança, será aplicada medidas de proteção previstas no artigo 101; ao adolescente, às medidas socioeducativas (e se necessárias as de proteção), contidas no artigo 112. Portanto, os adolescentes são subordinados a um processo específico de responsabilização quando empreendem algum ato infracional, induzindo ao cumprimento de medidas socioeducativas (BRASIL, 1990).

No ECA estão definidas as medidas socioeducativas que os adolescentes poderão cumprir mediante a prática infracional, considerando sua capacidade, as circunstâncias e a gravidade da infração (COSTA e SILVA, 2017). O cumprimento dessas medidas é regulamentado pela Lei nº 12594 de 2012, que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE (BRASIL, 2012).

Entre as medidas socioeducativas está a internação em estabelecimento educacional. Trata-se de “medida privativa de liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”. Poderá ser aplicada quando o ato infracional for “cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa, por reiteração no cometimento de outras infrações graves, por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta”. O ECA ainda traz que não será aplicada a internação, havendo outra medida mais adequada. Esta deve ser cumprida em estabelecimento exclusivo para adolescentes envolvidos em atos infracionais, “obedecida rigorosa



separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração” (BRASIL, 1990, p. 52).

O ECA propõe medidas com caráter pedagógicas e não penas criminais, por entender que se tratam de pessoas em fase peculiar de desenvolvimento. Além disso, o tratamento diferenciado é baseado na doutrina de proteção integral que exige respeito e garantias de direitos humanos às crianças e adolescentes. Essa especificidade no tratamento é consequência dos movimentos sociais que exigiram mudanças nas instituições responsáveis pelo atendimento a esta população, diante os constantes casos de abusos e violências (BRASIL, 2015).

Na área da saúde, distintos são os conhecimentos a respeito do processo saúde/doença e dos cuidados relacionados. No entanto, quando se almeja promover saúde e organizar processos de trabalho em contexto de privação de liberdade, quais devem ser as transformações produzidas nesse território? Quais as percepções dos sujeitos a respeito de saúde e doença? Que ações são realizadas visando alcançar saúde?

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), Portaria GM nº 1082 de 2014, estabelece as diretrizes das ações, com os critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde dos adolescentes em contexto de privação de liberdade. A PNAISARI tem como objetivo garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei (BRASIL, 2014).

De acordo com Vilas Boas, Cunha e Carvalho (2010) a assistência e a promoção da saúde do adolescente no contexto institucional da medida socioeducativa constituem um desafio, um problema complexo, gerado por múltiplas causas, dentre elas a fragmentação das ações no atendimento socioeducativo, a dificuldade de articulação da rede de saúde e da socioeducação e a persistência da lógica prisional que embasa o tratamento destes sujeitos.

Adotando-se, um percurso interdisciplinar, a presente dissertação foi estruturada em cinco sessões. A primeira se concentra na Revisão de Literatura, a partir da contextualização do: “Histórico da inclusão do adolescente envolvido em ato infracional e a rede de proteção”, destacando as contribuições da Ciência Jurídico-Política, associadas às leis e políticas públicas voltadas à população infanto-juvenil no Brasil. “Ato infracional e medidas socioeducativas: um olhar sobre os direitos”, uma breve explanação sobre as medidas socioeducativas previstas no ECA e no

SINASE. “Território e Multiterritorialidades na configuração do ambiente de acautelamento”, com debates a respeito dos estudos territoriais da Geografia, assim como as contribuições deste campo de saber para as análises do território de privação de liberdade. “A evolução do direito à saúde e sua relação com o acautelamento”, diálogos entre os campos do Direito e da Saúde, com foco no adolescente acautelado.

Na segunda sessão apresentam-se os “Objetivos Geral e Específicos”, delimitando a finalidade que se pretendeu atingir com a elaboração desta pesquisa. Os procedimentos metodológicos utilizados para realização da pesquisa estão descritos na terceira sessão: “Metodologia”. Nessa etapa foi possível conhecer as perspectivas e características do estudo, a população estudada, as técnicas de coletas e análises de dados e os cuidados éticos empreendidos. Bem como garantindo o entendimento e a reprodução deste estudo.

Em “Resultados e Discussões”, quarta sessão, estão descritos os dados obtidos e as discussões destes com outros autores na tentativa de um diálogo. Realizou-se uma descrição literal dos significados e sentimentos expostos pelos entrevistados, observando os elementos que caracterizam a abordagem territorial para que, de fato, fosse respondido o problema da pesquisa.

Na quinta sessão: “Considerações Finais”, elaborou-se uma síntese dos resultados obtidos, descrevendo as respostas possíveis às questões propostas nos objetivos do estudo.

Ressalta-se que cuidar da saúde do adolescente é condição imprescindível para seu pleno desenvolvimento e para ampliação de possibilidades de escolhas mais saudáveis, compatíveis ao ideal de sociedade que se pretende exaltar, com respeito aos direitos humanos. Vale ressaltar que as abordagens interdisciplinar e territorial do estudo se mostraram coerentes ao programa de pós-graduação *stricto sensu* mantido pela UNIVALE.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HISTÓRICO DA INCLUSÃO DO ADOLESCENTE ENVOLVIDO EM ATO INFRACIONAL E A REDE DE PROTEÇÃO

Do período Brasil Colônia até os dias de hoje, observam-se mudanças referentes aos conceitos e intervenções voltadas às crianças e aos adolescentes envolvidos em atos infracionais. Segundo a lei vigente número 8069, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA - (BRASIL, 1990), o ato infracional é a conduta descrita como crime ou contravenção penal cometido por crianças e adolescentes. A referida legislação considera criança a pessoa de até doze anos de idade incompleto, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Quando o ato infracional é praticado por criança, cabe aplicação de medidas de proteção previstas no artigo 101; ao adolescente, às medidas socioeducativas (e se necessárias as de proteção), contidas no artigo 112. Entre as medidas socioeducativas previstas está à internação em estabelecimento educacional, que constitui medida privativa da liberdade.

No período Brasil Colônia, o sistema legislativo brasileiro baseava-se na legislação procedente de Portugal. Esse período, marcado pelas Ordenações Afonsinas utilizou o livro V como material penal e processual desde 1521, e manteve-se por mais ou menos 80 anos (SPOSATO, 2011). Eira (2016) ressalta que as leis constituídas nas Ordenações Afonsinas necessitaram ser cuidadosamente estudadas, pois suas punições eram definidas pelo reinado de Dom Afonso V. As penalidades eram estabelecidas de acordo com a posição social que a pessoa ocupava, podendo até definir a possibilidade de uma pena de morte.

De acordo com André (1981), as Ordenações Afonsinas se baseavam nos crimes cometidos contra o rei ou alguma autoridade, descumprimento da ordem pública, moral e bons costumes. Nessa época não havia distinção representativa entre crianças, adolescentes e mulheres. A criança e o adolescente eram consideradas como pequenos adultos, desconsiderando assim características específicas de seu desenvolvimento. Nesse período histórico ocorreu também interferência da igreja com objetivo de controlar o convívio social entre as pessoas visando à manutenção da divisão social por classes distinguidas pela realeza, bem como da mão de obra de trabalho. De tal modo, construiu um olhar de julgamento a

respeito de certo e errado.

Após as Ordenações Afonsinas, tornou-se aplicada as Ordenações Filipinas, com início definido entre os anos de 1580 e 1640, permanecendo por mais ou menos 200 anos. As novas normas trazidas pelas Ordenações Filipinas buscavam punir não somente o indivíduo condutor da ação criminal, mas também seus descendentes, atingindo assim um número maior de crianças e adolescentes sem qualquer relação com o delito. Nesse período foi estabelecida a responsabilidade penal após os sete anos, sendo possível a redução da sanção e o impedimento da pena de morte. Dos dezessete aos vinte e um anos de idade estabeleciam uma relação de jovem adulto, onde já se consideravam penalidades mais severas, como a de morte (SPOSATO, 2011).

Segundo Saraiva (2013) desde a colonização até início do século XX, não havia políticas públicas sociais, sendo as necessidades da população atendidas nas Santas Casas de Misericórdias, instituições vinculadas à Igreja Católica. Nesse período as entidades exerciam a função de acolhimento e assistência à saúde dos sujeitos que se encontravam em situação de risco.

No período da Proclamação da Independência do Brasil e a partir da necessidade de mudanças, começava-se a busca por novas leis e ordens impostas. Um novo momento foi estabelecido após a Constituição Brasileira de 1824, dentro de um período bem conturbado em relação às legislações e códigos penais. Assim, segundo Alvarez, Salla e Souza (2003) em 1830, devido à preocupação em substituir o aparato legal e institucional herdado de Portugal, originou o Código Penal do Império, que foi um marco para a história do Brasil:

Uma das novidades, sem dúvida, foi o Código Criminal de 1830 que, ao adotar a pena de prisão com trabalho, introduzia uma nova concepção em termos de punição. Mas nem por isso o Código deixou de contemplar formas já consideradas arcaicas de punição, como a pena de morte, as galés, a prisão perpétua. A estrutura escravista suportava igualmente a conservação dos castigos corporais aos escravos (ALVAREZ, SALLA e SOUZA, 2003, p. 2).

Esse novo código estabelecia a responsabilidade penal a partir dos quatorze anos de idade. Dos sete aos quatorze anos, as crianças e os adolescentes eram considerados inimputáveis. No entanto, eram avaliadas as condições de discernimento apresentada por eles, tornando assim passíveis à detenção em casas de correções, muitas sem estrutura organizacional para recebê-los (SARAIVA,

2013).

Nesse período, criticavam-se os critérios arbitrários, severos e subjetivos da análise do eventual ato infracional cometido, o que ocasionava a condenação de crianças independentemente de idade mínima. Também se censurava a criação de asilos para atenderem aos “menores que vagassem em estado de pobreza e que não possuíssem roupas decentes para frequentarem a escola” (CAMPOS e SILVA, 2007, p. 109).

Em 1890, foi instituído o Código Penal Republicano, que de acordo com Sposato (2011) estabelecia como inimputáveis os menores de nove anos de idade. Ressaltava que dos nove aos quatorze anos seriam considerados imputáveis, crianças e adolescentes aptos ao julgamento de seus comportamentos. Caso fosse identificado discernimento sobre o ato criminoso praticado seria recolhido em estabelecimento disciplinar. Aos adolescentes com idades entre quatorze e dezessete anos, ainda que avaliado o discernimento para a redução de suas penas, já eram consideradas às mesmas punições dos adultos.

No entanto, o Código recebeu várias críticas devido à falta de critérios objetivos e científicos para analisar os casos de inimputabilidade condicional. Da mesma forma, tal decisão “regulamentava a utilização de crianças como mão-de-obra em diversos tipos de serviços” (LOPES, 2006). Os juristas criticaram o Código Penal por indicar interesses da elite burguesa no controle do trabalho das classes populares. Para estes, o maior desafio era “tratar desigualmente os desiguais” e não em “estender a igualdade de tratamento jurídico-penal para toda a população”. Apesar de algumas mudanças, permanecia a mesma lógica de punição e repressão. Dessa forma, o Código Penal de 1890 foi considerado inábil diante os novos desafios colocados pelas transformações sociais e políticas do período republicano (ALVAREZ, SALLA e SOUZA, 2003, p. 8).

Para Saraiva (2013) os movimentos feministas no Brasil e os movimentos dos direitos dos animais nos Estados Unidos, colaboraram na construção de uma nova visão em relação à criança e ao adolescente, uma vez que estes não tinham espaço para expressão, lugar que começou a ser discutido. Na busca de outras vertentes sociais por espaço igualitário, os trabalhos voltados às crianças e aos adolescentes começaram a surgir. A lei 4242 de 1921 veio para romper com a análise biopsicológica do modelo do código penal, fixando a imputabilidade penal aos quatorze anos. Buscando assim, melhorias no tratamento das crianças e

adolescentes em conflito com a lei. A lei representou reflexo de um movimento mundial em favor do tratamento diferenciado dessa população.

Sposato (2011) descreve que em 1922 o decreto nº 22213, assegurou aos menores de quatorze anos a prerrogativa de não serem considerados criminosos. Contudo, a reformulação do código penal advinha de uma fase de ampliação. Em 1923, o decreto nº 16272, consolidava as primeiras normas de Assistência Social, com vistas a proteger crianças e adolescentes, abandonados e “delinquentes”. Nesse mesmo ano por meio do decreto nº 16273, definiu-se a figura do Juiz de Menores na administração da Justiça.

Segundo Bonamigo (1998), o Juízo de Menores assumiu a função jurisdicional e assistencial com relação à infância e adolescência. Importante destacar, a preocupação por parte das elites, com os critérios científicos no atendimento a essa população, que abarcava tanto a mortalidade infantil como a formação de uma raça sadia e a produção de indivíduos úteis. Para Lopes (2006) o Juízo de Menores surgiu para resolver a situação de crianças e adolescentes pobres e negros. Ressalta-se que para as classes abastadas, criou-se a Vara da Família.

As lutas fundadas por organizações internacionais para alcançar o direito da criança e do adolescente foram ganhando destaque. Em 1924 foi adotada a Declaração de Genebra, que estabelecia direitos dessa população, e meios para seu desenvolvimento material, moral e espiritual. A declaração foi considerada um marco no que tange a tutela das crianças em sua complexidade, prevendo já em seu preâmbulo, a mais vasta e completa proteção da criança, tanto antes como após o seu nascimento (ARAÚJO, 2014).

Em 1927, surgiu o primeiro Código de Menores por meio do Decreto-lei 17943-A, estabelecendo que os adolescentes de quatorze a dezoito anos, em situação de abandono ou delinquência, seriam submetidos às institucionalizações, independentemente do julgamento. A Lei estabelecia as várias condições financeiras, familiares e sociais que caracterizava crianças e adolescentes como menores (SPOSATO, 2011).

O termo “menor abandonado” foi utilizado como sinônimo de crianças e adolescentes negligenciadas ou autores de atos infracionais. O referido Código previa como medidas educativas e disciplinares, a internação, o perdão judicial e a liberdade vigiada. Nesse período, os juízes organizaram instituições para o recolhimento de abandonados e delinquentes, o que ocasionou à criação de

inúmeras casas em que o atendimento era baseado na caridade. Foi o ápice, e o início de um ranço histórico, de uma atuação de atendimento às crianças e adolescentes infratores, por práticas caritativas e religiosas (LOPES, 2006).

Ressalta-se que, o Código de Menores de 1927 não garantiu a proibição de práticas hostis na penalização dos adolescentes. Mesmo havendo mudanças na forma de se perceber a pobreza e a situação de rua e mendicância, tal condição era penalizada e o Estado se mantinha apático quanto à sua responsabilidade para com o adolescente autor de ato infracional (ZANELLA e LARA, 2015).

No ano de 1932, o decreto 22213 acrescentou o artigo 30 no Código de Menores, definindo o menor de quatorze anos como inimputável e os adolescentes de quatorze a dezoito anos com as mesmas leis punitivas para os adultos. Assim, foi implantado no país o seu primeiro sistema público de atenção às crianças e adolescentes em circunstâncias especialmente difíceis (OLIVEIRA, 2002).

Com a criação do Serviço Social no ano de 1936, uma nova forma de atendimento às crianças e adolescentes surgiu. Tinham-se diretrizes de racionalizar o serviço e de “higienizar” o atendimento à população infanto-juvenil. O Poder Público então ampliou sua participação no debate e contribuiu elaborando propostas de atuação e destinando recursos públicos às instituições sociais que gerenciavam tais internações (LOPES, 2006).

Na Constituição de 1939, a infância e a juventude foram contempladas com garantias especiais de cuidados, por parte da família e do Estado, que passou a preocupar-se com o ensino pré-vocacional e profissional destinado às classes menos favorecidas (OLIVEIRA, 2002).

Com o Código Penal de 1940 foi decretada a inimputabilidade ao menor de dezoito anos de idade, baseando-se em um caráter biológico de análise. De acordo com Saraiva (2013) em 1942 foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), onde se utilizava medidas corretivas e repressivas em internatos, reformatórios ou casas de correção. Segundo Campos e Silva (2007) a transição da temática dos atos infracionais praticados por adolescentes do âmbito jurídico para o político ocorreu no Governo Vargas (1930-1945). Em crítica, Araújo (2014) diz que o SAM devido aos seus métodos, de torturas, maus tratos e agressões, não contribuiu para o desenvolvimento e diminuição da marginalização.

Lopes (2006, p. 10) entende que essa maneira de enfrentar os desafios dessa temática somente “fortaleceu a ideia da doutrina da situação irregular, tendo no

pobre, no órgão, no delinquente, a culpa de sua situação”. O Estado e a sociedade não se responsabilizavam pela questão, enquanto promotores do desenvolvimento do sujeito. Pelo contrário, as crianças e os adolescentes eram vistos como perigosos para sociedade, tratados como sujeitos prestes ou já autores da prática de delitos, e, assim eram recolhidos a partir do policiamento.

Em 1943, o Decreto-lei 6026 dispôs sobre as medidas aplicáveis aos menores de dezoito anos pela prática de atos infracionais. Este Decreto-lei foi considerado uma conquista no campo da infância e juventude brasileira, por se tratar de uma legislação específica para essa faixa etária (BRASIL, 1943).

Foi aprovada em 1948 a Declaração dos Direitos Humanos, estabelecendo que crianças e adolescentes sejam possuidores dos direitos a cuidados e assistências especiais (ARAÚJO, 2014). Nesse mesmo período o SAM, foi considerado pela opinião pública como a “universidade do crime”.

A Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) foi criada pela Lei nº 4513 de 1964, com objetivo de implantar políticas nacionais de bem-estar do menor (BRASIL, 2006). Segundo Bonamigo (1998) a FUNABEM surgiu para intervir na questão da criança e do adolescente dentro de uma perspectiva onde a reeducação seria baseada não somente na internação, mas também no apoio à família. Visava fornecer um modelo de atendimento com base científica. No entanto, não obteve sucesso em suas propostas; prevenção da marginalização do “menor”.

Na Fase do Estado do Bem-Estar Social, as articulações sobre a infância e a Adolescência no Brasil se voltaram para os que se encontravam em situação de risco pessoal e social. Até a década de 1960, o Estado brasileiro restringia suas funções a estudar, vigiar e controlar a assistência ao "menor infrator" por meio da criação de órgãos públicos ineficientes, como o SAM. A partir de então, ocorreu um incremento de medidas repressivas, uma vez que os grupos de menores transpassaram à categoria de problema de segurança nacional, ameaçando a ordem pública com ações e crimes contra o patrimônio e homicídios (RIZZINI, 1995 citado por OLIVEIRA, 2002). Portanto, conforme Rizzini (2001) as políticas e serviços adotados tinham entre seus objetivos, proteger a sociedade dos que representavam perigo. Sobre essas estratégias de controle de comportamento, Sidman (2001) adverte que a punição ou coerção, pode atingir seu objetivo imediato, mas em longo prazo, está fadado ao fracasso, ao isolamento social, à hostilidade e à rebelião.

Em 1969, o Decreto-lei 1004 retomou o caráter biopsicológico, considerando



nesse momento o menor de dezoito anos inimputável, a menos que completado dezesseis anos, apresente adequado desenvolvimento psíquico para entender o caráter ilícito do ato, sendo a pena diminuída de um terço até a metade. Os infratores ficaram subordinados às medidas educativas, curativas ou disciplinares (BRASIL, 1969). Semelhante visão foi encontrada no Decreto-lei nº 1001 de 1969 (BRASIL, 1969).

Com a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), o Estado foi obrigado a instituir um novo código que atendesse a esses direitos. Sendo assim, foi criado em 1979 o novo Código de Menores, disciplinado pela Lei 6697, que adotou a doutrina da situação irregular do menor (BRASIL, 1979). Destaca-se nessa fase a criação das Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEM's), com objetivo de implementar a prática de reeducar e disciplinar as crianças e os adolescentes (OLIVEIRA, 2002).

O segundo Código de Menores foi resultado de profunda construção crítica, entre debates nacionais e internacionais. A Organização das Nações Unidas (ONU) declarou como sendo o ano Internacional da Criança e do Adolescente. Sendo assim, iniciou um grupo de trabalho para a elaboração da Convenção exclusiva sobre os direitos dessa população. Dessa forma, o Código de Menor ficava especialmente na responsabilidade da figura jurista, que analisava os casos com visão tutelar. Cabia aos juízes estabelecer a relação entre a vulnerabilidade social apresentada ao fato do delito, tendo assim que tomar decisões sociais (ARAÚJO, 2014).

Após homologação do Novo Código de Menores em 1979, reforçou-se a não distinção entre abandonados e infratores, concebendo-os em situação irregular. Isto denotava uma concepção pejorativa, pois, "(...) toda a vez que se faz referência ao menor está-se referindo ao menor abandonado, menor delinquente em uma situação irregular". Diz-se "o meu filho, o meu garoto", jamais "o meu menor" (TEIXEIRA, 2001, p. 26).

As autoridades judiciárias determinavam que todas as crianças e adolescentes pobres, abandonados ou delinquentes passassem pelo Juiz de Menores, sem nenhum acompanhamento de defesa técnica. Encaminhavam-se estes às instituições para o controle e reeducação, sem a necessidade de procedimentos que averiguasse de fato a situação, bem como excluindo a família do processo, exceto se a mesma tivesse condições financeiras para interpelar

judicialmente (LOPES, 2006).

Em 1975, o Congresso Nacional instalou uma Comissão Parlamentar de Inquérito para a análise da situação das crianças e adolescentes, em razão de denúncias de violência, maus tratos e da não efetivação da ressocialização destes pelas FEBEM's, que se encontravam superlotadas. Com a preocupação e atuação de grupos de Direitos Humanos sobre o que acontecia nesses ambientes de recolhimentos, pode-se exigir reformas no Código de Menores (LOPES, 2006).

Na década de 80, com período de redemocratização do país, abriu-se espaço para o surgimento de diversos movimentos sociais, e um destes, foi o amplo movimento na temática criança e adolescente. Segundo Sader (1988), os atores sociais passaram a discutir as práticas de internação de crianças e adolescentes, com mobilização social de trabalhadores e de organismos religiosos, além das discussões nos congressos e reuniões científicas. Para Rizzini (2001) esse período trouxe diversas mudanças que representaram o deslocamento de um modelo assistencial para uma concepção de direitos. Essas transformações paradigmáticas na sociedade brasileira também estavam relacionadas com as mudanças mundiais, com destaque para a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança.

No ano de 1988, durante a elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), os movimentos sociais organizaram duas emendas populares: “Criança e Constituinte” e “Criança Prioridade Nacional” (COSTA, 1995). E esse debate transformou-se no artigo 227 da Constituição Federal (CF) de 1988, que diz:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Em seguida, o artigo 227 da Constituição Federal transformou-se nos 267 artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA -, (BRASIL, 1990). Segundo Costa (1995) o Estatuto apresentou mudanças em relação ao antigo Código de Menores, dentre elas, as três principais foram: a mudança de conteúdo, o ECA é a doutrina de proteção integral em oposição à doutrina da situação irregular e trouxe o que havia de melhor na normativa internacional; a mudança de método: o ECA

substitui a perspectiva das necessidades para a perspectiva dos direitos, ou seja, quem passa a estar em situação irregular é a sociedade que não respeita os direitos de crianças e adolescentes; e mudança de gestão: uma gestão mais descentralizada, com a presença da democracia participativa, como os conselhos de direitos.

Mais que a implantação de uma nova lei, o ECA é considerado a consolidação de um novo direito. Dessa forma, crianças e adolescentes são considerados sujeitos de direitos que estão em fase peculiar de desenvolvimento. O artigo 3º do ECA diz:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990, p. 4).

Sendo assim, a criança e o adolescente, nessa perspectiva de Proteção Integral são consideradas cidadãos com direitos a serem garantidos pelo Estado, pela sociedade e pela família. Segundo o artigo 4º:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990, p. 5).

Ao prevalecer pelo bem-estar da criança e do adolescente, o ECA modificou as relações existentes entre a sociedade civil e o Poder Público, exigindo ações que extinguisse práticas repressivas e de cunho assistencialista. Para a garantia legal da concepção de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e de sua proteção integral, estruturou-se uma política, com princípios de hierarquia e de complementaridade entre os diversos níveis do governo. A União, os Estados e os Municípios passaram a articular as ações governamentais e não governamentais em todos os seus níveis, assim como se propuseram a executar uma gestão político-administrativa descentralizada, com a participação da sociedade civil, através de organizações representativas (BRASIL, 1990).

Avaliando o processo de implantação do ECA (1990) é possível enumerar vários avanços:

[...] A estrutura de participação necessária para o cumprimento da Lei, já implantada nos estados e em grande parte dos municípios, a desativação da chamada política nacional do bem estar do menor, o Ministério Público assumindo suas novas atribuições nas áreas da infância e juventude, o movimento social em defesa das crianças e dos adolescentes, os municípios assumindo grande parte dos programas etc (COSTA, 1995, p. 124).

E da mesma forma vários problemas e desafios:

[...] Parte considerável dos Conselhos de Direito e Tutelares ainda não funcionarem dentro do princípio do ECA, velhas FEBEM's criadas no modelo assistencialista, correccional e repressivo, ainda persistirem, embora com novas roupagens, os programas e ações desenvolvidos nas áreas de educação e saúde para a população infanto-juvenil ainda não considerarem, como é necessário, a perspectiva do Estatuto da Criança e do Adolescente [...] (COSTA, 1995, p.124).

O ECA adota uma visão de Proteção Integral que se propõe a amparar crianças e adolescentes em situação irregular inserindo-os na sociedade como sujeitos de direitos. As medidas de proteção propostas nesse Estatuto tentam garantir que os direitos de crianças e adolescentes sejam efetivamente exercidos. Segundo artigo 98 do ECA, as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nessa Lei forem ameaçados ou violados: “I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; III - em razão de sua conduta” (BRASIL, 1990, p. 43). Segundo artigo 101, as medidas específicas de Proteção são:

I-Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; II-Orientação, apoio e acompanhamento temporários; III-Matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental; IV-Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; V-Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; VI-Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; VII- Acolhimento institucional; VIII-Inclusão em programa de acolhimento família; IX- Colocação em família substituta (BRASIL, 1990, p. 45).

O artigo 100 do ECA enfatiza que na aplicação das medidas de proteção “levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários” (BRASIL, 1990, p.

43). No entanto, em último caso, se necessário, será realizado o acolhimento institucional de crianças e adolescentes que se encontram com seus direitos violados. Nessa perspectiva, o ECA, preocupado com as práticas repressivas e equivocadas, verificadas na história, determinou em seu artigo 92, que as entidades que desenvolvem programas de acolhimento institucional devem adotar determinados critérios e/o princípios:

I- preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar; II- integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa; III- atendimento personalizado e em pequenos grupos; IV- desenvolvimento de atividades em regime de coeducação; V- não desmembramento de grupos de irmãos; VI - evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados; VII- participação na vida da comunidade local; VIII- preparação gradativa para o desligamento; IX- participação de pessoas da comunidade no processo educativo (BRASIL, 1990, p. 39).

Importante destacar que o ECA surgiu em meio a um movimento de grupos sociais que questionavam a internação de crianças e adolescentes, somente pelo fato de pertencerem a famílias pobres (BONAMIGO, 1998). Portanto, foram instituídas mudanças na lei: o acolhimento institucional e familiar como medidas protetivas de caráter provisório e excepcional para crianças e adolescentes em situações consideradas de risco pessoal e social, não implicando privação de liberdade; e a internação de adolescentes em estabelecimentos educacionais mediante a prática de ato infracional de natureza grave, como medida socioeducativa (BRASIL, 1990).

Além das medidas de proteção, o ECA também garante um conjunto de normas de caráter socioeducativo para o adolescente (entre doze e dezoito anos) que cometer ato infracional. Segundo artigo 103 do ECA “considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal”. Segundo artigo 104 do ECA “são penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às medidas nesta lei” (BRASIL, 1990, p. 48). No entanto, este fato não considera que esses adolescentes não sejam responsáveis pelos atos cometidos. Segundo Santiago (1999), existe um falso sentimento de que nada acontece com o adolescente que comete ato infracional. Estes são consideradas pessoas de direitos e de deveres, e o ECA prevê medidas de caráter socioeducativas para aqueles

adolescentes que praticam algum tipo de ato infracional.

Segundo artigo 112 do ECA, verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

I - advertência; II - obrigação de reparar o dano; III - prestação de serviços à comunidade; IV - liberdade assistida; V - inserção em regime de semiliberdade; VI - internação em estabelecimento educacional; VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI. (BRASIL, 1990, p. 50).

Para a efetivação dessas medidas é necessária uma política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, que segundo artigo 86, “far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não - governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 1990, p. 35).

De acordo com o artigo 87 do ECA (1990), a política de atendimento é representada pelas:

I- políticas sociais básicas; II- serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção social e de prevenção e reeducação de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências; III- serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão; IV- serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos; V- proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente; VI- políticas e programas destinados a prevenir ou abreviar o período de afastamento do convívio familiar e a garantir o efetivo exercício do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes; VII- campanhas de estímulo ao acolhimento sob forma de guarda de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar e à adoção, especificamente inter-racial, de crianças maiores ou de adolescentes, com necessidades específicas de saúde ou com deficiências e de grupos de irmãos (BRASIL, 1990, p. 35).

O artigo 88 do ECA (1990) estabelece que as diretrizes da política de atendimento são:

I - municipalização do atendimento; II - criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais; III - criação e manutenção de programas específicos, observada a descentralização político-administrativa; IV -

manutenção de fundos nacional, estaduais e municipais vinculados aos respectivos conselhos dos direitos da criança e do adolescente; V - integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial a adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional; VI- integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Conselho Tutelar e encarregados da execução das políticas sociais básicas e de assistência social, para efeito de agilização do atendimento de crianças e adolescentes inseridos em programas de acolhimento familiar ou institucional, com vista na sua rápida reintegração à família de origem ou, se tal solução se mostrar comprovadamente inviável, sua colocação em família substituta, em quaisquer das modalidades previstas no artigo 28 desta lei; VII - mobilização da opinião pública para a indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade. VIII- especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança e sobre desenvolvimento infantil; IX- formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersectorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral; X- realização e divulgação de pesquisas sobre desenvolvimento infantil e sobre prevenção da violência (BRASIL, 1990, p. 36).

A criação dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional dos direitos da criança e do adolescente, e do Fundo Nacional, teve como objetivo fomentar as políticas públicas direcionadas a esta população. Além da criação dos conselhos de direitos, o ECA também propôs a criação do Conselho Tutelar, que de acordo com o artigo 131 “é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei” (BRASIL, 1990, p.56). Segundo artigo 136 do ECA são atribuições do Conselho Tutelar:

I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos artigos. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII; II - atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII; III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto: a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança; b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações. IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente; V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência; VI - providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de

ato infracional; VII - expedir notificações; VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário; IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; X - representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal; XI - representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança e do adolescente junto à família natural; XII-promover e incentivar, na comunidade e nos grupos profissionais, ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus-tratos em crianças e adolescentes (BRASIL, 1990, p. 57).

Observa-se, portanto que, os direitos da infância e da adolescência atualmente no Brasil estão fundamentados na Constituição Federal e no ECA; bem como na implementação da Doutrina da Proteção Integral, instituída pela Organização das Nações Unidas (ONU), em resoluções, declarações, tratados, pactos e convenções, instrumentos que foram aprovados pelo Governo do Brasil como normas de direito interno. A Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente (1989) é considerada um marco no campo do direito dessa população, uma vez que, foi o primeiro documento que os considerou sujeitos de direitos individuais, civis, culturais, sociais e políticos (TAVARES, 2001).

No decorrer dessa cronologia foi possível conhecer um pouco a história das crianças e dos adolescentes, e como o Estado atuou, por meio de decretos-leis, mediante a prática infracional até chegar aos dias atuais. Destacam-se, os avanços legislativos e a mudança de perspectiva, da situação irregular para a proteção integral dessa população. O ECA de 1990 se configurou como uma conquista, sendo colocado como desafio atual, diminuir a distância entre os direitos previstos e o dia a dia das violações, que segundo Brasil (2010) ainda são comuns e se materializam de diferentes formas: violência física, psicológica, sexual, negligência, abandono, trabalho infantil, entre outras.

## 2.2 ATO INFRACIONAL E MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS: um olhar sobre os direitos

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 é a legislação que garante os direitos de crianças e adolescentes no Brasil. Do mesmo modo, define as medidas socioeducativas, aplicáveis mediante a prática infracional, aos adolescentes



com idades entre doze e dezoito anos, com o objetivo de responsabilizá-los por meio de intervenções com caráter político-pedagógico.

É responsabilidade do Estado, enquanto defensor da proteção social, por meio de execução de políticas públicas setoriais, garantir a essa população o acesso aos seus direitos, com absoluta prioridade. Os direitos assegurados às crianças e aos adolescentes têm como propósito possibilitar um desenvolvimento saudável, consoante às suas necessidades de pessoas em desenvolvimentos. Entre os direitos fundamentais estão, o direito à vida, saúde, liberdade, respeito à dignidade, acesso à convivência familiar e comunitária, cultura, esporte e lazer, profissionalização e proteção ao trabalho (BRASIL, 1990).

O Estado, a família, a sociedade e qualquer cidadão, todos, tem o dever de prevenir violações de direitos da criança e do adolescente. Na ausência de ações de prevenção, e havendo a ocorrência de atos infracionais pelo adolescente, compete ao Estado, a aplicação de medidas socioeducativas e/ou de proteção. Nesse contexto, o ato infracional, é caracterizado como toda a conduta descrita como crime ou contravenção penal, ou seja, quando se comete as infrações contidas no Código Penal Brasileiro, na Lei de Contravenções Penais e/ou nas demais leis penais. São exemplos de atos infracionais, a prática de lesão corporal, ou em vias de fato, ocorridas nos espaços escolares, o desacato e a injúria, o crime de danos, de porte de entorpecentes e de arma, o tráfico, dentre outros (BRASIL, 1990).

Quando o ato infracional é cometido, o Sistema de Garantia de Direitos deve ser acionado, para que o autor seja responsabilizado. É de competência do Juiz, a aplicação das medidas socioeducativas previstas no artigo 112 do ECA (BRASIL, 1990). Se o ato infracional for praticado por criança, ou seja, pessoa com até 12 anos incompletos, devem ser aplicadas medidas de proteção, previstas na referida lei (BRASIL, 1990).

As medidas protetivas, com previsão nos artigos 98 a 102 do ECA serão aplicadas sempre que a criança ou o adolescente encontrar-se em situação de risco, ou ainda quando da prática do ato infracional. Estas terão aplicabilidade sempre que seus direitos forem violados ou ameaçados, tanto por ação ou omissão da sociedade, do Estado, de seus pais ou responsáveis legais, ou mesmo em razão de sua própria conduta (BRASIL, 1990).

Tais medidas podem ser aplicadas de forma cumulada ou isolada, além de

serem substituídas a qualquer tempo, e visa o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Também seguem princípios norteadores que reforçam a concepção de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, como a responsabilização primária e solidária do poder público, o direito à privacidade, a intervenção mínima, a responsabilização parental e a obrigatoriedade da informação (BRASIL, 1990).

Ainda nesse processo de medidas protetivas, deve sempre prevalecer o interesse superior da criança e do adolescente, a intervenção precoce, a proporcionalidade, além da prevalência familiar, com oitiva obrigatória e participativa. Isso, porque as medidas possuem o caráter educativo, com o escopo de se garantir os direitos que foram violados. Sendo necessário utilizar todos os recursos existentes para se restabelecer o papel da família, da sociedade e do Estado (BRASIL, 1990).

Ao adolescente, autor do ato infracional, após o devido processo legal, deverá ser aplicada uma medida socioeducativa, respeitando os princípios constitucionais do processo contraditório e da ampla defesa. Considera-se a idade em que o adolescente praticou o ato infracional (BRASIL, 1990).

As medidas socioeducativas são uma oportunidade de inserção em processos educativos que objetivam a construção ou reconstrução de projetos de vida. Para Volpi (2011) elas comportam aspectos de natureza coercitiva, vez que são punitivas para o adolescente infrator; e educativa, por oportunizar o acesso à formação e informação.

A necessidade de se preferir medidas socioeducativas é, portanto, justamente fortalecer vínculos familiares e comunitários, e para tanto, pode a autoridade judiciária aplicar, cumulativamente ou não, medidas específicas de proteção, que pertencem ao rol das medidas socioeducativas. Ressalta-se que, na aplicação das medidas socioeducativas, deve-se levar em consideração a capacidade do adolescente em cumpri-la, as circunstâncias, a gravidade do ato e as necessidades pedagógicas. Também, o respeito aos adolescentes com demanda de saúde mental, para os quais deve ser disponibilizado tratamento individual e especializado em local adequado às suas condições (BRASIL, 1990).

De igual forma, a família e a comunidade, em seu papel de participação, devem contribuir nas atividades de planejamento, controle e execução das ações a serem desenvolvidas nos locais de execução das medidas:

Os programas socioeducativos necessitam utilizar-se do princípio da incompletude institucional, caracterizado pela utilização do máximo possível de serviços (saúde, educação, defesa jurídica, trabalho, profissionalização, etc.) na comunidade, responsabilizando as políticas setoriais no atendimento aos adolescentes (VOLPI, 2011, p. 21).

Destarte, as medidas socioeducativas podem ser classificadas em:

a) Advertência:

Medida socioeducativa que possui caráter preventivo e pedagógico, com previsão no artigo 115 do ECA, é uma “admoestação verbal, que será reduzida a termo e assinada” (BRASIL, 1990, p. 51).

Trata-se de uma admoestação, com o escopo de fazer com que o adolescente e/ou responsável legal compreenda os riscos de envolvimento em atos infracionais. Para sua aplicação, conforme o artigo 114, parágrafo único (BRASIL, 1990, p. 50), é necessário existir prova de materialidade de infração e indícios suficientes de autoria.

Ressalta-se que é a medida recomendável para adolescentes sem histórico criminal, bem como para atos infracionais considerados leves em relação à sua natureza e/ou consequências.

b) Reparação de Danos:

Prevista pelo artigo 116 do ECA, essa medida deve ser aplicada em casos de atos infracionais com reflexos patrimoniais, onde se determina que “o adolescente restitua a coisa, promova o ressarcimento do dano, ou, por outra forma, compense o prejuízo da vítima” (BRASIL, 1990, p. 51). Essa medida pode criar no adolescente uma consciência efetiva de seus atos:

O interesse precípua não é reparar o dano das partes, mais sim medida que visa despertar as consequências do ilícito praticado funcionando como uma das fases do processo reeducativo. Ainda, fará com que seus pais ou responsáveis, exerçam maior vigilância sobre os passos do menor (CHAVES, 1997, p. 518).

c) Prestação de Serviços à Comunidade:

Essa medida, prevista no artigo 112, III, e disciplinada no artigo 117 e seu parágrafo único, consiste na prestação de serviços comunitários, “por período não

excedente a seis meses, junto a entidades assistenciais, hospitais, escolas e outros estabelecimentos congêneres, bem como em programas comunitários ou governamentais” (BRASIL, 1990, p. 51).

Ressalta-se que seu prazo deverá ser proporcional à gravidade do ato praticado, podendo ser aplicada em qualquer dia da semana, porém não prejudicando o adolescente em frequentar a escola ou a jornada normal de trabalho. Para o seu cumprimento, é necessária a anuência prévia e expressa do adolescente e de seus pais ou responsáveis, uma vez que se assim não o for, pode representar trabalho forçado, cuja modalidade é proibida no ordenamento jurídico brasileiro (BRASIL, 1990).

Segundo Pacheco (2013):

Uma medida de excelência tanto para o jovem infrator quanto para a comunidade, visto que esta poderá responsabilizar-se pelo desenvolvimento integral do adolescente e para este valerá como experiência de vida comunitária, de aprendizado de valores e compromissos sociais (PACHECO, 2013, p. 201):

d) Liberdade Assistida:

Considerada a medida socioeducativa mais rígida em meio aberto, com a previsão no Artigo 118 do ECA, deve ser aplicada para acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente. Esse acompanhamento será feito por uma pessoa capacitada, designada pela autoridade judiciária, podendo ser recomendado por entidade ou serviço de atendimento (BRASIL, 1990).

A proposta educativa desta medida é justamente o “acompanhamento personalizado, garantindo-se os aspectos de proteção, inserção comunitária, cotidiano, manutenção de vínculos familiares, frequência à escola, inserção no mercado de trabalho e/ou cursos profissionalizantes e formativos” (VOLPI, 2011, p. 24).

A relevância dessa medida é permitir que o adolescente cumpra sua medida em liberdade junto à família, porém, a partir do controle sistemático do Juizado e da comunidade. Destina-se, a princípio, para infratores passíveis de recuperação em meio aberto, tendo o prazo mínimo de seis meses, podendo a qualquer tempo ser prorrogada, revogada ou substituída por outra medida. Porém, ainda que seja grave a falta cometida, não poderá ser acumulativa com outra medida de internação, sendo extinta com o trânsito em julgado (BRASIL, 1990).

e) Regime de Semiliberdade:

Com previsão no artigo 120 do ECA, é uma medida socioeducativa restritiva de liberdade, mas que permite ao adolescente realizar atividades externas, independentemente de autorização judicial. Trata-se de uma medida que se situa entre a internação e as medidas em meio aberto. Pode ser aplicada desde o início ou como forma de transição para o meio aberto (BRASIL, 1990).

A medida não comporta prazo determinado e tem como requisitos a escolarização e a profissionalização, e sempre que possível deve-se utilizar os recursos presentes na comunidade (BRASIL, 1990).

Assim, sua aplicabilidade comporta duas hipóteses: a primeira, quando o adolescente autor de ato grave, e punido em regime de internação, deixa de ser considerado como um perigo para a sociedade por especialistas, podendo integrar-se a ela; a segunda, quando o adolescente infrator, apesar de ter praticado um ato consideravelmente grave, não representa um perigo para a sociedade. Por ser complexa, esta análise demanda da oitiva dos pais do adolescente, de suas vítimas e do próprio adolescente, e da realização de estudos sociais (BRASIL, 1990).

f) Internação em estabelecimento educacional:

Trata-se de uma medida privativa de liberdade a ser aplicada somente nos casos mais graves, e que necessita da observância do devido processo legal, pois se sujeita “aos princípios da brevidade, excepcionalidade e do respeito à condição peculiar de pessoas em desenvolvimento”. A brevidade na sua aplicação é caracterizada pela privação da liberdade do adolescente no menor tempo possível: prazo máximo de três anos, devendo ter avaliação semestral. Atingidos os três anos, o adolescente deve ser colocado em liberdade, podendo, a depender de cada caso, cumprir a medida de semiliberdade ou liberdade assistida (BRASIL, 1990, p. 52).

As hipóteses da internação, tipificadas no artigo 112 do ECA, e levando-se em consideração que não haja outra medida mais adequada a ser aplicada, são: “ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência a pessoa; por reiteração no cometimento de outras infrações graves; por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta”, caso em que não poderá exceder a três meses. Conforme prevê o artigo 121, § 5º do ECA, o adolescente somente será liberado, obrigatoriamente, quando completar vinte e um anos de idade (BRASIL,

1990, p. 53).

A internação deve ser cumprida em “entidade exclusiva para adolescentes, em local distinto daquele destinado ao abrigo, obedecida rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração”, artigo 123. Exceto quando há determinação judicial expressa em contrário, constitui-se direito do adolescente a possibilidade de realizar atividades externas, considerando deliberação da equipe técnica da entidade (BRASIL, 1990, p. 53).

Ressalta-se que mesmo em caráter de internação provisória, o adolescente deverá ser submetido a atividades pedagógicas – assim entendidas as de escolarização, profissionalização, culturais, desportivas e de lazer –, bem como ser dever do Estado zelar pela sua integridade física e mental, cabendo-lhe adotar as medidas adequadas de contenção e segurança (BRASIL, 1990).

Pacheco (2013) afirma que a medida socioeducativa de internação não tem por objetivo “curar o infrator”, bem como aponta que sua eficácia será somente “se for um meio para conduzir o adolescente ao convívio da sociedade, nunca um fim em si mesma”, concluindo ao salientar que:

A falta de critérios para o desenvolvimento dessa medida deriva de reações plausivelmente esperadas, como aquelas exemplificadas pelas rebeliões em estabelecimentos de custódia de menores em várias localidades brasileiras, como mostram os meios de comunicação nacional. As internações nesses locais, por mais que bem aplicadas pelos magistrados, são cumpridas dentro de um modelo antigo, inadequado, impróprio, onde são desenvolvidos programas que não se preocupam com a integração do jovem em sua família e em sua comunidade, tão somente os tratam como indivíduos portadores de patologia social (PACHECO, 2013, p. 204).

#### g) Remissão:

Trata-se de um perdão concedido pelo Promotor de Justiça ou pelo Juiz de Direito. É um ato bilateral, onde o adolescente, juntamente com seus responsáveis, troca o processo por uma medida antecipada.

A remissão pode ser ministerial, isto é, quando concedida pelo promotor de justiça, excluindo-se o processo mesmo antes de iniciar o procedimento judicial, ou ainda pode ser judicial, quando expedido pelo Juiz após o processo se iniciar, onde há a suspensão ou extinção do processo. Ressalta-se a possibilidade de ser acumulada com uma medida socioeducativa (como a prestação de serviços à comunidade), exceto a aplicação das medidas socioeducativas privativas de

liberdade previstas no artigo 127 do ECA. Por fim, tem-se que a remissão não implica em reconhecimento de culpa, nem prevalece para efeitos de antecedentes (BRASIL, 1990).

Observa-se que as medidas socioeducativas se caracterizam como políticas públicas, comportando análises sobre sua gestão. Possui, portanto, a partir do ECA, uma política pública que materializa, por meio das transformações sociais, e por meio da execução do Poder Público, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).

Inserido em um Sistema de Garantia de Direitos, cuja finalidade é a efetivação da proteção integral de crianças e adolescentes, o SINASE é considerado um documento construído por diversos setores da sociedade que se dedicam à pauta da socioeducação. Em seu conteúdo desvela-se como prioridade a implantação de medidas socioeducativas em regime aberto, notadamente, a prestação de serviços à comunidade e a liberdade assistida. Isso, por entender a necessidade de se reverter um tendência histórica e crescente de internar os adolescentes envolvidos em atos infracionais, uma vez que se têm indicativos de que a inclusão social dos egressos de sistemas socioeducativos não é satisfatória, por diversos motivos (BRASIL, 2013).

O SINASE se apresenta enquanto um conjunto ordenado de princípios, regras e critérios políticos, jurídicos, pedagógicos, além de uma organização orçamentária e financeira, abarcando desde o processo que apura o ato infracional até o término da execução da medida socioeducativa sentenciada (BRASIL, 2013).

Além dos aspectos políticos e pedagógicos em suas diretrizes, o SINASE apresenta também o quadro de profissionais necessários para atuarem no conjunto dos programas envolvidos. De igual forma, normatiza ainda todos os parâmetros arquitetônicos das unidades de atendimento socioeducativo, sobretudo, em relação ao espaço físico, infraestrutura e capacidade/vaga (BRASIL, 2013).

Metodologicamente, o SINASE adota o conceito de Plano Individual de atendimento (PIA), constando as potencialidades, as capacidades e as limitações de cada adolescente atendido, sendo garantida a preservação de sua individualidade e singularidade. Em sua lógica de organização, comporta sistemas estaduais, distrital e municipais. O objetivo é delinear estratégias e recomendações, com ações articuladas entre a União, os Estados e Municípios. Para tanto, cada instância federativa possui atribuições específicas no atendimento socioeducativo no país

(BRASIL, 2013).

À União compete balizar toda a coordenação nacional e formular os preceitos gerais de atendimento, enquanto Política Nacional de Atendimento Socioeducativo, a partir da atuação colaborativa dos Estados e Municípios. Os Estados têm por competência manter e desenvolver os programas de atendimento para execução das medidas em fechado, semiliberdade, internação e internação provisória. Os municípios, por sua vez, se responsabilizam em instituir e manter os programas de atendimento para a execução de medidas em regime aberto, prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida (BRASIL, 2013).

Além disso, as três instâncias têm como incumbência a elaboração de planos e programas específicos para o atendimento desse público em suas esferas, além de instituir e gerenciar os respectivos sistemas de atendimento no âmbito de suas competências. O Sistema Nacional também determinou que no processo de municipalização das medidas socioeducativas, a Sociedade Civil organizada tenha uma participação ativa, por meios dos Conselhos de Direitos das Crianças e dos Adolescentes e do Conselho Tutelar. Estes espaços de participação popular e controle social possuem o caráter de órgão deliberativo, com a incumbência de estabelecer políticas locais que sigam os princípios do SINASE (BRASIL, 2013).

Todos os princípios e diretrizes previstos nesse Sistema apontam para os contornos institucionais da política e sua estrutura organizacional, com ênfase nas bases pedagógicas e éticas, e ações em diversas políticas públicas sociais, como na educação, saúde, trabalho, assistência social, previdência social, esporte, cultura, segurança pública (BRASIL, 2013).

Para isso, propõe-se romper com um paradigma marcado por estigmas que compreendem os adolescentes em conflito com a lei enquanto problemas, além de práticas no sistema de atendimento socioeducativo totalmente arbitrárias. Esse adolescente pode ser concebido a partir da categoria do “estranho”, proposta por Baumann (1998), ou seja, aquele que não se encaixa no que se pretende como correto cognitiva, moral e esteticamente no mundo.

De igual forma, aponta ainda para a necessidade de uma nova construção, onde se propõe a privação de liberdade no atendimento dos adolescentes, porém de forma democrática e com a adoção de procedimentos mais justos, fortalecendo o que está garantido no ECA. Visa recuperar algumas de suas diretrizes normativas de execução a partir de operacionalizações pedagógicas e éticas.



Portanto, o SINASE se apresenta como:

[...] Fruto de uma construção coletiva envolvendo diversos segmentos do governo, representantes de entidades de atendimento, especialistas na área e sociedade civil que promoveram intensos debates com a finalidade de construir parâmetros mais objetivos no atendimento ao adolescente autor de ato infracional. Trata-se de uma política pública que verdadeiramente procura atender aos preceitos pedagógicos das medidas socioeducativas conforme dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente (VERONESE e LIMA, 2009, p. 37).

Segundo a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP) por meio da Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas (SUASE), existem 25 centros socioeducativos e 12 casas de semiliberdade, além de um Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional (CIA-BH), (MINAS GERAIS, 2019).

Em Governador Valadares, no ano de 2005 foi inaugurado o Centro Socioeducativo São Francisco de Assis (CSESFA), com previsão de 80 vagas. Sua inauguração motivou-se pelo fato da mesorregional Vale do Rio Doce apresentar o terceiro maior índice de cometimento de atos infracionais (7,8%), (MINAS GERAIS, 2014).

Por fim, e numa perspectiva analítica da realidade desses territórios de privação de liberdade dos sistemas socioeducativos, têm, segundo nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (BRASIL, 2015) que estes possuem os mesmos problemas que o sistema prisional: a seletividade racial, a massificação do encarceramento, a superlotação, assassinatos dentro da instituição e relatos de tortura.

As consequências disso são o alto índice de fugas de adolescentes, 8,48% do total de internos (BRASIL, 2015) e o óbito, que segundo Levantamento Nacional do SINASE de 2016 (BRASIL, 2018), tem por causas o conflito interpessoal com 38% dos casos, os outros 38% em razão de conflitos generalizados, e 18% motivados por suicídios.

Apesar dos avanços legislativos e de igual forma das políticas públicas implantadas após a Constituição Federal de 1988, o ECA de 1990 e o SINASE de 2012, observam-se dificuldades ao que se refere à garantia dos direitos de crianças e adolescentes, especialmente na condição de acautelados. Há muito que se estudar (da mesma forma que se fazer) para assegurar a essa população espaços

sociais viáveis ao processo socioeducativo. À condição de privação de liberdade, somam-se os danos à saúde física, psicológica e social dos adolescentes, o que tornam esses territórios, carecidos de análises e intervenções conjuntas do Estado, da família e de toda a sociedade. Como colocado por Pacheco (2013, p. 211), esse território pode ser “mais um dos mecanismos que reforça, reproduz ou mesmo expande a exclusão social”.

Além das dificuldades na implementação do ECA e do SINASE, há projetos de lei que tramitam no cenário nacional, que ameaçam os direitos de crianças e adolescentes. Segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) as propostas que objetivam a redução da maioridade penal e a mudança do tempo de internação se distanciam das causas das violências vivenciadas e praticadas por adolescentes e desviam de questões que precisam realmente ser priorizadas. A aplicação integral do SINASE deve ser uma meta a ser alcançada. Isso não significa rebaixar a idade penal ou investir em medidas penais mais severas, mas viabilizar o seu aperfeiçoamento e operacionalização (BRASIL, 2016).

Segundo Mariano (2017) a Emenda Constitucional 95 de 2016, que define o teto de gastos públicos do governo federal, é uma ofensiva à Constituição de 1988, que exige intervenção do Estado para redução das severas desigualdades sociais e econômicas do país. Trata-se de uma ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais. O CONANDA (2018) analisa que as ameaças atuais às políticas sociais no Brasil impactam na execução das políticas para a infância e adolescência e enfraquecem o Sistema de Garantia de Direitos.

Conclui-se que apesar dos avanços obtidos ao longo dos anos, o Estado e a sociedade atuais se movimentam em meio a retrocessos, que caso não sejam superados, poderão desconstruir toda esta perspectiva de proteção integral de crianças e adolescentes.

### 2.3 TERRITÓRIO E MULTITERRITORIALIDADES NA CONFIGURAÇÃO DO AMBIENTE DE ACAUTELAMENTO

A Geografia e os estudos territoriais se configuram como uma importante área de conhecimento para esta pesquisa, especialmente por propor a investigação das interações entre a sociedade e o espaço. Verificar como ocorrem as transformações

humanas no espaço, assim como estas retroagem sobre os sujeitos e as sociedades, é ponto chave para compreender questões complexas como o fenômeno social. Portanto, as multiterritorialidades vivenciadas no ambiente de privação de liberdade juntamente com o processo saúde/doença que se configuram nesse território, que possivelmente, acarretam o adoecimento dos sujeitos inseridos nesse lugar.

Os estudos territoriais trazem a definição de território em diferentes perspectivas. O território, etimologicamente, é entendido como terra-territorium e terreoterror (terror, aterrorizador). Isso representa relação de dominação jurídico-política da terra; e os sentimentos vivenciados por aqueles que ficam excluídos da terra (HAESBAERT, 2011).

Nota-se que o conceito de território está associado a relações de poder materiais, onde se enfatiza, principalmente, o Poder Político do Estado. Em outra perspectiva, o território é permeado por sentimentos e laços que ligam as pessoas a terra, configurando-se, portanto, uma dimensão mais simbólica. Contudo, nota-se que o território pode-se apresentar tanto com uma conotação materialista quanto idealista (HAESBAERT, 2011).

Na perspectiva materialista, destacam-se as concepções naturalistas, econômicas e jurídico-políticas. A concepção naturalista do território pode estar presente na vinculação com os comportamentos dos animais (restringido a este ou enquanto comportamento natural dos seres humanos) ou na relação sociedade-natureza (relação do ser humano com a dinâmica e poder do mundo natural). A definição do território na perspectiva jurídico-política é a mais tradicional se comparada às demais, e diz respeito, especialmente, à força do Estado e suas estratégias de dominação e controle de determinado espaço (HAESBAERT, 2011). Com base na perspectiva econômica, voltada ao aproveitamento dos recursos contidos no espaço geográfico Santos et al. (2000, p. 12) afirma que é o uso do território que o define. Por isso a expressão “território usado”, que segundo ele integra processo histórico, material e social das relações humanas. O território usado reúne os “atores hegemônicos” que o utiliza como recurso para satisfação pessoal e os “atores hegemonzados” que se utilizam dele como abrigo e um meio de sobrevivência.

Nos estudos territoriais, vários geógrafos adotam abordagens materialistas. Entre eles, Vagaggini e Dematteis (1976), que consideram o território como espaço

usado, apropriado e controlado, fruto de relações sociais de produção que se reproduzem em sua formação. Para Gottmann (1973) o território é composto de relações sociais de domínio e controle, tendo um caráter concreto, material e político-ideológico. Raffestin (1993) destaca o caráter político do território, objetivado por relações sociais, de produção, poder e dominação que vão desde o nível do Estado até o nível individual. A abordagem de Sack (1986) compreende território como uma área que a autoridade usa para influenciar, moldar ou controlar atividades e pessoas.

Apesar de ser comum relacionar o território mais às correntes materialistas, encontram-se também, na Geografia Cultural e Humanista, perspectivas com caráter mais idealistas. Bonnemaïson (2002, p. 99, 101) aborda o território "(...) em sua expressão mais humana, ele é essencialmente um lugar de mediação entre os homens e sua cultura". Considera não ser possível separar a cultura, traduzida em termos de espaço, do território. "É pela existência de uma cultura que se cria um território e é por ele que se fortalece e se exprime a relação simbólica existente entre a cultura e o espaço". Observa-se que o território está investido de valores simbólicos e afetivos.

Diante das várias possibilidades de análise do território, Haesbaert (2011) aponta duas possibilidades, admitir os vários territórios que coexistem na contemporaneidade, isto é, territórios políticos, econômicos, culturais, naturais, cada qual com sua dinâmica; ou investir na ideia de um território articulado, conectado e integrado a partir das suas várias dimensões, ainda que a nível individual ou de grupo. O território é considerado polissêmico, resultado de relações de poder múltiplas que ocorrem no espaço geográfico e que se manifestam de forma material, por meios das relações político-econômicas; e imaterial, por movimentos de apropriação espacial, de ordem simbólico-cultural.

Intrínseco ao conceito de território está o de Territorialização, uma vez que o território é resultado do processo de territorialização que ocorre por meio da apropriação e do domínio social, que se faz cotidianamente, no campo do poder e das relações socioespaciais. O território é organizado historicamente por agentes humanos; política, jurídica e economicamente (SAQUET, 2007). A territorialização pode ser entendida como a legitimidade de um grupo social no espaço que ocorrem por meio de suas práticas e estratégias espaciais de ocupação e/ou organização (DI MÉO, 2004).

Outro conceito importante nos estudos territoriais é o de territorialidade, que está "intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar" (HAESBAERT, 2007, p. 22). A territorialidade se apresenta nas atividades diárias que ocorrem em diversos espaços sociais, ou seja, faz parte da construção de cada território envolvendo relações de distintas naturezas (SAQUET, 2013).

A territorialidade pode ser entendida como um componente do poder, mas não apenas um meio para impor a ordem, também uma estratégia para criar e manter grande parte do contexto geográfico, através do qual os sujeitos experimentam o mundo e o significam. A territorialidade humana é "[...] a tentativa de um indivíduo ou grupo de afetar, influenciar, ou controlar pessoas, fenômenos, e relações, delimitando e afirmando o controle sobre uma área geográfica" (SACK, 1986, p. 219).

Entretanto, as territorialidades estão relacionadas à forma de domínio, percepção e apreensão do território, o que dão forma e sentido a este. Estas se manifestam em todas as escalas espaciais e sociais; é consubstancial a todas as relações. As territorialidades são conjuntos de relações mediatizadas, dinâmicas, que derivam do sistema sociedade-espaço-tempo e se associam à organização do espaço (RAFFESTIN, 1993).

Em uma perspectiva mais idealista, está Bonnemaïson (2002, p. 97): "toda cultura se encarna, para além de um discurso, em uma forma de territorialidade". Declara que a territorialidade é compreendida mais "pela relação social e cultural que o grupo mantém com a trama de lugares e itinerários que constituem seu território" do que pela apropriação biológica e de fronteira.

Considerando a complexidade do que é proposto no presente estudo, que demanda análise territorial, toma-se como ideal, utilizar como referencial teórico a concepção híbrida do território proposta por Haesbaert (2011). Tal perspectiva possibilita o estudo mais abrangente do que é proposto por compreender os territórios e os fenômenos sociais a partir de uma lógica integradora, resultado das interações entre suas diferentes dimensões sociais. Do mesmo modo trata-se de uma abordagem que supera o dualismo materialismo/idealismo, visto ser impossível conceber o espaço de forma fragmentada e desconectada uma vez que este é relacional, é conexão, é movimento.

Tendo como base o referencial teórico mencionado, e na perspectiva de que o

território de acautelamento, complexo e polissêmico, consolida-se (i) materialmente por meio das várias dimensões territoriais, torna-se oportuno, reflexões a respeito deste contexto.

Em sua dimensão política, esse território se configura na presença do Estado, em sua ínsita vocação controladora do espaço em questão, na qual se exerce poder, e toma como fundamento a responsabilização do autor do ato infracional. O território proposto pode ser entendido como resultado dos conflitos e contradições sociais, em razão do descumprimento, por parte de adolescentes, das normas e leis presentes no arcabouço jurídico brasileiro (SAQUET, 2007). Diante da prática infracional, o Estado impõe limites espaciais ao adolescente que é materializado fisicamente e simbolicamente no dia a dia da unidade socioeducativa.

Ao mesmo tempo, o Estado necessita criar meios para que prevaleça o caráter ressocializar da medida socioeducativa imposta, resultado de discussões e reflexões históricas e atuais que consideram ser este o caminho ideal para a concretização do que é proposto (BRASIL, 1990). Nessa perspectiva, o Estado utiliza de ferramentas concretas, como a criação de legislações, decretos-leis e portarias, e de modo igual, protocolos e procedimentos para se alcançar os objetivos da socioeducação (BRASIL 2012; BRASIL, 2014). Porém se vê entrelaçado por fatores de distintas naturezas, conforme relatado pelo Conselho Nacional e Justiça (CNJ, 2012) que ora facilita o que é proposto pela medida socioeducativa, ora se configura como um dificultador.

O Estado enquanto executor da medida socioeducativa precisa dar conta de toda essa teia de relações presentes no território da socioeducação, que muitas vezes atua de forma contrária aos seus objetivos, inclusive a própria força embutida em suas ações para controle dos sujeitos ali presentes. Reforçando que o Estado por meio do poder político é aquele que tem a função de garantir os direitos dos adolescentes, conforme Brasil (1990), e nesse sentido, a saúde, direito fundamental associado ao próprio direito à vida, inviolável na concepção política-jurídica e humanitária. Sendo assim, a vertente política do território somente poderá ser entendida se contemplada com as demais vertentes do território, de acordo com Haesbaert (2011).

A dimensão econômica, embora menos explícita no contexto territorial estudado, se (i) materializa nos processos de exclusão (HAESBAERT, 2004), que de maneira recorrente exclui parte da sociedade ao acesso de bens de consumo e

serviços. O mercado, cuja estratégia de dominação é voltada à obtenção do lucro, reforça uma lógica onde muitas vezes àqueles que não possuem meios para se desenvolverem tanto do ponto de vista material quanto subjetivo, são involuntariamente, levados ao distanciamento das leis e normas estabelecidas no âmbito social.

Nessa concepção, o ato infracional pode-se configurar como uma prática, que equivocadamente, levariam os sujeitos autores à conquista da tão valorizada inserção social e ao poder econômico. O que, muitas vezes, não ocorre, visto o entrelaçamento de contingências em que se vêem envolvidos, tanto fora quanto dentro do contexto de acautelamento. Neste último ainda precisam lidar com a falta de recursos financeiros que ameaçam a todo o momento um ambiente adequado que contribua com a ressignificação do ato infracional. Isso pode ser percebido no relatório do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP, 2015), quando se verifica as péssimas condições das unidades socioeducativas brasileiras ao que se refere às estruturas e aos serviços ofertados, inclusive no âmbito da saúde.

Da mesma forma, a vertente econômica pode ser percebida, quando a medida socioeducativa contempla entre seus objetivos, a profissionalização do adolescente, para ampliação das possibilidades de inserção no mercado de trabalho, especialmente após o cumprimento da medida. No entanto, as poucas oportunidades nesse âmbito parecem mais uma vez reforçar a exclusão em que estão imersos. Estas se dão tanto em função do histórico acadêmico e profissional dos adolescentes, que os impede muitas vezes de atender às expectativas do mercado, como pela realidade econômica do país. O Brasil registrou taxa de desemprego de 12,7% em abril de 2019 conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019). Segundo dados do Instituto de Pesquisa e Econômica Aplicada - IPEA (BRASIL, 2019) os jovens de 18 a 24 anos e as pessoas com baixa escolaridade estão entre os mais vulneráveis.

E por fim, a dimensão simbólica do território que não poderia deixar de ser considerada, pois como afirma Haesbaert (2003) para se compreender os complexos meandros do poder, é preciso considerar que este também se manifesta implicitamente nas relações sociais e nas representações sociais. O que significa dizer que o simbólico-cultural sempre esteve presente, mesmo quando se privilegia outras dimensões do território.

Essa dimensão cultural está presente no contexto de acautelamento de

maneiras bem peculiares. Quando este território emana ideologias, discursos, posicionamentos políticos e manifestações no exercício do poder com objetivo de disciplinar estes sujeitos. Quando os adolescentes se apropriam do espaço tempo vivido como uma forma de se colocar frente aos desafios impostos, em meio a um território marcado pela dominação do Estado. E também quando buscam resignificar suas próprias histórias e vidas a partir das novas vivências territoriais e assim, conseguem se reterritorializarem, termo usado por Raffestin (1993), na sociedade, cada qual em seu tempo e espaço. Portanto, se trata de um território, como concebe Dematteis (2008) enquanto produto social onde ocorrem relações de diferentes sujeitos, cada qual com suas territorialidades e com suas tramas específicas.

Conceito importante para o estudo presente é o de desterritorialização. Haesbaert (2011) discute a respeito dos avanços tecnológicos, científicos e informacionais e do processo de globalização, que propicia aproximação e constituição das sociedades em redes, fluxos e hibridismos culturais. A consequência desse movimento é o fim dos territórios. Esse processo é denominado pelo autor de desterritorialização, termo proposto pelos filósofos Deleuze e Félix Guattari.

A desterritorialização é um processo simultâneo, no qual as pessoas estão a todo o momento desterritorializando e reterritorializando. Portanto não se trata de territórios ou processos de territorialização que estão se desfazendo, mas a vivência de um processo complexo de des (re) territorialização cada vez mais múltiplo (HAESBAERT, 2011).

Haesbaert (2011) defende que a multiterritorialidade é a alternativa conceitual à desterritorialização. O ser humano enquanto territorializador tem sua existência marcada por interações e entrelaçamentos de territórios, portanto, a multiterritorialidade está presente a todo tempo e espaço. Sendo assim, a multiterritorialidade pode ser conceituada como reterritorialização em rede, com fortes conotações rizomáticas ou não hierárquicas. O autor diz:

O que entendemos por multiterritorialidade é, assim, antes de tudo, a forma dominante, contemporânea ou pós-moderna, da reterritorialização, a que muitos autores, equivocadamente, denominam desterritorialização. Ela é consequência direta da predominância, especialmente no âmbito do chamado capitalismo pós-fordista ou de acumulação flexível, de relações sociais



construídas através de território-rede, sobrepostos e descontínuos, e não mais de territórios-zona, que marcam aquilo que podemos denominar modernidade clássica territorial-estatal [...] (HAESBAERT, 2011, p. 338).

Esse movimento empreendido no espaço tempo vivido acontece quando o sujeito decide deixar certo território, por vontade própria ou não. De forma intrínseca à desterritorialização, ocorre a reterritorialização, ou seja, a efetivação de um novo território. Assim, o vivido territorial é composto por processos contínuos de des (re) territorialização, o que significa que territórios são abandonados da mesma forma em que outros são instituídos (HAESBAERT, 2011).

De acordo com Haesbaert (2011), o termo multiterritorialidade, tem sua aplicação mais adequada na dimensão social, sendo que os mais vulneráveis são os que apresentam mais desterritorializados ou mais precariamente territorializados.

A prática infracional e posteriormente, o acautelamento, induz obrigatoriamente, ao processo de des (re) territorialização. O adolescente envolvido pode ser visto como àquele que passou por processos contínuos de des (re) territorialização. O próprio envolvimento com o ato infracional indica presença de múltiplos territórios, distintos muitas vezes, dos territórios vividos anteriormente à prática delituosa. Intrínseco a esse movimento, estão os conteúdos simbólicos e subjetivos. O que significa que o adolescente poderá sofrer diversas transformações em sua identidade, que poderá influir em seu modo de ser e agir, a partir da sua ligação com o território do crime.

Esse processo de estranhamento se associa à ideia de desterritorialização ou “desculturização”, conforme Santos (2006, p. 222). Desfigurado dos laços identitários, o adolescente pode não vislumbrar a possibilidade de se realizar agindo conforme as ordens sociais, políticas e econômicas impostas na sociedade ao qual faz parte. Assim, muitas vezes se sentindo sem opção, acaba deslocando, por desterritorialização para o crime, uma alternativa à falta de sentido e/ou significado experimentado no vivido territorial. Agindo assim, se reterritorializa em espaço instável e imprevisível, como poucas possibilidades de constituição de sentimento identitário genuíno.

Mais adiante, na condição de acautelado, este mesmo adolescente viverá novos processos de des (re) territorialização, que se manifestarão a partir das várias

dimensões territoriais. Inicialmente ele será deslocado de seu território e de forma involuntária, posto em outro, delimitado e formatado conforme as ideologias e normas do poder político do Estado. Poderá estar também limitado pelos recursos econômicos desse território, tendo que lidar com problemas de infraestrutura e de natureza administrativa. Ou em uma perspectiva mais positiva, poderá ter acesso aos direitos e garantias que outrora não tinha, como saúde, educação e profissionalização. Do mesmo modo fará parte desse movimento, os símbolos e significados que permeiam o cotidiano do acautelamento, e que darão sentido ou não ao vivido territorial, ou seja, que possibilitará ou não a formação de sentimento identitário.

Bonnemaison (2002, p. 102) aprofunda nas questões relacionadas à identidade dos grupos. Para o autor, é necessário “compreender a concepção de mundo que existe no coração do grupo ou da sociedade que estejam estudando [...] sobretudo pelo estudo de suas expressões espaciais”. Para isso é preciso “reencontrar os lugares onde se exprime a cultura e, depois, a espécie de relação secreta e emocional que liga os homens a sua terra e, no mesmo movimento, funda sua identidade cultural”.

No contexto da socioeducação implica em conhecer profundamente a história desse sujeito e sua relação com os territórios onde esteve, cresceu, se “humanizou”, e onde (des) construiu suas identidades e subjetividades. A partir daí, buscar compreender como essas construções impactam suas vivências no território em questão, estabelecendo suas relações e influenciando na formação de suas novas territorialidades. E daí pensar estratégias conjuntas com este sujeito, consoantes às suas limitações e possibilidades, para então alcançar o objetivo da medida socioeducativa, que não pode ser apenas do Estado, mas do adolescente que ali está.

No entanto, trata-se de uma tarefa complexa, devido à variedade de elementos que se somam às vivências cotidianas no território de privação de liberdade e que formam as multiterritorialidades. Haesbaert (2004, p. 19) chama a atenção para as singularidades dos territórios que são resultado da combinação de influências diversas oriundas dos mais variados lugares. Isso significa que o vivido territorial traz marcas de outros espaços e escalas. O autor diz que “o território, como espaço dominado e/ou apropriado, manifesta hoje um sentido multi-escalar e multi-dimensional que só pode ser devidamente apreendido dentro de uma

concepção de multiplicidade, de uma multiterritorialidade”.

Nessa perspectiva de análise, pode-se dizer que os adolescentes acautelados vivenciam múltiplos e simultâneos territórios, que foram/são construídos pelas histórias passada e presente. E inúmeros são os fatores que marcam a vivência desses adolescentes nesse novo contexto. Essas territorialidades são articuladas ao vivido territorial e afetam a reconstrução de identidades. Por isso a necessidade de dar voz ao adolescente para que ele possa falar sobre como está vivenciando o acautelamento. E, além disso, investir maciçamente na saúde integral deste que se encontra em fase peculiar de desenvolvimento.

O entrelaçar desses novos territórios levam a novas experiências de vida, mais flexíveis e imutáveis, que não caracterizam agrupamento de múltiplos territórios, mas uma verdadeira multiterritorialidade, o que implica, necessariamente, em mudanças de distintas naturezas (HAESBAERT, 2011).

Por conseguinte, o território da privação de liberdade deve ser percebido como dinâmico, complexo, multi-escalar, multidimensional e singular; capaz de ser modificado a todo tempo, por meio de constantes interações e entrelaçamentos, e principalmente dos significados atribuídos pelos adolescentes a estas vivências territoriais.

Para estudar as multiterritorialidades vivenciadas por adolescentes na privação de liberdade e suas implicações na saúde - foco desta pesquisa - é preciso considerar os elementos que ali se manifestam em entrelaçamentos contínuos enquanto produtos e produtores desse espaço/lugar/território. Igualmente, que este é lugar de relações (de poder) que podem ser percebidas nas marcas distintas de vivências, cada sujeito em seu tempo e seu espaço. E não menos importante, entender que os adolescentes transitam por múltiplos territórios, andam entre o tempo passado, presente e futuro. Sendo assim, necessário transpor o espaço tempo vivido em toda sua multiplicidade de sentidos e significados.

A medida socioeducativa traz consigo a proposta de recuperação do sujeito, de sua (re) construção pessoal e coletiva, onde o processo de ressocialização dê espaço para uma construção de futuro, com novas territorialidades que surgirão nas novas trajetórias e novos territórios a serem também vivenciados.

As reflexões de Saquet (2013) sobre os propósitos da Geografia, voltados para a cooperação, desenvolvimento, libertação e emancipação, reforça a relevância da escolha da abordagem territorial neste estudo. É preciso uma Geografia que

entenda a complexidade do mundo, as transformações, as continuidades, os fluxos, as redes e as escalas. Enfim, que valorize as identidades e as diferenças e busque a justiça social.

Para Haesbaert (2005) as ações que se pretendem transformadoras na sociedade precisam, antes de qualquer coisa, reconhecer os territórios em suas multiplicidades e multiterritorialidades.

E é nessa perspectiva que se pretende aqui pensar o acautelamento, enquanto um espaço múltiplo em todos os sentidos, que precisa ser transformado a cada momento em prol da saúde integral dos que ali se encontram, ainda que temporariamente. Para então possibilitar novas territorialidades, capazes de contribuir com a ressignificação desse tempo histórico, e da mesma forma, fortalecer os movimentos em direção à justiça, tão necessária para a sobrevivência dos territórios.

#### 2.4 EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O ACAUTELAMENTO

Saúde é um direito político e social fundamental para a vida humana, que reflete o cenário “social, econômico e cultural” de determinada “época, lugar e classe social”. E da mesma forma está condicionada aos “valores individuais” e às “concepções científicas, religiosas e filosóficas” (SCILIAR, 2007, p. 30). O conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) como bem-estar físico, mental e social, indica uma perspectiva integral, em que há a interação e combinação de distintos elementos. Trata-se de um processo complexo e dinâmico, que envolve fatores de diversas naturezas, podendo ser percebido e vivenciado de diferentes formas por pessoas e/ou grupos de diferentes tempos e lugares.

O direito à saúde foi reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948. A Declaração consiste em um conjunto de normas acordadas internacionalmente para orientar e avaliar a conduta dos governos em vários setores - com foco na promoção, no respeito aos direitos e liberdades individuais e coletivos- que dentre de outras coisas contribui também para o fortalecimento dos sistemas de saúde (OMS, 2007).

Para obter acesso à atenção em saúde de maneira igualitária, é necessário um sistema público de saúde eficiente. No entanto, embora os tratados e

documentos internacionais reforcem esse direito humano, o acesso à saúde ainda não consegue abarcar uma parcela significativa da população. De acordo com documento publicado pela OMS “os sistemas de saúde de muitos países são débeis e estão entrando em colapso”. Apesar de ser uma exigência do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Organizações das Nações Unidas (ONU), apenas 57 países apresentam um plano de saúde nacional (OMS, 2007).

No Brasil, a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988 foi um marco da democracia que instituiu no ordenamento jurídico os Direitos Humanos. Segundo Groff (2008) os direitos fundamentais ocupam uma posição central, representando a consolidação de todos os direitos conquistados ao longo dos tempos. Isso contribuiu com o avanço da proteção social no país e da realização plena da cidadania.

O direito à saúde no Brasil foi reconhecido pela Constituição e está relacionado à inviolabilidade do direito à vida. Antes disso, o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores que possuíam carteira assinada e suas famílias. As demais pessoas tinham acesso ao serviço de saúde como um favor e não como um direito. O artigo 196 da Constituição de 1988 preconiza que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

As Leis 8080 e 8142 de 1990 (BRASIL, 1990) entendem a saúde como direito fundamental, tendo o Estado à função de garanti-la à população, por meio de “formulação e execução de políticas econômicas e sociais”, que reduzam “riscos de doenças e outros agravos” e que assegure o “acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Esse conjunto de ações e serviços de saúde constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

A lei 8080, em seu artigo 3º, menciona os fatores determinantes e condicionantes da saúde: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990). Portanto, é possível perceber, que o direito à

saúde, envolve a garantia de outros direitos imprescindíveis para a qualidade de vida dos sujeitos. Sendo importante o investimento em outras políticas públicas e sociais.

O Sistema de Saúde brasileiro também está organizado com base em três princípios: universalidade, integralidade e equidade. A integralidade se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Portanto, a integração das ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Da mesma forma, o diálogo com outras políticas públicas para assegurar articulação entre áreas distintas, mas que estão relacionadas à saúde e à qualidade de vida. A universalidade determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. A equidade significa a persistente busca pela justiça que trate cada indivíduo segundo sua natureza particular. É o conceito em que a justiça pela igualdade se baseia, ao propor o respeito aos direitos de cada um (BRASIL, 1990).

Desde a implantação do ECA, que crianças e adolescentes são consideradas pessoas no gozo “de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral” com o objetivo de facultar a essas pessoas o “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”. Entre os direitos fundamentais previstos no Estatuto, estão: direito à vida, saúde, liberdade, respeito, dignidade, convivência familiar e comunitária, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização e proteção no trabalho (BRASIL, 1990, p. 4).

Verifica-se que a saúde dos adolescentes é entendida na legislação brasileira como um direito. E o sistema de proteção integral por meio dos órgãos do sistema socioeducativo tem o dever de respeitar os direitos fundamentais dos indivíduos em regime de privação de liberdade. Segundo os princípios constitucionais pode-se dizer que o princípio da legalidade assegura que o adolescente só pode ter restrições de direito quando previsto em lei. Os acautelados mantêm os direitos não atingidos pela sentença judicial o que indica ter acesso às políticas públicas essenciais ao seu desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Portanto, a partir do momento em que o adolescente é privado de liberdade, se encontra sob tutela e responsabilidade do Estado. O direito de ir e vir foi suspenso, mas o direito à saúde permanece e é dever do poder público garanti-lo. Independente da condição de infrator, o Estado tem o dever constitucional de prover

e assegurar as condições materiais e imateriais de sua existência, e da mesma forma garantir todos os demais direitos. Dessa forma, o poder público se torna o principal responsável na concretização de ações que visam à reconstrução de um projeto de vida (FERNANDES, RIBEIRO e MOREIRA, 2015).

Os profissionais de saúde se vêem diante de uma tarefa complexa, que é desconstruir a lógica carcerária e ao mesmo tempo dar atenção às questões relacionadas à adolescência e sua saúde. Não garantir o direito à saúde dos adolescentes acautelados, é um ato de violência, que atenta contra as diretrizes das normativas específicas para essa população. No entanto, as políticas de cuidados da saúde do adolescente privado de liberdade no Brasil e em Minas Gerais estão em processo de construção. Contudo, prevalecem às dificuldades para garantir o acesso destes à saúde (VILAS BOAS, CUNHA e CARVALHO, 2010).

No território de privação de liberdade são descritos diferentes problemas de saúde entre os adolescentes. Segundo relatório do Conselho Federal de Psicologia - CFP e Ordem dos Advogados do Brasil - OAB, (2006), em inspeção realizada nas unidades socioeducativas brasileiras, foram identificados agravos de origem dermatológica, respiratória, odontológica, de saúde mental, suicídio e dependência química. Além disso, os relacionados às violências; lesões, assassinatos, enforcamentos, brigas, entre outros.

Outras demandas a serem consideradas são as precárias condições dos centros socioeducativos no Brasil. Segundo relatório do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP, 2015, p. 85) “há superlotação, poucas oportunidades de formação educacional e profissional, espaços insalubres, rebeliões nas unidades, fugas, dificuldades de atendimentos de saúde, entre tantos outros”.

Os territórios socioeducativos parecem manter características referentes aos espaços institucionalizados. Monte e Sampaio (2012) relataram que esses ambientes são marcados por práticas pedagógicas de vigilância, punição e castigo, que acabam impedindo o desenvolvimento da autonomia dos adolescentes. Coutinho et al. (2011) revelaram que as condições dos adolescentes dentro das unidades socioeducativas reforçam práticas estigmatizantes, em que a ociosidade e a violência presentes cotidianamente fragilizam as relações interpessoais e o próprio processo de ressocialização proposto pela medida.

Sendo assim, o contexto de privação de liberdade e sua representação pode dificultar o desenvolvimento de ações na área da saúde. Fernandes, Ribeiro e

Moreira (2015) concluíram que o preconceito e o estigma são vistos como barreiras para os investimentos em recursos humanos e parcerias governamentais interinstitucionais, especialmente a atenção à saúde. Os gestores e profissionais do sistema socioeducativo precisam estar atentos aos seus comportamentos, uma vez que estes quando diferentes das leis e normas, podem reforçar uma lógica punitiva, ameaçadora da dignidade humana. Da mesma forma os profissionais de saúde, que apesar de terem mais familiaridade com os princípios humanistas preconizados pelo SUS, também estão sujeitos aos mesmos equívocos.

Conclui-se ser um desafio pensar a saúde no território socioeducativo. Segundo Fernandes, Ribeiro e Moreira (2015), os adolescentes privados de liberdade são usuários do SUS, como qualquer outra pessoa. Mas a realidade das unidades socioeducativas fere os princípios mais básicos de civilidade e humanidade. São comuns as inconstâncias, os obstáculos, os arranjos, as resistências, institucionais ou individuais, no âmbito das relações entre a saúde e o sistema socioeducativo. Ainda é preciso desconstruir uma cultura carcerária e medieval de tortura, punição e negação de direitos. Os autores refletem que é nesse panorama de complexidade relacional que os três níveis de governo devem trabalhar. O foco deve ser na melhoria das condições de vida dos adolescentes, o que significa trabalho em rede. Do mesmo modo, na proteção e salvaguarda dos direitos humanos civis e sociais dos adolescentes privados de liberdade.

Diante dos diversos problemas no campo da saúde dos adolescentes acautelados, o Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Direitos Humanos, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), Portaria GM nº 1082 de 2014. Nessa Portaria foram estabelecidas as diretrizes das ações, com novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde dos adolescentes. Sendo que as ações ocorrerão com a participação conjunta da União, dos Estados e dos Municípios. A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei (BRASIL, 2014).

Os objetivos específicos são:

- I- Ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade; II- estimular



ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei; III- incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), de modo a atender as complexas necessidades desta população; IV- promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; V- garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei; VI- priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e VII- promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014).

Portanto, ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa é garantida a atenção integral à saúde no SUS, no que concerne à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Os princípios norteadores dessa política são enumerados abaixo:

I- Respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; II- enfrentamento ao estigma e preconceito; III- respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; IV- garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional; V- reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos Municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território; VI- atenção humanizada e de qualidade a esta população; VII- organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei; e VIII- permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social (BRASIL, 2014).

A Portaria também prevê a elaboração de planos operativos com atribuições e responsabilidades dos estados e municípios com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde dos adolescentes, por meio de ações e estratégias de saúde nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Assim como o plano anual, documento firmado entre os gestores de saúde, da unidade socioeducativa e da equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes. Define que a saúde dos adolescentes acautelados será de responsabilidade da Atenção Básica,

onde contarão com uma equipe multiprofissional de saúde. Caso a unidade socioeducativa tenha uma equipe de saúde, esta deverá ser cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Nesse caso, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência trabalhará de forma complementar para inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde do município. A equipe poderá contar com profissional da saúde mental; médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e/ou terapeuta ocupacional, sendo que os três últimos precisam de especialização na área (BRASIL, 2014).

O documento alega que “a promoção da saúde e prevenção de agravos, as ações de assistência e reabilitação da saúde e a educação permanente” são eixos prioritários na organização da atenção integral à saúde dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, cuja organização contempla:

I- O acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; II- a saúde sexual e a saúde reprodutiva; III- a saúde bucal; IV- a saúde mental; V- a prevenção ao uso de álcool e outras drogas; VI- a prevenção e controle de agravos; VII- a educação em saúde; e VIII- os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas (BRASIL, 2014).

A saúde mental dos adolescentes é considerada competência da atenção básica, com foco no “desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas”. Sendo necessária a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para viabilizar a identificação de “sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas”. A PNAISARI também prevê, nos casos em que houver necessidade, o suporte hospitalar através de internações de curta duração respeitando assim as determinações da Lei nº 10216 de 2001 (BRASIL, 2014).

No contexto da saúde mental, as “tecnologias leves” poderão contribuir para a melhoria da assistência ofertada aos adolescentes que se encontram em fase peculiar de desenvolvimento. Estas se referem às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, escuta qualificada das demandas, gestão como uma forma de governar processos de trabalho de produção

da saúde mental e atenção à dinâmica institucional, produtora de adoecimento psicológico (BRASIL, 2014).

Considerando as demandas relacionadas aos transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes acautelados, o tratamento adequado - que supere o atendimento ambulatorial – é direcionado à lógica do matriciamento, com as equipes de saúde e do centro socioeducativo (BRASIL, 2014). O matriciamento engloba:

Discussão de casos clínicos; Participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; Atendimento psicossocial com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; Colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; Agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; Realização de visitas domiciliares conjuntas (BRASIL, 2014).

Contudo, o planejamento das ações implica por parte dos profissionais da saúde e da unidade socioeducativa, conhecimento da situação de saúde mental dos adolescentes e da rede de atenção disponível no território. Da mesma maneira é responsabilidade das equipes, a discussão da medicalização dos problemas de saúde mental e da dinâmica institucional na produção destas demandas. Ainda, as reflexões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas e a continuidade do cuidado após o cumprimento da medida socioeducativa (BRASIL, 2014).

A PNAISARI prevê atenção especial à saúde mental dos adolescentes por ser uma das principais demandas identificadas no território de privação de liberdade (BRASIL, 2014). Observa-se que esse território apresenta características que podem impactar a saúde do adolescente e comprometer sua integridade física, psicológica e social. Como relatado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2012) os fatores de risco vão desde as características relacionadas às estruturas físicas, passando pelas condições insalubres dos alojamentos, até as constantes violações de direitos que, chega-se ao extremo da morte, seja por suicídio ou homicídio.

É comum os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em regime fechado apresentarem problemas relacionados à saúde mental. O estudo de Costa e Silva (2017) constatou ligação entre transtornos mentais e privação de

liberdade, com possibilidade de ampliação de sintomas face à situação de encarceramento. A pesquisa realizada por Monteiro (2012) com 87 adolescentes internados em uma unidade de medida socioeducativa no Estado do Rio de Janeiro (RJ) identificou alta prevalência (70,1%) de transtornos mentais, sendo que 51,7% dos adolescentes apresentaram transtornos por uso de substâncias psicoativas, com exceção de nicotina e álcool, que foram 31,0%, e 23,0% respectivamente. A pesquisa também identificou stress em 29,9% dos adolescentes. Concluiu que o distanciamento do ambiente social de origem e a privação de liberdade são fatores que podem desencadear o adoecimento mental.

Estudo desenvolvido por Pinho et al. (2006) objetivou descrever o perfil psiquiátrico dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no Estado da Bahia (BA) em 2003. Dos 290 internos, 218 (75,2%), preencheram critérios para um ou mais transtornos psiquiátricos de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10). Entre os portadores de patologia, 47,7% apresentaram transtornos em comorbidade. As patologias mais comuns foram transtorno de conduta e transtorno por uso nocivo de substância psicoativa.

Segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018) os problemas de saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de doenças e lesões em adolescentes. A idade de quatorze anos é onde se iniciam a metade de todas as demandas de saúde mental, embora a maioria dos casos não seja identificada. A depressão é uma das principais causas de doença e incapacidade entre os adolescentes. E o suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de quinze a dezenove.

Biazus e Ramires (2012) relataram que a depressão vem se tornando cada vez mais frequente nessa fase da vida. Trata-se de um quadro psicopatológico grave que interfere em diferentes âmbitos da vida do sujeito e que pode acarretar danos às outras fases da vida. Segundo a OPAS (2018) a depressão é um Transtorno Mental Comum (TMC) onde o primeiro sinal e/ou sintoma é a tristeza intensa e persistente, acompanhada da falta de interesse pelas coisas. Observam-se também a perda de energia, concentração, apetite, problemas no sono, sintomas de ansiedade, sentimentos de inutilidade e culpa, falta de expectativas futuras, pensamentos de autoagressão e suicídio.

Os TMC ou não psicóticos são considerados transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão. Caracterizam-se por apresentarem sintomas como

fadiga, prostração, esquecimento, desatenção, insônia, irritabilidade e queixas somáticas (GOLDBERG e HUXLEY, 1992).

O território da privação de liberdade é aquele onde existem sujeitos que estão em trajetórias peculiares em seus desenvolvimentos e em razão disto, demandam cuidados especiais. De acordo com Santos et al. (2014) a adolescência é uma fase da vida em que o sujeito passa por transformações de distintas naturezas, o que amplia o entendimento do existir para além de um processo orgânico e biológico. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) toma como base a Organização Mundial da Saúde e compreende a adolescência o período dos 10 aos 19 anos, embora não seja possível se limitar radicalmente a esse critério. O início da adolescência é marcado por questões de ordem biológicas associadas à maturação sexual, mas o limite final é de natureza social, quando o sujeito assume sua própria vida e se torna um ser autônomo e independente.

Segundo Peralva (1997) essa fase da vida é uma condição social e ao mesmo tempo, um tipo de representação. Portanto, se há um caráter universal, este está relacionado às transformações biológicas, psicológicas e físicas da faixa etária. Porém, cada sociedade, em cada tempo histórico vai lidar de diversas formas com esse momento, com base nas condições sociais, econômicas, culturais, de gênero, entre outros aspectos.

Na sociedade ocidental não cabe uma concepção de adolescência/juventude resumida a um momento de transição para a fase adulta. É preciso compreender esta etapa a partir da perspectiva da diversidade. “A juventude constitui um momento determinado, mas não se reduz a uma passagem; ela assume uma importância em si mesma” (DAYRELL, 2003, p. 42). Ao reconhecer a juventude como um grupo social na perspectiva da diversidade, a reflexão aqui proposta é romper com a ideia de que há um conceito universal capaz de produzir uma concepção única sobre todos os jovens que vivem nas mais diversas realidades. Para Dayrell (2016), a juventude é uma categoria dinâmica. Sendo assim, afirma que não há uma juventude e sim jovens, sujeitos que fazem parte de uma sociedade, e, portanto, aprendem a agir de determinadas formas.

No contexto de incertezas, estruturas sociais mais fluidas, fragmentação da relação com o tempo, os adolescentes vivenciam uma experiência marcada por crescentes inconstâncias e descontinuidades. Estes aspectos caracterizam o princípio da “reversibilidade”, denominado por Pais (2004), que expressa o constante

“vaivém” presente em todas as dimensões da vida destes, inclusive nos modos como lidam com o tempo e constituem seus projetos.

Percebe-se que a adolescência é uma etapa da vida marcada por mudanças profundas e de diferentes naturezas. É uma etapa de vivências múltiplas, descobertas, conflitos, desafios; de sentimentos diversos como medo, insegurança, apreensão, tristeza, alegria. Portanto, trata-se de uma fase complexa, que predispõe o adolescente ao adoecimento emocional, e por isso necessita de uma atenção especial dos profissionais da saúde.

Os adolescentes com maior risco para a ocorrência dos problemas emocionais e de comportamentos são os expostos a um número maior de estressores (JUST e ENUMO, 2015). Nesse contexto que as questões de ordem social como exposição à pobreza, abuso ou violência, podem tornar os adolescentes ainda mais vulneráveis ao sofrimento mental (OPAS, 2018).

É nessa perspectiva que se torna importante pensar as condições de vida dos adolescentes envolvidos em atos infracionais. Estes vivenciam diferentes situações de vulnerabilidades ao longo de suas histórias, como as péssimas condições de moradia, desemprego, renda familiar insuficiente, baixa escolaridade, violências diversas e outras violações de direitos, envolvimento com o crime e com as drogas, institucionalização e privação de liberdade. Estas condições podem se estruturar como fatores de risco para o sofrimento mental.

Todas essas circunstâncias, relacionadas à fase da vida e somadas às vulnerabilidades sociais, podem desencadear stress, que segundo Lipp (1984) pode ser definido como o conjunto de reações do organismo diante de determinadas situações de medo, excitação, irritação e felicidade. Portanto, uma reação frente a evento de qualquer natureza que altere a vida da pessoa.

De acordo com Lipp (2001) os sintomas de stress podem se manifestar em diferentes fases do desenvolvimento humano. Na adolescência, o stress pode ser desencadeado tanto a partir das modificações sociais e cognitivas que o indivíduo vivencia nesse período, como a partir das alterações biológicas que caracterizam a puberdade. Dessa forma, a adolescência é, por definição, um momento extremo, em que ocorrem mudanças e novas necessidades de adaptação. Para Avanci, Assis e Oliveira (2008) a adolescência caracteriza-se fundamentalmente por stress ocasionados pelas mudanças endócrinas e psicológicas, no auge do processo de individuação-separação do adolescente na formação da sua identidade. De acordo

com Esper e Furtado (2010) os eventos estressores podem levar a prejuízos consideráveis ao bom funcionamento físico e mental dos indivíduos.

Por fim, Marques, Gasparotto e Coelho (2014) relatam que há proporções consideráveis de adolescentes com altos níveis de stress, tendendo a depressão e suicídio. No entanto, as variáveis relacionadas ao stress não estão tão claras. Concluíram que mais estudos são necessários, a fim de identificar os fatores correlacionados, além do sexo e carga de atividades acadêmicas, como nível socioeconômico, suporte social, entre outros.

Diante de todos esses fatores, a prevenção se torna importante estratégia, e ela começa com o conhecimento e compreensão dos sinais e sintomas de alerta. Dessa forma, ações e estratégias que busquem identificar os sinais de adoecimento físico, mental e social podem contribuir significativamente com a promoção, proteção e recuperação da saúde do acautelado.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

- Identificar as multiterritorialidades vivenciadas por adolescentes em um território de privação de liberdade e suas implicações na saúde.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra estudada em relação ao perfil sociodemográfico, indicadores de saúde e utilização de serviços de saúde.
- Identificar a presença de Transtorno Mental Comum (TMC) e Stress em adolescentes acautelados.
- Conhecer a percepção de saúde de adolescentes em contexto de acautelamento.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 ABORDAGEM E MODELO DE ESTUDO

Foram adotadas neste estudo, abordagens quantitativa e qualitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável. A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada. São procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis (SERAPIONI, 2000).

A abordagem qualitativa demanda a coleta de dados para reduzi-los em textos. Por meio de técnicas de indução e dedução e do envolvimento ativo do pesquisador, chega-se à compreensão ou a novas concepções sobre a realidade estudada (FLICK, 2009). A análise de dados exige atenção para se alcançar “múltiplos níveis de abstração” e padrão de escrita (CRESWELL, 2014, p. 57).

Trata-se de uma abordagem interessante ao estudo proposto, visto ter como objetivo o estudo do comportamento humano a partir das percepções do próprio sujeito. Segundo Minayo (2010, p. 17) a abordagem qualitativa “trabalha com o universo de significados [...], o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A combinação das duas abordagens produz resultados de melhor qualidade, sendo um meio eficiente para aumentar a compreensão do objeto de estudo (MINAYO, 2010). A análise quantitativa deste estudo possibilitou a obtenção de dados sobre as condições sociodemográficas dos adolescentes, assim como de aspectos específicos das suas condições de saúde. E a análise qualitativa aprofundou no universo simbólico destes sujeitos e das relações sociais em contexto de acautelamento, tendo como pano de fundo o tema saúde.

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de corte transversal. As pesquisas descritivas têm como objetivo apresentar as características de determinado grupo populacional, fenômeno e/ou demonstrações de relações entre

variáveis, como idade, sexo, procedência, escolaridade, estado de saúde física e mental. São direcionadas para o levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população. A pesquisa descritiva pode ter características explicativas e exploratórias. No primeiro caso, quando, por exemplo, buscam mais que a simples identificação de relações entre variáveis e especificam a natureza dessa relação. E na segunda asserção, quando proporcionam uma nova visão do problema (GIL, 2007).

O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e aos seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação em um determinado momento (SAMPIERI, COLLADO e LUCIO, 2006).

## 4.2 UNIVERSO DO ESTUDO

Governador Valadares é um município brasileiro, situado no interior do estado de Minas Gerais, pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce. Localiza-se a nordeste da capital do estado, distando desta 320 quilômetros. Sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2018 (IBGE, 2019) era de 278.685 habitantes, sendo considerado o nono mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião.

Nesse município, a Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS), atualmente Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP), (MINAS GERAIS, 2019) implantou o Centro Socioeducativo São Francisco de Assis (CSESFA), local onde os adolescentes, sentenciados pelo Poder Judiciário, cumprem medida de internação. O CSESFA está situado no bairro Santos Dumont e abrigava aproximadamente 80 adolescentes no período em que foi iniciada a coleta de dados, maio de 2018. Tem capacidade para atender 80 adolescentes do sexo masculino, em internação provisória e definitiva. A construção desse centro é considerada primordial para que os adolescentes de Governador Valadares possam cumprir as medidas de restrição ou privação de liberdade, próximos de sua cidade de origem e de suas famílias.

Os dados do Levantamento Anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) de 2014 (BRASIL, 2017), mostravam que a maior

concentração de adolescentes e jovens em privação e restrição de liberdade estava na região Sudeste (57,62%). O estado de Minas Gerais ocupava o segundo lugar entre os estados com maior número de adolescentes em atendimento socioeducativo de privação e restrição de liberdade.

De acordo com o Plano Estadual Decenal de Atendimento às Medidas Socioeducativas (MINAS GERAIS, 2014), a Mesorregião Vale do Rio Doce está em terceiro (3º) lugar no ranking de origem dos adolescentes em situação infracional no Estado, sendo responsável por 7,8% da demanda.

Conforme o Plano Decenal de Atendimento às Medidas Socioeducativas de Governador Valadares (2016), 415 adolescentes cumpriram medida restritiva e privativa de liberdade entre os anos 2012 e 2014 no município.

A unidade socioeducativa é conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e está referenciada no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), número 6323057. Classificada como Atenção básica a adolescentes em unidade socioeducativa, deve contar com serviço especializado de atenção a saúde dos adolescentes em conflito com a lei; e realizar atendimento na modalidade ambulatorial (atuação realizada pelo pessoal de saúde no ambulatório, em regime de não internação) (BRASIL, 2019).

Figura 1 – Imagem do Centro socioeducativo São Francisco de Assis em Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2019.



Fonte: Foto Maria Freitas/G1 (<http://g1.globo.com>).

#### 4.3 AMOSTRA

Foi adotada nesse estudo, a amostragem teórica, onde segundo Flick (2009), os participantes são selecionados de acordo com a perspectiva em potencial de cada sujeito, em contribuir para a construção da teoria. Ou seja, a amostra não foi selecionada com base em critérios estatísticos ou de representatividade, mas conforme disponibilidade de cada sujeito em contribuir com a pesquisa.

A amostra quantitativa foi constituída por 43 adolescentes e a qualitativa por 11 adolescentes, do sexo masculino. O número de entrevistas foi considerado adequado aos objetivos do estudo, tendo sido observado o atingimento da suficiência teórica. Segundo Flick (2009) quando se identifica, a partir das informações coletadas, a inexistência de dados adicionais para o desenvolvimento da pesquisa.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069 (BRASIL, 1990), considera que pessoas entre doze e dezoito anos estão vivenciando a fase da adolescência. No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) considera a adolescência como o período compreendido entre dez e dezenove anos de idade. Apesar de haver diferenças quanto às idades determinadas pelo ECA e pela OMS na definição do período da adolescência, os aspectos que englobam essa fase do desenvolvimento humano podem ser vistos como comuns, pois experimentam mudanças biológicas, psicológicas e sociais (SANTROCK, 2003).

O presente estudo, por ser interdisciplinar e abranger os campos do Direito e da Saúde, considera a adolescência o período proposto pelo ECA - uma vez que a aplicação da medida privativa de liberdade é direcionada àqueles com idades entre 12 e 18 anos; e pela OMS – por definir com propriedade essa fase baseada em critérios biológicos, psicológicas e sociais.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na amostra: a) adolescentes de 14 a 18 anos, por ser a idade indicada para aplicação de instrumento quantitativo selecionado; b) sentenciados ao regime de privação da liberdade há pelo menos seis meses. A fixação desse patamar mínimo justificou-se, pois dentro do referido critério, os sujeitos com o mínimo de experiência no contexto de acautelamento, e, portanto, aptos a conceder

informações mais consistentes ao desenvolvimento do estudo; c) fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder aos instrumentos utilizados na coleta de dados. Essas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados na unidade de acatamento e com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nas mesmas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde).

Foram excluídos os adolescentes em regime semiaberto e em situação provisória, com menos de seis meses em ambiente de acatamento.

#### 4.5 ESTUDO PILOTO

Visando verificar o modo de abordagem das questões e tempo gasto com as perguntas dos instrumentos de coleta dos dados, foi realizado um estudo piloto com cinco adolescentes do CSESFA, selecionados aleatoriamente, observando os critérios de inclusão e exclusão. Porém os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

Marconi e Lakatos (2007) atribuem importância ao estudo piloto devido à possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi solicitada autorização para realização da pesquisa à Secretaria de Estado de Segurança Pública de Minas Gerais, por meio da Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo e Diretoria de Monitoramento Estratégico do Sistema Socioeducativo (ANEXO A). Após autorização a equipe de pesquisadores reuniu-se com o responsável pelo CSESFA, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia que seria utilizada em seu desenvolvimento. Em seguida, foram agendados os dias e horários adequados para realização da coleta, considerando o funcionamento das atividades programadas pelo Centro socioeducativo (CSE).

Nas datas estabelecidas, a equipe de pesquisadores reuniu-se com os adolescentes individualmente explicando os objetivos do trabalho e os

procedimentos aos quais seriam submetidos. Reforçou sobre o caráter confidencial das respostas, assim como o direito de não serem identificados. Foram orientados a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos –TCLE - (APÊNDICE A). Para os adolescentes com idade inferior a dezoito anos o TCLE foi assinado pelo responsável do Centro socioeducativo. Esclareceu-se ainda sobre o direito de não participarem da pesquisa, caso não concordassem.

Em relação à ação de segurança dos pesquisadores envolvidos nessa pesquisa, a inserção nesse ambiente de privação de liberdade se constituiu a partir das normas de segurança institucional obrigatória. No balcão da recepção foi realizada identificação de toda equipe de pesquisadores, e recebimento das informações sobre os objetos que poderiam ser utilizados no interior do CSE. Em seguida foram conduzidos até os locais das coletas de dados pelos agentes prisionais. Nenhum membro da equipe transitava no interior da unidade desacompanhado.

A coleta de dados foi realizada em uma sala da unidade que possuía uma porta com um visor de vidro. Esse visor proporcionou a vigilância por dois agentes prisionais ao lado de fora. Cada adolescente participante da pesquisa foi encaminhado para o local da coleta de dados com o auxílio de um membro da equipe da unidade socioeducativa. Proporcionando assim, um ambiente reservado, evitando causar medo ou “stress”.

#### **4.6.1 Instrumentos utilizados na coleta de dados quantitativos**

##### **1. Inventário Sociodemográfico**

Baseado no estudo de Fleck et al. (2008), o inventário foi utilizado para caracterizar a amostra, conhecer os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas foram: idade, anos de estudo, procedência, número de consultas médicas realizadas no SUS nos últimos seis meses, número de medicamentos utilizados diariamente nos últimos seis meses e número de doenças referidas nos últimos seis meses (ANEXO B).

##### **2. Self – Reporting Questionnaire (SRQ. 20)**

Questionário de auto relato criado por Harding et al. (1980). Trata-se de uma ferramenta de rastreamento de sintomas psiquiátricos composto por 30 questões. A versão brasileira foi validada por Mari e Wilhians (1986), é composta por 20

questões voltadas para a identificação de transtornos mentais não psicóticos. O questionário investiga sintomas de humor, sintomas somáticos, de decréscimo de energia vital e sintomas depressivos. A resposta para cada item pode ser afirmativa ou negativa, com escores variando de 0 a 20, sendo zero, o melhor estado de saúde. Considera-se o ponto de corte igual ou acima de sete pontos, estando o indivíduo, nesse caso, propenso a um estado depressivo. Segundo Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) o rastreamento de sintomas psicóticos por instrumentos auto respondido apresenta baixa sensibilidade, por isso a versão com as 20 questões relativas apenas aos sintomas não psicóticos (ANEXO C).

Vários estudos realizados no Brasil comprovam a eficácia e a confiabilidade do SRQ. 20 para identificação de TMC. Guirado e Pereira (2016), por exemplo, reforçam o desempenho aceitável do instrumento, uma vez que demonstrou habilidade em identificar fatores que em grupo apresentam características necessárias para o rastreamento da saúde mental. Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) também obtiveram resultados positivos com o SRQ. 20. Concluíram se tratar de um instrumento com bom desempenho em termos de discriminação dos casos positivos e negativos, além de ser efetivo também para o uso em alta escala. O instrumento foi avaliado como de rápida e fácil aplicação e compreensão, inclusive pelas pessoas com baixa escolaridade.

### 3. Escala de Stress para Adolescentes (ESA)

A Escala de Estresse para Adolescentes (ESA) é um instrumento elaborado por Tricoli e Lipp (2015). Tem por objetivo identificar o stress e a fase em que se encontram, assim como o tipo de reação mais comum. Destina-se ao público adolescente de ambos os sexos, de quatorze a dezoito anos de idade. É composta por 44 itens que se apresentam de forma aleatória, relacionados às seguintes reações do stress: psicológicas, cognitivas, fisiológicas e interpessoais. A escala também identifica a frequência em que os sintomas aparecem, ou seja, suas fases que são subdivididas em alerta, resistência, quase exaustão e exaustão (ANEXO D).

Foi validada e padronizada em adolescentes de diversas cidades de São Paulo, de Campo Grande (Mato Grosso do Sul) e João Pessoa (Paraíba). Foi obtido coeficiente *alpha* de Cronbach de 0,9394 para a frequência (sintomas) e de 0,9398 para intensidade (fase). Observa-se que desde então a escala vem sendo utilizada em várias pesquisas com adolescentes.

A avaliação é feita por meio da soma dos escores dos 44 itens segundo a escala de Likert de cinco pontos relativos à intensidade dos sintomas (variando de um para não sente a cinco para sente sempre) e a uma pontuação relativa ao período em que os sintomas vêm ocorrendo (variando de um para não ocorreu a cinco para tem ocorrido nos últimos seis meses). A análise dos dados deve ser realizada com a classificação dos respondentes em grupos definidos a partir dos quartis da distribuição dos dados.

#### **4.6.2 Instrumento utilizado na coleta de dados qualitativos**

Para estudo da percepção sobre a “Saúde”, adotou-se como recurso metodológico a entrevista semiestruturada. O número estabelecido de 11 entrevistas foi considerado ideal, pois de acordo com Santos (1999) o tamanho da amostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas.

De acordo com Minayo (2014) a técnica de entrevista atende principalmente a finalidades exploratórias, é utilizada para o detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos relacionados. Considera-se que a entrevista possibilita a compreensão de especificidades culturais para o grupo e para os indivíduos. Segundo Flick (2009), a entrevista constitui modalidade de coleta de dados verbais, com objetivo de obter do entrevistado, conhecimento específico, revelado por meio de respostas, permitindo com isso, um caminho à interpretação.

A modalidade selecionada foi a semiestruturada, que segundo Flick (2009), torna possível a formulação de perguntas abertas, direcionadas ao fenômeno estudado, e proporciona a construção de teoria subjetiva. Assim, os participantes desenvolvem inferências sobre determinados fatos e fenômenos, baseadas em experiências e conhecimentos cotidianos.

No início da entrevista, utilizou-se de um recurso denominado *rapport* que significa o estabelecimento da aliança terapêutica ou aliança de trabalho e tem por objetivo abrir as portas para uma comunicação fluente e bem-sucedida. Pode ser considerada uma técnica poderosa das relações humanas e o principal ingrediente de todas as comunicações e mudanças. A propósito, *rapport* é também a capacidade de criar aspectos comuns entre duas ou mais pessoas gerando uma atmosfera de respeito e confiança mútua (PINHEIRO, 2007).



Para a condução das entrevistas, foi utilizado um guia padrão (APÊNDICE B), no qual foram especificados o horário, a data, o local, o tema de pesquisa e as perguntas: “O que significa saúde para você?”, “Na sua visão, nesse ambiente que hoje você vive considera que tem saúde?”, “Quais as atividades você realiza para ter saúde?”.

Em relação a sua estruturação, o entrevistador introduziu o tema e o entrevistado teve liberdade para discorrer sobre o assunto. As questões colocadas foram respondidas dentro de uma conversa informal, a fim de que o adolescente se sentisse à vontade para relatar suas impressões na área da saúde. O local foi adequado para o sigilo e a privacidade dos participantes.

Com a expressa autorização destes, as informações coletadas foram registradas em um gravador digital, visando o registro dos dados levantados e o retorno ao material sempre que necessário. Depois de realizada a gravação, fez-se a transcrição das informações coletadas. Os textos preservaram a exata expressão das respostas dos entrevistados, sem alterações linguísticas.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) sob o parecer 1.679.278 em 15/08/2016 (ANEXO E). Todos os participantes assinaram o TCLE.

#### 4.8 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados quantitativos do Inventário Sociodemográfico, do Self-Reporting Questionnaire (SRQ.20) e da Escala de Stress para Adolescentes (ESA) foi utilizado o software *R*. Esse software compila e roda em uma ampla variedade de plataformas UNIX, Windows e MacOS.

Os dados qualitativos foram analisados a partir das informações obtidas pelas entrevistas. Para a apuração das falas foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). Esta técnica é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens.

Inicialmente as falas dos adolescentes foram transcritas, mantendo-se a

forma original. Na pré - análise foi realizada uma leitura flutuante, considerando os temas previamente estabelecidos "Significado de Saúde", "Possibilidade de Saúde em ambiente de acautelado" e "Práticas que favorecem a saúde em ambiente de acautelamento". Em seguida foram realizadas leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização das categorias e subcategorias. Prosseguiu com a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidaram o tema pesquisado. Segundo Franco (2004) essas fases são os pontos de partida para a análise, sejam elas verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos participantes.

Por fim, as discussões relevantes, com base nos resultados encontrados e nos referenciais teóricos disponíveis, referentes às áreas de conhecimento selecionadas neste estudo.

A fim de não revelar a identidade dos sujeitos pesquisados, utilizou-se um critério impessoal para distingui-los. Foram apresentados pela expressão: "Entrevistado"; incluindo-se, em sequência, um algarismo numérico.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os dados obtidos nesta pesquisa são provenientes das informações obtidas por meio de instrumentos quantitativos e qualitativos aplicados a adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de privação de liberdade visando à reeducação e reinserção social. Buscou-se conhecer a influência do acautelamento na saúde desses indivíduos, bem como reconhecê-los como sujeitos de direitos que necessitam de práticas integrais de saúde que contribuam positivamente com seu desenvolvimento.

De acordo com Ramos (2001), em relação às práticas de saúde, o adolescente, pode ser considerado para além da demarcação temporal. Essas práticas incorporam a concepção do adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo, conferindo uma ação de ator que conduz sua emancipação, autonomia e responsabilidade social.

### **5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA**

#### **5.1.1 Dados Sociodemográficos**

A população estudada constou de 43 adolescentes do sexo masculino, com idades entre 15 e 18 anos, com média de 17,1 anos ( $dp=0,8$ ). Todas as características sociodemográficas que identificaram o panorama do contexto social dos adolescentes em medida privativa de liberdade estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas em adolescentes de 15 a 18 anos, acautelados em Centro socioeducativo de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=43).

Características		Frequência n (%)
<b>Idade</b>	15 anos	02 (4,6)
	16 anos	08 (8,6)
	17 anos	15 (34,8)
	18 anos	18 (41,8)
<b>Anos de Estudo</b>	04 anos	03 (6,9)
	05 anos	05 (11,6)
	06 anos	03 (6,9)
	07 anos	04 (9,3)
	08 anos	07 (16,2)
	09 anos	14 (32,5)
	10 anos	06 (13,9)
	Não sabe	01 (2,3)
<b>Procedência</b>	Gov. Valadares (Urbano)	20 (44,1)
	Gov. Valadares (Rural)	01 (2,3)
	Outras cidades	23 (53,4)

Fonte: Pesquisa de campo

Com relação à idade pode-se observar que a maioria da amostra estudada (77,0%) possui entre 17 e 18 anos. Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Zappe e Ramos (2010) com adolescentes em situação de acautelamento. Observaram que a idade da maioria dos adolescentes que ingressaram no Centro socioeducativo Regional de Santa Maria, de 1998 a 2007, foi 17 anos e 18 anos. No trabalho desenvolvido pelo Governo do Distrito Federal (2013) observou-se maior frequência de adolescentes em cumprimento de medida de internação aos 17 anos, e em seguida aos 18 anos.

Na presente pesquisa identificou-se que 42,0% dos adolescentes acautelados atingiram à maioridade civil e penal durante o cumprimento da medida socioeducativa. Informações análogas foram encontradas no relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2012), mediante pesquisa realizada com 1898 adolescentes em regime de internação em todas as regiões do Brasil.

Segundo Zappe e Ramos (2010), a realidade dos adolescentes e as relações contemporâneas são baseadas na aquisição de bens materiais e de consumo. Considera que os adolescentes, com suas histórias marcadas pela exclusão social, encontraram na violência e no ato infracional uma forma de se sentirem pertencentes a essa sociedade. E é nessa idade, final da adolescência, que isso se

manifesta de forma mais grave, uma vez que pode ser entendido como um último recurso na busca pela inclusão social.

O território como “produto do processo de apropriação e domínio social”, possui uma dinâmica sócio espacial que possibilita a reprodução das relações de produção (SAQUET, 2007. p. 58). Portanto, em uma sociedade marcada pelas relações (de poder) socioeconômicas desiguais, a prática infracional pode ser entendida como um meio de apropriação e dominação territorial.

A perspectiva híbrida do território adotada neste estudo possibilita compreender os territórios e os eventos sociais a partir da interação entre suas várias dimensões. Portanto, o ato infracional, enquanto fenômeno social complexo deve ser entendido por meio dos diversos fatores históricos, sociais e espaciais que atuam no plano econômico, político e cultural. Isso não significa deixar de aprofundar nas questões de ordem econômica, mas considerá-las nessa lógica relacional.

Quanto à escolaridade evidenciou-se que 32,5% dos adolescentes apresentaram nove (9) anos de estudo. Esses dados expõem, no geral, baixa escolaridade e indicam uma defasagem entre a idade e o grau de escolaridade alcançado. Ou seja, os adolescentes deveriam estar cursando o ensino médio ou terem concluído o ensino fundamental. No entanto, apenas 13,9% concluíram o primeiro ano do ensino médio. Além de reforçar que a educação pode atuar como fator de proteção à conduta infracional, Gallo e Williams (2008) confirmam que um nível baixo de escolaridade atua como um fator de risco entre adolescentes na prática de infrações.

Segundo relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2014) a defasagem entre a idade, série cursada e a taxa de abandono escolar são comuns entre os adolescentes que cumprem medida de internação. Relata que nos anos iniciais do ensino fundamental a distorção idade/série entre os adolescentes internos era de 55,6%. No entanto, na população geral de adolescentes o percentual era de 16,6%. Nos anos finais do ensino fundamental foi encontrada uma maior defasagem; a distorção era de 79,4% entre os adolescentes acautelados e 28,0% na população em geral. No ensino médio a discrepância era de 61,4% e 31,1%, respectivamente.

O estudo realizado pelo CNJ (2012), com 1.898 adolescentes em cumprimento de medida de privação de liberdade em todas as regiões do país, revelou um percentual de alfabetizados inferior a 8,0%. Em relação à vida escolar

antes da internação, 57,0% dos adolescentes informaram que não frequentavam a escola. A última série frequentada por 86,0% dos adolescentes correspondia ao ensino fundamental, cursavam a quinta e sexta séries. Os adolescentes que informaram terem abandonado a escola, em média, interromperam os estudos aos quatorze anos.

Algumas pesquisas internacionais (TEPLIN et al., 2002; KARNIK et al. 2009) também indicam que adolescentes em situação de restrição de liberdade e cumprindo medidas socioeducativas apresentam baixa escolaridade, condição socioeconômica insatisfatória, evasão escolar e envolvimento precoce com cigarro, álcool e outras substâncias entorpecentes.

A escolaridade pode interferir na qualidade de vida e na saúde, pois indivíduos com menores taxas de escolaridade podem apresentar dificuldades em sanarem as doenças acometidas. Esse fato se relaciona a incapacidade de romper com as condições sociais e ambientais, que geraram a doença, ou por que sua situação de classe não lhes permite acesso a algum tipo de prática curativa capaz de eliminá-la. O nível educacional pode interferir diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado (BRASIL, 2005).

Além disso, os adolescentes são considerados sujeitos de direitos e deveres, e respeitá-los devem ser prioridade do Estado, da sociedade e da família (BRASIL, 1990). Segundo Costa e Lima (2009) ser sujeito de direito implica em exceder à alienação, entendendo e mudando a própria realidade, bem como a dos outros, a partir de ações coletivas.

O direito da criança e do adolescente passou por mudanças essenciais com o advento da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988 e os princípios que regem o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Portanto, o princípio da dignidade humana perpassou por todo ordenamento jurídico. Nessa perspectiva, a educação pode ser considerada um direito garantido em lei, e também uma ferramenta de transformação social. De acordo com Freire (2009, p. 9) a educação permite ao ser humano escrever a própria vida, existenciar-se e “alfabetizar é conscientizar”.

O cumprimento da medida socioeducativa implica no acesso à educação, ou seja, é um dos direitos dos adolescentes privados de liberdade, previstos no artigo 124 do ECA (BRASIL, 1990). A educação escolar deve ser assegurada aos

educandos, fora ou dentro do território socioeducativo. Além do mais, os adolescentes em cumprimento dessa medida são sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento, ou seja, a escolarização poderá desempenhar um papel fundamental nesse processo (BRASIL, 2006).

Diante dessa realidade, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE (BRASIL, 2012), buscou garantir a inserção dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas na rede pública de educação. Mas segundo relatório do UNICEF (2014), muitos são os desafios:

[...] Ausência de atendimento escolar nas unidades provisórias de internação, de proposta metodológica específica para esses estudantes e de monitoramento das escolas pelos sistemas de ensino; recusa por parte das escolas de matrícula para adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto; inadequação dos espaços escolares nas unidades de internação e falta de formação específica dos profissionais de educação para atuação no sistema socioeducativo (UNICEF, 2014).

Os obstáculos para garantir o direito à educação perpassam por questões materiais, de ordem política e econômica, e por questões simbólicas, como o preconceito em receber esses adolescentes nos espaços escolares.

No entanto, resultados da pesquisa realizada por Gallo (2006) com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa na cidade de São Carlos, São Paulo, por meio da análise de 123 prontuários de atendimentos relativos ao ano de 2002, reforça que a escola desempenha um papel importante no fenômeno da violência e criminalidade. Constatou que a maioria dos participantes com menor escolaridade cumpria uma medida socioeducativa mais severa. Ainda, que o não frequentar a escola estava associado ao número de reincidências, ao uso de armas e de substâncias químicas.

No território socioeducativo, entende-se que o processo de educar deve estar presente em todos os espaços e em todas as ações dos educadores, técnicos e demais profissionais, por ser premissa intrínseca à medida socioeducativa. Esse processo deve considerar as múltiplas territorialidades presentes no contexto de privação de liberdade, e de igual modo, às anteriores à internação, a fim de garantir uma efetiva intervenção junto aos adolescentes.

Em relação à procedência dos adolescentes observou-se que 53,4% são originários de municípios próximos da cidade onde se localiza a unidade

socioeducativa. Esse distanciamento da cidade de origem é um fato preocupante, pois, provavelmente, dificulta o deslocamento da família na realização das visitas periódicas devido a diversos fatores sociais e econômicos, bem como, à convivência familiar dos adolescentes acautelados.

Os adolescentes em regime de privação de liberdade possuem o direito de receber visitas pelo menos uma vez na semana (BRASIL, 1990). Portanto, cabe ao Estado o desenvolvimento de repertórios socialmente adequados para assegurar ao adolescente o contato com sua família, visando preservar e fortalecer os vínculos familiares.

Além disso, o SINASE (BRASIL, 2012) enfatiza o papel dos familiares na socioeducação dos adolescentes para a efetivação dos seus direitos fundamentais. Considera que a cidadania não pode ser alcançada sem a família e a comunidade. A participação da família é valorizada ao longo de todo o processo socioeducativo, principalmente na elaboração e execução do Plano Individual de Atendimento (PIA).

A família é um espaço de proteção e cuidado, onde se inicia a socialização da criança por meio de suas emoções, sensações e linguagem. Sendo assim, um espaço significativo para a formação de sua identidade. No entanto, também pode ser um espaço de tensões e violações de direitos, influenciando comportamentos e trajetórias de vida. Isso devido ao fato de muitas famílias pertencerem a territórios marcados por vulnerabilidades sociais, violências e escassez de políticas públicas que contribuam com seu papel protetivo (BRASIL, 2016). Nessa perspectiva, é fundamental que a família participe de todo o processo socioeducativo, e cabe ao Estado, promover o acesso das famílias às políticas públicas e apoiá-las no exercício de sua função protetiva.

O artigo 100 do ECA (BRASIL, 1990, p. 43) estabelece que “na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários”. Essa mesma legislação determina que em nenhuma hipótese a medida de internação será aplicada havendo outra mais adequada. Dessa forma, o ECA considera a medida de internação como a última opção, devido ao fato de limitar o convívio familiar e comunitário, mesmo quando o adolescente reside na mesma cidade da unidade socioeducativa.

Essa decisão legislativa pode ser entendida a partir do conceito de topofilia, proposto por Tuan (1980, p. 114), ou seja, o elo afetivo entre a pessoa e o lugar,



ambiente físico/material. Para o autor, “a consciência do passado é um elemento importante no amor pelo lugar”. A partir desse conceito fica confirmado às nuances do amor ao lugar, seja num aspecto material ou simbólico.

O ser humano tem sua identidade constituída a partir de suas vivências com o lugar, onde investe parte da sua vida emocional (TUAN, 1980). Com isso, entende-se o quão intenso pode ser a relação do adolescente com sua cidade, seu bairro, sua comunidade ou sua família. São histórias, sentimentos e interações de diversas naturezas que proporcionam o aprendizado de se sentir pertencente. O sentimento de pertencimento, ou seja, “se sentir em um lugar” é uma condição elementar da existência, equilíbrio entre o ser humano e seu meio de convívio. Portanto, retirar o adolescente do seu território de origem bruscamente, ainda que temporariamente, pode representar prejuízos para sua saúde.

### **5.1.2 Indicadores de Saúde e utilização dos serviços de Saúde**

Conhecer o estado de saúde da população por meio de dados válidos e fidedignos é relevante no contexto da saúde pública. Essa prática iniciou-se com os registros de dados de mortalidade e de sobrevivência. Após os avanços no controle de doenças infecciosas, assim como as discussões mais embasadas sobre a saúde e seus determinantes, outros aspectos foram sendo priorizados. Entre eles, os dados de morbidade, acessos a serviços, condições de vida, entre outros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2008).

Os indicadores de saúde são criados para melhor avaliação do desempenho do sistema de saúde de um país, pois contém informações sobre o estado de saúde da população. Devem servir para a vigilância das condições de saúde e também para o planejamento das ações programáticas em benefício da saúde da população. Os indicadores podem variar, desde a contagem direta de casos de uma doença, até o cálculo de proporções ou índices mais aprimorados, como a expectativa de vida ao nascer (OPAS, 2008).

Os indicadores de saúde e utilização dos serviços pela população estudada estão apresentados na Tabela 2. Visa proporcionar visibilidade de condições individuais relacionados à saúde na unidade socioeducativa.

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde em adolescentes de 15 a 18 anos, acautelados em Centro socioeducativo de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=43).

Características		Frequência n (%)
<b>Nº de consultas médicas</b>	Nenhuma	14 (32,5)
	Uma a três	18 (41,8)
	Quatro ou mais	11 (25,5)
<b>Nº de Doenças diagnosticadas</b>	Nenhuma	37 (86,0)
	Uma	04 (9,3)
	Duas	01 (2,3)
	Não sabe	01 (2,3)
<b>Nº de Medicamentos usados diariamente</b>	Nenhum	17 (39,5)
	Um a três	25 (58,1)
	Quatro ou mais	01 (2,3)

Fonte: Pesquisa de campo

Os dados relativos ao número de consultas médicas mostraram que a maioria dos adolescentes (67,4%) realizou no mínimo uma consulta nos últimos seis meses. A média indicada no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante/ano é de duas a três consultas<sup>2</sup> (BRASIL, 2002). Os dados obtidos superam o número mínimo de consultas médicas sugeridas pelo Ministério da Saúde do Brasil para a população geral. Esse fato pode estar relacionado ao acesso aos serviços de saúde e proximidade à Estratégia Saúde da Família (ESF) utilizada pelos adolescentes.

Destaca-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) prevê que a atenção integral à saúde do adolescente acautelado seja realizada por uma equipe de referência da Atenção Básica de Saúde. A unidade socioeducativa também poderá contar com uma equipe específica, que trabalhará de forma articulada com a equipe da Atenção Básica (BRASIL, 2014). Portanto, percebeu-se que provavelmente as determinações específicas, estão sendo exercidas. Os adolescentes acautelados que cumprem medidas no Centro Socioeducativo São Francisco de Assis (CSESFA) têm acesso aos serviços básicos de saúde.

No entanto, a procura dos adolescentes por ações curativas encontradas nesse estudo possivelmente evidencia a constância do modelo assistencial com visão biomédica, contrapondo a uma perspectiva integral e ampla de saúde. Para

<sup>2</sup> Os parâmetros citados são anteriores à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Cutolo (2006) o centro da atenção no modelo biomédico é o doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, ou seja, é o processo fisiopatológico que ganha espaço. De acordo com Santos e Bógus (2007) a promoção de saúde deve se relacionar a várias práticas e condutas que aperfeiçoem o nível de saúde da população por meio de ações que não se restringem a resolver problemas de doenças ou qualquer desordem orgânica, mas que dispõem a aumentar a saúde e o bem-estar geral.

Observou-se que grande parte (86,0%) dos adolescentes relatou não possuir nenhuma doença diagnosticada nos últimos seis meses. Apesar dos territórios socioeducativos serem considerados locais de produção e reprodução de desigualdades sociais, especialmente em relação à saúde. As condições nesse local podem propiciar a proliferação de doenças devido a fatores como a superpopulação prisional, as más condições de higiene dentro dos alojamentos e o contato físico contínuo, mas o dado obtido nesse estudo contradiz essa afirmação. Possivelmente, ocorre a garantia do direito à saúde para acesso à rede de atenção primária do SUS, traduzindo na responsabilidade objetiva do Estado em oferecer este serviço.

Apesar do número reduzido de diagnósticos de doenças entre os adolescentes acautelados, identificados na presente pesquisa, entende-se que o processo de saúde/doença, por ser amplo e complexo, não deve se limitar à simples ausência de doenças. Sendo assim, é preciso investir em ações de promoção e prevenção no território estudado, que de fato promovam a saúde e o bem-estar.

Igualmente importante estar atentos às características específicas dos adolescentes devido ao ciclo de vida em que se encontram. Muitos problemas de saúde estão associados ao seu modo de viver, ou seja, aos hábitos e comportamentos que muitas vezes os colocam em situação de risco. Portanto, é fundamental que as políticas e serviços de saúde voltados para o adolescente se orientem na perspectiva da integralidade, da diversidade e da inclusão social (BRASIL, 2017).

A ideia de integralidade supõe considerar os problemas de saúde para além dos aspectos biológicos (VIEGAS e PENNA, 2015). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens também preconiza uma visão holística do ser humano e uma abordagem sistêmica das suas demandas (BRASIL, 2010). Os adolescentes devem ser percebidos em sua totalidade e as ações de saúde

direcionadas a eles devem contemplar suas reais necessidades.

Quanto aos adolescentes envolvidos em atos infracionais sabe-se que é comum a exposição às violências e ao uso abusivo de substâncias químicas (PRIULI e MORAIS, 2007). E na condição de privação de liberdade, como relatado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) (2006), após inspeção em unidades socioeducativas em todo o país, somam-se outros fatores de risco para a saúde. Entre estes, as condições de higiene e saúde dos alojamentos e demais espaços das unidades; as exposições às violências, lesões, assassinatos, enforcamentos, brigas; o aumento de situações de stress, que poderão levar ao adoecimento psicológico.

Por isso, é importante dar ao adolescente a oportunidade de desenvolver seu protagonismo, enquanto sujeito ativo no processo de promoção da própria saúde e da construção de sua história de vida e de novas territorialidades. Necessita de espaço para pensar os próprios sentimentos, os medos, as inseguranças e as dúvidas. Precisa de apoio para buscar alternativas para lidar com os desafios do ser adolescente, aprender habilidades para resolver os problemas e as dificuldades diárias. As estratégias associadas ao esporte, ao lazer e à cultura devem ser valorizadas. Assim como aquelas de educação permanente que o faça refletir a respeito da alimentação saudável; da saúde de uma forma geral; da cidadania e dos valores éticos e morais; do projeto de vida, compatível aos seus desejos e ideais; do mundo da escola e do trabalho, entre outros assuntos (BRASIL, 2017).

Ficou evidenciado que 58,1% dos adolescentes utilizaram de um a três medicamentos diariamente, revelando uma frequência elevada no consumo de fármacos. Essa utilização de medicamentos pela população pesquisada pode ser concernente às consequências do próprio acautelamento na saúde dos adolescentes. Apesar do presente estudo não ter discriminado quais os medicamentos foram utilizados pelos adolescentes no CSESFA, é provável que parte significativa destes esteja relacionada aos medicamentos psiquiátricos. Também chama atenção o contraste entre doenças diagnosticadas e utilização de medicamentos, o que pode indicar dificuldades dos serviços quanto aos diagnósticos de saúde e decisão precipitada por terapêutica medicamentosa.

O consumo de medicamentos atinge níveis elevados tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. O uso indiscriminado e, principalmente, sem prescrição e supervisão médica, pode acarretar riscos diretos e indiretos à

população, tornando-se um problema de saúde pública. Várias causas contribuem para esses índices: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, inexistência de um sistema de farmacovigilância eficaz, proliferação de estabelecimentos que comercializam medicamentos livremente, hábito de consumo de medicamentos por ansiedade e sem motivos orgânicos aparentes. Essa utilização indiscriminada pode ser influenciada por um processo social controlado pelo desejo de um melhor cuidado com a saúde, disponibilidade dos produtos e padrões de morbidade dos diferentes grupos populacionais (SILVA e GIUGLIANI, 2004).

A medicalização abrange as circunstâncias de como um problema individual ou coletivo é determinado a partir de conhecimentos e práticas, bem como, da frequência de uma intervenção médica para tratá-lo (CONRAD, 2005). É considerado um processo pelo qual as condições sociais, comportamentais e corporais são abordadas ou consideradas com necessidade de tratamento medicamentoso (BELL e FIGERT, 2012).

O aprisionamento do adolescente resulta em várias consequências e promovem uma atitude desafiadora frente a essa questão. O Estado deve assumir diversas obrigações que possam equacionar os problemas, especialmente, os de saúde relacionados à medicalização. Essa atitude deve envolver todos os segmentos responsáveis pelas ações desenvolvidas no Centro socioeducativo. Esse é um dos caminhos concretos para que seja abolido o uso indiscriminado de medicamentos e para que os mesmos sejam utilizados apenas como uma ferramenta essencial na promoção da saúde e do bem-estar do acautelado (COSTA e SILVA, 2017).

Nas situações de privação de liberdade, devem ser estabelecidas condutas cautelosas em relação à medicação, devendo incluir uma permanente avaliação sobre os riscos e os benefícios. A prescrição farmacológica deve ser indicada após verificação da incapacidade terapêutica das intervenções de atenção primária, ou seja, ações de prevenção. O manejo pouco cuidadoso da intervenção psicofarmacológica pode acarretar situações nas quais os adolescentes são submetidos a múltiplas prescrições sem um claro entendimento sobre suas interações e possíveis efeitos adversos (COSTA e SILVA, 2017).

Essa situação poderá impedir a evolução quanto ao processo de autonomia e emancipação desses sujeitos frente às questões de saúde, tornando-os ainda mais vulneráveis ao Poder do Estado. É preciso o investimento em ações que promovam

a reflexão crítica dos adolescentes e a constituição de novas territorialidades, capazes de romper com a lógica da medicalização dos problemas de origem emocional e social. Do mesmo modo, prepará-los para lidar de forma mais efetiva com tais demandas.

### **5.1.3 Triagem de Transtorno Mental Comum (TMC)**

A saúde mental, física e social está de tal maneira interligada, que a separação dos termos para explicar o conceito de saúde ocorre para facilitar o diálogo com a comunidade científica e com o senso comum. Mas, não é mais possível conceber a saúde de forma fragmentada. Por conseguinte, quando se refere à saúde mental, está citando algo que só existe a partir da interação com outros fatores de natureza biológica e social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001. p. 32), “a saúde mental pode ser entendida como o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa”. Percebe-se que a saúde mental pode ser definida de diversas formas, e não unicamente como ausência de transtorno ou perturbação mental.

Estima-se que 450 milhões de pessoas sofrem com perturbações mentais e comportamentais em todo o mundo (OMS, 2001). Para Lucchese et al. (2014) apresentam-se como uma das morbidades psíquicas mais prevalentes, atingindo aproximadamente um terço da população em indivíduos de diferentes faixas etárias.

Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) por meio de levantamentos bibliográficos constataram na população infanto-juvenil, uma média global na taxa de prevalência de transtornos mentais de 15,8%. E no caso dos adolescentes uma taxa de 16,5%.

Objetivando descrever o perfil psiquiátrico de adolescentes privados de liberdade em 2003, na Casa de Acolhimento ao Menor de Salvador, Bahia, Pinho et al. (2006) constataram que dos 290 adolescentes, 75,2% apresentaram critérios para transtornos psiquiátricos conforme a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A pesquisa destacou o uso nocivo de substância psicoativa em combinação com os diversos quadros psiquiátricos.

O Transtorno Mental Comum (TMC) ou transtorno mental não psicótico, expressão criada por Goldberg e Huxley (1992) são considerados transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão. Caracterizam-se por apresentarem

sintomas como fadiga, prostração, esquecimento, desatenção, insônia, irritabilidade e queixas somáticas. Para Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), a identificação desses sintomas não significa a constatação de diagnóstico decisivo, mas somente um levantamento de prováveis predisposições para o adoecimento mental. Segundo Moraes e Segri (2011) o TMC está associado a transtornos mentais amenos, podendo ser, às vezes, difusos e inespecíficos. São considerados menos distintos e socialmente aquém de ocasionar perturbações.

A aplicação do Self – Reporting Questionnaire (SRQ. 20) para identificação dos TMC entre os adolescentes acautelados no CSESFA evidenciou o valor mínimo de 1 e máximo de 14, num total de 20 pontos, sendo a mediana igual a 5. O ponto de corte utilizado foi igual ou maior que 7, que conforme Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) é o mais adequado para o uso do questionário.

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados do SRQ. 20, utilizado para rastreamento de TMC, nos participantes dessa pesquisa.

Tabela 3 – Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) utilizando o Self-Reporting Questionnaire (SRQ. 20) e fatores associados em adolescentes de 15 a 18 anos, acautelados em Centro socioeducativo de Governador Valadares, MG, Brasil, 2019 (n=43).

<b>Características</b>	<b>Frequência n (%)</b>	<b>TMC n (%)</b>
<b>Idade</b>		
15 anos	02 (4,6)	01 (50,0)
16 anos	08 (18,6)	01 (12,5)
17 anos	15 (34,8)	06 (40,0)
18 anos	18 (41,8)	09 (50,0)
<b>Anos de Estudo</b>		
04 anos	03 (6,9)	02 (66,6)
05 anos	05 (11,6)	00 (0,0)
06 anos	03 (6,9)	03 (100,0)
07 anos	04 (9,3)	02 (50,0)
08 anos	07 (16,2)	03 (42,8)
09 anos	14 (32,5)	02 (14,2)
10 anos	06 (13,9)	05 (83,3)
Não sabe	01 (2,3)	00 (0,0)
<b>Procedência</b>		
Gov. Valadares (Urbano)	19 (44,1)	07 (36,8)
Gov. Valadares (Rural)	01 (2,3)	00 (0,0)
Outras cidades	23 (53,4)	10 (43,4)
<b>Total</b>	<b>43 (100,0)</b>	<b>17 (39,5)</b>

Fonte: Pesquisa de campo

A prevalência de TMC da amostra estudada foi de 39,5% (n = 43). Não foram encontrados estudos utilizando o SRQ. 20 para identificação de transtornos mentais em adolescentes acautelados. Observa-se um percentual expressivo que indica necessidade de uma atenção especial à saúde dos adolescentes privados de liberdade no CSESFA.

A frequência obtida pode estar associada aos fatores de risco oriundos da própria condição de privação de liberdade. A perda do direito à liberdade e a forma como cada um vivencia o acautelamento pode acarretar prejuízos à saúde. No estudo realizado por Vicentin (2011), em contexto de acautelamento, constatou diferentes modalidades de expressão de sofrimento de adolescentes no enfrentamento à violência institucionalizada, que viram no suicídio uma forma de aliviar a dor ou de denunciar o que ocorria. O trabalho realizado por Jost (2010) visou avaliar as motivações mobilizadoras dos autores de atos infracionais sentenciados com medida privativa de liberdade. Os resultados apontaram para um a angústia existencial que se expressa em ações contra si mesmo e a sociedade.

Os adolescentes acautelados oriundos de outros municípios apresentaram prevalência de TMC de 43,4%. A partir desse dado, percebe-se que estar longe da cidade de origem, da família ou da comunidade pode interferir na saúde psicológica do adolescente. O deslocamento deste para uma unidade socioeducativa (internação) pode ser repleto de sentidos e significados. Ocorre o estabelecimento de uma nova relação, demarcando uma trajetória obrigada pelo Estado. Quando esse deslocamento acontece para outro município, outros sentimentos podem emergir. Em meio a tantas mudanças, os adolescentes podem se sentir inseguros, com medo e ansiosos.

O adolescente, ao sair de seu(s) território(s) de origem ou de vivências, passa por movimentos de des (re) territorialização, o que pode causar implicações em seu estado de saúde. A situação pode ser ainda mais grave quando se trata de adolescentes procedentes de outros municípios, uma vez que o distanciamento e as mudanças socioculturais podem acentuar as dificuldades desse processo.

Haesbaert (2011) considera a desterritorialização como um processo conjunto, no qual as pessoas estão a todo o tempo desterritorializando e reterritorializando. Esse movimento empreendido no espaço tempo vivido acontece quando o sujeito deixa certo território, por vontade própria ou não. De forma intrínseca à desterritorialização, ocorre a reterritorialização, ou seja, a efetivação de



um novo território. Assim, o vivido territorial é composto por processos contínuos de des (re) territorialização, o que significa que territórios são abandonados, da mesma forma em que outros são instituídos.

Esse território também pode configurar-se enquanto ambiente de proteção para adolescentes e famílias. O trabalho de Souza e Costa (2013) que apresentou o significado que as famílias de adolescentes privados de liberdade atribuem à medida socioeducativa de internação, constatou que para as famílias a medida de internação protege os adolescentes à medida que os afastam dos perigos do mundo externo. Portanto, apesar da condição de privação de liberdade e dos problemas oriundos do processo de des (re) territorialização, esse território pode ser alternativa para adolescentes que se encontram em situação de risco social e ameaças.

No rastreamento dos TMC, observou-se que entre os sintomas mais relatados pelos adolescentes foram “Assustar-se com facilidade” (88,3%), “Sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” (81,3%) e “Sentir-se triste ultimamente” (79,0%). Esses sintomas estão relacionados à dimensão Humor.

As informações relacionadas ao SRQ. 20 para identificação de TMC, por item e dimensão de sintomas estão inseridas na Tabela 4 e no Gráfico 1.

Tabela 4 – Desempenho por itens de Transtornos Mentais Comuns (TMC) utilizando o Self – Reporting Questionnaire (SRQ. 20) em adolescentes de 15 a 18 anos, acautelados em Centro socioeducativo de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=43).

<b>Dimensão</b>	<b>Frequência n (%)</b>
<b>Humor</b>	
1 Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	35 (81,3)
2 Assusta-se com facilidade?	38 (88,3)
3 Sente-se triste ultimamente?	34 (79,0)
4 Você chora mais do que de costume?	6 (13,9)
<b>Somáticos</b>	
5 Tem dores de cabeça frequentemente?	13 (30,2)
6 Você dorme mal?	15 (34,8)
7 Você sente desconforto estomacal?	13 (30,2)
8 Você tem má digestão?	3 (6,9)
9 Você tem falta de apetite?	10 (23,2)
10 Tem tremores nas mãos?	9 (20,9)
<b>Decréscimo de Energia Vital</b>	
11 Você se cansa com facilidade?	17 (39,5)
12 Tem dificuldade em tomar decisão?	18 (41,8)
13 Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	13 (30,2)
14 O seu trabalho traz sofrimento?	7 (16,2)

15 Sente-se cansado todo o tempo?	4 (9,3)
16 Tem dificuldade de pensar claramente?	18 (41,8)
<b>Pensamentos Depressivos</b>	
17 Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	7 (16,2)
18 Tem perdido o interesse pelas coisas?	8 (18,6)
19 Tem pensado em dar fim à sua vida?	6 (13,9)
20 Sente-se inútil em sua vida?	7 (16,2)

---

Fonte: Pesquisa de campo

Os dados indicam frequência alta de sintomas de *Humor* (média 65,5 - dp:1,3). Esses sintomas parecem ter correlação com o número de medicamentos utilizados pelos adolescentes. Da mesma forma esses dados permitem uma visão cultural-simbólica do território de acautelamento e das multiterritorialidades ali construídas. Os sintomas podem estar relacionados à forma como os adolescentes vêm atribuindo sentidos e significados ao contexto e às relações sociais e de poder estabelecidas no local. Portanto, as demandas apresentadas podem ter associação com as contingências aversivas presentes nesse território; submissão ao poder do estado, perda da liberdade, distanciamento do território de origem e o processo de des (re) territorialização.

O CID-10 (1997) considera que os transtornos de humor são caracterizados por alterações do humor, no sentido de uma depressão ou de uma elevação, com ou sem ansiedade. As alterações são acompanhadas de mudanças do nível global de atividade e os episódios individuais são frequentemente associados aos eventos estressantes.

Segundo Farias e Cordeiro (2011), esses transtornos ocorrem com frequência entre os adolescentes, trazendo consequências negativas para suas vidas. Para Fu I, Curatolo e Friedrich (2000) as alterações de humor, como tristeza e irritabilidade, decorrentes das frustrações cotidianas, são reações afetivas normais e breves. Mas podem ser sinais de quadros afetivos mais graves em adolescentes, dependendo da intensidade, da persistência e da presença de outros sintomas. Esses transtornos devem ser diagnosticados e tratados precocemente, a fim de evitar prejuízos ao desenvolvimento e possibilitar o aprendizado de repertório socialmente adequado para enfrentar os transtornos afetivos.

Em relação à dimensão *Decréscimo de energia vital* os sintomas com maiores frequências entre os adolescentes foram “Tem dificuldade em tomar decisão” e “Tem dificuldade de pensar claramente”. Observa-se que esses sintomas estão

relacionados às capacidades cognitivas como pensar e tomar decisões. A condição de acautelado pode condicionar os adolescentes a inércia e inatividade, onde os sintomas mencionados se tornam muito prováveis de ocorrerem.

Quanto aos sintomas *Somáticos*, o item “Dormir mal” obteve maior frequência entre os adolescentes, o que sugere problemas no ciclo sono-vigília em contexto de acautelamento. Esse território pode desencadear nos adolescentes sintomas de ansiedade, apreensão, medo, entre outros, que afetam o período de sono-vigília. Inclusive a alta incidência de sintomas de humor e as dificuldades cognitivas apresentadas pelos adolescentes podem ter relação com o sono. Scivoletto, Boarati e Turkiewicz (2010) definem os sintomas somáticos como sintomas orgânicos que não apresentam achados físicos compatíveis. Além disso, os autores acrescentam que têm associação com os transtornos de humor e situações traumáticas vivenciadas pelos adolescentes.

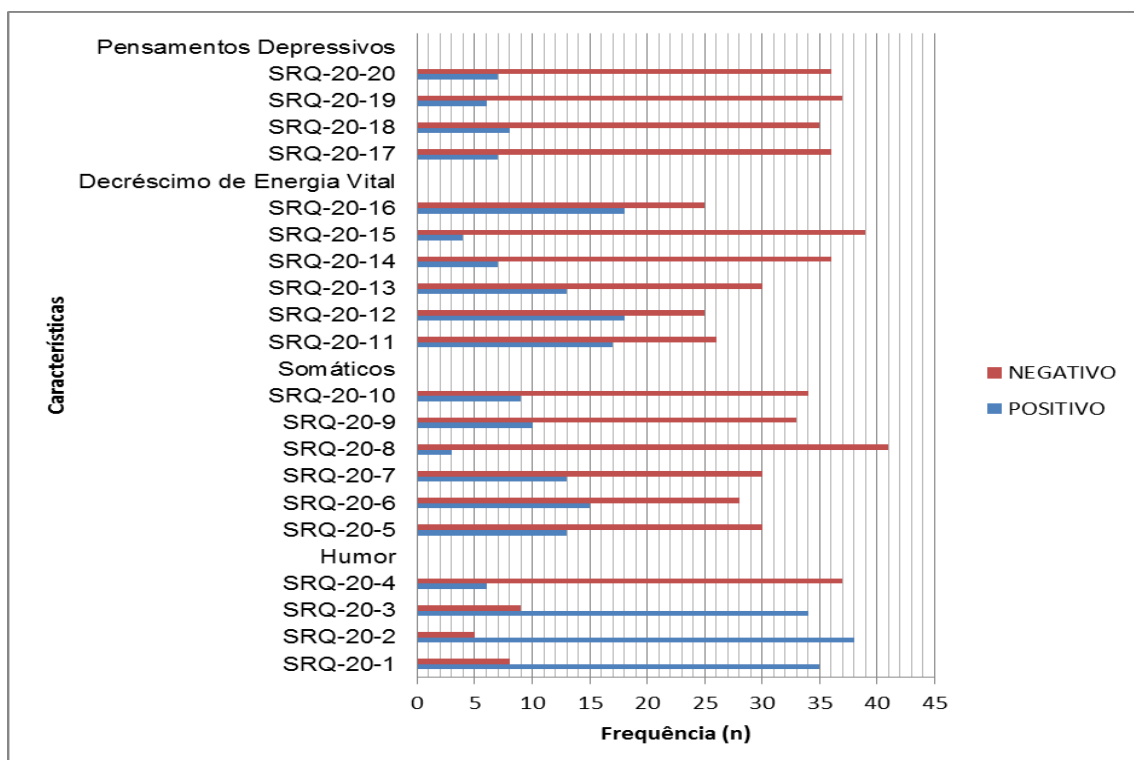
“Dormir mal” também pode influir no processo de ressocialização. Os adolescentes precisam emitir um conjunto de comportamentos compatíveis ao que se pretende a medida socioeducativa. Entre estes comportamentos, se relacionar com os demais adolescentes e profissionais da unidade, frequentar as aulas, realizar outras atividades pactuadas no PIA. Para que isso aconteça de forma que permita melhor reflexão e aproveitamento por parte do adolescente, é preciso investimentos em seu estado de saúde. No entanto, como apontado por Muller e Guimarães (2007) os distúrbios do sono provocam consequências à saúde e ao bem-estar das pessoas, o que pode prejudicar a cognição, os relacionamentos e a realização de atividades diárias.

Em relação à dimensão *Pensamentos depressivos*, o sintoma que apareceu com mais frequência foi “Ter perdido o interesse pelas coisas”. De acordo com o CID 10 (1997) os pensamentos ou episódios depressivos são traduzidos por declínio do humor, diminuição da energia e da atividade. Os sintomas mais característicos são: dificuldade em experimentar o prazer, a perda de interesse pelas coisas, a diminuição da concentração, cansaço, problemas do sono, diminuição de apetite, baixa autoestima e autoconfiança, ideias de culpabilidade ou de inutilidade. Os sintomas somáticos também podem estar presentes, tais como lentidão psicomotora, agitação, perda de peso, perda da libido, insônia, entre outros.

Apesar dos sintomas relacionados aos pensamentos depressivos terem ocorrido com menos frequência se comparados aos demais sintomas, 28 respostas

positivas mais a alta prevalência de sintomas de humor, indicam a necessidade de um olhar mais atento aos sintomas em questão, por estarem associados ao risco de suicídio. Ainda mais quando se reflete a respeito da realidade dos adolescentes autores de atos infracionais, cercada por fatores de risco. Baptista, Rigotto e Calais (2005) relataram que o índice de suicídio é maior entre os adolescentes que tem baixa escolaridade e nível socioeconômico, que sofreram maus tratos, que têm famílias com dificuldades de garantir seus direitos e que vivenciam altos níveis de Stress, entre outros. Vários outros autores, Hayes, Pistorello, Biglan (2008); Wielenska, (2001); Calais, Baptista e Inocente (2005), mencionaram as condições de vida e a aversividade excessiva; problemas sociais e familiares, dificuldades acadêmicas, pobreza e institucionalização. Também concluíram que os transtornos psiquiátricos e/ou mentais são importantes variáveis explicativas para o responder suicida, como ansiedade, humor bipolar, delírio, depressão, psicose e abuso de substâncias químicas.

Gráfico 1 – Desempenho por itens de sintomas de Transtornos Mentais Comuns (TMC) utilizando o Self – Reporting Questionnaire (SRQ. 20) em adolescentes de 15 a 18 anos, acautelados em Centro socioeducativo de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=43).



Fonte: Pesquisa de campo

Os dados obtidos no presente estudo não permitem confirmar diagnósticos de transtornos mentais, pois se trata de um rastreamento. No entanto, alerta-se para os resultados obtidos na população estudada com fortes sintomas de humor. Além desses, presença significativa de sintomas relacionados ao decréscimo de energia vital e aos sintomas somáticos. Ressalta-se, a necessidade de investigações minuciosas quanto aos sintomas apresentados, bem como ações no campo da saúde mental, que visem à prevenção da evolução das demandas identificadas.

Os adolescentes em cumprimento da lei em regime fechado podem vivenciar processos difíceis de des (re) territorialização. Esses processos são, provavelmente, afetados pela própria vivência infracional, que apesar dos “ganhos envolvidos”, os expõem a constantes situações de risco, onde a própria vida é ameaçada. Daí os adolescentes trazem para o território socioeducativo suas territorialidades, construídas historicamente, a partir das interações com as várias dimensões territoriais. Isso quer dizer que a entrada no centro socioeducativo pode ser carregada de significados e de sentimentos, que na maior parte das vezes, geram sensações desagradáveis para o sujeito.

As novas territorialidades são construídas em um contexto de privação de liberdade, que por si só podem incidir negativamente na saúde dos adolescentes. Evidencia disso, são os comportamentos, pensamentos e sentimentos manifestados pelos adolescentes, ao se perceberem assustados, tensos, preocupados, tristes, cansados, com dificuldades para pensar e tomar decisões, com insônia, dores de cabeça e estômago. Essas condições poderão prejudicar o processo da socioeducação, que a princípio traz a proposta de ressocialização e da construção de novas territorialidades, a fim de romper com o ato infracional e permitir escolhas mais saudáveis.

Sendo assim, os sintomas apresentados podem ter relação com o complexo processo de acatamento (que antecede a entrada do adolescente na unidade socioeducativa) e seus elementos (i) materiais, que se manifestam no dia a dia da unidade. Esses sintomas, provavelmente, não estão relacionados a uma única causa, mas a um complexo sistema multivariado e multifatorial de causas. Por isso é preciso atenção à saúde mental dos adolescentes, e análises mais cuidadosas de diagnóstico e intervenção.

#### **5.1.4 Escala de Stress para Adolescentes (ESA)**

O stress pode ser definido como o conjunto de reações do organismo diante de determinadas situações de medo, excitação, irritação e felicidade. Portanto uma reação frente a evento de qualquer natureza que altere a vida da pessoa (LIPP, 1984).

O ser humano sofre ameaças externas de diferentes origens, sendo o stress entendido como produto da relação do ser humano com o seu meio ambiente. O stress é uma preparação do organismo para lidar com fatores considerados estressores. Sendo que os resultados de tais reações estão relacionados ao modo de reagir da pessoa, que depende de fatores cognitivos, comportamentais e fisiológicos. "Se a resposta ao estresse gerar ativação fisiológica frequente e duradoura ou intensa, pode precipitar um esgotamento dos recursos do sujeito com o aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos", podendo chegar ao adoecimento mental (MARGIS et al., 2003, p. 72).

Na sociedade atual, considerada pós-moderna, os adolescentes podem vivenciar diversos componentes estressores da vida diária, além de transformações emocionais, cognitivas e fisiológicas específicas do estágio de desenvolvimento em que se encontram (BLUTH e BLANTON, 2014). Nesse processo de desenvolvimento, o adolescente, adquire características exclusivas como busca de identidade, independência, juízo crítico, sensibilidade, afetividade e construção de um projeto de vida (OLDS e PAPALIA, 2013). Pode ocorrer uma ambivalência evidenciada em atitudes contraditórias, oscilações de humor, incertezas, angústias e sensibilidade ao prazer, as quais os adolescentes vivenciam intensamente (SENNA e DESSEN, 2012).

O resultado dessas transformações provavelmente ocasiona ao adolescente a definição do seu estilo de vida (CÂMARA, AERTS e ALVES, 2012). Esses aspectos reduzem a capacidade do adolescente em apresentar respostas adaptadas e adequadas frente a situações e pressões sociais, o que pode contribuir para o surgimento do stress.

Segundo Marques, Gasparotto e Coelho (2014) há proporções consideráveis de adolescentes com altos níveis de stress, tendendo a depressão e suicídio. No entanto, as variáveis relacionadas não estão tão claras. Concluíram que mais estudos são necessários, a fim de identificar os fatores correlacionados, além do sexo e carga de atividades acadêmicas, como nível socioeconômico, suporte social,

entre outros.

Quanto aos adolescentes privados de liberdade, Nardi, Jahn e Dell' Aglio (2014) estudou o perfil de 143 adolescentes de 14 a 20 anos, que cumpriam medida socioeducativa de internação nas unidades de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Observaram a ocorrência de diversos eventos estressores na vida destes, como o uso de drogas lícitas e ilícitas e a prisão e morte de membros da família.

Os adolescentes envolvidos em atos infracionais são expostos a diversos fatores de risco, o que pode comprometer seu desenvolvimento. De acordo com Feijó e Assis (2004) esses fatores de risco estão associados a um contexto de pobreza e exclusão social em que vivem as famílias dos adolescentes. Tais vulnerabilidades também mostraram uma história de agravos à saúde e de violências sofridas.

As questões políticas, econômicas e culturais estão contidas no processo de exclusão social, por se tratar de um fenômeno amplo e complexo que abrange todas essas dimensões do território (HAESBAERT, 2011). Nesses territórios de vulnerabilidades muitas vezes observam-se serviços públicos que não atendem às demandas da população e dos adolescentes, como no campo da saúde, da educação, do lazer e da profissionalização. Segundo Raffestin (1993) o acesso diferenciado a energia e informação, também têm consequências na vida das pessoas que encontram formas ilícitas para terem tal acesso. Destaca-se, que o excluído não escolhe a sua condição, ela se dá numa evolução temporal como resultado das mudanças na sociedade como, por exemplo, as crises econômicas.

Zappe e Ramos (2010), em estudo realizado para identificar o perfil do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, observaram que os adolescentes mais vulneráveis são de etnia negra ou parda e com baixa escolaridade. Essas condições podem se revelar fontes constantes de stress, devido às consequências advindas. Os autores também destacaram que os adolescentes autores de atos infracionais possuem em sua trajetória de vida, uma longa série de situações de risco pessoal e social, em que a vivência da violência favorece sua prática.

A violência também pode ser geradora de stress como afirma Lugarinho, Avanci e Pinto (2017, p. 1322) "a violência e o stress possuem uma relação intrínseca, em que ambos se retroalimentam, já que o stress crônico pode levar a

mais atos violentos e revitimizações, acarretando mais stress e problemas de saúde”.

A Tabela 5 apresenta a frequência de Stress e correlação das variáveis sociodemográficas entre os adolescentes acautelados.

Tabela 5 – Distribuição de frequência dos sintomas e fases de stress utilizando a Escala de Stress para Adolescentes (ESA) e correlação com variáveis sociodemográficas em adolescentes de 15 a 18 anos, acautelados em Centro socioeducativo de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=43).

<b>Características</b>	<b>Frequência n (%)</b>	<b>Sintomas</b>	<b>Fases</b>
<b>Idade</b>			
15 anos	02 (4,6)	01 (50,0)	01 (50,0)
16 anos	08 (18,6)	00 (0,0)	00 (0,0)
17 anos	15 (34,8)	01 (06,6)	01 (6,6)
18 anos	18 (41,8)	01 (05,5)	05 (27,7)
<b>Anos de Estudo</b>			
04 anos	03 (6,9)	01 (33,3)	02 (66,6)
05 anos	05 (11,6)	00 (0,0)	00 (0,0)
06 anos	03 (6,9)	01 (33,3)	01 (33,3)
07 anos	04 (9,3)	01 (25,0)	01 (25,0)
08 anos	07 (16,2)	00 (0,0)	01 (14,2)
09 anos	14 (32,5)	00 (0,0)	01 (7,1)
10 anos	06 (13,9)	00 (0,0)	01 (16,6)
Não sabe	01 (2,3)	00 (0,0)	00 (0,0)
<b>Procedência</b>			
Gov. Valadares Urbano	19 (44,1)	01 (05,2)	02 (10,5)
Gov. Valadares Rural	01 (02,3)	00 (00,0)	00 (00,0)
Outras cidades	23 (53,4)	02 (08,6)	05 (21,7)
<b>Total</b>	<b>43 (100,0)</b>	<b>03 (6,9)</b>	<b>07 (16,2)</b>

Fonte: Pesquisa de campo

A prevalência total de stress na população adolescente em cumprimento de medida socioeducativa deste estudo foi de 16,2%. Esse dado, ainda que inferior à encontrada em outras pesquisas nacionais indica necessidade de uma atenção cuidadosa às condições de saúde do adolescente acautelado.

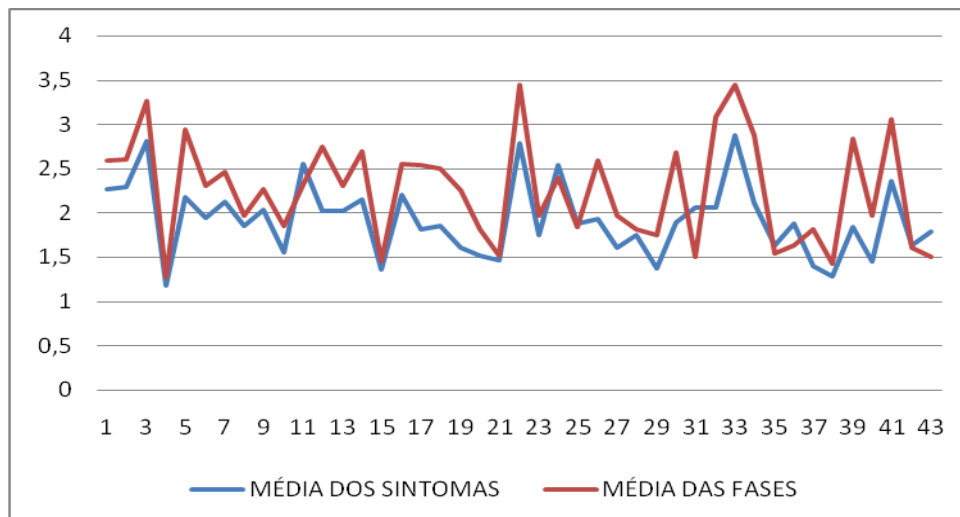
No estudo de Schermann et al. (2014) realizado com 475 adolescentes escolares de 14 a 18 anos, do município de Canoas, Rio Grande do Sul, a prevalência encontrada foi de 10,9%. Na pesquisa desenvolvida por Justo e Lipp



(2010) com objetivo de investigar a influência do estilo parental sobre os níveis de stress em 100 adolescentes na faixa etária de 13 a 18 anos, identificou uma incidência de 26,0% de stress excessivo. Just e Enumo (2015) encontraram prevalência de stress de 33,33% em uma amostra de 83 adolescentes que cursavam o 8º e o 9º ano do Ensino Fundamental, em uma escola pública de São Paulo. A pesquisa analisou a função do stress no desenvolvimento de problemas emocionais e de comportamento no público participante.

A seguir, no gráfico 2 apresenta-se as médias dos sintomas e das fases do stress obtidas nesse estudo.

Gráfico 2 – Distribuição por médias de sintomas e fases de stress utilizando a Escala de Stress para Adolescentes (ESA) em adolescentes de 15 a 18 anos, acutelados em Centro socioeducativo de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=43).



Fonte: Pesquisa de campo.

As medianas referentes aos resultados dos sintomas e fases de stress foram 1,8 e 2,3 respectivamente. Sendo o valor mínimo para identificação de sintomas de stress igual ou maior que 2,6 e para as fases de stress igual ou maior que 2,8. Portanto, os valores são inferiores aos escores estabelecidos pela ESA para identificação de stress.

A maioria dos adolescentes com sintomas de stress apresentou sintomas cognitivos, (66,6%), seguidos dos sintomas fisiológicos (33,3%). Para melhor compreensão do significado desses valores deve-se mencionar que a ESA apresenta quatro fatores de sintomas: psicológicos, cognitivos, fisiológicos e interpessoais. Os itens agrupados em um mesmo fator estão relacionados aos

sintomas correspondentes.

O fator um (1) são as respostas de stress relacionadas à dimensão psicológica. Os 24 itens incluídos evidenciam as sensações psicológicas que podem ser experimentadas quando o adolescente está com stress. O fator dois com seis itens observa-se que existem em comum as respostas no construto cognitivo, isto é, reações cognitivas do stress. Os sintomas referem-se às dificuldades de compreensão e aprendizagem frente às circunstâncias de vida do adolescente. Os nove itens associados ao fator três possuem conteúdos relacionados à dimensão fisiológica ou física do stress. O fator quatro, representado por cinco itens, refere-se ao relacionamento do adolescente com o ambiente, sendo assim, problemas de origem interpessoal (TRICOLI e LIPP, 2015).

Os sintomas cognitivos estão associados às questões como insônia, concentração, aprendizagem e uso de drogas (TRICOLI e LIPP, 2015). Considerando ser o fator que se destacou entre os participantes com sintomas de stress, infere-se que os adolescentes podem estar com dificuldades no processo de aprendizagem.

Quanto às intensidades, os itens de sintomas agrupados em um mesmo fator medem em comum as fases de stress. Os itens agrupados no fator um (dimensão psicológica) estão ligados às reações vivenciadas nas últimas 24 horas, ou seja, sob efeito passageiro do stress. Assim, estão ligados à fase de alerta. No caso do fator dois (dimensão cognitiva), os adolescentes estão experimentando sensações de stress num período mais longo, sete dias. Sendo então representados pela fase de resistência. O fator três (dimensão fisiológica) possuem conteúdos relacionados à terceira fase do stress, ou seja, a fase de quase exaustão. No fator quatro (dimensão interpessoal), os adolescentes estariam mais tempo expostos às sensações, seis meses, portanto fase da exaustão (TRICOLI e LIPP, 2015).

O gráfico 3 apresenta a frequência com que os sintomas aparecem, evidenciando assim, os estágios ou as fases de stress, subdivididas em: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão.

Gráfico 3 – Distribuição por fases do stress utilizando a Escala de Stress para Adolescentes (ESA) em adolescentes de 15 a 18 anos, acautelados em Centro socioeducativo de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=43).



Fonte: Pesquisa de campo.

Com a aplicação da ESA foi possível identificar que todos os adolescentes que apresentaram resultado positivo para as fases de stress, se encontravam na fase de Alerta. Apesar dos resultados terem dado positivo para as outras fases no caso de alguns adolescentes, Tricoli e Lipp (2015) consideram a fase com valor mais alto como predominante.

De acordo com Selye (1965) a fase de alerta ocorre quando há o confronto com um estressor e a pessoa se prepara para a “luta ou fuga”. Apresenta características específicas tais como:

Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial; contração do baço para a liberação de mais glóbulos para a corrente sanguínea; liberação de açúcar pelo fígado para maior energização dos músculos; redistribuição do sangue no organismo com o aumento e irrigação para os músculos e cérebro; aumento da frequência respiratória; dilatação dos brônquios; dilatação da pupila para aumentar a frequência visual e aumento dos linfócitos do sangue para corrigir danos que possam existir nos tecidos (TRICOLI e LIPP, 2015, p. 13).

Segundo Tricoli e Lipp (2015) se o fator causador do stress ocorrer em curto período pode advir uma restauração do equilíbrio após um período curto de tempo. Essa fase pode ter um aspecto positivo, pois após o aumento da adrenalina, o

organismo passa a ter mais energia e a pessoa se sente motivada. Mas se esse estado durar longo tempo, a pessoa entra na resistência. A fase de resistência é caracterizada por um longo período de atuação do estressor em que o organismo tenta se acomodar utilizando suas reservas adaptativas em busca do equilíbrio interno. O sujeito se sente melhor no início com o desaparecimento de sintomas. Ocorrem mudanças fisiológicas no funcionamento das suprarrenais, uma vez que a medula diminui a produção de adrenalina e o córtex produz mais corticosteroides. O organismo fica desgastado e mais vulnerável a doenças. Porém se a pessoa tiver recursos, poderá recuperar a saúde. Mas se isto não ocorrer se aproximará da fase da exaustão, o que poderá acarretar diversas doenças.

A fase de exaustão ocorre quando o estressor persiste e a pessoa não consegue lutar ou fugir dele ou quando ocorrem muitos estressores ao mesmo tempo, e aí o processo de stress evolui levando ao aumento das estruturas linfáticas e à exaustão psicológica. É um período em que se manifestam doenças de origem psicológica, como a depressão e fisiológicas como a hipertensão arterial, entre outras. É uma fase em que a pessoa provavelmente precisará de ajuda profissional (TRICOLI e LIPP, 2015).

Após estudos realizados por Lipp percebeu-se a necessidade de incorporar outra fase ao modelo proposto por Selye. Essa fase recebeu o nome de *Quase exaustão*. A justificativa de Lipp é que a pessoa quando está na fase de resistência passa por aumento dos sintomas para chegar à fase de exaustão. A pessoa não consegue mais adaptar-se ou resistir ao estressor e acaba enfraquecendo. Apesar disso a pessoa consegue trabalhar e conviver em sociedade. Como a fase de resistência era muito longa, daí passou a ser dividida em duas partes por Lipp. Sendo a fase de resistência a primeira parte, que foi proposta inicialmente por Selye e a quase-exaustão, que refere-se à parte final desta, quando o indivíduo não está mais conseguindo resistir (TRICOLI e LIPP, 2015).

Cabe aqui destacar que os adolescentes com stress estão em uma fase inicial, onde investimentos em ações que busquem identificar os estressores, assim como extingui-los e/ou minimizá-los, poderão contribuir significativamente para que não evolua para outra fase mais grave. No entanto, se considerar que a maioria dos adolescentes com sintomas de stress já estão apresentando sinais correspondentes ao fator cognitivo, pode ser que isso seja um indício de uma provável mudança de fase, no caso a resistência. Lembrando que resultados parecidos foram encontrados

no rastreamento dos TMC, onde os sintomas relacionados ao decréscimo de energia vital, como dificuldade em tomar decisões e pensar claramente, se apresentaram de forma expressiva entre os adolescentes. Isso significa que estes estão apresentando sintomas relacionados à cognição.

Os níveis de stress identificados, ainda que na fase de alerta, e a prevalência de TMC obtida no presente estudo, indicam necessidade de concentrar à atenção na saúde do adolescente acautelado. Estes que muitas vezes chegam ao território socioeducativo, fragilizados em função das suas territorialidades passadas, são então expostos ao processo de des (re) territorialização, que poderá afetar a saúde, principalmente em seus aspectos emocionais. A constituição do sujeito poderá ser alterada, uma vez que os elementos imateriais se expressam simbolicamente e sua territorialidade é transformada com a vivência na instituição. Torna-se necessário reforçar o caráter socioeducativo da medida com ampliação das ações de saúde, para que o adolescente construa novas territorialidades que se materializem no modo de ser e viver, permitindo assim a construção de um novo projeto de vida.

## 5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Os dados qualitativos deste estudo surgiram a partir da percepção dos adolescentes em regime de acautelamento sobre saúde. Para Reis e Fradique (2003) a percepção sobre saúde e doença pode ser caracterizada como uma medida subjetiva, ou seja, a maneira que o indivíduo compreende os diversos aspectos relacionados às condições de saúde, considerando as experiências individuais e coletivas. Está fundamentada com frequência no modelo dinâmico do comportamento e influenciada pelas crenças individuais baseadas em experiências vividas antes do aparecimento da doença e pelo processo que conduz ao comportamento na saúde.

Buscou-se valorizar todas as informações recolhidas nas entrevistas, considerando a pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados. Ressalta-se que não foram realizadas alterações ortográficas ou gramaticais nos discursos dos participantes. A partir da análise dos relatos surgiram categorias distintas para cada tema conforme Tabela 6:

Tabela 6 – Descrição das Temáticas e Categorias resultantes da Análise de Conteúdo.

TEMÁTICA	CATEGORIA
<b>Significado de saúde</b>	Cuidado médico Boa alimentação
<b>Possibilidade de Saúde em Ambiente de Acautelamento</b>	Não favorece a saúde
<b>Práticas que favorecem a Saúde em Ambiente de Acautelamento</b>	Futebol Higiene

Fonte: Pesquisa de campo.

### 5.2.1 Temática 1: Significado de Saúde

Essa temática apresenta os sentidos e significados dados à saúde, ou seja, como a saúde foi entendida e percebida pelos adolescentes privados de liberdade. A construção de sentidos e significados, conforme Carvalho e Luz (2009) são componentes intrínsecos às práticas de saúde. Os significados expressos em ações são construídos a partir dos sentidos atribuídos pelos sujeitos praticantes, que por sua vez são resultados de construções sociais. Portanto, saúde é um conceito vital, sujeito a constantes transformações.

Segundo Sciliar (2007) tais significados e sentidos de saúde estão relacionados ao cenário social, econômico, político e cultural dos sujeitos, bem como os fatores associados à época, o lugar, a classe social, os valores individuais e as concepções científicas, filosóficas e religiosas.

#### 5.2.1.1 Categoria 1: Cuidado médico

Esta categoria aborda o entendimento, sentidos e significados dos adolescentes em relação à saúde. Cuidar vem do latim *cogitare*, que pode ser entendido como aplicar a atenção, o pensamento, a cautela e agir com responsabilidade (FERREIRA, 2011). E o fazer médico equivale a “acumulação dos recursos utilizados no cuidado que vão se tornando disponíveis com o passar do

tempo” (DANTAS FILHO e SÁ, 2009, p. 190). Portanto, cuidado médico pode ser entendido como o conjunto de ações e técnicas do profissional médico voltadas para o paciente ou usuário dos serviços, condicionadas ao tempo/espço, que visam contribuir com a melhoria do seu estado de saúde.

Alguns relatos identificam esse entendimento de saúde:

*Saúde é atendimento médico, olhar como está nossa pressão, nosso movimento [...] (ENTREVISTADO 1).*

*Saúde é o médico cuidar da gente [...]. Não tenho nada, não tenho doença, nem nada (ENTREVISTADO 3).*

Nota-se nesses relatos que, os conceitos e as percepções dos adolescentes sobre a saúde se relacionam com cuidado médico. Além de enfatizar a figura do médico, apontam as ações de saúde como estratégia de recuperação da saúde e cura dos agravos e doenças. Consideram que cuidado médico pode-se traduzir em ações como aferir a pressão, medicar, ir ao hospital, tratar doenças. Esses significados e sentidos perpassam por pensamentos e ações compatíveis ao modelo biomédico de saúde.

O modelo biomédico de saúde é caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologismo e mecanicismo (CUTOLO, 2006). Esse modelo que se destacou no início do século XIX e predominou até meados da década de 70, exerceu e ainda exerce forte influência no conceito de saúde (FERTONI et al. 2015).

Segundo Rizzotto (2002) o modelo biomédico enfatiza a doença em detrimento da promoção e da prevenção à saúde. Estabelece uma lógica “desumana” na forma de assistir, devido ao uso exacerbado de tecnologias e a relação distante entre profissionais e pacientes/usuários. Com a Reforma Sanitária dos anos 70 e 80, a discussão acerca da humanização da assistência à saúde ganhou destaque. Passou a se questionar esse modelo e as práticas curativas, assim como o atendimento baseado na figura do médico. Esse modelo impõe aos pacientes e/ou usuários uma situação de dependência aos profissionais de saúde e pode resultar numa perda de autonomia do sujeito no ato de se cuidar.

Araújo e Xavier (2014) questionam o modelo biológico, por atribuir à saúde apenas o equilíbrio orgânico e priorizar a realização de exames e a utilização de medicamentos. Sugerem como alternativa, ações da Clínica Ampliada, por focar não apenas a doença, mas nas singularidades dos sujeitos e os contextos familiar,

histórico, social e cultural em que estão inseridos.

Desde 1948 que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) define saúde como um bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças. Observa-se que a OMS buscou envolver as questões emocionais e sociais, superando assim o modelo biomédico de saúde.

Saúde também pode ser entendida como “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade” (SEGRE e FERRAZ, 1997, p. 542). Essa perspectiva considera os diversos problemas individuais e sociais enfrentados pelas pessoas, como violência, desemprego, poluição ambiental, serviços públicos insuficientes etc. Adaptar-se à própria realidade, e se relacionar com o mundo de forma harmônica, ainda que minimamente, talvez seja o grande desafio para a saúde frente aos problemas citados.

Outro ponto importante a respeito da saúde é que não se trata de um estado estável, que ao ser atingido não poderá mais ser perdido. A saúde é um processo dinâmico associado às vivências e percepções das pessoas. Isso quer dizer que ao longo da vida de uma pessoa ela poderá viver condições diversas de saúde/doença. E em certos momentos se sentirá mais saudável e em outros momentos mais doente. Barcellos et al. (2002, p. 130) ampliam a discussão ao afirmarem que:

Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. Os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. Uma das questões importantes para o diagnóstico de situações de saúde, nesse sentido, é o desenvolvimento de indicadores capazes de detectar e refletir condições de risco à saúde advindas de condições ambientais e sociais adversas. Esses indicadores devem permitir a identificação dos lugares, suas relações com a região, bem como a relação entre a população e seu território. É nessas relações que se desenvolvem meios propícios para o desenvolvimento de doenças e também para seu controle (BARCELLOS et al., 2002; p. 130).

O complexo processo saúde/doença depende do contexto, ou seja, das condições materiais e imateriais da vida de um lugar, que influenciarão as pessoas diferentemente, dependendo de como se encontram no território, a partir dos elementos de ordem econômica, política, cultural, social e ambiental. O que significa que todos esses fatores presentes nos territórios e lugares modificam a percepção das pessoas sobre a saúde e sobre os riscos distribuídos espacialmente (MONKEN



e BARCELLOS, 2007). Ou seja, a saúde é dinâmica, condicionada, coletiva, individual, subjetiva, e só poderá ser entendida em uma perspectiva integral.

Percebe-se que não há um conceito ou significado único para o termo saúde, e isso se deve às mudanças históricas, sociais e culturais aos quais os seres humanos e as sociedades passaram ao longo dos tempos. O que é tido pela sociedade de determinada época como saudável, acaba influenciando os comportamentos, pensamentos e sentimentos das pessoas, ou seja, o estilo de vida. Assim, padrões de comportamentos e parâmetros de normalidade são estabelecidos e modificados ao longo dos tempos (ARAÚJO e XAVIER, 2014).

A Constituição Federal não discute um significado de saúde, mas afirma que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Apesar de não definir um conceito, o texto constitucional traz de forma explícita que a saúde está condicionada aos fatores de ordem social e econômica. A lei 8080 (BRASIL, 1990), que regula as ações e serviços de saúde no país, abrange o conceito ampliado de saúde, evidenciando seus determinantes e condicionantes. Entre estes: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Assim, parece não ser possível obter saúde, sem investimentos em diversas áreas da vida de uma pessoa ou de um grupo social.

A descrição também remete à ideia da saúde enquanto algo que supera o nível individual. Ainda que o sujeito alcance um bem-estar que considere ideal ou satisfatório, se faz parte de uma sociedade onde os problemas sociais são comuns, como a violência, este também poderá ter sua saúde afetada em algum espaço/tempo. Portanto, a concepção de integralidade se faz presente no campo da saúde, sendo impossível a compreensão dos territórios de forma fragmentada ou desarticulada. Isso significa dizer que o modelo biomédico de saúde exclui elementos importantes para a compreensão do complexo processo de saúde/doença, por não considerar nos aspectos sociais e culturais.

Os adolescentes deste estudo reproduziram concepções e comportamentos

baseados em suas multiterritorialidades passadas e presentes. Provavelmente, o entendimento de saúde enquanto cuidado médico nessa lógica biomédica, é compatível aos dos territórios vividos. Tais concepções podem influenciar a forma como cada um cuida da própria saúde. Se a saúde, por exemplo, é entendida como ausência de doença, as ações do indivíduo permanecerão nessa perspectiva e no uso de medicamentos, realização de exames, dentre outros.

Por ser o território, polissêmico, as diferentes áreas de conhecimento, apropriam-se das dimensões de análise que correspondem mais aos seus objetivos. Há quatro grandes dimensões territoriais: a política, na qual o território é definido pelo espaço delimitado/controlado, onde se exerce controle, normalmente relacionado ao poder público na figura do Estado; econômica, que percebe o território como espaço, fonte de recursos financeiros, materializado na relação capital-trabalho; naturalista, que ressalta o espaço natural e físico e a relação entre sociedade e a natureza; e cultural, que enfatiza as dimensões subjetivas e simbólicas, e o território se torna resultado da apropriação do espaço vivido pelas pessoas e/ou grupos sociais (HAESBAERT, 2011).

O território é analisado como o resultado das múltiplas relações de poder, determinadas no espaço geográfico que se expressa de forma material e imaterial. A primeira por meio das relações político-econômicas, e a segunda, sujeitas às questões subjetivas de ordem simbólico-cultural (HAESBAERT, 2011). Enquanto os problemas de saúde forem tratados pelo Estado enquanto estratégia de controle e dominação; e da mesma forma, pela sociedade, como fonte de recursos econômicos ou condição imprescindível para atender à produtividade; é provável que as subjetividades das pessoas sejam influenciadas e/ou condicionadas a essa mesma lógica. Daí o desejo cada vez maior por resolver os problemas de saúde por meios considerados “mais rápidos e eficientes”.

Haesbaert (2011) aponta para a necessidade de entender os territórios de forma integrada, a partir de sua dimensão espacial material das relações sociais e do conjunto de representações sociais. A perspectiva híbrida, sustentada pelo autor, possibilita o estudo mais abrangente do que é proposto, por compreender os territórios e os fenômenos sociais a partir da interação entre as várias dimensões. O autor supera o dualismo materialismo/idealismo e defende que devido às várias dimensões sociais, o espaço não poderia ser considerado de forma parcial, ou seja, onde apenas uma dimensão é considerada.

Dessa forma, a saúde do adolescente acautelado precisa ser estudada nessa perspectiva integradora, onde há elementos históricos e atuais, de diferentes dimensões, interagindo entre si e compondo as multiterritorialidades. É preciso considerar nesse contexto, a forte presença do Estado, e suas relações de poder, que determinam o cumprimento da medida de internação e as decisões no campo da saúde; da mesma forma as forças econômicas por trás da própria condição de autores de atos infracionais e de que forma estas interferem no contexto de saúde, tanto na perspectiva orçamentária quanto dos cuidados individuais e coletivos; as relações dos sujeitos com a terra e o meio ambiente natural, assim como suas condições biológicas que influenciam a saúde e predispõem ao adoecimento; e principalmente as questões de ordem simbólico-culturais que permeiam toda a existência dos sujeitos e suas percepções no campo da saúde.

Em vários relatos observou-se uma frequência quanto à utilização de medicamentos para o tratamento das questões de saúde, inclusive as de origem emocional e social:

*Remédio pra dormir, pra não ficar estressado [...]*  
(ENTREVISTADO1).

Essa fala provavelmente evidencia o desejo em alcançar um estado ideal de saúde por meio do uso de remédios. Percebe-se que, as expectativas dos adolescentes podem ser resultado do processo de medicalização dos problemas de saúde e da busca, cada vez mais acentuada, por resultados rápidos, que possibilitam a reelaborar suas demandas diárias. Com o uso de medicamento, o adolescente possivelmente acredita estar colocando sob controle as doenças que o afligem (ou que podem um dia afligir), e, chama de saúde o exercício deste controle sobre as patologias.

A expressão também pode indicar que os adolescentes optam por dormir para evitar os stress do dia a dia de acautelamento. Dessa forma, para suportar as demandas do território e cumprir a medida, o uso de medicamentos para dormir, torna-se uma alternativa viável.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) propõe o fomento às discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no território socioeducativo (BRASIL, 2014). Essa proposta visa controlar a patologização e consequente

medicalização das questões de origem social e subjetiva, e incentivar a busca de alternativas terapêuticas, que contribuirão mais significativamente com a proposta da socioeducação.

Evidentemente, que o uso racional de medicamentos contribui eficazmente no tratamento de doenças e sintomas (BRASIL, 2019). No entanto, quando o uso é descontrolado, pode se tornar um grave problema, ao passo que reforça comportamentos de passividade frente às questões de saúde e, por conseguinte, impede ações de promoção e prevenção.

A Constituição Federal define as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como por exemplo, o atendimento integral, com foco em ações de prevenção, sem prejuízos dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). O atendimento integral pressupõe olhar para o ser humano de uma forma mais abrangente. Para isso é preciso ouvir o usuário, estudar os diversos territórios em que estão inseridos e atender às suas reais demandas e necessidades. Para Simões et al. (2007) a realização de atendimento embasado em princípios como integralidade, equidade e participação social, demanda revisão constante das práticas em saúde na perspectiva da humanização do atendimento.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante o direito das crianças e dos adolescentes à saúde com base em um “desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990). Assim, o ECA define a saúde enquanto algo relacional, contingenciada ao tempo e aos espaços de convivência, com ênfase às condições de sobrevivência e existência.

A PNAISARI também adota um modelo de atenção integral à saúde que supera o atendimento médico e o tratamento de doenças e prioriza as necessidades do adolescente a partir do envolvimento com sua família e comunidade de origem (BRASIL, 2014). Observa-se que a política foi elaborada dentro dos princípios do SUS e conforme os direitos previstos na Constituição e no ECA.

Portanto, em situação de privação de liberdade, compete aos estabelecimentos socioeducativos, as medidas específicas de atenção à saúde integral dos internos, garantindo assim os direitos previstos. Observa-se, que as legislações preveem um sistema de saúde que atue considerando o ser humano a partir de uma perspectiva integracionista e sistêmica, compatíveis com os conceitos geográficos territoriais adotados nesse estudo.

Os adolescentes necessitam de cuidados especiais, pela fase de

desenvolvimento em que se encontram, onde ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. E da mesma forma, devido aos problemas de saúde que podem acometê-los na condição de acutelados. Entre estes, como verificado no relatório do CFP, OAB (2006), os problemas dermatológicos, respiratórios, dentários, os transtornos mentais e a dependência química, especialmente.

Em função dos diversos fatores mencionados, o cuidado médico e também dos demais profissionais da saúde, podem ser uma importante ferramenta para promoção e proteção da saúde do adolescente. Isso porque há multiterritorialidades e subjetividades associadas ao processo de saúde/doença que podem ser trabalhados a partir dessas relações. Fica clara então a importância dos cuidados profissionais na ótica da humanização, que superem a lógica do modelo biológico e que promovam a autonomia dos sujeitos quanto à própria saúde.

#### 5.2.1.2 Categoria 2: Boa alimentação

Nessa categoria, os adolescentes relacionaram saúde a uma "boa alimentação". Esse entendimento se associa a uma tendência à racionalização de alimentação saudável pautada nas práticas de prevenção e de combate à doença, reproduzindo o paradigma mecanicista e tecnicista, compatível ao modelo biomédico de saúde. Segundo Carvalho, Luz e Prado (2011, p. 157) “a biomedicina, em suas pesquisas, se apropria do alimento, compreendendo-o como elemento da ordem da natureza associado a uma concepção de corpo orgânico funcional e objeto de modificações nesse corpo”.

A alimentação é uma necessidade humana, uma das mais básicas. Sua associação com o processo saúde/doença é inevitável, como dizia Hipócrates: “que teu alimento seja teu remédio e que teu remédio seja teu alimento” (BRASIL, 2008). Assim, percebe-se que não foi por acaso a relevância dada pelos adolescentes:

*Se a gente não alimentar direito não tem boa saúde né (ENTREVISTADO 5).*

*Saúde pra mim é ter a saúde boa né, alimentar bem [...] (ENTREVISTADO 9).*

Um primeiro aspecto a ser abordado a partir do significado de saúde enquanto “boa alimentação” é a própria ênfase dada pelos adolescentes à alimentação

enquanto imprescindível para a saúde. Significa que ter acesso à alimentação é fundamental para se garantir o próprio direito à saúde, e conseqüentemente à vida. Assim, a alimentação pode ser entendida como direito social inalienável do ser humano.

A alimentação é um direito previsto na legislação do Estado Brasileiro. Está garantida na Lei 8080 na área de atuação do SUS, onde é entendida como fator condicionante e determinante da saúde, e onde as ações devem estar presentes de modo transversal às ações de saúde (BRASIL, 1990). A Lei 11346, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, assegura a alimentação adequada como direito fundamental do ser humano (BRASIL, 2006). O Decreto 7272 institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNAN), com o objetivo geral de promover a segurança alimentar e nutricional em todo território nacional (BRASIL, 2010). A Emenda Constitucional 64 de 2010 incluiu a alimentação entre os direitos sociais e individuais e coletivos (BRASIL, 2010).

Observa-se que as vertentes política e econômica do território (HAESBAERT, 2011) são caracterizadas pela ação do Estado, quando este atua com objetivo de garantir o direito à alimentação e ao mesmo tempo dispõe de recursos financeiros por meios de políticas públicas para a consolidação desse direito.

Um segundo aspecto, levantado pelos adolescentes, é sobre o significado de boa alimentação:

*Comida aqui é péssima [...]. [...] Tem muita gordura (ENTREVISTADO 5).*

*[...] Verdura, esses trem assim [...]. (ENTREVISTADO 9).*

Os adolescentes trazem implícito em suas falas que uma boa alimentação seria conter verduras, ser preparada com mínima quantidade de gordura e servida em horário adequado, ou seja, manter uma rotina alimentar. Portanto, contido no conceito “boa alimentação”, identificam-se expectativas consoantes às territorialidades passadas e presentes dos sujeitos participantes. Isso pode significar que esse conceito não corresponde necessariamente ao estabelecido pelas ciências como saudável, mas às subjetividades e vivências, históricas e atuais, dos adolescentes.

A alimentação foi entendida pelos adolescentes como uma forma de prevenir doenças e agravos de saúde:

*Sem comer você passa mal, pode ter um sintoma ruim, pode ter um sintoma que não é bom, pode aparecer doenças, estas coisas (ENTREVISTADO 1).*

*[...] Diz que evita câncer (ENTREVISTADO 10).*

Constata-se uma preocupação com a doença, indicando que alimentação tem esta função, evitá-las. Segundo Monteiro e Carneiro (2012) a doença sempre foi um problema na sociedade, por suas próprias consequências ou pela eminência da morte, por falta de conhecimento técnico ou científico ou pelo medo causado, real ou imaginário.

É comum que os avanços tecnológicos e científicos no campo da saúde incidam sobre a doença e os meios para preveni-la. Ainda mais quando uma sociedade é marcada pelos meios de produção, onde o lucro é objetivo principal, e a produtividade necessária para sua manutenção.

Apesar das características provenientes de uma visão biologicista, destaca-se uma predominância da perspectiva processual de saúde, quando os adolescentes percebem que a alimentação é necessária como meio para se prevenir a doença. De acordo com Ceballos (2015, p. 8) o modelo processual é um progresso se comparado ao modelo biomédico, “por reconhecer que as características sociais ou relacionais do indivíduo interferem na chance de adoecer, na forma como ele adoece e na repercussão da doença”.

Considera-se que a saúde pode ser influenciada pelos modos de viver das pessoas. E muitos são os comportamentos de risco associados aos problemas de saúde, como a própria alimentação. Portanto, a importância de reduzir os fatores de risco associados à alimentação e nutrição por meio de modos de vida saudáveis e emancipatórios, no sentido de possibilitar que as pessoas cuidem de si, de sua família e da comunidade em que vivem (BRASIL, 2008). Corroborando com a discussão, Carvalho et al. (2011) acrescenta que, a terapêutica nutricional é centrada nas quantidades e nos horários em que os alimentos devem ser ingeridos, de modo a estabelecer uma vida com os menores riscos possíveis de adoecimento.

Assim, o modelo processual, possibilita pensar em ações de saúde na perspectiva da promoção e proteção. “A alimentação e a nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a

afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania” (BRASIL, 2013, p 10).

O Guia Alimentar para a população brasileira do Ministério da Saúde traz que uma alimentação saudável deve respeitar características individuais e coletivas específicas, que não são quantificadas de maneira prescritiva. A alimentação saudável deve se basear em práticas alimentares que considerem seu significado social, cultural, histórico e afetivo. O alimento é fonte de prazer, é identidade cultural e familiar, tem gosto, cor, forma, aroma, textura (BRASIL, 2008).

Destarte, a alimentação saudável não é simplesmente a ingestão de nutrientes adequados que objetiva fundamentalmente a prevenção de doenças e os agravos de saúde. É uma alimentação que proporcione prazer, bem-estar e qualidade de vida. Portanto, a alimentação no território socioeducativo se apresenta, não apenas no plano material, mas no plano cultural e simbólico, principalmente devido aos significados que a compõem e que marcam as trajetórias dos adolescentes nesse contexto.

Na perspectiva cultural-simbólica, o território se torna resultado da apropriação do espaço vivido pelas pessoas e/ou grupos sociais. Essa dimensão só poderá ser compreendida em suas múltiplas e indissociáveis articulações com outras dimensões (HAESBAERT, 2011). O que significa dizer que a alimentação precisa ser planejada considerando todos os aspectos (i) materiais envolvidos.

Deduz-se, que a percepção da “boa alimentação” pode estar relacionada às esperanças dos adolescentes quanto à própria existência. Sabe-se que os internos, em sua maioria, vêm de famílias em situações de vulnerabilidades, em que a luta diária pelo alimento, lhe dá um status ainda mais significativo. Dessa forma “alimentar bem”, em determinadas ocasiões, pode-se referir ao próprio acesso à alimentação, pois não é incomum relacionar saúde a comer muito.

A alimentação pode se configurar como uma das poucas fontes de prazer/lazer, dadas às condições socioeconômicas insatisfatórias dos adolescentes e suas famílias. Essa condição possivelmente os impede de terem acesso a outros bens de consumo e lazer. Em outros momentos, como verificado nos discursos dos adolescentes, a alimentação é vista como sinônimo de força e vitalidade. Portanto é corriqueiro às famílias reforçarem falas do tipo “come para crescer com saúde” ou então “come para não pegar uma doença”. Sendo assim o adolescente acaba reproduzindo o mesmo discurso:



*[...] Ah, ficar com sangue ruim, parecer, você pode ficar pálido, estas coisas, ficar fraco. (ENTREVISTADO 1).*

Apesar, da pouca importância concedida à alimentação, possivelmente, por ser considerada algo do dia a dia, é fato que possui diversos sentidos e significados. Além de estar vigente em todos os tempos e espaços. As políticas públicas para atuar nesse contexto, devem considerar o território da alimentação e todos os seus fatores, subjetivos, sociais, culturais, históricos, econômicos, políticos, naturais, responsáveis pelas multiterritorialidades ali presentes. Não é apenas mudar hábitos alimentares, comer ou não comer determinados alimentos, mas entender de que forma a alimentação e nutrição podem contribuir com o processo de ressocialização e emancipação do adolescente autor de ato infracional e com a construção de novas territorialidades, que proporcionarão novas escolhas.

### **5.2.2 Temática 2: Possibilidade de Saúde em Ambiente de Acautelamento**

Essa temática apresenta o entendimento dos adolescentes em relação à possibilidade do ambiente de acatamento promover ou não a saúde, a partir da percepção e próprio conceito de saúde. Estar na condição de privação de liberdade não é apenas ser responsabilizado por um ato infracional praticado, mas ser obrigado a vivenciar com uma série de fatores que podem influenciar a própria saúde.

O território de acatamento tem suas multiterritorialidades marcadas por relações de poder concretas e materiais, em que os adolescentes são submetidos às situações aversivas, como descritas pelo CFP e OAB (2006): superlotação, poucas oportunidades de formação educacional e profissional, espaços insalubres e dificuldades de atendimentos de saúde, entre outros.

Da mesma forma, marcado pelos aspectos imateriais, construídos a partir das vivências de cada sujeito e do grupo. Estar acatado pode provocar sentimentos de ansiedade, medo, apreensão, insegurança, angústia, revolta, raiva, tristeza, cansaço, prostração, entre outros. Dessa forma, a privação de liberdade, pode causar impacto na saúde do adolescente e sintomas psicológicos, que influirão na forma como percebem o ambiente e conseqüentemente o próprio processo de responsabilização e ressocialização.

A forma como as pessoas percebem o meio à sua volta está associada aos diversos fatores de origem filogenética, ontogenética e cultural (SKINNER, 2003). Nesse sentido, variáveis de naturezas diferentes contribuem para que os adolescentes percebam o ambiente de acautelamento como favorecedor ou não da saúde.

As percepções estão condicionadas ao processo de interação dos sujeitos com seu meio e podem revelar características específicas de como os adolescentes vêm construindo suas histórias e suas vivências, especialmente no território da saúde e do acautelamento.

#### 5.2.2.1 Categoria 1: Não favorece a saúde

Essa categoria expressa a percepção dos entrevistados sobre a saúde no território de acautelamento, como àquele que não favorece a saúde. Os adolescentes especificaram problemas concernentes aos atendimentos médicos, alimentação, higiene e a própria condição de privação de liberdade.

Portanto, distintos foram os fatores levantados pelos adolescentes que os impediram de perceber o território socioeducativo como adequado para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Estes, vão desde os cuidados específicos com a higiene corporal (conjunto de cuidados com o corpo para ter melhores condições de vida) até questões relacionadas aos aspectos emocionais, oriundas da própria condição de privação de liberdade:

*Tem quase um mês que não tem atendimento na enfermaria aqui. Aqui é muito jogada a saúde da gente (ENTREVISTADO 8).*

*Ah, tem não, na mesma hora que a gente quer ir para o hospital, não tem jeito [...] (ENTREVISTADO 9).*

Observa-se que a oferta de assistência em saúde não atende às expectativas e/ou demandas dos adolescentes internos. Isso pode indicar problemas relacionados à atenção à saúde dos adolescentes no Centro socioeducativo São Francisco de Assis (CSESFA). Resultado semelhante foi encontrado no relatório do CFP e OAB (2006), após inspeção nas unidades de internação brasileiras, onde os adolescentes se queixaram da morosidade dos atendimentos, da falta de medicamentos e da assistência recebida.

As dificuldades da atenção à saúde dessa população perpassam pelo

envolvimento das secretárias municipais e estaduais de saúde, os agendamentos de consultas e exames, os diálogos entre gestores do Centro socioeducativo e da saúde, e a falta de conhecimento por parte de profissionais da saúde das especificidades dos adolescentes internados (BRASIL, 2012).

As dificuldades mencionadas podem refletir problemas no trabalho intersetorial, assim como a existência de um território simbólico, coberto de estigma e preconceito. Fernandes, Ribeiro e Moreira (2015) concluíram que o preconceito e a estigmatização, comuns nesses ambientes, são vistos como barreiras para os investimentos em recursos humanos e parcerias governamentais interinstitucionais, inclusive a atenção à saúde.

Outro aspecto quanto à atenção em saúde é a relação do profissional de saúde com o adolescente/usuário:

*Ouvir nós mais [...] Tem que olhar mais pra nós também né. Só ficava parado lá (ENTREVISTADO 2).*

Essa fala evidencia uma demanda específica, a de serem ouvidos e de receberem atenção e cuidados. Isso pode revelar problemas na unidade socioeducativa e na relação profissional de saúde e adolescente. Verifica-se que nesse território, os espaços para uma atenção mais humanizada, podem encontrar barreiras, devido às questões organizacionais, administrativas e de segurança. Destaca-se que, o processo de empoderamento ou autonomia se inicia quando há espaços adequados para que os sujeitos possam se expressar e refletir a respeito da própria realidade. E os espaços de saúde são ideais para se alcançar esse objetivo.

Quanto à relação médico-paciente, Dantas Filho e Sá (2009) relatam que a medicina nasceu da necessidade do cuidado, o que pode ser visto desde os tempos dos xamãs e curandeiros tribais. Portanto, desde os tempos remotos que o cuidar se tornou uma prática imprescindível para a sobrevivência humana. Apesar de a medicina ter nascido nessa perspectiva do cuidado, no século XX, um bom médico deveria dominar as ciências médicas, os equipamentos terapêuticos e diagnósticos e evitar o envolvimento com os seus pacientes ou familiares. Assim, a ciência médica e sua busca desenfreada pela cura a distanciou do cuidado na prática clínica.

Para Rizzotto (2002), o cuidado se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência estabelece uma atuação humanizadora, embora isso não garanta

intervenções com essas características. De acordo com Simões et al. (2007) alguns problemas no campo da saúde como as condições de trabalho, a jornada dupla ou tripla, a falta de ambiente adequado, de recursos humanos e materiais, de remuneração digna, e o contato constante com pessoas sob tensão podem dificultar esse tipo de assistência.

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, (BRASIL, 2003) das unidades socioeducativas pesquisadas, 94% afirmaram utilizar os serviços da saúde pública do município. Sendo assim, os adolescentes privados de liberdade, vivenciam as mesmas dificuldades enfrentadas pela população. Entre elas, problemas relativos às consultas, especialistas e realizações de exames. Os adolescentes também têm que lidar com o preconceito, com a falta de pessoal para acompanhá-los nos serviços de saúde, problemas no transporte, uso de algemas e escolta, entre outros:

Insuficiência de material; Insuficiência de pessoal para atendimento; Insuficiência de pessoal para controle de medicamentos; Insuficiência ou inadequação do espaço físico; Insuficiência de equipamentos; Insuficiência de capacitação dos profissionais disponíveis; Ausência de tratamento de dependentes químicos; Insuficiência de vagas na rede pública para internação; Preconceito dos profissionais da rede pública; Demora na marcação de consultas; Dificuldade para realizar parcerias; Dificuldade para atendimento especializado/exames na rede pública (BRASIL, 2003, p. 47).

São vários os problemas de saúde no território socioeducativo. Entre eles, as doenças sexualmente transmissíveis, o perfil nutricional agravado, problemas dermatológicos e odontológicos, comprometimento da saúde mental, problemas com as drogas e excesso de prescrição de psicotrópicos, sugerindo o uso destes como forma de controle. Também tem as condições de higiene e salubridade e a escassez de atividades externas que dificultam o trabalho no contexto de saúde (BRASIL, 2003).

Assim, percebe-se que a forma como o sistema da saúde está organizado e as diversas demandas dos pacientes e usuários, vêm distanciando os médicos e demais profissionais das práticas de cuidados na perspectiva da humanização. E nos territórios socioeducativos, somam-se outros problemas.

Humanização é um termo utilizado nos dias atuais. Segundo Fortes e Martins (2000) significa reconhecer como sujeitos de direitos, as pessoas que procuram os serviços de saúde em busca de solução para suas demandas. Bem como, atender

às necessidades específicas de cada pessoa, ou seja, atentar para suas singularidades, aumentando assim sua autonomia e sua capacidade em tomar decisões.

Garantir um atendimento humanizado no território da socioeducação implica em repensar as condições destes e conseqüentemente as estratégias de saúde voltadas para os adolescentes. Segundo Perminio et al. (2018) a própria existência de um espaço de saúde dentro das unidades socioeducativas, reforça essa ideia de instituição total e fere os direitos dessa população.

Assim, está clara a necessidade de investimentos na formação do profissional de saúde. Dantas Filho e Sá (2009, p. 193) consideram ser necessário “embasamento técnico científico juntamente com uma formação humanística e bioética consistente, que permita o entendimento integral da pessoa humana e suas variabilidades”. Além disso, os autores reforçam que a relação médico-paciente não pode se basear em relações de poder (nem na figura do médico e nem do paciente). É sempre a saúde do ser humano que precisa ser ressaltada. Enfatizam a necessidade de investimentos na relação que fortaleça a confiança. Apesar de a medicina moderna ter se afastado dessa sua missão principal, há por parte da sociedade atual uma cobrança a esse retorno do cuidado, da volta do humano na sua prática.

Com base nas reflexões a respeito do cuidado, entende-se que em território de privação de liberdade, o vínculo e a relação de confiança entre o profissional de saúde e o adolescente precisam ser construídos de forma gradativa, humanizada e na perspectiva do direito. Isso devido principalmente às multiterritorialidades presentes nesse contexto, oriundas do processo de des (re) territorialização em que passam os adolescentes. Esses processos podem gerar sentimentos diversos, como desconfiança, medo, raiva, que poderão comprometer essa relação.

Haesbaert (2011) define a multiterritorialidade como uma alternativa conceitual do processo de desterritorialização. Considera que a multiterritorialidade sempre se fez presente, uma vez que o ser humano é territorializador e sua existência inclui interação e entrelaçamento de territórios. Define multiterritorialidade como reterritorialização em rede, com conotações não hierárquicas.

O entrelaçamento desses novos territórios leva a novas experiências de vida, mais flexível e mutável, que não se configuram como reunião ou justaposição de múltiplos territórios, mas uma multiterritorialidade. Portanto, os múltiplos espaços só

podem ser compreendidos em seu caráter relacional e funcional, ou seja, são as relações humanas e sociais que dão vida e significado ao espaço (HAESBAERT, 2011). Nessa perspectiva, a saúde do adolescente acutelado, enquanto processo territorial múltiplo e dinâmico poderá ser transformado a todo tempo, por meio de vivências concretas e simbólicas.

Intrinsecamente aos atendimentos, aparecem as questões relacionadas ao uso de medicamentos:

*Não tomo remédio mais não, eu tomava, ai acabou e parei de tomar remédio (ENTREVISTADO 2).*

*Ah, porque assim, se tiver alguma coisa e não tiver receita, não te dá remédio, por causa disso, última hora assim se não tiver remédio você continua doente (ENTREVISTADO 4).*

Nas falas dos entrevistados, verifica-se a possibilidade de problemas referente à distribuição dos medicamentos. Isso pode ser resultado do próprio sistema de saúde ou de questões administrativas da unidade socioeducativa. Da mesma maneira, consequência da morosidade dos atendimentos e disponibilidade destes a qualquer tempo. Assim, os adolescentes não conseguem ter acesso aos medicamentos no tempo adequado devido à falta da receita médica.

Essa informação também leva a outra reflexão, a respeito da automedicação. Provavelmente os adolescentes estão se referindo a uma realidade vivenciada por eles, em suas casas e territórios de origem. Segundo Arrais et al. (2016) a automedicação é prática recorrente no Brasil e atentam para os riscos, principalmente referentes às intoxicações.

Outra questão que pode ter influenciado o entendimento dos adolescentes, são as expectativas dos mesmos quanto ao uso de medicamentos para a solução dos problemas e agravos de saúde. Sabe-se que o uso de medicamentos é cada vez mais reforçado na sociedade contemporânea.

O controle dos corpos e a cultura da medicalização em uma sociedade que reforça a praticidade e a produtividade podem levar as pessoas a resolver os problemas de saúde, inclusive os de origem social e/ou subjetiva, por meio de tratamentos farmacológicos. Estes são percebidos como soluções rápidas e eficientes no tratamento dos agravos de saúde. No entanto, muitas vezes as pessoas não têm consciência dos riscos, da possibilidade de dependência, física ou

psíquica. Além disso, a indústria farmacêutica investe maciçamente em marketing, que acaba contribuindo para a manutenção dessa lógica (BRASIL, 2019).

Para Cardoso (2014) a medicalização é um fenômeno universal, que se baseia no modelo biomédico, no reducionismo biológico, na cientificização da experiência humana, no conhecimento abstrato e universalizante do processo saúde/doença e na dependência das relações profissional/sistema de saúde e usuário.

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015) relata que a medicalização “envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, psíquico, ou em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais”. Ou seja, as questões sociais, complexas, marcadas pela cultura e pela história, são simplificadas à ótica médica, às causas orgânicas.

No entanto, é importante que os adolescentes acautelados tenham acesso aos medicamentos que necessitam por meio do uso racional. Segundo a OMS o uso racional se configura quando há o acesso aos medicamentos e doses adequados, no tempo correto às necessidades da pessoa e pelo menor custo (BRASIL, 2019).

Ainda na perspectiva dos atendimentos, o fato deles não ocorrerem na própria unidade socioeducativa, na percepção dos adolescentes compromete o acompanhamento e/ou tratamento de saúde:

*[...] Aqui dentro, quando você está passando mal, eles têm que levar você lá no mundão lá, porque eles não sabem olhar direito, estas coisas. [...] Dor de dente, tem que esperar encaminhamento, aí demora (ENTREVISTADO 5).*

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), a atenção à saúde no centro socioeducativo deve ser organizada em torno de uma equipe mínima de referência em saúde. Esta deve ser formada por médico, enfermeiro, dentista, psicólogo e assistente social e pode ser específica do centro socioeducativo ou a equipe de Saúde da Família da área adstrita da unidade (BRASIL, 2014).

A assistência então pode ocorrer na própria unidade socioeducativa ou na Unidade Básica de Saúde (UBS). Contudo, os adolescentes apontam os aspectos negativos do deslocamento para UBS, como a demora dos encaminhamentos.

Informações parecidas foram identificadas no relatório do CFP e OAB (2006) quanto à morosidade dos atendimentos de saúde, falta de profissionais, medicamentos e programas de saúde específicos como os relacionados às Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDs) e drogadição.

Os adolescentes relataram uma realidade que não é verificada apenas no CSESFA, mas em todo território nacional. Segundo Viacava et al. (2018) a saúde pública brasileira, apesar dos avanços nos últimos 30 anos carece de profissionais e ainda encontra desafios quanto à melhoria da qualidade do cuidado, principalmente no tocante ao financiamento público e oferta de serviços.

Alguns adolescentes mencionaram obstáculos referentes à higiene, sustentando a concepção de que o território socioeducativo não promove saúde. Consideram que o espaço da unidade socioeducativa não abrange a ideia de um local saudável, consoante aos seus anseios e necessidades:

*[...] Aqui dentro é muita sujeira, tem muitas coisas. [...] Os colchões também não é grande coisa, não toma sol, de vez em quando fica fedendo, o alojamento é muito molhado (ENTREVISTADO 2).*

*[...] Favorece não, lá é um lugarzinho muito pequeno né, apertado. [...] A cama, o banheiro, tudo preto, esquisito. [...] A cama fica mais com baratas, tem que passar por cima (ENTREVISTADO 7).*

Nas falas dos adolescentes observam-se problemas quanto às condições de higiene e salubridade dos alojamentos. As situações descritas expõem os internos provavelmente aos riscos e às doenças, ainda reforça uma lógica punitiva que nada contribui com a socioeducação.

Os adolescentes descreveram diferentes problemas nos alojamentos, como a umidade, o mau cheiro, o mofo, a sujeira, o espaço restrito, a presença de insetos e baratas. Condição que contrapõe o que estabelece o SINASE (BRASIL, 2012), que propõe alojamentos em condições adequadas de higiene e salubridade.

Uma análise cabível diante de tal situação é a dificuldade de promover, proteger ou recuperar a saúde em um ambiente com tantos problemas. Infelizmente essa é a realidade de muitos centros socioeducativos no Brasil. Segundo a inspeção do CFP e OAB (2006), os alojamentos são precários e se se assemelham a celas, apresentam goteiras, mau cheiro, pouca ventilação, má iluminação, fiação exposta; os colchões são poucos e sujos; os banheiros são sujos, entupidos e não permitem privacidade; também foi constatada a presença de ratos.



Diante dessas condições de higiene e saúde, pode ser comum, o aparecimento de doenças. Os entrevistados descrevem algumas situações de risco para a saúde:

*Olha, já teve trem aqui dentro já. [...] Eles falam que é fungos (ENTREVISTADO 2)*

*[...] Por causa desse ambiente aqui, se não ter cuidado a gente pega doença qualquer atoa. [...] Tem uns lugar que é sujo, muito, sei lá (ENTREVISTADO 3).*

*Hoje em dia é isso ai uai, o banheiro todo 'suinado'. [...] Todo cheio de negócio. Você não pode entrar descalço, se não pega negócio no pé [...] Não pode sentar no vaso, tem que ir descalço, tem muita coisa que você não pode fazer, entende? (ENTREVISTADO 6).*

Esses relatos indicaram a existência de sintomas, doenças ou infecções provenientes das condições de higiene inadequadas. Ou seja, a saúde dos adolescentes pode ter sido ameaçada pelas condições insalubres descritas por eles próprios. Portanto, há necessidade de pensar a saúde para além dos aspectos individuais.

Relevantes considerações quanto ao espaço físico se encontram no SINASE, que detalha as características físicas das instituições de internação. Segundo o documento essa “estrutura física deve ser pedagogicamente adequada ao desenvolvimento da ação socioeducativa”. Acrescenta também que “o espaço físico se constitui num elemento promotor do desenvolvimento pessoal, relacional, afetivo e social do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa” (BRASIL, 2012, p. 67).

Observa-se que a função do espaço físico excede às questões de ordem materiais, e se coloca como um lugar de trocas e de interações que, se bem planejado, inclusive em seus aspectos simbólicos, poderá contribuir com a proposta socioeducativa.

O sistema socioeducativo deve estar atento ao espaço/lugar em que os adolescentes estão sendo acolhidos e vivenciando a medida de internação. O espaço é sempre carregado de significados e símbolos que poderão ou não contribuir com os objetivos da socioeducação. As condições insalubres descritas pelos adolescentes legitimam um espaço/lugar de descaso e de punição. E por mais que se planejam estratégias para a ressocialização dos sentenciados, um ambiente

com tantas contrariedades, pode impedir a resignificação desse espaço/lugar como aquele capaz de promover reflexões e mudanças profundas. Assim o espaço pode ser visto como obstáculo para a saúde e para o processo socioeducativo.

Os entrevistados também trazem elementos que permitem afirmar que a alimentação fornecida no ambiente socioeducativo não é adequada e/ou saudável. As considerações dizem respeito à aparência da alimentação, ao sabor, ao preparo, ao excesso de gordura, à conservação e higiene dos alimentos, entre outras:

*Comida aqui é péssima, tudo aqui é ruim, ficar preso (ENTREVISTADO 5).*

*Ah, muito não. Tem muita gordura (ENTREVISTADO 5).*

Importante refletir a respeito dos prováveis fatores que influenciaram as percepções dos adolescentes. Estes podem se referir a um contexto aversivo, em que a alimentação faz parte e por isso também é percebida da mesma forma. Pode também revelar uma manifestação de sentimentos relacionados ao ambiente familiar e comunitário de onde vieram, pois, alguns expressaram saudades da alimentação das suas casas. Também pode ser reflexo de uma realidade que precisa ser modificada, que viola direitos dos adolescentes e que se configura como mais um elemento de dificuldade para a promoção da saúde em ambiente de acautelamento:

*[...] Tempo atrás um menino lá no alojamento encontrou uma porca na comida dele. [...] Outro dia eles deram um leite azedo pra nós, pelo menos eles trocaram o leite (ENTREVISTADO 6).*

As situações descritas na fala anterior podem indicar desatenção com a alimentação dos internos. De acordo com a inspeção do CFP e OAB (2006) os adolescentes também se queixaram da comida ruim, “azedada” e com gosto de remédio. Isso pode representar mais que um descuido com a alimentação, como proferido por Carvalho, Luz e Prado (2011), a comida também assume sentidos e significados simbólicos:

*[...] Porque infelizmente a água que nós bebe aqui é essa água maltratada. Água suja, aí prejudica muito os rins da gente né (ENTREVISTADO 8).*

*[...] Ah, como eu falei, tem aquela carne lá que é esquisita. É um trem azulado, meio verde, só você vendo pra você saber. Tem vez que*

*vem até cinza. Você tem que ver, eu jogo é fora, nossa senhora. Tem vez que eu jogo é fora (ENTREVISTADO 10).*

Os discursos dos adolescentes podem expressar a existência de um sistema simbólico complexo que possibilita diferentes reflexões a respeito da alimentação e do ato de comer. Uma dessas reflexões possibilita conhecer parte da cultura organizacional e simbólica do território socioeducativo, onde os adolescentes são vistos como “criminosos”, e, portanto, precisam ser punidos pelos “delitos” praticados. Dessa forma, a alimentação pode refletir essa lógica coercitiva, tão comum nesses ambientes, à medida que é utilizada para esse fim.

O ECA traz como direito da criança e do adolescente, o direito à alimentação. Sendo a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público os responsáveis por garanti-lo (BRASIL, 1990). É notório que a alimentação saudável é um direito fundamental imprescindível à própria vida dos seres humanos. E segundo a lógica da proteção integral, crianças e adolescentes são prioridades absolutas no que tange à garantia de seus direitos.

Entende-se que, conforme exposto, a concretização desse direito depende de ações do Estado, principalmente na condição de acautelamento. A questão em pauta é que a alimentação inadequada, como descrita pelos adolescentes, pode gerar problemas de saúde para os mesmos e riscos ao próprio direito à vida.

Pensar a saúde do adolescente acautelado é compreender os fatores de proteção e risco individuais e ambientais/sociais relacionados à alimentação e nutrição. Isso quer dizer, os comportamentos dos adolescentes que podem beneficiar ou prejudicar sua própria saúde. Mas é também dar conta dos mesmos fatores proporcionados pelo ambiente de acautelamento. O que significa estudar a alimentação e a nutrição no território em questão e todas as multiterritorialidades envolvidas. Não é apenas sobre o que o adolescente está comendo, mas como está comendo, com quem, em que momento, enfim, os sentidos e significados dados por ele e pelo centro socioeducativo a essas experiências.

Outro aspecto apresentado pelos adolescentes que rescinde sobre a saúde é a privação da liberdade, ou seja, o direito de ir e vir, que é uma condição intrínseca à medida de internação. Nas percepções dos adolescentes, o território socioeducativo não possibilita o estar livre, o movimentar-se, o ocupar-se, o que para eles têm relação direta com a saúde. Parece que as condições de acautelado os deixam

inertes, sem autonomia e vulneráveis às regras e normas da instituição, como identificado nas falas a seguir:

*Esse lugar aqui, ficar preso não presta não (ENTREVISTADO 3).*

*É, tem que fazer alguma coisa para passar o tempo. [...] É, tá movimentando o corpo (ENTREVISTADO 5).*

Observa-se a partir dos discursos que a privação de liberdade se caracteriza pela angústia e sofrimento em função dos limites espaço-temporais. Estes definidos pelas normas institucionais, pelo espaço físico e principalmente pelo controle sobre o tempo e os comportamentos dos sujeitos, que passam a maior parte do período de internação, coadunados em seus alojamentos.

*Você tem que andar, fazer alguma coisa, só ficar preso, só preso o dia inteiro (ENTREVISTADO 5).*

*Não tem a hora que a gente quiser sair, a gente fica preso, quatro homens no alojamento, pequeno, deste tamanho (ENTREVISTADO 8).*

Constata-se que ficar “preso o dia inteiro” no alojamento, contraria o ordenamento jurídico brasileiro em relação à medida socioeducativa e seu caráter pedagógico. Importante recordar que o artigo 122 do ECA traz que em hipótese alguma aplicará medida privativa de liberdade, havendo outras medidas cabíveis. Isso também devido ao Estatuto compreender o adolescente como sujeito em fase peculiar de desenvolvimento (BRASIL, 1990).

Portanto, ainda que privado de liberdade torna-se essencial considerar o processo de desenvolvimento em que se encontra o adolescente. Assim, cabe destacar que o caráter punitivo não deve sobrepor à função socioeducativa. O que parece um desafio, dada à condição verificada a partir das percepções dos adolescentes.

A própria privação de liberdade, ou seja, estar cumprindo medida de internação, independentemente do alojamento (que para eles parece ser uma segunda sentença), parece ter um efeito negativo sobre o adolescente.

*De dia eu durmo. Mas de noite eu não preciso dormir não. [...] Toda hora chega um batendo lanterna também lá, acordando. [...] De uma em uma hora eles estão passando batendo lanterna lá (ENTREVISTADO 3).*

*Muitas das pessoas falam: - Ah, tem que ficar preso para aprender, num é, a gente aprende se a gente colocar uma meta e cadeia é escola de bandido mesmo, quem tá aqui, muitos podem pensar diferente, mas aqui, quem quer mudar muda, quem não quer fica pior, sai pior (ENTREVISTADO 8).*

As práticas citadas reforçam a lógica da punição tão comum na sociedade quando se referem aos indivíduos que cometeram delitos, apesar das legislações voltadas aos adolescentes trabalharem na perspectiva da socioeducação. Tais práticas podem comprometer a integridade física, mental e social do acautelado. Segundo Estevam et al. (2009) as condições dos adolescentes nas unidades de privação de liberdade reforçam práticas estigmatizantes, em que a ociosidade e a violência presentes cotidianamente fragilizam as relações interpessoais.

Essas práticas se assemelham às do sistema penitenciário. De acordo com Foucault (1987), fabrica delinquentes devido às suas características:

*[...] Fabrica-os pelo tipo de existência que faz os detentos levarem: que fiquem isolados nas celas, ou que lhes seja imposto um trabalho inútil, para o qual não encontrarão utilidade, é de qualquer maneira não “pensar no homem em sociedade [...]”; A prisão fabrica também delinquentes impondo aos detentos limitações violentas; ela se destina a aplicar as leis, e a ensinar o respeito por elas; ora, todo o seu funcionamento se desenrola no sentido do abuso de poder (FOUCAULT, 1987, p. 293).*

Diante das multiterritorialidades vivenciadas pelos adolescentes, a busca por quaisquer atividades seja esportivas, artísticas ou até mesmo escolares, pode ter associação com a necessidade de sentir-se livre, ainda que de forma limitada devido aos “muros” institucionais.

*[...] Não, que ajuda a ter saúde não. Me ajuda a ficar menos preso. (ENTREVISTADO 4).*

*[...] Me ajuda porque ficar lá dentro é ruim, ficar preso [...] Já estamos presos, ficar lá no alojamento é pior ainda (ENTREVISTADO 9).*

Observa-se que os comportamentos mencionados são reforçados negativamente à medida que sua função é evitar estímulos aversivos (MOREIRA, MEDEIROS, 2007). Portanto, “ficar preso” traz consequências aversivas para o sujeito e por isso precisa ser evitado. Assim, quaisquer atividades que permita o sair

dessa condição será valorizada pelos adolescentes.

Fundamentado nas falas dos adolescentes, observa-se que as relações sociais e, conseqüentemente as relações de poder, são (i) materializadas na privação de liberdade. Para Haesbaert (2007, p. 20) todo território é dotado de poder: “diz respeito tanto ao poder no sentido mais explícito, de dominação, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico, de apropriação”.

No primeiro sentido, a própria aplicação da medida de internação resulta da relação de poder/dominação do Estado para com o adolescente. No sentido simbólico, a perda da liberdade, o ser impelido em seu direito de ir e vir e o que isso representa para o adolescente. Portanto, por si só a privação é embutida de vivências materiais e imateriais que podem impedir relações positivas nesse território, o que faz inferir que o acautelamento pode ser prejudicial para a saúde.

Portanto, ressalta-se que as demandas apontam para as fragilidades do Estado e das políticas públicas em assegurar direitos dos acautelados no âmbito da saúde. Assim, o ambiente socioeducativo torna-se um território marcado por violências/negligências materiais e simbólicas expressas no descumprimento de legislações e no exercício do poder.

### **5.2.3 Temática 3: Práticas que favorecem a Saúde em Ambiente de Acautelamento**

Nessa temática buscou-se identificar a presença de práticas que favoreçam a saúde de adolescentes no ambiente de acautelamento. Ou seja, os comportamentos, pensamentos e sentimentos expressos pelos adolescentes que vão de encontro à ideia de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dessa forma, a temática proposta apresenta atitudes que, apesar da condição de privação de liberdade e dos limites territoriais, mostram como os adolescentes cuidam da própria saúde e vivenciam momentos de autonomia. Evidentemente que isso não significa que o adolescente tenha se apoderado da própria vida ou assumido o papel de cidadão. Mas, são comportamentos que precisam ser valorizados gradativamente durante o cumprimento da medida socioeducativa.

O estilo de vida saudável, cada vez mais discutido na sociedade, parece ter um papel importante para melhoria dos indicadores de saúde do país (MARINHO 2002). Esse estilo está associado a práticas diferentes, tais como, atividades físicas,

esportivas e de lazer, culturais, educacionais, alimentares, ambientais, entre outras. Importante destacar que o estilo de vida saudável está relacionado às demandas e necessidades do sujeito e dos grupos, ou seja, há multiterritorialidades e subjetividades que precisam ser consideradas.

Monken e Barcellos (2007) corroboram com tal discussão ao afirmarem que o espaço e território são formados a partir das necessidades das pessoas. O ser humano é visto como aquele que modifica o meio a sua volta, as paisagens, os costumes, hábitos, crenças etc. Apesar de essas transformações exercerem controle sobre todos, e de possibilitar consonâncias, cada um interagirá com o meio de uma forma bem particular. Isso porque há várias formas de utilizar o lugar e também porque existem diferentes interesses.

Assim, para entender o envolvimento dos adolescentes em ações que favorecem a saúde, assim como incentivar outras, é necessário partir das multiterritorialidades e necessidades específicas dos sujeitos e do grupo, ou seja, como são construídas e mantidas no espaço/tempo e quais os elementos (i) materiais presentes.

#### 5.2.3.1 Categoria 1: Futebol

Essa categoria apresenta uma prática, comum entre os adolescentes, percebida como favorecedora da saúde: “jogar bola ou jogar futebol”. Sabe-se que o futebol tem grande relevância na cultura brasileira e ocidental. Inclusive é tratado como uma paixão nacional. O futebol apresenta diferentes significados e funções, que podem variar conforme os sujeitos e as sociedades. Segundo Freire (2016) pode ser visto/usado como atividade física, lazer, entretenimento, profissão, assim como ferramenta de promoção da saúde. Para Azevedo e Gomes Filho (2011) o futebol é um meio de inclusão social. Observe as falas dos participantes:

*[...] Ah, eu jogo futebol, que é bom pra saúde, porque queima calorias, poder tá fortificando os ossos, estas coisas (ENTREVISTADO 1).*

*Momento de lazer aqui dentro, futebol, também ajuda muito a saúde né (ENTREVISTADO 4).*

O futebol foi o esporte mais mencionado entre os adolescentes. Provavelmente por ser o mais popular entre eles e o mais ofertado no centro

socioeducativo. Percebe-se também que os adolescentes atribuem diferentes significados e funções ao futebol. Entre estes, que se trata de uma atividade física e de lazer que promove a saúde. Quando os adolescentes relacionam jogar bola com saúde, além do entendimento de que a saúde é um bem-estar que implica uma ideia de integração, também é possível inferir a ideia da promoção e prevenção, compatíveis com a perspectiva processual de saúde.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2003) destaca as melhorias para a saúde e a probabilidade de redução de doenças por meio do esporte. Enfatiza que sua prática é vital ao desenvolvimento holístico dos adolescentes, pois promove a saúde como um todo; física, psicológica e social. O esporte também reforça o aprendizado de habilidades necessárias para nossa vida, como a disciplina, a confiança e a liderança. Além disso, ensina valores humanos fundamentais, como a tolerância, a cooperação e o respeito. Outro aspecto positivo do esporte é que por meio dele, é possível aprender a lidar com a vitória e com a derrota.

Portanto, é possível afirmar que as práticas esportivas colaboram de forma significativa para o desenvolvimento do ser humano e da sociedade. Diversas são as funções identificadas, como a socialização de crianças e adolescentes, o ensinamento de valores e regras importantes para a vida em sociedade e a promoção da saúde e do bem estar:

*[...] Ah, os esportes né, jogar uma bola, nós ter atividade, jogar uma bola (ENTREVISTADO 2).*

*O que eu faço, se tiver correndo na quadra ali, ai eu vejo que tenho saúde [...] (ENTREVISTADO 7).*

As falas indicam que o futebol permite ao adolescente acatelado ter uma ocupação na instituição, ao mesmo tempo em que representa um estado de bem-estar e saúde. Também sugere que há por parte do centro socioeducativo o entendimento de que o esporte poderá de alguma forma contribuir com o processo de ressocialização, à medida que investem em ações para sua concretização. Portanto, o Estado possivelmente se preocupa em garantir esse direito previsto na legislação.

O ECA corrobora com a ideia de que as atividades físicas, esportivas e de lazer, constituem direitos humanos essenciais para o desenvolvimento saudável da



criança e do adolescente. Inclusive, entre os direitos dos adolescentes privados de liberdade estão o acesso a tais atividades (BRASIL, 1990). Portanto, a prática de atividades físicas e outros cuidados de saúde, como ter uma alimentação saudável, beber água, dormir bem e não fumar está entre as mais indicadas para promover a saúde de uma pessoa (BRASIL, 2015).

Além disso, as atividades físicas e os esportes previnem situações de riscos para a saúde. Segundo Pereira et al. (2017) atividade física proporciona aumento do trabalho cardiovascular, redução do peso corporal, melhora da absorção da glicose e previnem doenças crônicas.

Deste modo, as atividades esportivas, como o futebol, também são percebidas como propulsoras do bem-estar e da saúde à medida que possibilitam aos adolescentes saírem de seus alojamentos, de suas “prisões”:

*[...] Me ajuda porque ficar lá dentro é ruim, ficar preso (ENTREVISTADO 9).*

*A gente fica um pouco sedentário, só comendo e dormindo e aqui dentro o dia inteiro, acho que eu fico meio sedentário, por isso que de vez em quando eu saio na quadra. (ENTREVISTADO 6).*

Com base nas percepções, observa-se que muitas vezes os adolescentes se sentem ociosos em seus alojamentos. Essa condição é vista por eles como algo aversivo e prejudicial para a saúde. Assim, o “ir para a quadra”, muitas vezes, torna-se uma opção para evitar se sentir dessa forma. No relatório do CFP e OAB (2006) há relatos de rigidez quanto aos horários de movimentação nas unidades, sendo que muitas vezes a quadra de futebol se torna a opção dos acautelados.

Além disso, também se percebe a importância do esporte para a saúde mental dos adolescentes. Em suas falas, a prática de esporte/futebol foi associada à promoção da saúde mental, ao passo que foi percebida como estratégia para distraírem dos problemas.

*Ah, os esportes né, jogar uma bola, nós ter atividade, jogar uma bola [...] [...] Distrair com um pouquinho dos problemas (ENTREVISTADO 2).*

*[...] Ah, você tem que ser saudável em tudo, mente, saber, vontades, não é só no corpo que encontra saúde não (ENTREVISTADO 4).*

De acordo com os relatos, a prática de atividade física foi percebida como

uma forma de cuidar da saúde mental. Talvez, devido ao fato dos adolescentes, perceberem os efeitos positivos de determinadas atividades, como o futebol, em seu estado emocional. Rocha et al. (2012) realizou estudo epidemiológico com 3597 pessoas com quinze anos ou mais de idade, da população urbana do município de Feira de Santana, Bahia. Observou associação entre inatividade física e adoecimento mental. Entre as pessoas que faziam atividades físicas, a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) foi menor quando comparada aos inativos. O estudo bibliográfico de Lourenço et al. (2017), constatou evidências científicas em estudos internacionais, dos efeitos da prática de atividades físicas no tratamento de pessoas com transtorno mental, de diferentes faixas etárias.

Vale ressaltar que a atenção à saúde mental é uma das prioridades do sistema socioeducativo. Entre as estratégias, estão:

Promover ações de prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da privação de liberdade; Promover atenção psicossocial aos adolescentes que necessitem de cuidados em Saúde Mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras drogas, preferencialmente na rede extra-hospitalar do SUS; Promover a atenção às situações de prejuízo à saúde dos adolescentes, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, na perspectiva de redução de danos, bem como ações visando amenizar os sintomas da abstinência; Viabilizar formação permanente, com disponibilização de cursos e supervisão clínico-institucional de equipe, visando à promoção da saúde mental dos adolescentes (BRASIL, 2012, p. 23).

Ao adolescente acautelado é garantido o tratamento conforme previsto a Lei 10216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental. O tratamento será, preferencialmente, nos ambulatórios de saúde mental, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos Centros de Convivência ou em outros equipamentos abertos da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2001).

Outro aspecto da saúde mental dos adolescentes são as vivências relacionadas ao uso/abuso de substâncias químicas. Considera-se necessária uma atenção quanto a essas demandas, uma vez que, como indica o estudo de Pereira e Sudbrack (2008), há conexões entre níveis de dependência e prática de infrações. A pesquisa foi realizada com 29 adolescentes, autores de infração, da Vara da Infância e Juventude de Brasília.

Para Oliveira (2015) o cenário dos adolescentes pobres, vulneráveis, sem

perspectivas é marcado por rupturas, impulsividades, pelo acúmulo de energia, que muitas vezes é descarregado sem pensamento, sem reflexão. Nesse contexto aparecem os crimes, as armas e as drogas.

A PNAISARI coloca como prioridade a atenção às situações de prejuízo à saúde dos adolescentes, decorrentes do uso de substâncias químicas, na perspectiva de redução de danos, e as ações para abrandar os sintomas da abstinência (BRASIL, 2012). A seguir relatos dos adolescentes relacionados às drogas:

*[...] Ah, usar droga prejudicava a saúde né. [...] Porque quando a gente usa drogas sempre emagrece demais (ENTREVISTADO 7).*

*[...] E assim, eu fazia muito uso de maconha, mas só depois que eu caí aqui, assim geralmente eu falo muito com as técnicas. [...] Quem acostudou com maconha não consegue ficar sem fumar, e desde quando eu caí aqui, graças a Deus eu não sinto vontade de fumar mais, aí pode perguntar minha mãe, junto com meu pedido de internação, mandou um pedido de tratamento no CAPS [...] (ENTREVISTADO 8).*

O esporte também pode ser uma alternativa saudável ao uso de álcool e outras drogas e participação no crime (PNUD, 2003). Assim, a prática de atividades físicas e esportivas, além de proporcionar lazer, distração, socialização e contribuir com a saúde, se configura como relevante estratégia para os objetivos da socioeducação.

Considerando que os adolescentes passam por difíceis processos de des (re) territorialização, antes, durante e após o acautelamento, o futebol e os esportes, de uma forma geral, poderão se configurar como importantes ferramentas de inclusão social e conseqüentemente de promoção da saúde. Para Haesbaert (2004) os mais vulneráveis (mais destituídos) são os que apresentam mais desterritorializados ou mais precariamente territorializados.

Portanto, o futebol tem relação direta com a saúde na percepção dos adolescentes. Apesar das vicissitudes verificadas anteriormente, as multiterritorialidades advindas do futebol, possibilita momentos de cuidados com a saúde e sensações de bem-estar. Dessa forma, o futebol, enquanto expressão cultural-simbólica torna-se importante ferramenta de apropriação do espaço tempo vivido, à medida que possibilita ao adolescente, mais autonomia e engajamento quanto à própria vida.

### 5.2.3.2 Categoria 2: Higiene

Essa categoria apresenta as atitudes e os cuidados dos adolescentes com a higiene do espaço físico e do corpo. Segundo Brasil (2016), a higiene pessoal e do ambiente são medidas essenciais utilizadas para a preservação da saúde e prevenção de doenças.

Os adolescentes consideram que esses comportamentos favorecem a saúde no território da privação de liberdade:

*[...] Cuidar de nós, tipo comer, lavar a mão, tomar banho, andar limpo (ENTREVISTADO 2).*

*Ter higiene no corpo, cortar cabelo, fazer higiene. Tem que lavar a roupa lá todo dia, tem que deixar tudo limpo (ENTREVISTADO 5).*

Para os participantes desta pesquisa, a higiene do corpo se concretiza em ações como tomar banho, escovar os dentes, cortar as unhas, cortar o cabelo, lavar as mãos antes das refeições, enfim, cuidar do corpo para mantê-lo saudável. Importante destacar o caráter preventivo das ações citadas, corroborando com a ideia de saúde a partir do modelo processual.

Nessa mesma perspectiva da higiene, os adolescentes mencionaram as participações nas oficinas de saúde devido às orientações e recomendações dos profissionais quanto aos cuidados com a higiene corporal para a prevenção de doenças:

*[...] As enfermeiras né, nas oficinas elas explicam. [...] As orientações médicas. [...] Faz oficinas, falam sobre a saúde, o que pode fazer e o que não pode. [...] Ah, que é bom prevenir um pouco né. As coisas que elas ensinam ai, que elas falam. Esse negócio de espirrar e pegar na mão do outro, transmite doenças certo, nojeira (ENTREVISTADO 4).*

*[...] Quando tem oficina de saúde ali também, tem que aprender. [...] O que as enfermeiras fazem ali, é bom que a gente ficar mais alegre. [...] Que temos que lavar a mão. [...] Cortar unha, não deixar a unha grande. [...] Todo mundo passa a mão no dinheiro. Tem bactéria ali (ENTREVISTADO 7).*

Observa-se a presença de ações de educação em saúde no território em estudo. Essas ações podem minimizar os riscos relacionados aos problemas de higiene e saúde, apontados pelos próprios adolescentes, além de promover a saúde dos mesmos. Dessa forma o centro socioeducativo atende a uma determinação da PNAISARI (BRASIL, 2014), que indica, entre o conjunto de ações de saúde, as

ações de promoção e proteção e as práticas educativas e prevenção de agravos.

Segundo Machado et al. (2007) o conceito de educação em saúde está associado ao conceito de saúde como um estado positivo e dinâmico de promoção da saúde, não apenas para quem está sob risco de adoecer, mas para toda a população no contexto de sua vida diária. A concepção crítica da educação pretende promover a mudança e a produção de conhecimento de forma coletiva, gerando uma modificação conjunta entre profissionais e população.

A partir do conceito acima, deve-se pensar as práticas de educação em saúde no contexto de acautelamento. Essas devem ser pautadas no diálogo com os adolescentes, uma vez que a educação em saúde baseada no modelo de educação dialógica, incentiva à participação ativa dos indivíduos nos cuidados com a própria saúde. E também se devem considerar os fatores históricos, sociais e culturais do grupo e do território, ou seja, as multiterritorialidades passadas e presentes e como elas interagem no cotidiano da unidade.

A educação em saúde tradicional tinha como objetivo manter a população sobre regras de higiene e comportamentos adequados. Este tipo de educação atendia aos anseios das classes dominantes na prática de controle de doenças. Através de palestras e ações verticalizadas, passavam-se conhecimentos técnicos para evitar a doença, sem, contudo, contextualizar com a vida real das pessoas, ou seja, estas deviam acatar tal conhecimento para não adoecer. Esse método mostrou-se ineficaz devido ao fato de ignorar o saber popular e em algumas situações ele contribuiu para agravar ou criar outros problemas devido ao seu caráter impositivo e autoritário, como no episódio da Revolta da Vacina em 1904. As metodologias de educação em saúde que mantêm o diálogo bidirecional com as pessoas, que valorizam o saber popular e que incentivam a busca da autonomia, são mais adequadas para satisfazer as necessidades de saúde da população (MACIEL, 2009).

Com a participação ativa das pessoas, as ações de educação em saúde têm mais condição de buscar o estudo mais complexo dos determinantes do processo de saúde-doença e compreender as necessidades sentidas por cada um. Quando a equipe de saúde busca conhecer as reais demandas dos sujeitos e do território em questão, estabelece uma relação mais humanizada. O desafio de uma política de atenção mais humanizada exige que os profissionais da saúde desempenhem papel de educadores. As pessoas devem ser os elementos centrais desse processo de

educação, devem se perceber como responsáveis pela própria saúde, tornando capazes de identificar fatores que afetam sua saúde e com isso exercer mais controle sobre eles. Além disso, a atuação dos profissionais da saúde é influenciada por sua vivência, muitas vezes distanciada da realidade em que vivem os grupos por eles atendidos, por isso, a importância de envolver mais as pessoas, a fim de entender o problema de saúde (AERTS et al. 2004).

Portanto, é essencial que as ações de educação em saúde no centro socioeducativo invistam na autonomia dos sujeitos ali presentes por meio de ações e estratégias específicas. Evidentemente, como não foi objetivo deste estudo, não é possível compreender em qual modelo de educação em saúde, as oficinas de saúde estão embasadas. Porém, é perceptível que os adolescentes as consideram como ferramentas necessárias para o cuidado com a higiene e com a saúde. Inclusive, percebendo que é preciso se envolver ativamente.

Os adolescentes, da mesma forma, relataram comportamentos que colaboram (ou colaboraram) com a saúde do espaço físico, concebendo eles próprios como um dos responsáveis:

*[...] Deixar o alojamento limpo, manter ele limpo né (ENTREVISTADO 2).*

*[...] Limpar a unidade, catar um lixo é, limpar viatura, limpar portaria de visita. [...] Ajuda né, porque a gente sai de dentro do alojamento (ENTREVISTADO 11).*

Observa-se que os adolescentes mencionaram os cuidados com o espaço físico à medida que perceberam que este influencia a própria saúde. Nessa perspectiva, entende-se a saúde como determinada e influenciada por fatores externos e ambientais. Por isso, como já apontado nesse estudo, há necessidade de pensar a saúde do ambiente socioeducativo como um todo e em todos os espaços possíveis: os alojamentos, os banheiros, os refeitórios, as quadras, os espaços abertos, as atividades, as interações entre todos os presentes. A saúde é um processo dinâmico e multiterritorial, interativo, que envolve elementos diversos.

Outro aspecto interessante, apontado pelos adolescentes, é o entendimento de que eles mesmos podem cuidar da higiene do território socioeducativo. Comportamentos de cooperação, solidariedade, cidadania, empatia, autonomia, responsabilidade, entre outros, precisam ser constantemente reforçados. As novas

territorialidades, capazes de propiciar mudanças na trajetória de vida do adolescente são construídas no dia a dia da unidade, nos detalhes, nos momentos muitas vezes considerados sem importância e em todos os espaços de interações. Por isso a necessidade de pensar cada momento da medida de internação.

Ressalta-se a importância de reforçar atitudes que implicam liberdade no campo da saúde, com o intuito de permitir aos adolescentes se apropriarem da medida e se perceberem como sujeitos de transformação. Tal engajamento é fundamental para ampliação das escolhas e oportunidades em territórios distintos.

Portanto, pode-se alegar que as percepções de saúde dos adolescentes em privação de liberdade foram consoantes às suas trajetórias de vida e aos diversos contextos de interações, onde múltiplas territorialidades foram/estavam sendo construídas, inclusive no próprio território do acautelamento.

O conceito de território híbrido, multidimensional e relacional desenvolvido por Haesbaert (2011) permitiu uma visão mais abrangente do objeto de estudo proposto, uma vez que, ao interagir com outras áreas de conhecimento, aprofundou em questões de naturezas (i) materiais. Dessa forma foi possível aprofundar em discussões a respeito das percepções dos adolescentes sobre o complexo processo saúde/doença, e de que forma está associado ao espaço tempo vivido e às vertentes política, econômica, natural e cultural-simbólica.

Essas relações, como notadas neste estudo, são marcadas por várias desavenças, e são percebidas nas relações sociais, de poder, principalmente institucional, que impõe aos adolescentes condições específicas e limitadas quanto à própria saúde. Apesar disso, são observadas possibilidades, em função do arcabouço jurídico-legal, que se preocupa em garantir direitos nesse âmbito. E da mesma forma, atitudes por parte da gestão e dos profissionais do centro socioeducativo e da saúde. Ademais, os próprios adolescentes, potenciais agentes de mudanças e transformações, podem ser conduzidos a reflexões e ações em prol da saúde e da qualidade de vida.

Segundo Haesbaert (2005):

O território manifesta hoje um sentido multi-escalar e multidimensional que só pode ser devidamente apreendido dentro de uma concepção de multiplicidade, de uma multiterritorialidade. E toda ação que se pretenda transformadora, hoje, necessita, obrigatoriamente, encarar esta questão: ou se trabalha com a multiplicidade de nossos territórios, ou não se alcançará nenhuma

mudança efetivamente inovadora (...) (HAESBAERT, 2005, p. 6790).

Com as reflexões do referido autor, conclui-se que as ações em um território tão complexo, multi-escalar e multi-dimensional, como o centro socioeducativo, conjugado às questões de saúde, não menos emblemáticas, têm de ser estudadas em uma perspectiva multiterritorial. Se o que se objetiva é a ressocialização do adolescente, a ótica integral e relacional necessita estar presente nas discussões teóricas e nas estratégias cotidianas. E a saúde não está à parte desse processo, é direito humano essencial e condição para que as transformações e as mudanças positivas ocorram.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou identificar as multiterritorialidades vivenciadas por adolescentes em um território de privação de liberdade e suas implicações na saúde. As multiterritorialidades ora se caracterizaram por ações de promoção e cuidado no campo da saúde, como o acesso a consultas médicas e fármacos - ainda que em discordância com o tempo e expectativas de necessidade dos adolescentes – de ações de educação em saúde (oficinas) e práticas esportivas. Ora representaram situações de risco e sofrimento para a saúde integral dos adolescentes acautelados, devido aos problemas com a alimentação, condições de higiene do espaço físico e as próprias limitações do “encarceramento”. Portanto, essas multiterritorialidades podem em um dado momento revelarem-se assertivas e contribuir para a promoção, prevenção e atenção em saúde dos adolescentes, mas em outro, manifestarem-se incapazes de incorporar atitudes e habilidades para alcançar saúde.

Em relação ao perfil sociodemográfico observou-se que a população estudada, apresentou média de idade de 17,1 anos ( $dp=0,8$ ). Possuem baixa escolaridade e uma defasagem entre a idade e o grau de escolaridade alcançado. A maior parte era procedente de municípios próximos à cidade onde se localiza a unidade socioeducativa.

Os indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde demonstraram que a maioria dos adolescentes realizou no mínimo uma consulta nos últimos seis meses; não possuíam doenças diagnosticadas e utilizaram de um a três medicamentos diariamente no mesmo período. Esses dados indicam garantia do direito à saúde quanto ao acesso à rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), traduzindo na responsabilidade objetiva do Estado em oferecer esse serviço. No entanto, entende-se que o processo de saúde/doença, por ser amplo e complexo, necessita de investimentos em ações de promoção e prevenção no território estudado, que de fato promovam a saúde e o bem-estar.

O rastreamento de Transtorno Mental Comum (TMC) revelou frequência de 39,5%. Os dados indicaram ocorrência alta de sintomas de humor (média 65,5 -  $dp:1,3$ ), seguidos de decréscimo de energia vital. Os sintomas de humor podem indicar reações afetivas normais dadas às condições em que os adolescentes se

encontravam. No entanto, podem indicar quadro afetivo mais grave. De qualquer forma, sugere atenção especial à saúde integral do adolescente, considerando especialmente seus aspectos psicológicos.

Os dados relacionados aos indicadores de saúde e utilização de serviços de saúde mais a frequência de TMC identificada, podem indicar dificuldades dos serviços quanto aos diagnósticos de saúde mental dos adolescentes acautelados, e, portanto, a decisão precipitada por terapêutica medicamentosa. Diante dos dados obtidos e do excesso de medicamentos utilizados pelos adolescentes, aponta-se a necessidade de estudos nessa área.

O stress identificado por meio da Escala de Stress para Adolescentes (ESA) foi de 16,2%, valor relativamente baixo considerando a condição de acautelamento. A maioria apresentava sintomas cognitivos e todos se encontravam na fase de alerta, ou seja, na fase inicial de stress.

Analisando os dois instrumentos aplicados, SRQ. 20 e ESA, observaram-se consonâncias quanto aos sintomas que indicavam déficits cognitivos apresentados pelos sujeitos participantes. Em geral os sintomas estão associados às dificuldades de compreensão e aprendizagem frente às circunstâncias de vida. O que pode se constituir em objeções às metas da socioeducação, uma vez que estão intrínsecas a estas, o processo de reflexão e autoconhecimento do sujeito.

As percepções dos adolescentes sobre a saúde perpassam por cuidados médicos, ou seja, uma perspectiva biomédica de saúde, com foco na consulta médica e no uso de medicamentos. Observa-se também uma visão processual de saúde, ao identificá-la às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de uma boa alimentação.

Para os adolescentes, o território de privação de liberdade não favorece a saúde, devido aos problemas relacionados aos atendimentos médicos, alimentação, condições de higiene do espaço físico e à própria condição de privação de liberdade.

Estudar o universo simbólico do adolescente permitiu entender o quanto a privação de liberdade por si só implica em sofrimento emocional, a partir do momento em que esse sujeito tem sua liberdade cerceada e controlada pelo Poder do Estado. Não é mais possível o movimentar-se a qualquer tempo e se valer do direito de ir e vir, tão valioso para uma vida saudável, especialmente em uma fase de desenvolvimento e descobertas.

Concomitante a isso, o acautelado também passa por processos complexos e

contínuos de des (re) territorialização, que no contexto, por imposição de sentença judicial, se configura ainda mais ameaçador e/ou punitivo. Ademais, as situações aversivas no espaço vivido colaboraram para tornar esse movimento ainda mais doloroso, o que provavelmente, desfavoreceu o processo (re) socializador, que se pretendeu a medida socioeducativa.

O território de privação de liberdade também propicia momentos de promoção e cuidados com a saúde. Isso foi verificado quando os adolescentes mencionaram as práticas que favorecem a saúde em contexto de acautelamento. A prática de futebol, caracterizada por eles como atividade esportiva e de lazer, que permite a movimentação no espaço/tempo e que contribui com o bem-estar. E os cuidados com a higiene pessoal, reforçadas especialmente pelas oficinas de saúde com os profissionais da enfermagem, que parecem propor ao adolescente mais autonomia sobre a própria saúde.

Não obstante, o tempo vivido no território socioeducativo para além do “encarceramento” também pode proporcionar novas territorialidades que de alguma forma contribua para que o adolescente ressignifique sua própria história e trajetória. Sendo assim, torna-se evidente que nesse contexto, o investimento na saúde do adolescente, que se institui não apenas no plano material, mas especialmente pelos significados e sentidos que configuram suas vivências na dinâmica territorial, pode valer de algum aspecto positivo.

Entender que há uma multiplicidade de variáveis que interferem na saúde do adolescente faz com que se reflita a respeito das inúmeras ações e estratégias necessárias para promover, proteger e recuperar a sua saúde. Relevante mencionar que alguns passos nessa direção já foram dados, ao que concerne às legislações e portarias específicas no campo dos direitos e da saúde, e também em determinadas ações e estratégias no território vivido.

Enfim, conhecer a saúde do adolescente acautelado no Centro Socioeducativo São Francisco de Assis, especialmente através da percepção do próprio adolescente, permitiu entender que se trata de território com suas multiterritorialidades marcadas por inconstâncias e instabilidades políticas, econômicas e culturais-simbólicas. Também admitiu supor que esse território pode se estabelecer enquanto lugar de promoção da saúde. Portanto, é necessário vencer as barreiras históricas e atuais que o caracteriza como espaço de injustiças e castigos, e investir recursos humanos, financeiros e tecnológicos, especialmente no

âmbito da saúde, para torná-los mais adequados aos que se pretendem.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para programas e/ou projetos específicos, que busquem a melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida dos adolescentes inseridos em Centros socioeducativos.

Conclui-se que a abordagem interdisciplinar e híbrida do território possibilitaram descrições e análises abrangentes sobre a saúde do adolescente acautelado.

## REFERÊNCIAS

- AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 20, n. 4, p.1020-1028, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- ALVAREZ, M. C.; SALLA, F. A.; SOUZA, L. A. F. A sociedade e a Lei: o Código Penal de 1890 e as novas tendências penais na primeira República. In: **Justiça e História**. Porto Alegre, vol. 3, n. 6, 2003. Disponível em: <<http://nevusp.org/a-sociedade-e-a-lei-o-codigo-penal-de-1890-e-as-novas-tendencias-penais-na-primeira-republica/>>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- ANDRÉ, A.L.P. As ordenações e o direito privado brasileiro. **Fundação Dom Cabral**. 1981. Disponível em: <<http://www.fdc.br/Arquivos/Revista/31/01.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- ARAÚJO, J. S. de.; XAVIER, M. P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**. Teresina, vol. 1, n. 1, p.117-149, 2014. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/326/382>>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- ARAÚJO, M.N. **Adolescente em conflito com a lei e a sua realidade no contexto social contemporâneo, no município de Campina Grande – PB**. 2014. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Programa de Pós Graduação Lato Sensu em Planejamento e Gestão Pública. Universidade, Campina Grande, 2014. Disponível em: <<http://dSPACE.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4369/1/PDF%20-%20Maria%20das%20Neves%20Ara%C3%BAjo.pdf>>. Acesso em: 15 mar 2019.
- ARRAIS, P. S. et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol. 50, supl. 2, 13s, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000300311&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300311&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2019.
- 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. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 24, n. 10, p. 2334-2346, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001000014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 maio 2019.
- AZEVEDO, M. A. O. de; GOMES FILHO, A. Competitividade e inclusão social por meio do esporte. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. Porto Alegre, vol. 33, n. 3, p. 589-603, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32892011000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892011000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BAPTISTA, M. N.; RIGOTTO, D. M.; CALAIS, S. L. Suicídio: epidemiologia, características, fatores de risco e medidas preventivas. In: GUILHARDI, H.J.; AGUIRRE, N. C. de (Orgs). **Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2005, p. 350-359.

BARCELLOS, C. C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. In: **I Seminário Nacional Saúde e Meio Ambiente**. Informe Epidemiológico do SUS 2002. vol. 11, n.3, p 129 - 138, 2002. Disponível em:

<[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/713/2/BARCELLOS\\_Analise%20espacial%20e%20uso%20de%20indicadores\\_saude\\_2002.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/713/2/BARCELLOS_Analise%20espacial%20e%20uso%20de%20indicadores_saude_2002.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

BELL S. E.; FIGERT, A. E.; Medicalization and Pharmaceuticalization at the intersections: a commentary on Bell and Figert. **SocSciMed**, 75(5):775-783, 2012.

BIAZUS, C. B.; RAMIRES, V. R. R.; Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. **Psicol. estud.** Maringá , v.ol17, n. 1, p. 83-91, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 maio 2019.

BLUTH, K.; BLANTON, P. W. Mindfulness and Self-Compassion: Exploring Pathways to Adolescent Emotional Well-Being. **Journal of Child and Family Studies**. 1; 23(7):1298-1309, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25328369>>. Acesso em: 11. abr. 2019.

BONAMIGO, I. **Disciplina e Exclusão: processos de institucionalização das práticas de atendimento voltadas às crianças e adolescentes pobres**. Chapecó, SC. Grifos, 1998.

BONNEMAISON, J. Viagem em torno do território. In: CORRÊA, R. L.; ROSENTHAL, Z. (Orgs). **Geografia cultural: um século (3)**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002, p.83-131. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/263072445/Viagem-en-torno-do-territorio>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Informação Legislativa. **Decreto-lei nº 6.026 de 24 de novembro de 1943**. Dispõe sobre as medidas aplicáveis aos menores de 18 anos pela prática de fatos considerados infrações penais e dá outras providências. Brasília, DF, 1943. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/norma/531122/publicacao/15612703>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-lei nº 1.001 de 21 de outubro de 1969**. Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro de 1969. Brasília, DF, 1969. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del1001.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del1001.htm)>. Acesso em: 16 mar. 2019

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-lei nº 1.004 de 21 de outubro de 1969**. Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro de 1969, revogado pela lei n 6.578 de 11 de outubro de 1978. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/Del1004.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del1004.htm)> Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.697 de 10 de outubro de 1979**. Dispõe sobre o Código de Menores de 1979, revogado pela Lei 8.069 de 1990. Brasília, DF, 1979. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/1970-1979/L6697.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/1970-1979/L6697.htm). Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: lei n. 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) >. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1101/GM, 12 de junho de 2002**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil. Brasília, 2003. In: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA); Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente (DCA). **Mapeamento da Situação das Unidades de Execução de Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade ao Adolescente em Conflito com a Lei, 2002**. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0979.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0979.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 11.346 de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11346.htm)>. Acesso em: 11 abr. 2019

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Por uma política nacional de execução das medidas socioeducativas**: conceitos e princípios norteadores. Coordenação técnica Antônio Carlos Gomes da Costa. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://ens.sinase.sdh.gov.br/ens2/images/Biblioteca/Livros\\_e\\_Artigos/materialcurso\\_de\\_formacao\\_da\\_ens/Por%20uma%20Pol%C3%ADca%20Nacional%20de%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20das%20Medidas%20Socioeducativas.pdf](http://ens.sinase.sdh.gov.br/ens2/images/Biblioteca/Livros_e_Artigos/materialcurso_de_formacao_da_ens/Por%20uma%20Pol%C3%ADca%20Nacional%20de%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20das%20Medidas%20Socioeducativas.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução 113/ CONANDA 2006**. Disponível em: <[http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini\\_cd/pdfs/Res\\_113\\_CONANDA.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/Res_113_CONANDA.pdf)>. Acesso em: Junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_adolescentes\\_jovens.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em Saúde. **Alimentação Saudável**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao\\_saudavel.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2019



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** 1ª ed. Brasília, DF, 2008, 210 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, DF, 2010. 132 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 7.272 de 25 de agosto de 2010.** Regulamenta a Lei n. 11.346 de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm)>. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional n. 64 de 4 de fevereiro de 2010.** Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei: normas e reflexões.** Brasília, DF, 2012, 79 p. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/legislacao/pnaisari\\_17\\_01\\_2012\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/legislacao/pnaisari_17_01_2012_versao_preliminar.pdf). Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012.** Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de

dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Brasília, DF, 2012. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm)>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. Brasília, DF, 2013, 84 p. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos . **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo: Diretrizes e eixos operativos para o SINASE**. Brasília, DF, 2013. 39 p. Disponível em:

<[http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2017/03/03/17\\_49\\_45\\_295\\_Plano\\_NACIONAL\\_Socioeducativo.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2017/03/03/17_49_45_295_Plano_NACIONAL_Socioeducativo.pdf)>. Acesso em: abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1082, de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Brasília, DF, 2014. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082\\_23\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html)>. Acesso em: 6 fev. 2019.

BRASIL. Ministério Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **O Adolescente em Conflito com a Lei e o Debate sobre a Redução da Maioridade Penal: esclarecimentos necessários**. Nota Técnica n. 20. IPEA, Brasília, 2015. Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25621](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=25621)>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos**.

Brasília, DF, 2015. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_promocao\\_uso\\_racional\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_promocao_uso_racional_medicamentos.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília, DF, 2015. 112 p. Disponível em:

<[http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0010/1092/Mapa\\_do\\_Encarceramento\\_-\\_Os\\_jovens\\_do\\_brasil.pdf](http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0010/1092/Mapa_do_Encarceramento_-_Os_jovens_do_brasil.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Higiene para uma vida saudável**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude/2195-higiene-para-uma-vida-saudavel>>. Acesso em: abr. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Caderno de Orientações Técnicas: Serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <[https://conpas.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/8/2014/11/orientacoesTecnicas\\_MSE\\_MeioAberto.pdf](https://conpas.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/8/2014/11/orientacoesTecnicas_MSE_MeioAberto.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Relatório Avaliativo ECA 25 anos**. Brasília, 2016. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/eca/relatorio\\_avaliativo\\_eca\\_25anos.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/eca/relatorio_avaliativo_eca_25anos.pdf). Acesso em: 13 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília, DF, 2017. 234 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Levantamento Anual SINASE 2014**. Brasília, 2017. Disponível em: <[http://ens.sinase.sdh.gov.br/ens2/images/conteudo/levantamentos/Levantamento\\_2014.pdf](http://ens.sinase.sdh.gov.br/ens2/images/conteudo/levantamentos/Levantamento_2014.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Levantamento Anual SINASE 2016**. Brasília, 2018. Disponível em: <[https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/marco/Levantamento\\_2016Final.pdf](https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/marco/Levantamento_2016Final.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DataSus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. Brasília, DF, 2019, 33 p. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/15/Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA--1-.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). **Jovens possuem menor chance de serem contratados e maior de serem demitidos**. IPEA, Brasília, 2019. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34630&catid=3&Itemid=3](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34630&catid=3&Itemid=3)>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CALAIS, S. L.; BAPTISTA, M. N.; INOCENTE, N. J. Suicídio: investigação das respostas de policiais que trabalham com situações de risco. In: GUILHARDI, H. J.; AGUIRRE, N. C. de (Orgs.). **Sobre Comportamento e Cognição**: expondo a variabilidade. Santo André: ESETec Editores Associados, 2005, p. 272-278.

CÂMERA, S. G.; AERTS, D. R. G. C.; ALVES, G. G. Estilo de vida de adolescentes escolares no sul do Brasil. **Aletheia**. Canoas, n. 37, p.133-148, 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942012000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 mar. 2019.

CAMPOS, R. S C.; SILVA, C. A. Medida socioeducativa de internação em estabelecimento educacional: caricatura do sistema prisional? Um estudo de caso da comarca de Muriaé, MG. **Revista Científica da Faminas**. Muriaé, vol.3, n.3, p.105-130, 2007.

CARDOSO, R. V. **Medicalização e o Cuidado em Saúde na Estratégia de Saúde da Família**. 2014. 268 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2014. Disponível em: <<http://www.ph3c.org/ph3c/docs/27/000281/0000605.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T.; PRADO, S. D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, p. 155-163, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CARVALHO, P.D. de et al. Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 11, p. 2095-2105, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 fev. 2019.

CEBALLOS, A. G. C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Ed. Universitária da UFPE. Recife, 20 p, 2015. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3332>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CENTRO SOCIOEDUCATIVO SÃO FRANCISCO DE ASSIS. **Jovem é morto dentro de Centro de Internação para Adolescentes**, 2019. Disponível em: <http://g1.globo.com/mg/vales-mg/noticia/2014/03/jovem-e-morto-dentro-de-centro-de-internacao-para-adolescentes.html>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CHAVEZ, A. **Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente**. 2 ed. São Paulo: LTr, 1997.

CONRAD P. The shifting engines of medicalization. **Pub Med Central**. J Health SocBehav, 1(6):3-14, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15869117>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL (OAB). **Inspeção Nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/08/relatoriocaravanas.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Programa Justiça ao Jovem. **Panorama Nacional**: a execução das medidas socioeducativas de internação. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/images/programas/justica-ao-jovem/panorama\\_nacional\\_justica\\_ao\\_jovem.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/programas/justica-ao-jovem/panorama_nacional_justica_ao_jovem.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2019.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). **Resolução nº 67/2011**: um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <[http://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Destaques/Publicacoes/Um\\_Olhar\\_mais\\_Atento\\_02.07\\_WEB-completo-ok-1\\_1.pdf](http://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Destaques/Publicacoes/Um_Olhar_mais_Atento_02.07_WEB-completo-ok-1_1.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2019.

CORREIA, M. G. et al. **Diagnóstico da infância e adolescência de Governador Valadares**: área de concentração - violência. Governador Valadares: UNIVALE, 2005. Disponível em: <[www.editora.univali.br](http://www.editora.univali.br), seção E- Books> Acesso em: 08 fev. 2017.

COSTA, A. C. G.; LIMA, I. M. S. O. **Estatuto e LDB**: Direito à Educação. Documento, 02/2003. Disponível em: <<http://www.abmp.org.br/textos/303.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2009.

COSTA, A.C.G. **Princípios Doutrinários e Diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente**. Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente do ABC. São Paulo, 1995.

COSTA, N. R.; SILVA, P.F. da. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.22, n. 5, p.1467-1478, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002501467&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501467&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2019.

COUTINHO, M. P. L. et al. Prática de privação de liberdade em adolescentes: um enfoque psicossociológico. **Psicol. estud.** Maringá, vol.16, n.1, p.101-109, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a12v16n1.pdf> >. Acesso em: 15 fev. 2019.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUTOLO, L. R. A.. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, vol. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

DANTAS FILHO, V. P; SÁ, F. C. de. O cuidado na prática médica. **O Mundo**

**da Saúde.** São Paulo, vol. 33, n. 2, p. 189-194, 2009. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/189a194.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/189a194.pdf)>. Acesso em: abr. 2010.

DAYRELL, J. O jovem como sujeito social. **Rev. Bras. Educ.** Rio de Janeiro, n. 24, p. 40-52, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782003000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782003000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2019.

DAYRELL, J. **Por uma pedagogia das juventudes:** experiências educativas do Observatório da Juventude da UFMG (Org.). Belo Horizonte: Mazza Edições, 2016.

DEMATTEIS, G. Sistema Local Territorial (SLOT): um instrumento para representar, ler e transformar o território. In: ALVES, A.F., CARRIJO, B. R., CANDIOTTO, L., Z. P. (Org). **Desenvolvimento territorial e agroecologia.** São Paulo: Expressão Popular, 2008.

DI MÉO, G. Composantes spatiales, formes et processus géographiques desidentités. **Annales de Géographie**, vol. 113, n. 638-639, p. 339-362, 2004. Disponível em: <[https://www.persee.fr/doc/geo\\_0003-4010\\_2004\\_num\\_113\\_638\\_21628](https://www.persee.fr/doc/geo_0003-4010_2004_num_113_638_21628)>. Acesso em: 18 abr. 2019.

Eira, J. Ordenações Afonsinas: Evolução e distinção social das penas. **Omni Tempore. Encontros da Primavera.** Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Porto, p. 41-66, 2016: Disponível em: <<https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/15558.pdf>>. Acesso em: mar. 2019.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas.**(Ed. port.). Ribeirão Preto, vol.6, p. 368-386, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6ispep368-386>>. Acesso em: abr. 2019.

FARIAS, A. C. de; CORDEIRO, M. L. Transtornos do humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras. **J. Pediatr. (Rio J.)**. Porto Alegre, vol. 87, n. 5, p. 373-381, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572011000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000500003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 mar. 2019.

FEIJÓ, M. C.; ASSIS, S. G. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. **Estudos de Psicologia**, vol. 9, n. 1, p. 1571-1567, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22391.pdf>>. Acesso em: mar. 2019.

FERNANDES, F. M.; RIBEIRO, J; 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 , vol. 39, n. spe, p.120-131, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000500120&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500120&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa.** 2ª ed. Curitiba:

Editora Positivo, 2011.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: fev. 2019.

FLECK, M. P. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2008.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução: Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTES, P.A.C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. bras. enferm.** Brasília, vol. 53, n. spe, p. 31-33, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000700005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2019.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Nota técnica**: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados anvisa (2007-2014). 2015. Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/nota-tecnica/>>. Acesso em: mar. 2019.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cad. Pesqui**, vol. 34, n. 121, p. 169-186, 2004. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/cp/v34n121/v34n121a08.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

FREIRE, E.S. Esporte e Sociedade. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, vol. 15, n. 1, p. 147-162, 2016. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/321596552\\_Esporte\\_e\\_Sociedade\\_Sport\\_and\\_Society](https://www.researchgate.net/publication/321596552_Esporte_e_Sociedade_Sport_and_Society)>. Acesso em: 11 mar. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

FU I, L.; CURATOLO, E.; FRIEDRICH, S. Transtornos afetivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, vol. 22, supl. 2, p. 24-27, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 maio. 2019.

GALLO, A. E. **Adolescentes autores de ato infracional: perfil e intervenção**. 2006. 300 f. Tese (Doutorado em Educação Especial), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2818/TeseAEG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em mar. 2019.

GALLO, A. E.; WILLIAMS, L. C. A. A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes. **Cadernos de Pesquisa**, vol. 38, n. 133, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a03v38n133.pdf>> Acesso em:

15 mar. 2019.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. New York: Tavistock/Routledge, 1992.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 24 n. 2, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

GOTTMANN J. **The significance of territory**. Charlottesville, University Press of Virginia, 1973.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). Secretaria de Estado da Criança. **Perfil e percepção social dos adolescentes em medida socioeducativa no Distrito Federal**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Perfil-e-percep%C3%A7%C3%A3o-social-dos-adolescentes-em-medida-socioeducativa-no-Distrito-Federal.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Defesa Social. Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas. **Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://www.social.mg.gov.br/images/documentos/Plano%20Decenal%20para%20Consulta%20P%C3%ABlica.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Defesa Social. Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas, 2015. Disponível em: <<http://www.seguranca.mg.gov.br/ajuda/page/339-suase-subsecretaria-de-atendimento-as-medidas-socioeducativas>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GOVERNADOR VALADARES. Secretaria Municipal de Assistência Social de Governador Valadares. Comissão Intersetorial para elaboração do Plano Decenal de Atendimento às Medidas Socioeducativas. **Plano decenal de atendimento às medidas socioeducativas de Governador Valadares: 2016-2025**. Governador Valadares, 2016, 109 p. Disponível em: <[www.valadares.mg.gov.br/salvar\\_arquivo.aspx?cdLocal=2&arquivo...8206](http://www.valadares.mg.gov.br/salvar_arquivo.aspx?cdLocal=2&arquivo...8206)>. Acesso em: fev. 2019.

GROF, P. V. Direitos Fundamentais nas Constituições brasileiras. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília a.45, n.178, 2008. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/176526/000842780.pdf?sequence=3>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

GUIRADO, G. M. P.; PEREIRA, N. M. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-



20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 24, n. 1, p. 92-98, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010103>>. Acesso em: 10 fev. De 2019.

HARDING, T. W. et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. **Psychological Medicine**, 10: (2) 231-241, 1980. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7384326>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

HAYES, S. C.; PISTORELLO, J.; BIGLAN, A. Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Belo Horizonte, vol. X, n. 1, p. 81-104, 2008. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/234/186>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

HAESBAERT, R. O mito da desterritorialização econômica. **Revista GEOgraphia**, Rio de Janeiro, vol. 6, n.12, p. 25-48, 2004. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13478>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **Revista GEOgraphia**, ano 9, n. 17, p. 19-46, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13531/0>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. In: **X Encontro dos Geógrafos da América Latina, 2005**. São Paulo: USP, p. 6774–6792, 2005. Disponível em: <<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Teoriaymetodo/Conceptuales/19.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. **Boletim Gaúcho de Geografia**, vol. 29, n. 1, p.11-24, 2003. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/38739/26249>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Agência IBGE Notícias 2019**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24283-desemprego-sobe-para-12-7-com-13-4-milhoes-de-pessoas-em-busca-de-trabalho>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama população estimada 2018**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

JOST, M. C. Fenomenologia das motivações do adolescente em conflito com a lei. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, vol. 26, n.1, p. 99-108, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

37722010000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2017.

JUST, A. P.; ENUMO, S. R. F. Problemas emocionais e de comportamento na adolescência: o papel do estresse. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. São Paulo, vol. 35, n. 89, p. 350- 370, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2015000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2015000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2019.

JUSTO, A. P. N; LIPP, M. E. A influência do estilo parental no stress do adolescente. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. São Paulo, vol. 30, n. 79, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94615412010>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

KARNIK, N. S et al. Prevalence of and gender differences in psychiatric disorders among juvenile delinquents incarcerated for nine months. **Psychiatr Serv**, 60(6): 838-41, 2009. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.60.6.838>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

LIPP, M. E. N. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus Editora, 2001.

LIPP, M. N. Stress e suas implicações. **Estudos em Psicologia**. Campinas, vol. 1, n. 3,4, p. 5-19, 1984. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/es/psi-6206>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

LOPES, A. G. A educação escolar do adolescente em conflito com a lei: as medidas socioeducativas em estudo. In: I Congresso Internacional de Pedagogia Social, 2006. **Proceedings online**. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000092006000100006&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100006&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 22 maio 2019.

LOPES, M. A. R. Imprensa deve ser proibida de divulgar o nome e a imagem de menores criminosos? Proteção Integral, Boletim n. 19. Instituto Gutenberg, 1997.

LOURENCO, B. S. et al . Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, vol. 21, n. 3, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000300801&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300801&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2019.

LUCHESE, R. et al . Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta paul. enferm.** São Paulo , vol. 27, n. 3, p. 200-207, 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: mar. 2019.

LUGARINHO, L. P.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W. Perspectivas dos estudos sobre violência na adolescência e cortisol: revisão bibliográfica sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 22, n. 4, p.1321-1332, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401321&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401321&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 maio 2019.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2019.

MACIEL, M.E.D. Educação em Saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm**, vol. 14, n. 4, p. 773-776, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/16399/10878>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**. Porto Alegre, vol. 25, supl. 1, p. 65-74, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082003000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 maio, 2019.

MARI, J. e WILLIAMS, P.A. - A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, 148:23-6, 1986.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>>. Acesso em jul.2019.

MARINHO, C. S. **Estilo de vida e indicadores de saúde de estudantes universitários da UNIPLAC**. 2002. 111 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) –Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/83410/191875.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MARQUES, C. P., GASPAROTTO, G. S., COELHO, R. W. Fatores relacionados ao nível de estresse em adolescentes estudantes: Uma revisão sistemática. **Salusvita**. Bauru, vol. 34, n. 1, p. 99-108, 2014. Disponível em: <[https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v34\\_n1\\_2015\\_art\\_07.pdf](https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v34_n1_2015_art_07.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2019.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. Editora: Hucitec. São Paulo, 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In. FONSECA, A. F; CORBO, A. M. D (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV; FIOCRUZ, p. 177-224, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/m125527/Downloads/Cap%C3%ADtulo\_6.pdf >. Acesso em: fev. 2019.

MONTE, F. F. C.; SAMPAIO, L. R. Práticas pedagógicas e moralidade em unidade de internamento de adolescentes autores de atos infracionais. **Psicol. Reflex. Crít.** Porto Alegre, vol. 25, n.2, p. 368-377, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722012000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000200019)>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MONTEIRO, E.M.S. **Prevalência de transtornos mentais em adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no município do Rio de Janeiro**. 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1362848819.pdf>>. Acesso em: maio 2019.

MONTEIRO, Y. N.; CARNEIRO, M. L. T. (org.) **As Doenças e os Medos Sociais**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.

MORAIS, M. L. S. e SEGRI, N. J. Prevalência de transtornos mentais comuns auto-referidos e sua relação com os serviços de saúde em municípios da Baixada Santista - SP. **Boletim do Instituto de Saúde**, vol. 13, n. 2, p. 141-146, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n2/v13n2a06.pdf>>. Acesso em: mar. 2019.

MOREIRA, M.B; MEDEIROS, C.A. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento**. Porto Alegre, Artmed, 2007.

MULLER, M., R.; GUIMARAES, S., S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estud. psicol. (Campinas)**. Campinas, vol. 24, n. 4, p. 519-528, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 mar. 2019.

NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. **Declaração Universal dos Direitos das Crianças**. São Paulo: USP, 2019. Publicado originalmente em 1959. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 9 abr. 2019.

NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. **Educação, relatório 2014**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/biblioteca>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

NARDI, F. L.; JAHN, G. M.; DELL'AGLIO D. D. Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, vol. 20, n. 1, p. 116-137, 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-)

11682014000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2019.

OLDS, S. W.; PAPALIA, D. E. (2013). **Desenvolvimento Humano**. (12ª ed). Porto Alegre: Artmed.

OLIVEIRA, M.C.R. **O processo de inclusão social na vida do adolescente em conflito com a Lei**. 2002. 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-07052003-114821/publico/tese.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

OLIVEIRA, R. T. Drogas, violência e assassinatos de jovens no Brasil: vítimas ou algozes? In: MAGALHAES, J. L. Q. de; SALUM, M. J. G; OLIVEIRA, R. T. Conselho Federal de Psicologia (Org). **Mitos e verdades sobre a justiça infanto juvenil brasileira**: por que somos contrários à redução da maioridade penal? 1 ed. Brasília: CFP, 2015, 168 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 10ª revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo, vol.1,1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança 2001. Tradução Gabinete de Tradução Climepsi Editores, 1.ª ed., Lisboa, 2002. Disponível em: <[https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde, 2006**: trabalhando juntos pela saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[https://www.who.int/whr/2006/06\\_overview\\_pr.pdf](https://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf) >. Acesso em: 18 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, 2008, 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) **Folha informativa – Depressão**. Brasil, 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095)>. Acesso em: 04 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) **Folha informativa – Saúde mental dos adolescentes**. Brasil, 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839)>. Acesso em: 03 maio 2019.

PACHECO, F.S.M. A função ressocializadora da medida socioeducativa de internação: estudo de caso da Comarca e Patos de Minas. **Revista Jurisvox**.

- Centro Universitário de Patos de Minas. Patos de Minas, vol. 2, n. 14, 2013. Disponível em: <[https://revistas.unipam.edu.br/index.php/jurisvox/documents/48188/345400/A\\_funcao\\_ressocializadora\\_da\\_medida\\_socioeducativa.pdf](https://revistas.unipam.edu.br/index.php/jurisvox/documents/48188/345400/A_funcao_ressocializadora_da_medida_socioeducativa.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- PAIS, J. M. **Culturas juvenis**. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2004.
- PERALVA, A. O jovem como modelo cultural. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo, ANPEd, n. 5/6, 1997. Disponível em: <[http://anped.tempsite.ws/novo\\_portal/rbe/rbedigital/RBDE05\\_6/RBDE05\\_6\\_04\\_ANGELINA\\_PERALVA.pdf](http://anped.tempsite.ws/novo_portal/rbe/rbedigital/RBDE05_6/RBDE05_6_04_ANGELINA_PERALVA.pdf)>. Acesso em: abr. 2019.
- PEREIRA, D. S, et al. A atividade física na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Gestão & Saúde**, vol.17, n. supl 1, p.1-9, 2017. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/files/revista/fileaf5bd92eab28b9ad78efcd42cfde9745.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2019.
- PEREIRA, S. E. F. N.; SUDBRACK, M. F. O. Drogadição e atos infracionais na voz do adolescente em conflito com a lei. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, vol. 24, n. 2, p.151-159, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722008000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2019.
- PERMINIO, H. B. et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2859-2868, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000902859&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902859&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- PINHEIRO, M. E. A primeira entrevista em psicoterapia. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, vol. 4, n.7, 2007. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=169>>. Acesso em: 16 fev. 2019.
- PINHO, S. R. et al. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio Janeiro, vol. 55, n. 2, p.126-130, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852006000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 mar. 2019.
- PRIULI, R. M. A; MORAES M. S. de. Adolescentes em conflito com a lei. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol 12, n. 5, p. 1185-1192, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012514>> Acesso em: mar. 2019.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Relatório do Desenvolvimento Humano 2003**. Tradução: José Freitas e Silva e Alexandre Abreu, 2003. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2003-portuguese.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2019.
- RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia de Poder** (1960). Tradução Maria Cecília França. Editora Ática. São Paulo, 1993.

RAMOS, F.R.S. Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: Aben, p.11-18, 2001.

REIS, J. C.; FRADIQUE, F. S. Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 47-57, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722003000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722003000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: Mar. 2019

RIZZINI, I. Estatuto da Criança e do Adolescente: Considerações sobre sua implementação. **O Social em Questão: Violência e Direitos**. Rio de Janeiro: PUC-Rio Departamento de Serviço Social, a. 5, n. 6, 2001. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=346&post%5Fdata=user%3Dnil%26UserActiveTemplate%3Dnil%26sid%3D41&sid=41>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. bras. enferm.** Brasília, vol. 55, n. 2, p. 196-199, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672002000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672002000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2019.

ROCHA, S. V. et al . Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro , vol. 60, n. 2, p. 80-85, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852011000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2019.

SACK R. **Human territoriality: its theory and history**. Cambridge, Cambridge University Press, 1986.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Editora Mc Graw – Hill, 2006.

SANTIAGO, J.C. **Reflexões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente**. Jus Navigandi, Teresina, ano 4, n. 37, 1999. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1644>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SANTOS, C.C.et al. Vivenciando oficinas lúdico-pedagógicas: uma nova experiência de pensar e fazer a enfermagem com adolescentes. **Adolesc. Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 11, n. 1, p. 63-67, 2014. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=438#](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=438#)>. Acesso em: 24 maio 2019.

SANTOS, K., dos F.; BÓGUS, C. M. A percepção de educadores sobre a escola

promotora de saúde: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, vol.17, n. 3, p. 123-133, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n3/12.pdf>>. Acesso em: 15 fev 2019.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, M. et al. **O Papel Ativo da Geografia: Um Manifesto**. XII Encontro Nacional de Geógrafos. Florianópolis, 2000. Disponível em: <[http://miltonsantos.com.br/site/wp-content/uploads/2011/08/O-papel-ativo-da-geografia-um-manifesto\\_MiltonSantos-outros\\_julho2000.pdf](http://miltonsantos.com.br/site/wp-content/uploads/2011/08/O-papel-ativo-da-geografia-um-manifesto_MiltonSantos-outros_julho2000.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, vol. 75, p. 401- 406, 1999. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-06-401/port.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

SANTROCK, J. W. **Adolescência**. Traduzido por A. B. Pinheiro de Lemos. 8 ed. Editora LTC, 2003.

SAQUET, M. A. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i) materialidade. **Geosul**. Florianópolis, vol. 22, n. 43, p. 55-76, jan. 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/geosul/article/view/12646>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SAQUET, M. A. Reflexões sobre o conceito de território e suas relações com os estudos de cultura e identidade. In: HEIDRICH, A.; COSTA, B. P. da; PIRES, C. L. Z. (Orgs.). **Maneiras de ler Geografia e Cultura**. Porto Alegre: Imprensa Livre: Compasso Lugar Cultura, p. 37-51, 2013.

SARAIVA, J.B.C. **Adolescente em conflito com a lei: da indiferença à proteção integral: uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil**. Livraria do Advogado Editora Ltda. 4 ED. 2013. Disponível em: <<http://bdjur.stf.jus.br/dspace/handle/2011/54960>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SCHERMANN, L. et al . Estresse em adolescentes: estudo com escolares de uma cidade do sul do Brasil. **Aletheia**, Canoas, n. 43-44, p. 160-173, 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942014000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M. A.; TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, vol. 32, supl. 2, p. S112-S120, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462010000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Acesso em: 15 fev. 2019.



- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mar. 2019.
- SELYE, H. **Stress Atenção da Vida**. Tradução Frederico Branco. São Paulo, Ibrasa, 1965.
- SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 28 n. 1, p. 101-108, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/13.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 5, n. 1, p.187-192, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- SIDMAN, M.(1995) **Coerção e suas implicações**. Trad: Maria A.Andery e Tereza M. Sérgio. São Paulo: Livro Pleno, 2001.
- SILVA, C. H. e GIUGLIANI, E. R. J. Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol. 80, n.4, p. 326-332, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1208>>. Acesso em: 03 mar. 2019.
- SIMÕES et al. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. **REME – Rev. Min. Enf.**; vol. 11, n. 1, p. 81-85, 2007. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/318/v11n1a14.pdf>>. Acesso em: fev. 2019.
- SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 11<sup>a</sup> ed. Editora Martins, 2003.
- SOUZA, L.; COSTA, L. F. A significação das medidas socioeducativas para as famílias de adolescentes privados de liberdade. **Psico-USF**. Itatiba, v. 18, n. 2, p. 277-288, mai/ago. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 15 ago. 2019.
- SPOSATO, K.B. **Elementos para uma teoria da responsabilidade penal de adolescentes**. 2011. 227f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia Faculdade de Direito, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15283/1/Tese%20-%20Karyna%20Batista%20Sposato.pdf>>. Acesso em: fev. 2019.
- TAVARES, J. F. **Direito da Infância e da Juventude**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001, 271p.
- TEIXEIRA, M. L. T. **Liberdade assistida**: uma polêmica em aberto. São Paulo: IEE/PUC-SP; CBIA, 2001.
- TEPLIN, L. A. et al. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. **Pub Med**

**Central.** Arc General Psychiatry, 59 (12): 1133-43, 2002.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M.; Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, vol. 63, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000046>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

TRICOLLI, V. A. C.; LIPP, M.E.N. **Escala de Stress Para Adolescentes (ESA)**. 2<sup>a</sup> ed. 2014. Editora: Casa do Psicólogo. São Paulo, 2015.

TUAN, Yi -Fu. **Topofilia**: um estudo da percepção, atitudes e valores do Meio Ambiente. Lisboa: Difel, p. 68-128 e 199-221, 1980.

VAGAGGINI V.; G. DEMATTEIS, **I metodi analitici della geografia**. Firenze, La Nuova Italia, 1976.

VERONESE, J.R; LIMA, F.S. O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase): breves considerações. **Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade**. Santa Catarina, vol.1, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://revista.pgsskroton.com.br/index.php/adolescencia/article/view/185/172>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

VIACAVA, Francisco et al . SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mar. 2019.

VICENTIN, M.; C.; G. Corpos em rebelião e o sofrimento-resistência: adolescentes em conflito com a lei. **Tempo Social**. São Paulo, vol. 23, n. 1, p. 97-113, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20702011000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702011000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2017.

VIEGAS, S. M. F; PENNA. C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>>. Acesso: em maio 2019.

VILAS BOAS, C.C.; CUNHA, C. F.; CARVALHO, R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Rev Med - Minas Gerais**. Belo Horizonte, vol. 20, n. 2, p. 225-233, 2010. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/37/2011/02/artigo-revista-medica.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

VOLPI, M (org). **O Adolescente e o Ato Infracional**. São Paulo: Cortez, 2011.

WHO, **World Health Organization**. Caring for children and adolescents with mental

disorders. Setting WHO directions, Geneva, 2003. Disponível em:  
<[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf)> Acesso em: 15 nov. 2017.

WIELENSKA, R.C. Terapeuta e Cliente: exercendo a difícil arte da sobrevivência ao ato suicida. In: GUILHARDI, H. J.; MADI, M. B. B. P.; QUEIROZ, P. P.; SCOZ, M. C. (Orgs.). **Sobre Comportamento e Cognição**: expondo a variabilidade. Santo André: ESETec Editores Associados, 2001, p.104-109.

ZANELLA, M. N.; LARA, A. M. de. **O Código de Menores de 1927, o direito penal do menor e os congressos internacionais o nascimento da justiça juvenil**. USP – Ano VI, n. 10, p. 105-128, 2015. Disponível em:  
<[file:///C:/Users/Gisely/Downloads/123947-Texto%20do%20artigo-233854-1-10-20161210%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Gisely/Downloads/123947-Texto%20do%20artigo-233854-1-10-20161210%20(3).pdf)>. Acesso em: 10 maio 2019.

ZAPPE, J. G. e RAMOS, N. V. Perfil de adolescentes privados de liberdade em Santa Maria/RS. **Psicologia & Sociedade**, vol.22, n.2, p.365-373, ago 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

## ANEXO A: Termo de autorização para realização da pesquisa



ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo  
Diretoria de Monitoramento Estratégico do Sistema Socioeducativo

---

**PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA**
**Pedido 003.2017: Autorizado**

A Suase – Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo, por meio da Diretoria de Monitoramento Estratégico do Sistema Socioeducativo (DME), autoriza a realização da pesquisa intitulada “JUVENTUDE, ACAUTELAMENTO E SAÚDE” pelos pesquisadores:

**Profa Dra Eunice Nazareth Nonato**  
**Profa Ms Lissandra Coelho Lopes**  
**Prof. Omar Azevedo Ferreira**  
**Profa Dra Suely Maria Rodrigues**

Autorizamos a realização da pesquisa, conforme solicitado. A pesquisa pretende investigar a repercussão do acautelamento na situação de saúde do indivíduo jovem inserido nos Centros Socioeducativos de Ipatinga e Governador Valadares.

A questão do dia e horário para a visitação e a definição de qual servidor participará da pesquisa deverá ser tratada entre os pesquisadores e as unidades, sendo intermediada somente quando necessário pela DME.

A pesquisa será realizada nas unidades socioeducativas de Ipatinga e Governador Valadares:

- **Centro Socioeducativo de Ipatinga**  
Avenida João Valentim Pascoal, 1031 - Centro  
Ipatinga - MG  
Tel.: 031-3821-3138  
Diretor Geral: Samuel Nascimento
- **Centro Socioeducativo de Governador Valadares**  
Rua Espera Feliz, 700 – Santos Dumont II  
G. Valadares - MG  
Tel.: 033-3271-4269  
Diretora Geral: Kamilla Delfino

## ANEXO B: Inventário Sociodemográfico

**I. Identificação**

1. Registro: \_\_\_\_\_

**II. Perfil sociodemográfico**

2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos

5. Renda familiar (mensal): R\$ \_\_\_\_\_ Conversão para sal. mín. \_\_\_\_\_.

6. Procedência: Bairro \_\_\_\_\_

**III - Indicadores de saúde e utilização de serviços**

7. Nº de consultas médicas no SUS local nos últimos 06 meses:

1  Nenhuma                      2  1 – 3                      3  4 ou mais

8. Nº de medicamentos usados habitualmente nos últimos 06 meses:

1  Nenhum                      2  1 – 3                      3  4 ou mais

9. Nº de doenças diagnosticadas pelo médico do SUS:

1  Nenhuma                      2  1                      3  2                      3  3                      4  4 ou mais

## ANEXO C: Self Reporting Questionnaire - 20 (SRQ. 20)

**Instruções**

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda **NÃO**.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
	SIM	NÃO
<b>DIMENSÃO: HUMOR</b>		
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?		
Assusta-se com facilidade?		
Sente-se triste ultimamente?		
Você chora mais do que de costume?		
<b>DIMENSÃO: SINTOMAS SOMÁTICOS</b>		
Tem dores de cabeça frequentemente?		
Você dorme mal?		
Você sente desconforto estomacal?		
Você tem má digestão?		
Você tem falta de apetite?		
Tem tremores nas mãos?		
<b>DIMENSÃO: DECRÉSCIMO DE ENERGIA VITAL</b>		
Você se cansa com facilidade?		
Tem dificuldade em tomar decisão?		
Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?		
O seu trabalho traz sofrimento?		
Sente-se cansado todo o tempo?		
Tem dificuldade de pensar claramente?		
<b>DIMENSÃO: PENSAMENTOS DEPRESSIVOS</b>		
Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?		
Tem perdido o interesse pelas coisas?		
Tem pensado em dar fim à sua vida?		
Sente-se inútil em sua vida?		

**TOTAL DE SIM** \_\_\_\_\_

## ANEXO D: Escala de Stress para adolescentes

SINTOMAS					PERGUNTAS	PERÍODOS (FASES)				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					1. Tenho dores de cabeça					
					2. Sinto-me tenso (a)					
					3. Aperto um dente contra o outro					
					4. Fico introvertido de repente (fecho-me)					
					5. Estou agressivo					
					6. Sinto-me impaciente para tudo					
					7. Choro à toa					
					8. Fico ansioso					
					9. Tenho dificuldades de relacionamento					
					10. Sinto dores no peito					
					11. Estou desanimado					
					12. Minha sensibilidade está aumentada (excesso de emoção)					
					13. Sinto-me inseguro					
					14. Não consigo deixar minha pele como quero					
					15. Sinto-me deprimido					
					16. Tenho insônia					
					17. Não consigo me concentrar					
					18. Sinto-me apático (sem energia, indiferente a tudo)					
					19. Fico grande parte do tempo isolado					
					20. Sinto-me irritado					
					21. Meus pensamentos são negativos					
					22. Transpiro nas mãos					
					23. Tenho gripe frequentemente					
					24. Sinto-me com dificuldade para aprender					
					25. Tenho problemas com autoestima (só vejo defeitos em mim)					
					26. Sinto-me intolerante					
					27. Tenho vontade de chorar					
					28. Sinto-me triste					
					29. Tenho tido dificuldades com o estudo					
					30. Sou tímido					

					31. Não consigo controlar minhas emoções					
					32. Minhas respostas são de sobressalto (como se estivesse esperando algo ruim acontecer)					
					33. Sinto-me desanimado e sem esperança					
					34. Tenho enxaqueca					
					35. Minhas mãos ficam tremulas					
					36. Tenho a sensação de fadiga e exaustão					
					37. Sinto dores nas costas					
					38. Sinto-me sem paciência					
					39. Tenho dificuldade de enfrentar meu dia (é difícil o momento de levantar da cama)					
					40. Uso drogas (qualquer tipo: bebida, cigarro, calmante, anabolizante, etc)					
					41. Não consigo estabelecer vínculos afetivos (amigo, namoro)					
					42. Demoro para compreender as coisas					
					43. Tenho dificuldades de fazer parte de grupos					
					44. Sinto-me subitamente (de repente) entusiasmado e com planos					



## ANEXO E: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/FUNDAÇÃO PERCIVAL

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** JUVENTUDE, ACAUTELAMENTO E SAÚDE

**Pesquisador:** Suely Maria Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 85898918.1.0000.5157

**Instituição Proponente:** Fundação Percival Farquhar/FPF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.140.824

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa tem por objetivo investigar a repercussão do acautelamento na situação de saúde do indivíduo jovem inserido nos Centros socioeducativos do Vale do Rio Doce. A metodologia a ser utilizada baseia-se em um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com enfoque quantitativo e qualitativo. A amostra será constituída por indivíduos jovens na faixa etária de 13 a 18 anos, de sexo masculino, em cumprimento de medida de privação da liberdade há pelo menos seis meses, fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder aos instrumentos que serão utilizados. Para a coleta de dados será aplicado um inventário sóciodemográfico que irá identificar os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas são: idade, renda mensal familiar, escolaridade, número de consultas médicas realizadas na ESF (nos últimos 6 meses), número de doenças referidas (nos últimos 6 meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses). Visando identificar os sintomas físicos e psicoemocionais será aplicado o questionário Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Será verificada a ocorrência de sintomatologia de stress presente na vida do jovem em ambiente de acautelamento a partir do instrumento Escala de Stress para Adolescente (ESA). Para identificar a condição de saúde bucal será realizado um exame epidemiológico, as seguintes condições serão investigadas: Índice CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados), hábito de higiene bucal (Uso de dentífrico-pasta de dente-Uso de fio dental e



bucal (presença/ausência de lesões na mucosa bucal). Não obtenção dos dados de autopercepção de saúde será realizada entrevistas semiestruturada. A autopercepção será identificada por meio das respostas às perguntas: “O que significa saúde para você?”, “Na sua visão, neste ambiente que hoje você vive considera que tem saúde?”, “Quais as atividades você realiza para ter saúde?”. Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para implementação de políticas públicas de promoção da saúde do jovem acutelado bem como a melhoria da qualidade de vida.

Os riscos estão claramente descritos tanto no TCLE, quanto no projeto

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é significativa e justificável.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios foram apresentados

**Recomendações:**

Sem Recomendações

**Conclusões ou Pendência se Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou lista de inadequações

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é APROVADO.

**Continuação do Parecer: 3.140.824**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1094381.pdf	26/11/2018 17:56:37		Aceito
TCLE/Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	tcle.pdf	26/11/2018 17:55:51	Suely Maria Rodrigues	Aceito

Brochura Pesquisa	acautelamento.pdf	26/11/2018 17:53:52	Suely Maria Rodrigues	Aceito
Orçamento	Recurso financeiro saude.pdf	15/03/2018 15:14:25	Suely Maria Rodrigues	Aceito
Cronograma	Cronograma saude.pdf	15/03/2018 15:11:42	Suely Maria Rodrigues	Aceito
ProjetoDetalhado/ Brochura Investigador	Projeto saude.pdf	15/03/2018 15:08:23	Suely Maria Rodrigues	Aceito
FolhadeRosto	Folha de rosto.pdf	15/03/2018	Suely Maria	Aceito

### Situação do Parecer

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

GOVERNADOR VALADARES, 11 de Fevereiro de 2019

**Assinado por:**

**Ivana Cristina Ferreira Santos**

**(Coordenadora)**

**Endereço:** Rua Israel Pinheiro 2000- BIF1 - Sala 02

**Bairro:** Universitário

**Município:** GOVERNADOR VALADARES **UF:** MG

**Fax:** (33)3279-5543 - **E-mail:** cep@univale.br

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:**

<b>Título: IMPACTO DO ACAUTELAMENTO NA SAÚDE DO JOVEM</b>
<b>Natureza do Projeto:</b> Pesquisa
<b>Pesquisador Responsável:</b> Suely Maria Rodrigues
<b>Contato com pesquisador responsável:</b> Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG. Telefone (33) 32795577
<b>Comitê de Ética em Pesquisa</b> Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

**2 – Informações ao participante ou responsável:**

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Impactos do acautelamento na saúde do jovem.
- 2) A pesquisa terá como objetivo geral conhecer a repercussão do acautelamento na situação de saúde do indivíduo jovem.
- 3) Você irá responder algumas perguntas sobre o que significa saúde para você, se no ambiente que hoje você vive considera que tem saúde e quais as atividades que realiza para ter saúde.
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 4.1) Serão feitas algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel suas respostas. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feito qualquer registro que possa identificá-lo. 4.2) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de trinta minutos.
- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o

procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

**6)** A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

**7)** A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: Durante a entrevista você poderá ter medo ou insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

**8)** Preveem como benefícios da realização dessa pesquisa: contribuir para programas específicos, buscando a promoção de saúde e alternativas para a melhoria da condição de saúde e qualidade de vida dos indivíduos jovens durante o tempo do acautelamento. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

**9)** Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

**10)** Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

**Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.**

Governador Valadares, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista

### **INSTRUÇÕES IMPORTANTES**

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos.
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos nas entrevistas por todos os participantes serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

1. O que significa saúde para você?
  2. Na sua visão, neste ambiente que hoje você vive há possibilidade de ter saúde?
  3. Quais as atividades\práticas que você realiza que considera favorecer sua saúde?
-