

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO

FABIANE ASQUIDAMINI

SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA:
O CASO DE SÃO LEOPOLDO/RS

SÃO LEOPOLDO

2013

Fabiane Asquidamini

SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA:
O caso de São Leopoldo/RS

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Dra. Rosangela Barbiani

São Leopoldo

2013

A843s Asquidamini, Fabiane
Saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa: o caso de São Leopoldo/RS / Fabiane Asquidamini. – 2013.
179 f. : il. ; 30cm.
Inclui o artigo “Atenção à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa: uma revisão literatura”.
Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2013.
Orientadora: Profa. Dra. Rosangela Barbiani; Coorientador: Dr. Eduardo Sugizaki.
1. Adolescente - Saúde. 2. Adolescente institucionalizado. 3. Adolescente - Medida sócio-educativa. Adolescente infrator - Saúde.
I. Título. II. Barbiani, Rosangela. III. Sugizaki, Eduardo.
CDU 614-053.6

Fabiane Asquidamini

SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA:
O caso de São Leopoldo-RS

Dissertação apresentada para obtenção
do título de Mestre em Saúde Coletiva,
pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade do Vale
do Rio dos Sinos – UNISINOS.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosangela Barbiani

Profa. Dra. Maristela Costa Oliveira

Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação, em cumprimento as exigências e instruções da Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS compõem-se por:

I – Projeto de Pesquisa (Formatação ABNT)

O projeto ora apresentado contém as modificações sugeridas pela banca de qualificação do projeto. Em especial referem-se à finalização da revisão de literatura, ao desenvolvimento do conceito de saúde e da categoria integralidade. Nas questões transversais a atenção à saúde do adolescente, introduzimos a temática da medicalização

II – Relatório de Pesquisa (Formatação ABNT)

O relatório apresenta uma breve contextualização do sistema socioeducativo no Rio Grande do Sul, seus programas normativos e a população adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. Descreve a metodologia aplicada, o processo de coleta e tratamento dos dados como faz a análise destes.

III – Artigo (Formatação Revista Cadernos de Saúde Pública)

O artigo ora apresentado faz um recorte da dissertação, explorando a revisão de literatura apreendida na temática da Atenção à Saúde do Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos

...a Deus, pela presença em minha vida e pela esperança na construção de um outro mundo possível.

... à minha família, que me ensina que atos de cuidado e amor são essenciais para a vida; ao meu sobrinho amado, que não entende por que o adulto não tem tempo para brincar.

... às minhas queridas amigas Kaciely e Vivian, que muito ouviram, sugeriram e deram força para a conclusão deste trabalho.

... à minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Rosangela Barbiani, pela confiança no convite feito, pelas partilhas e orientações nesta trajetória de dois anos de trabalho e desafios.

...ao Prof. Dr. Eduardo Sugizaki, pela presença constante e desafiadora, pelas orientações e aprendizagens, pelos questionamentos que provocam a me repensar.

...ao meu amigo Pe. Hilário Dick, sua disponibilidade de ler meus escritos, nossos chás ao final da tarde e sua preocupação, são sempre bem-vindas.

...à bolsista Natalia Mergen, no pequeno tempo de convívio sua presença foi suave, generosa e amiga. Que a vida nos reserve outros encontros.

...ao grupo de pesquisa do Prof. Dr. Roque Junges, obrigada pelo gostoso e animado convívio e estudos; é um tempo que irá deixar saudades.

...à Diretoria Municipal da Juventude de São Leopoldo, ao Conselho Municipal de Direitos e Defesa da Criança e do Adolescente, obrigada pela confiança.

... ao CASEMI, obrigada pela acolhida, confiança e convivência.

Agradeço especialmente ao diretor Pedro pela disponibilidade e longas conversas e a psicóloga Ana pela presença e ajuda que muito elucidou questões.

A toda equipe meu muito obrigada. Foi um tempo rico de aprendizagem.

...aos adolescentes, com suas histórias e maneiras singulares, me ajudaram a olhar e escutar de outra maneira a realidade e seus contextos.

... aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e aos meus coleg@s de turma, meu muito obrigado!

SUMÁRIO

I – PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO	12
2 PROBLEMA DE PESQUISA	15
3 QUESTÕES NORTEADORAS	15
4 OBJETIVOS	15
4.1 OBJETIVO GERAL	155
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
5 JUSTIFICATIVA	16
6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
6.1 ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MSE: QUEM SÃO ESSES SUJEITOS DE DIREITOS?	19
6.2 ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI E ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
6.2.1 Sistema Socioeducativo	25
6.2.2 Atenção à Saúde do Adolescente e a Violência Juvenil	29
6.2.3 Psiquiatrização e Patologização da Adolescência	32
6.2.4 Justiça Pena Juvenil	34
6.3 A DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E A DEFESA DOS DIREITOS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	35
6.4 ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO ADOLESCENTE	39
6.4.1 Adolescência e Violência: uma questão de Saúde Pública	43
6.4.2 O impacto da Violência na saúde de adolescentes	46
6.5 O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO	49
6.5.1 Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e o Programa de Execução das Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade – PEMSEIS RS	49
6.5.2 As Medidas Socioeducativas de Semiliberdade e Internação	53
6.5.3 O Plano Individual de Atendimento – PIA	54
6.6 A ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS DE SEMILIBERDADE E INTERNAÇÃO	57
6.6.1 Questões transversais para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente	59
7 METODOLOGIA	62

7.1 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS	62
7.2 CAMPO DE PESQUISA	63
7.3 ESTRATÉGIAS DE NEGOCIAÇÃO E ENTRADA EM CAMPO	64
7.4 COLETA DE DADOS	65
7.4.1 Sujeitos de pesquisa.....	65
7.4.2 Procedimentos de Pesquisa.....	66
7.4.2.1 Pesquisa Documental	66
7.4.2.2 Entrevista focal.....	67
7.4.2.3 Observação participante.....	68
7.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
7.6 ANÁLISE DE DADOS.....	70
7.7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	71
7.8 ORÇAMENTO	72
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES	83
APÊNDICE A	84
APÊNDICE B	86
APÊNDICE C	90
APÊNDICE D	94
APÊNDICE E	98
APÊNDICE F.....	99
APÊNDICE G	100
APÊNDICE H	101
APÊNDICE I.....	102

II – RELATÓRIO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO NO RIO GRANDE DO SUL.....	Erro! Indicador não definido.
2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA FASE R.....	Erro! Indicador não definido.
2.2 PROGRAMAS NORMATIVOS DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DA FASE RS.....	Erro! Indicador não definido.
2.3 POPULAÇÃO ADOLESCENTE NA FASE RS	Erro! Indicador não definido.

3 CAMPO DE PESQUISA: CENTRO DE ATENDIMENTO DE SEMILIBERDADE	
CAS SÃO LEOPOLDO	Erro! Indicador não
3.1 O PROGRAMA DE SEMILIBERDADE.....	Erro! Indicador não definido.
3.2 DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE ANÁLISE: CENTRO DE ATENDIMENTO DE SEMILIBERDADE – CAS SÃO LEOPOLDO	Erro! Indicador não definido.
3.3 ENTRADA EM CAMPO.....	Erro! Indicador não definido.
4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	Erro! Indicador não definido.
4.1 REGISTROS DOCUMENTAIS: OS DADOS DO PERCURSO SOCIOEDUCATIVO	Erro! Indicador não definido.
4.1.1 Perfil dos adolescentes do CAS no período de 2010 a 2012	Erro! Indicador não definido.
4.1.2 Análise dos Planos Individuais de Atendimento – PIAs	Erro! Indicador não definido.
4.2 COMO O ADOLESCENTE CONTA A SUA HISTÓRIA: O QUE QUEREM CONTAR?.....	Erro! Indicador não definido.
4.3 NÓS E FIOS QUE COMPÕEM A REDE REGIONAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS.....	Erro! Indicador não definido.
4.3.1 A Rede Regional das Medidas Socioeducativas: o lugar a ser observado..	Erro! Indicador não definido.
5 UM MOVIMENTO DE SÍNTESE: ESTRATÉGIA ANALÍTICA GERAL DE EXPLANAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	Erro! Indicador não definido.
5.1 POSSIBILIDADES.....	Erro! Indicador não definido.
5.2 AVANÇOS.....	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICES	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 1	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 2	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 3	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 4	Erro! Indicador não definido.
 III – ARTIGO CIENTÍFICO	
ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA:	UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA	Erro! Indicador não definido.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FABIANE ASQUIDAMINI

PROJETO DE PESQUISA

SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA:
O CASO DE SÃO LEOPOLDO-RS

SÃO LEOPOLDO

2012

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Evolução da restrição e privação de liberdade 1996 a 2010	17
Quadro 2: Produção de artigos por ano de publicação e os periódicos – 2002 a 2012	24
Quadro 3: Categorias e quantidade de artigos – 2002 a 2012	24
Quadro 4: Comparação entre uma legislação orientada pela Doutrina da situação Irregular e a da Proteção Integral	37
Quadro 5: Causas de Mortalidade Jovem e Não Jovem (em %). Brasil 2008.....	46
Quadro 6: Número e taxa de Homicídios por Faixa etária. Brasil, 2008.....	47
Quadro 7: Sistema de Garantia de Direitos.....	52
Quadro 8: Método de Estudo de Caso	63
Quadro 8: Quadro Referencial de Análise.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS

CASE	Centro de Atendimento Socioeducativo
CASEMI	Centro de Atendimento Socioeducativo em Semiliberdade
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COL	Círculo Operário Leopoldense
COMDEDICA	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.
CONJUVE	Conselho Nacional da Juventude
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FASE	Fundação Atendimento Socioeducativo
IAJ	Instituto de Acesso à Justiça
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHESCA	Instituto de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais
LA	Liberdade Assistida
MPRS	Ministério Público do Rio Grande do Sul
MSE	Medida Socioeducativa
OMS	Organização Mundial da Saúde
OAB	Organização dos Advogados do Brasil
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PEMSEIS	Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade
PROAME	Programa de Apoio a Meninos e Meninas
PIA	Plano Individual de Atendimento
PSC	Prestação de Serviço à Comunidade
SEDH	Secretaria Especial dos Direitos Humanos
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMED	Secretaria Municipal de Educação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNISINOS Universidade do Vale do Rio dos Sinos

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde do adolescente na sua integralidade se apresenta como um desafio, por tratar-se de um grupo social em fase de grandes e importantes transformações psicobiológicas articuladas a um envolvimento social e ao redimensionamento da sua identidade e dos novos papéis sociais que vai assumindo (AYRES; FRANÇA JR., 1996).

No âmbito social, quando falamos da adolescência e da juventude brasileira, faz-se necessário ter como cenário a diversidade contextual e sociocultural, e como chave de leitura da realidade a crise pela qual passamos enquanto sociedade, refletindo intensamente nas instituições que tradicionalmente foram responsáveis pela socialização dos adolescentes e jovens, como as escolas, o trabalho, a família, as igrejas entre outras. Adolescentes e jovens vivem de maneira diferenciada essa crise social, sendo ainda mais agudizada nas situações e condições de vida marcadas pela desigualdade social (DAYRELL, 2005).

Essa parcela da população em especial, enfrenta cotidianamente dificuldades de ingresso e permanência no mercado de trabalho, na escola, impedimentos no acesso a bens culturais como também não acessam de maneira integral e equitativa as políticas públicas de saúde. O Brasil possui um contingente próximo de 62 milhões adolescentes e jovens brasileiros¹. Muitos destes são vitimizados por diversas formas de violências, são violados nos seus direitos: à educação, à moradia, à segurança pessoal, à saúde, à proteção da família, ao trabalho, ao lazer e ao mais dramático, ao direito básico à vida (LICO; WESTPHAL, 2010; MARQUES; MADDALENO, 2010).

A violência é um grave problema de saúde pública por afetar a saúde individual e coletiva, tem sua magnitude no elevado número de lesões e mortes; internações com sequelas e causas de óbitos e a elevada mortalidade de adolescentes e jovens; a vulnerabilidade de segmentos populacionais às violências nas suas mais variadas formas; as violências previsíveis e preveníveis, e os elevados custos sociais, econômicos e familiares expressos nas diferentes dimensões da vida (SILVA; MALTA, 2010).

¹ A população brasileira de 12 a 29 anos, faixa etária definida como adolescência e juventude, conforme o ECA e o Conselho Nacional da Juventude – CONJUVE, era de 61.649.179 em 2010, conforme Censo 2010 (IBGE,2010).

O contexto e a inscrição de classe social nesse fenômeno são relevantes, se considerarmos o perfil sociodemográfico das vítimas e agressores. A explícita violação dos direitos dessa população, em geral, inicia-se muito cedo, sendo deflagrada nas trajetórias de vulnerabilidades, na fragilidade dos vínculos familiares, sociais e institucionais, no sentimento de não pertencimento, na estigmatização e no empobrecimento.

Nesse contexto de risco social, adolescentes e jovens também estão vulneráveis a se envolver em atos violentos, enquadrados na legislação brasileira como atos infracionais, muitas vezes banalizados sob o estigma da criminalidade juvenil. Segundo o Censo de 2010, o Brasil tem uma população de adolescentes de 12 a 17 anos completos de 20.666.575. Destes 58.764 estão cumprindo medidas socioeducativas em progressão histórica ascendente (IBGE, 2010).

Nas relações entre criminalidade e criminalização se instaura a contraditória lógica entre violação de direitos e violência social. Em outras palavras, temos uma parcela significativa da população atingida pela violência, os adolescentes e jovens, afetados nas suas vidas tanto pela vitimização como pela perpetração da violência.

Os atos violentos que a juventude brasileira por vezes é autora e, por tantas outras, é vítima são expressões e reflexos de um dado contexto social violador de direitos. Nessa direção, adolescentes e jovens em situação de conflito com a lei e em cumprimento de medida socioeducativa desvelam a condição de vulnerabilidade em que se encontram, merecendo das políticas públicas a devida atenção e tratamento equânime.

No Brasil, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, vinculado a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH e ao Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, órgão responsável pela deliberação da política de atenção à infância e adolescência regula as políticas de atendimento à execução das medidas previstas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA que variam de acordo com a gravidade do ato infracional. Dentre elas estão as mais severas, de restrição e privação de liberdade, onde as condições de cumprimento tornam adolescentes e jovens ainda mais vulneráveis em relação aos seus direitos.

Mesmo sendo a legislação brasileira avançada no que tange à doutrina da proteção integral de crianças e adolescentes e no âmbito da política pública de saúde, ela ainda não assegurou uma transformação da realidade dos adolescentes

e jovens que se encontram em cumprimento de medida socioeducativa de restrição ou privação de liberdade, na ótica da integralidade da saúde e do conceito ampliado de saúde (ABRAMO, 1997; BRITO, 2003). Muitos estudos apontam para essa realidade, trazendo ao centro da discussão as dificuldades do sistema socioeducativo no que tange a sua efetividade e as formas utilizadas no tratamento aos socioeducandos (OLIVEIRA, 2001; SOARES; 2000; VOLPI; 1997; SARAIVA, 2009; BRITO 2003; BRASIL, 2010b).

Essas dificuldades referem-se à estrutura e lógica do sistema que em geral reproduz o modelo de atendimento baseado na contenção, repressão e correção dos indivíduos e à patologização da adolescência e do ato infracional.

Conforme Vicentin (2005; 2006), o controle social dos jovens, em especial os que cometeram ato infracional, tem sido blindado por processos de psiquiatrização, em conjunto com as iniciativas de criminalização como, por exemplo, a proposta de redução da idade penal. Diante desta complexa realidade, o desafio posto é o de tratar deste assunto como uma questão de cidadania e não como uma ameaça à ordem pública. As soluções dos problemas de violência não se resolvem por meio da punição ou do confinamento, é ilusório achar que ao afastar determinadas pessoas do convívio social os conflitos inerentes ao modo como a sociedade se organiza e funciona estarão resolvidos (COSTA, 2010).

Na perspectiva integral da saúde, adolescentes e jovens que cumprem medida socioeducativa demandam outras dimensões de cuidado, balizadas pela promoção e pela integralidade das ações de saúde.

Nesse horizonte, esse projeto de pesquisa elege como campo objeto os impactos do cumprimento de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade na saúde de adolescentes², já marcados pelo signo da violência e violação de direitos.

Sendo um problema de saúde pública é ao mesmo tempo uma expressão da questão social, portanto, a pesquisa pretende investigar como o sistema socioeducativo e as políticas sociais têm efetivado o direito humano à proteção e ao cuidado da saúde dos socioeducandos.

² Adotaremos o termo Adolescente, designando a população deste estudo, em consonância com a definição do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, com a Organização Mundial da Saúde - OMS, em especial os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, dos 12 aos 17 anos incompletos.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

Como o sistema socioeducativo tem contemplado a atenção integral à saúde na execução de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade?

3 QUESTÕES NORTEADORAS

- a) Como o cumprimento de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade afeta à saúde dos adolescentes e jovens que vivem essa realidade?
- b) Quais os itinerários dos adolescentes e jovens no cumprimento das medidas socioeducativas referente à atenção integral e o cuidado em saúde?
- c) O cumprimento das medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade e o processo decorrente dele têm garantido os direitos preconizados pelo ECA, SINASE e PEMSEIS, na atenção a saúde dos adolescentes e jovens?
- d) Como a atenção a saúde do adolescente e do jovem que cumpre medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade pode ser organizada de forma a atender os princípios da integralidade e da articulação das políticas em redes intersetoriais?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as condições sob as quais o Sistema Socioeducativo atende os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade na ótica do direito a atenção integral à saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mapear o perfil dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de restrição de liberdade e internação, bem como os itinerários percorridos relativos às demandas e cuidados de saúde.
2. Analisar os Planos Individuais de Atendimento (PIA), quanto à sua adequação às prerrogativas do SINASE e do PEMSEIS, em relação à atenção à saúde

- do adolescente;
3. Compreender como a aplicação da medida socioeducativa afeta a saúde dos adolescentes na sua integralidade, por meio do conhecimento de suas trajetórias de vida.
 4. Identificar e sugerir alternativas de intervenção intersetorial capazes de qualificar a rede e o atendimento socioeducativo aos adolescentes, na ótica da garantia dos direitos à integralidade da saúde.

5 JUSTIFICATIVA

A violência é um fenômeno complexo que desafia à produção de novos conhecimentos e de estratégias para o seu enfrentamento. É atualmente estudo de diferentes áreas e tem significativa atenção no campo da Saúde Pública, devido ao impacto sobre a saúde de indivíduos, comunidades e no próprio Sistema Único de Saúde (MINAYO, 1999; KRUG et al., 2002).

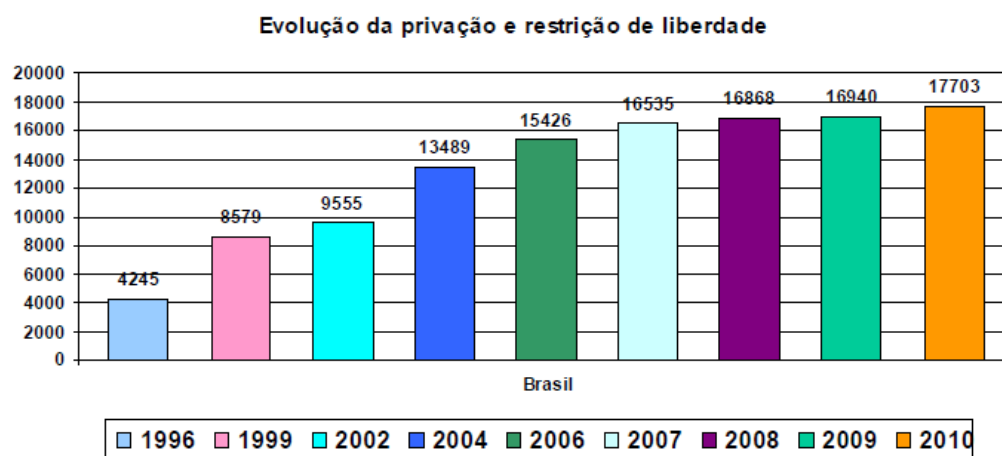
Por outro lado, o fenômeno do aumento generalizado da ocorrência de atos infracionais e de suas respectivas sentenças de aplicação de medidas³ restritivas e privativas de liberdade vem preocupando gestores, legisladores, operadores do direito e defensores dos direitos humanos, seja porque o sistema socioeducativo, assim como as políticas lhe dão suporte, não estão preparados para o atendimento a esse contingente crescente de socioeducandos, seja pela preocupação de que adolescentes possam estar sendo duplamente vitimizados, nesse caso pelo fenômeno da criminalização da juventude.

O levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei⁴ demonstrou a evolução entre os anos de 1996 a 2010, da aplicação das medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade dos adolescentes no Brasil (BRASIL, 2011).

³ A doutrina de proteção integral à criança e ao adolescente consagrada na Constituição Brasileira de 1988 e regulamentada no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal 8069/90) visa por meio das medidas socioeducativas, incluir e ressocializar o adolescente que está em conflito com a lei, isto é, que cometeu um ato infracional.

⁴ Os dados que são apresentados neste levantamento têm por base a data de 30 de novembro de 2010.

Quadro 1: Evolução da restrição e privação de liberdade 1996 a 2010



Fonte: Levantamento Nacional de Atendimento Socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei, 2010.

Os dados mostram que do ano de 1996 a 2004 houve um crescimento da ordem de 31,29%. Nos anos seguintes observou-se um decréscimo da curva de ascensão, mesmo assim, mantém-se um aumento gradativo na aplicação das medidas.

No Brasil, a média de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas para cada 10.000 adolescentes entre 12 e 17 anos, é de 8,8. A proporção entre as medidas em meio aberto e em meio fechado é em média de 1 adolescente interno para cada 2 adolescentes em meio aberto⁵. Com uma população de 20.666.575 adolescentes de 12 a 17 anos completos, 58.764 estão cumprindo medidas socioeducativas em regime de restrição e privação de liberdade e em meio aberto, ou seja, 0,28% da população adolescente brasileira estão cumprindo medidas socioeducativas.

O percentual de adolescentes no Rio Grande do Sul cumprindo medidas socioeducativas é de 0,32%⁶, índice superior à média brasileira. Nesse contexto, a cidade de São Leopoldo historicamente vem se destacando como uma das cidades mais violentas do estado e de alta densidade demográfica juvenil⁷, porém o município não dispõe de registros atuais, sistematizados e públicos sobre o

⁵ Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo 2010. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/33/Documentos/LEVANTAMENTO%20ANUAL%20OFICIAL%202010.pdf>> Acesso em: 18 maio 2010.

⁶ No Rio Grande do Sul, em 2010, havia: 531.667 jovens de 15 a 17 anos; 344.070 jovens de 18 a 19 anos; 870.906 jovens de 20 a 24 anos, num total de 1.746.643 "jovens" (IBGE, 2010).

⁷ Em São Leopoldo havia, em 2010, 18.111 adolescentes jovens de 15 a 19 anos; 18.551 jovens de 20 a 24 anos e 19.466 jovens adultos de 25 a 29 anos. Essa população corresponde a 26% da população total do município. (IBGE, 2010).

fenômeno.

Em 2004, com uma população estimada em 206,702 habitantes, São Leopoldo liderava o ranking de homicídios no Estado do RS, com uma taxa de 1,29/10 mil habitantes. Na época apresentava, também, uma taxa de 14,2/100 mil habitantes de adolescentes em privação de liberdade, ou seja, concentrava 41% dos adolescentes privados de liberdade dentre as 14 comarcas⁸ (OLIVEIRA, 2006).

Esses dados históricos demonstram um elevado índice de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade, medidas aplicadas nos casos de ato infracional mais graves, em detrimento das medidas socioeducativas como a Prestação de Serviço à Comunidade – PSC e a Liberdade Assistida – LA que não privam o adolescente da liberdade, mas o responsabilizam pelo ato infracional.

Em final de 2011, na reunião do Conselho Municipal da Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – COMDEDICA, as medidas socioeducativas em regime de restrição e privação de liberdade voltaram a ser pauta, o que incluiu um pedido às unidades de atendimento das medidas socioeducativas para a apresentação de dados referentes aos processos de adolescentes cumprindo MSE da cidade.

Dos dados apontados pelos relatórios das unidades, em 2011, havia um total de 71 adolescentes cumprindo medidas de restrição e privação de liberdade da cidade de São Leopoldo⁹, sendo 65% em medida de semiliberdade e 35% medida de internação. No Centro de Atendimento Socioeducativo Regional de Novo Hamburgo – CASE/NH 53% dos socioeducandos cumprindo medida de privação de liberdade eram provenientes da cidade.

A discussão acerca destes dados trouxe outras inquietações, voltadas ao sistema socioeducativo e à rede socioassistencial, especialmente ao acesso a serviços de saúde, ao uso de medicamentos e ao consumo de drogas, sugerindo a

⁸ A cidade de São Leopoldo é uma das 14 Comarcas que pertencem ao Juizado Regional da Infância e Juventude, com sede em Novo Hamburgo, onde também está a unidade de internação e restrição de liberdade da Fundação Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul - FASE/RS, o Centro de Atendimento Sócio-Educativo Regional de Novo Hamburgo - CASE/NH. A unidade foi construída com 60 vagas, mesmo encontrando-se internos 166 jovens da região no período de sua edificação (OLIVEIRA, 2006).

⁹ Os atos infracionais cometidos por esses adolescentes e jovens, encontram-se agrupados em maior número por roubo (31), tentativa de homicídio (20) e tráfico (12). Os demais delitos são da ordem de furtos, extorsão e lesão (6) e um Latrocínio. A faixa etária dos jovens concentra-se entre 14 e 20 anos, sendo que 75% destes possuem idade entre 14 aos 17 anos.

necessidade de refletir e problematizar o atendimento à luz do direito à atenção integral à saúde, consagrado na Constituição Brasileira de 1988 e regulamentado no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal 8069/90).

Essa demanda tem sido recorrente nas falas de técnicos e responsáveis pela rede de atendimento socioassistencial, educacional e de saúde no município de São Leopoldo. Fazendo parte de uma realidade mais global, a medicalização dos adolescentes privados de liberdade está permeada pela prática de contenção química e pela patologização da adolescência.

Dados divulgados por órgãos governamentais e não governamentais (BRASIL, 2010b) demonstram que a realidade da medicalização dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, nas unidades de internação, tem se configurado em uma modalidade de atenção à saúde e vem sendo apontada como uma tendência no sistema socioeducativo.

Diante desses indicadores, entende-se pertinente a contribuição que o Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pode gerar, por meio desse Projeto de Pesquisa, trazendo novos elementos para análise do fenômeno e proposição de alternativas de intervenção na ótica da garantia dos direitos à integralidade da saúde na execução das medidas socioeducativas.

6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

6.1 ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MSE: QUEM SÃO ESSES SUJEITOS DE DIREITOS?

Na realidade brasileira, adolescentes e jovens são definidos por diferentes aspectos, emergindo opiniões diferenciadas quanto às formas de situá-los nos marcos referenciais que os caracterizam nos ciclos etários.

O Ministério da Saúde segue como definição de adolescência, a prescrita pela Organização Mundial da Saúde – OMS, que caracteriza o período de 10 e 19 anos e compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos. Portanto, há uma interseção entre a metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Utilizando-se de um termo mais geral chama de “pessoas jovens” para referir-se a adolescentes e jovens, abrangendo a faixa etária dos 10 aos 24 anos (BRASIL, 2010, p. 46).

O Conselho Nacional da Juventude – CONJUVE define juventude a partir da faixa etária como: adolescentes-jovens de 15 a 17 anos, jovens-jovens de 18 a 24 anos e jovens-adultos 25 a 29 anos (CONJUVE, 2008, p. 8). No Brasil, entre 15 a 24 anos, temos um contingente populacional juvenil de 34 milhões. Conforme Groppo (2000, p. 8), a “juventude torna-se, ao mesmo tempo, uma representação sociocultural e uma situação social”; ela “prolonga-se conforme as projeções dos adultos sobre os jovens” (DOLTO, 1990, p. 18).

Tendo presente estas questões, faremos a opção de adotar, como dito anteriormente, o termo adolescente, pela relevância dos parâmetros estabelecidos pelo ECA e em sintonia com a OMS. Também, por entender que o estudo não abrange toda a adolescência e juventude, mas uma parcela desta, que vive uma situação singular de cumprimento de medida socioeducativa.

Em 2002, o mapeamento nacional das unidades de internação de privação de liberdade, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, traçou o perfil dos socioeducandos em 190 instituições existentes no país (SILVA; GUERESI, 2003). O perfil destes adolescentes expressa a situação de desigualdade existente em nosso país. Dos 9.555 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação e internação provisória 90% eram do sexo masculino; 76% com idade entre 16 e 18 anos; 60% afrodescendentes; 87% não haviam concluído o ensino fundamental e 6% eram analfabetos, 51% não estavam na escola quando da prática do ato infracional; 49% não trabalhavam; 81% viviam com a família quando da prática do ato infracional; 12,7% vivam em família sem renda mensal, 66% viviam em famílias com rendimento inferior a dois salários mínimos, e 85,6% eram usuários de drogas (SILVA; GUERESI, 2003; BRASIL, 2006).

Os dados revelam um perfil determinado pela exclusão social, isto é, o adolescente em conflito com a lei que cumpre MSE possui rosto, arcada dentária, vocabulário próprio, etnia, condição social, que silenciosamente vai determinando o lugar de cada um. Esmagando a autoestima do adolescente que errou, a sociedade se isenta, se desculpa, lava as mãos e, com isso, celebra e consagra seus preconceitos (SOARES, 2004).

Por isso, é importante ter consciência e trazer da margem para o centro, as inúmeras devastações das quais os adolescentes são vítimas e tem seus direitos violados. Como descreve Soares (2002, p. 43):

Esse menino pobre das metrópoles brasileiras, que não encontrou

acolhimento na estrutura familiar [...] também não foi acolhido pela escola ou pela comunidade [...] a sociedade passa por ele como se ele fosse transparente, como se ele não tivesse nenhuma densidade ontológica, antropológica ou sequer, humana [...] Quando porta uma arma adquire presença, torna-se capaz de paralisar o interlocutor pelo medo, de fazer que o transeunte pare na frente dele, reconhecendo-o, afinal, como um sujeito.

Para Michel Foucault, a sociedade (1996, p. 211)

usa a denominação infrator para referir-se àquele que infringiu as normas jurídicas estabelecidas, enquanto delinquente é a condição a que o sistema submete o indivíduo, estigmatizando-o e controlando-o formal e informalmente, inclusive após ter cumprido sua pena.

Os processos estigmatizantes criados pela sociedade e vividos pelos adolescentes que cometem um ato infracional demarcam a vida e o futuro, fincando raízes naquele lugar demarcado. Contudo, é importante perceber que o delito é constituinte da vida em sociedade e, não pode ser visto apenas como disfunção, inadequação. É mais complexo e simbólico que isso (VOLPI, 2001, p. 57).

Diante desta realidade, definir a adolescência com base num critério cronológico é importante para pensar políticas públicas específicas para essa população. Porém, para além do ciclo etário, a contextualização de quem são os adolescentes brasileiros se faz necessária, incluindo à discussão conceitos como moratória social, condição juvenil e situação juvenil.

A moratória social é caracterizada como um período, concedido pela sociedade, de experimentação e adiamento da entrada do adolescente no mundo adulto. Elementos da estrutura social como expectativa de vida e as mudanças do mundo do trabalho, vão proporcionar aos adolescentes e jovens da mesma faixa etária viver de maneira muito distinta esse tempo da vida (NOVAES, 2002).

Nessa direção, adolescência é considerada uma categoria social, construídas culturalmente, não se tratando de uma essência e sua mutabilidade está fixada por limites e regras comportamentais, vinculadas obrigatoriamente aos “contextos sócio-históricos, produto das relações de força em uma determinada sociedade” (REGUILLO, 2003, p. 104). A moratória social é o que Madel Luz (2007, p. 139) chama de recuo de fronteiras, ou seja, vai “manter afastados das margens de decisão política, econômica ou cultural, os adolescentes e jovens e a constante renovação que podem representar”.

A população adolescente vive uma condição juvenil que é única, uma mesma geração, vivendo um mesmo momento social, econômico, político, cultural do seu país e do mundo. Porém, há uma situação determinada pelo tempo e pelo espaço. Os diversos adolescentes podem experimentar e viver a sua adolescência e, essa

situação, difere consideravelmente conforme os recortes de classe, gênero, etnia, segmentos juvenis populares (ABRAMO, 2005; LEON, 2005).

Portanto, a desigualdade social existente no Brasil, faz com que os adolescentes tenham oportunidades muito distintas, vivendo a situação juvenil de acordo com sua inserção de classe social. Como problematiza Oliveira (2001), o adolescente proveniente das classes populares vive situações que o jogam para um “incômodo sem lugar”, aprofundando ainda mais a distância entre o desejado e o necessário reconhecimento e pertencimento social e a possibilidade real de isto acontecer. Oliveira (2001, p. 56) chama atenção para esse fenômeno:

[...] a própria condição adolescente, que se caracteriza como uma deriva; a contemporaneidade, que opera no sentido de provocar uma desterritorialização; a estética juvenil globalizada que, ao excluir os jovens das classes populares das insígnias culturais mais valorizadas, os coloca em um “sem lugar” no mercado de bens e signos; e por último, os obstáculos de acesso às vias de reconhecimento social, através da educação e do trabalho, em meio a uma onda jovem demográfica, jogando esses adolescentes em uma situação de errância.

Entretanto, esses adolescentes continuam teimosamente a existir e insistir e suas resistências fora dos padrões, inclusive consideradas antissociais e delituosas, dizem a todo o tempo que há algo de muito errado no modo como essa sociedade e as suas relações acontecem (COIMBRA; NASCIMENTO, 2003).

Contraditoriamente, reconhecidos como sujeitos de direitos, ao qual lhes garantem formalmente um espaço na sociedade para viver e desenvolver-se, o modelo de proteção integral concretizado no ECA busca a promoção e garantia dos direitos humanos, sociais, econômicos e culturais como um referencial legal obrigatório para a proteção das crianças e adolescentes (MONTEIRO, 2006).

6.2 ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI E ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica empreendida possibilitou o adensamento teórico da temática da saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e as suas interfaces com os determinantes socioestruturais deste fenômeno. A fonte utilizada foi a Biblioteca Virtual em Saúde, que agrupa as bases de dados: literatura Latino-Americana e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde – LILACS, Index Psi Periódicos, Medical Literature Analysand Retrieval System OnLine –

MEDLINE e Scientific Eletronic Library OnLine – SciELO¹⁰. Devido à concentração de artigos no banco de dados ADOLEC o elegemos como prioritário. As buscas sistemáticas aos artigos científicos ocorreram entre o mês de setembro a dezembro de 2012.

Os indexadores para a pesquisa foram selecionados segundo os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), sendo encontrados 11 que estabeleciam relação direta com a temática. Os classificamos como descritores gerais: violência, adolescente e direitos humanos e como descritores específicos: saúde do adolescente, menores, delinquência juvenil, comportamento do adolescente, defesa da criança e do adolescente, serviços de saúde para adolescentes, adolescente institucionalizado, saúde do adolescente institucionalizado (cf. APÊNDICE A).

Foram realizadas associações entre todos os descritores, utilizando os operadores booleanos (AND, OR, NOT) sempre que necessário. Da primeira busca resultaram 1798 artigos. Definimos como critérios de inclusão, para uma segunda pesquisa os artigos publicados no período de 2002 a 2012, que abordavam diretamente os descritores específicos e os que tratavam do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de restrição ou privação da liberdade. Foram excluídos os estudos que abordaram as medidas socioeducativas em meio aberto e aqueles que referem dados de trabalhos anteriores: editoriais, resenhas de livros.

A seleção dos artigos foi realizada primeiramente pela leitura dos resumos, resultando em um conjunto de 37 artigos publicados em diferentes revistas indexadas e disponíveis dentro do banco ADOLEC (cf. APÊNDICE B). Observamos no andamento da revisão que muitos artigos científicos não foram encontrados por esses descritores, sendo necessário utilizar outras palavras chaves na tentativa de alcançar novos estudos que envolvessem a temática em questão. Portanto, utilizamos junto com os descritores as seguintes palavras chaves: medida socioeducativa, ato infracional, adolescente em conflito com a lei, sistema de justiça penal juvenil, criminalização juvenil, patologização da adolescência, comportamento antissocial, transtorno psiquiátrico e medicalização. Utilizando dos mesmos critérios de inclusão/exclusão e realizando a pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde, obtivemos 33 novos artigos científicos (cf. APÊNDICE C), totalizando um universo de

¹⁰ Cf. o site: <<http://WWW.bireme.br>>.

70 textos que compuseram o corpus da revisão.

A produção dos artigos científicos teve um crescimento significativo a partir do ano de 2005, concentrando a maior produção nos anos de 2010 e 2011, onde encontramos 30 dos 70 artigos científicos. O ano de 2012 apresenta um decréscimo da produção, como podemos observar no quadro abaixo:

Quadro 2: Produção de artigos por ano de publicação e os periódicos – 2002 a 2012.

Ano	Qt.	Revistas	Qt.	Revistas	
2002	1	Ciência & Saúde Coletiva,	9	Contextos Clínicos	1
2003	1	Cadernos de Saúde Pública	6	Emancipação	1
2004	2	Psicologia em Estudo, Maringá	4	Esc Anna Nery	1
2005	7	Psicologia & Sociedade	3	Estudos de Psicologia	1
2006	8	Serviço Social & Sociedade	3	Est. Pesquisas em Psicologia	1
2007	6	Interface – Com., Saúde, Educação	2	Interação em Psicologia,	1
2008	8	KATÁLYSIS	2	J Brasileira Psiquiatria	1
2009	5	Physis Revista de Saúde Coletiva	2	Lat.-Am. J. of Fund. Psychopath	1
2011	18	PSICO, Porto Alegre, PUCRS	2	Psic.: Teor. e Pesq., Brasília,	1
2010	12	Psicologia Ciência e Profissão	2	Psicologia Política	1
2012	2	Psicologia: Teoria e Pesquisa	2	Religião e Sociedade	1
		Rev Bras.Cresc.Desenv. Humano	2	Rev Med Minas Gerais	1
		Revista Gaúcha Enfermagem	2	Rev. Bras. Educ. Física Esporte	1
		Revista Mal-estar e Subjetividade	2	Rev. CEFAC	1
		Revista Virtual Textos & Contextos,	2	Rev. Psiq. Clínica	1
		Saúde Sociedade	2	Revista de Salud Pública	1
		Adolescência & Saúde	1	Rev. Enfermagem Referência	1
		Boletim do Instituto de Saúde	1	Tempo Social	1
		Cadernos de Psicologia Social do	1	Educação & Sociedade	1
Total	70	Total de periódicos			38

Todos os artigos foram lidos na íntegra e agrupados em quatro grandes categorias: Sistema Socioeducativo, Atenção à Saúde do Adolescente e Violência Juvenil, Psiquiatrização e Patologização da Adolescência e Justiça Penal Juvenil, a fim de contribuir na explanação da produção pesquisada e no adensamento da compreensão sobre o objeto de estudo.

Quadro 3: Categorias e quantidade de artigos – 2002-2012.

Categorias	Quantidade
Sistema Socioeducativo	36 artigos
Atenção a Saúde do Adolescente e Violência Juvenil	24 artigos
Psiquiatrização e Patologização da Adolescência	10 artigos
Justiça Penal Juvenil	4 artigos
Total de artigos	70

6.2.1 Sistema Socioeducativo

Foram 32 artigos que tiveram como foco a análise e/ou a descrição do sistema socioeducativo no âmbito da avaliação, do trabalho interdisciplinar das equipes técnicas, as experiências de projetos e ações desenvolvidas com os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e a relação dos adolescentes e suas famílias.

Todos os artigos de alguma forma contextualizam as mudanças que advém do ECA, e o que preconiza em relação aos adolescentes que cometeram ato infracional e as respectivas medidas socioeducativas aplicáveis a cada situação. Também descrevem em sua maioria questões da ordem das fragilidades e limites existentes no sistema socioeducativo em contra ponto as mudanças postas pelo ECA (1990) e pelo SINASE (2006). Contudo as críticas apontam elementos capazes de orientar passos para que a doutrina da proteção integral se efetive no cotidiano das instituições. Assim, traremos para a reflexão uma síntese dos principais elementos, que no nosso entender possuem um potencial disparador para pensarmos a ampliação e consolidação do sistema socioeducativo.

No que tange as intervenções dos profissionais técnicos tem sido descritas como “apenas mais uma atividade de rotina” (SAMPAIO; COSTA, 2005); “formulação de laudos e pareceres” que agravam a situação do adolescente o colocando num lugar de “irrecuperável, agressivo e desafiador” (CASTRO; GUARESCHI, 2008); questionam a finalidade do Plano Individual de Atendimento – PIA e o relatório psicossocial problematizado para além de ser um instrumento que estigmatiza e rotula o adolescente, também o torna invisível, mesmo sendo um sujeito de direito é “um sujeito sem vez e voz” (COSTA et al., 2011; CASTRO; GUARESCHI, 2008). O estudo realizado por Sartório e Rosa (2010, p. 571) enfatiza a ausência da escuta dos adolescentes em seus processos judiciais e no sistema socioeducativo.

Os processos judiciais foram finalizados sem que os adolescentes fossem ouvidos, sem que pudessem falar sobre as suas experiências e passagens pelo sistema socioeducativo, numa clara demonstração de que os adolescentes eram o que menos importava no processo, e o que mais prevalecia era o discurso pela legalidade processual.

Neste sentido é grande “a possibilidade de anular o sujeito” tornando-o um número, uma estatística (MENICUCCI; CARNEIRO, 2011, p. 541); isto posto, a discussão pauta-se, sobretudo na finalidade da produção destes registros da vida adolescente, a partir do ato infracional cometido, para o processo socioeducativo,

que, segundo Brito (2003, p. 83), “as informações substituem a ação. São a razão de ser desse sistema”. Sendo assim, não há tempo, recurso, energia e nem indignação para fazer diferente.

Ainda os estudos demonstram que no âmbito das profissões que compõem as equipes técnicas das instituições do sistema socioeducativo, a discussão também acontece na relação da profissão e o sistema socioeducativo, e do papel específico enquanto profissional e as responsabilidades frente as habilidades e competências, reportando-se ao código de ética da profissão. São quatro os campos de conhecimento presentes, nos artigos desta revisão: o Serviço Social, a Psicologia, a Pedagogia e a Enfermagem. As discussões destes profissionais apontam na direção das implicações éticas da prática profissional, os processos de trabalho e as iniciativas exitosas com os adolescentes (SAMPAIO; COSTA, 2005; FREITAS, 2011; FRANCISCHINI; CAMPOS, 2005; SARTÓRIO; ROSA, 2010; CELLA; CAMARGO, 2009; NETO; CENTOLANZA, 2010; CARMO et al., 2011; GALLO, 2008; MENICUCCI; CARNEIRO, 2011; GOBBO; MULLER, 2011; PEPE et al., 2005; MONTEIRO et al., 2011). No entanto, um dos estudos abordou a dificuldade que o profissional enfrenta no seu trabalho quanto as contradições presente no sistema socioeducativo: “A necessidade de tornar invisível aspectos que representam a desordem, o caos e o conflito acaba por discriminar e excluir não apenas o adolescente infrator, mas também aquele cujo trabalho é a eles dedicado, o educador” (CELLA; CAMARGO, 2009, p. 297).

Outros estudos problematizaram a socioeducação, questionando-a na sua pretensão de *ressocialização* mediante a privação de liberdade “cumprem o seu dever de “guardá-los” para depois devolvê-los à sociedade” (ESTEVAM; COUTINHO; ARAÚJO, 2009, p. 66). Denunciam e constroem evidências de práticas punitivas “por de castigo nas celas e proibi-los de exercer atividades socioeducativas” o chamado “isolamento”, práticas essas que reproduzem humilhação e sofrimento (ESPÍNDULA; SANTOS, 2004; MENICUCCI; CARNEIRO; 2011; GOBBO; MULLER, 2011).

Ainda, reportam-se a fragilidade da rede de políticas e serviços públicos efetivos que garanta ao adolescente o acesso às oportunidades cidadãs, ressaltando a frágil estrutura do sistema socioeducativo que não apresenta condições para ser um espaço educativo, em diálogo pedagógico de presença e de vínculo com os adolescentes (MALVASI, 2011). Conjuntamente a essa problemática, impõe-se a

inadequação da estrutura arquitetônica do encarceramento, tencionando a ideação da prática socioeducativa como um espaço de *ressocialização* e oportunidades, coibindo um aparato de práticas punitivas e coercitivas (FRANCISCHINI; CAMPOS, 2005), “as portas e portões com grades fortes e vigilância constante”, “há vozes demais para espaços de menos” (CELLA; CAMARGO, 2009, p. 284); o espaço da segregação, o “brete” (CASTRO; GUARESCHI, 2008; MENICUCCI; CARNEIRO, 2011); “é feito uso de algemas [...] uma ênfase exagerada na segurança pode acarretar mais violência que transformação” (MENICUCCI; CARNEIRO, 2011, p. 541), são constatações descritas nos estudos que evidenciam o quanto estamos distantes do que é preconizado no ECA e posteriormente reafirmado normativamente no PEMSEIS e SINASE.

O sistema socioeducativo carrega fortemente a característica de assistência repressiva, destinada aos adolescentes pobres, que moram nos bairros urbanos periféricos, os quais não se encaixam nos padrões morais, cognitivos e estéticos, que, segundo Baumam (1988), são os “estranhos” que necessitam serem enquadrados na ordem (MALVASI, 2011). Um dos estudos aborda como os educadores sociais referem-se aos adolescentes explicitando a forte presença da ideia do adolescente *versus* o delinquente, “é que eles são diferentes que os outros adolescentes”, enfatizam a descrença na *recuperação*, a culpabilizam a família adjetivando-a como *desestruturada*. É sobre o sujeito que recaí toda a responsabilidade frente ao cometimento do delito, reduzindo a sua vida a esse fato (ESPÍNDULA; SANTOS, 2004; MALVASI, 2011).

O ato infracional: como resultado de uma característica individual do sujeito, que deve ser assistido pela saúde, punido pela justiça e transformado pela educação. Os “delinquentes” são vistos como resultantes de famílias “desestruturadas”, com distúrbios de desenvolvimento e que, em razão desses problemas individuais, agridem a sociedade (MALVASI, 2011, p. 161).

Outra característica expressiva é a abordagem do estudo com um ou mais adolescentes, partindo das histórias de vida e suas trajetórias, onde entre similaridades e discrepâncias retrata-se o cotidiano deles e a experiência de privação ou restrição de liberdade. Esses artigos revelam os percursos e itinerâncias destes adolescentes em seu modo de habitar o mundo, como sujeitos “desviantes” (MALVASI, 2011; SAMPAIO et al., 2011; ESTEVAM; COUTINHO; ARAÚJO, 2009; GERMANO; BESSA, 2010; NETO; CENTOLANZA, 2010; CASTRO; GUARESCHI, 2008; CARMO et al., 2011; JOST, 2010) seus contextos sociais e familiares, os

conflitos e as cooperações (NARDI; DELL'AGLIO, 2012; DIAS; ARPINI; SIMON, 2011).

Destacamos as marcas que persistem ao tempo: “independentemente do que façam, ou deixem de fazer, serão sempre considerados suspeitos; ao saírem da internação, sua marca será de ex-internos” (MALVASI, 2011, p. 163); a marca da privação de liberdade torna-se difícil a relação com a escola, e ainda mais, a possibilidade de inserção no mercado de trabalho. A ação da polícia tende a se intensificar após a internação, tornando o adolescente mais facilmente identificado como suspeito (MALVASI, 2011, p. 166); a experiência da privação de liberdade é referida, como uma prisão, um inferno, um espaço superlotado; experienciada e nomeada pelos adolescentes com sentimento de tristeza, angústia, culpa, vergonha, saudades da família e dos amigos, constituindo assim mais uma adversidade a mais na vida do adolescente (SAMPAIO et al., 2011; ESTEVAM; COUTINHO; ARAÚJO, 2009; JOST, 2010).

A aprendizagem do bom comportamento – “bilhete de saída do sistema”, aspecto esse pertinente ao “jogo”, à sobrevivência no sistema socioeducativo (CASTRO; GUARESCHI, 2008). “Quanto menos autônomo e mais afeito às expectativas institucionais quanto mais submisso, em seus atos e falas, ao discurso institucional, maior é a chance de o adolescente em conflito com a lei ser considerado saudável e pronto para se reinserir na sociedade sem o “risco” de voltar a cometer um crime” (MALVASI, 2011, p. 166); na conformidade as normas e regras, o adolescente escapa a sua “historicidade autêntica” é um modo de sobreviver ao mundo da medida socioeducativa (CARMO et al., 2011, p. 477). Privado da liberdade, o adolescente percebe que é por meio da adaptação e do “bom comportamento”, de seus ajustes, que se dá a possibilidade de absolvição (MALVASI, 2011, p. 166). Contudo, não é um falseamento das intenções, mas, provavelmente as reais possibilidades de sobrevivência no seu contexto de vida.

Por fim, alguns artigos destacam a presença de outros atores sociais, advindos do mundo da arte, da música, da dança, da religiosidade, da contação de histórias, trazem novas cenas e vivências ao atendimento socioeducativo potencializando novos arranjos e provocam mudanças nos já instituídos. A presença de artistas, estudantes, educadores, contadores de histórias oportunizam outras experiências aos socioeducandos, o que incluiu relatos de rearranjo no papel do socioeducador e de funcionários que se compreenderam como promotores de um

processo educativo (SAMPAIO; COSTA, 2005; SAMPAIO et al., 2011). Outros estudos, mais pontuais, mas que também refletem a presença de outros atores e da participação dos adolescentes também são considerados aqui. Como um artigo que discute a assistência religiosa à qual o adolescente tem direito e a problemática da intolerância religiosa e da imposição de grupos religiosos nas unidades do sistema socioeducativo (SIMÕES, 2012); e uma pesquisa realizada objetivando discutir a formação moral, no âmbito do acompanhamento a jogos de futebol, estabelecimentos de regras e normas (KOBAYASHI; ZANE, 2010).

O sistema socioeducativo como espaço de *ressocialização* e de processo educativo, precisa ser um local de “interações mútuas” implicado com a escuta, o diálogo e a possibilidade de reflexão tanto o indivíduo com sua história e singularidades, bom como a instituição no seu processo histórico e nas suas operacionalidades. Esse movimento não é fácil e nem está posto, mas se faz necessário para efetivarmos uma condição mais digna de vida e de projetos de vida para esses adolescentes (VOLPI, 2002).

6.2.2 Atenção à Saúde do Adolescente e a Violência Juvenil

Nesta categoria, agrupamos 24 artigos que contribuem para percebermos como se aproximam ou se distanciam a atenção à saúde do adolescente em cumprimento de medida, e o acesso de qualidade à saúde no âmbito da política pública de saúde, incorporando a temática da violência, esta aqui descrita pela OMS como um problema de saúde pública.

Observa-se que um conjunto deles utiliza a abordagem quantitativa, enquanto outros vão utilizar a abordagem qualitativa. Todos os estudos quantitativos trabalharam com os adolescentes que estavam em uma instituição de medida socioeducativa. Objetivaram estabelecer correlações entre duas variáveis através do método de entrevista estruturada fechada; as correlações foram de uso de drogas e cometimento de ato infracional; comportamento de *bullying* antes e durante a medida socioeducativa e os comportamentos de risco para a saúde que vive os adolescentes que cumprem medida socioeducativa, incluindo as mortes por causas externas (MARTINS; PILLON, 2008; ZAINÉ; REIS; PADOVANI, 2010; SENA; COLARES, 2008; SANT’ANNA; AERTS; LOPES, 2005; COCCO; LOPES, 2010; COSTA; LUDERMIR; AVELAR, 2007).

O estudo de Martins e Pillon (2008) constatou que 95% dos 150 adolescentes entrevistados referem ter experimentado álcool, tabaco e maconha e que o período da experimentação de substância psicoativa iniciam em torno dos 12 anos, na população que foi pesquisada. Em relação a autoria de *bullying* ou ter sido alvo deste, os adolescentes referem-se mais como autores do que alvo; não consideram insultos verbais como *bullying* mesmo quando as “brincadeiras” acabam em brigas corporais (ZAINÉ; REIS; PADOVANI, 2010, p. 378). Outro estudo objetivou analisar o comportamento de risco com adolescentes em cumprimento de medidas de internação, dos 241 entrevistados, 79,9% afirmaram ter portado arma, 59,7% estiveram envolvidos com brigas com agressão física nos últimos 12 meses; com relação ao suicídio, 22 jovens (9,1%) referem ter planejado cometê-lo no último ano, 16 deles tentaram de fato e 4 necessitaram de cuidados médicos (SENA; COLARES, 2008, p. 2316). Dados referentes a homicídios de adolescentes corroboram com os dados nacionais e apontam que esses adolescentes residem em regiões violentas, sem equipamentos e recursos públicos, em situação de vulnerabilidade institucional (SANT’ANNA; AERTS; LOPES, 2005). Estudos colaboram nas reflexões ainda na temática da violência na escola, a criminalização juvenil e as reflexões psicossociais da violência e a proposição de debate com gestores e a sociedade em geral (MOREIRA; ROSÁRIO; COSTA, 2008; MELO BARROS; ALMEIDA, 2011; SOUZA; SANTANA, 2009).

Já Assis e Constantino (2005) enfatizam os fatores protetivos que atuam nos processos da vida deste a infância: a relação familiar como suporte, apoio e respeito mútuo; a autonomia, autoestima positiva e o autocontrole como mecanismos individuais capazes de construir um temperamento afetuoso e flexível e o apoio do ambiente social, as relações estabelecidas com os amigos e pessoas significantes. Traz para a cena a fragilidade econômica, social e cidadã que os adolescentes em cumprimento de medida vivenciam na sua trajetória de vida (ASSIS et al., 2003; ASSIS; CONSTANTINO, 2005; SAMPAIO; COSTA; ASSIS, 2006).

Com o objetivo de descrever e discutir a temática da drogadição e o cometimento de atos infracionais, o estudo de Pereira e Suldrack (2008) aponta para a complexa rede de relações entre os níveis de dependência, e práticas de atos infracionais, indicando a necessidade de ampliação do entendimento em rede, devido a uma realidade diversa e complexa. Também o estudo de Monteiro et al. (2011), realizado com 14 adolescentes do sexo feminino em medida de

semiliberdade, referem à fragilidade dos laços familiares, vivência no mundo das drogas, o comportamento sexual de risco, revelando as demandas de acesso as ações de prevenção e promoção de saúde pela rede de atendimento, referida para essa população (MONTEIRO et al., 2011).

Outro estudo buscou avaliar qual a percepção dos adolescentes sobre saúde geral e saúde bucal, sendo realizado com 493 adolescentes, percebeu-se que 34,5% referem saúde como algo que precisam cuidar, 26,6 % como bem-estar, 18,1% como a própria existência, 14,5% como ausência de doença, já com relação à saúde bucal 68,4% definem como higiene, 16,2 % como aparência 15,5% como ausência de doenças. O estudo conclui que os adolescentes possuíam uma percepção boa ou ótima sobre saúde (GARBIN et al., 2009).

Nesta direção outros artigos apontam para necessidade de identificar como acontece e se acontece o acesso dos adolescentes a rede de atenção à saúde existentes nos municípios, descobrir os impasses e desafios, na operacionalização das ações de saúde de assistência, prevenção e promoção junto ao público adolescente (VIEIRA; ROSEMBURG, 2010; VILAS BOAS; CUNHA; CARVALHO; 2010). Também tematizam a rede de atenção a saúde como alternativa a violência, possibilitando intercâmbios e estabelecimentos de vínculos (NJAINÉ et al., 2007;).

Aparece presente também a discussão que a mídia tem na construção de sentidos da violência, a própria noção de risco empregada diretamente e diariamente mensuram o perigo a vida e a saúde das pessoas, relacionando responsabilidade individual com medo e insegurança, é a “espetacularização da violência e exploração do sofrimento humano” (NJAINÉ, 2006, p. 387) os espaços como a escola e a rua potencializados (COCCO; LOPES, 2010).

Um estudo abordou os conflitos éticos no atendimento a saúde do adolescente (TAQUETTE et al., 2005), problematizando questões pertinentes no atendimento efetivo deste grupo, pautado pelos princípios éticos de: privacidade, confidencialidade, sigilo e autonomia, o atendimento de saúde revelou-se como espaço onde o adolescente pode expor seus problemas, pedir ajuda e aliviar suas dores. Frente, às questões éticas, o estudo pondera que o adolescente tem o direito de cuidar de si próprio, e a princípio responder questões autônomas e confidenciais sobre sua saúde. Para tanto, é imprescindível que os profissionais conheçam as leis e estatutos, documentem cuidadosamente as informações, consultem autoridades competentes, quando necessário e discutam o caso em equipe, o que gera maior

proteção do adolescente como do profissional (TAQUETTE et al., 2005).

Outro interessante estudo descreve o processo de institucionalização de uma adolescente que na sua história de abandono familiar e das questões sociais presentes no caso, a resposta institucional valorizou um “suposto distúrbio” que a proporcionou uma permanência de cuidado em saúde, traçando uma trajetória de saúde mental, medicalização e tutela; a discussão problematiza justamente as ações que tutelam o indivíduo e que coíbem a sua autonomia e modo de ser na vida, num limiar tênue entre cuidado, vínculo e tutela (MALFITANO; ADORNO; LOPES, 2011).

Frente, à temática da saúde mental e adolescência, um estudo percorre a produção científica e explicita um crescimento considerável, principalmente no que tange as questões de psicopatologia e fatores associados, chama atenção à necessidade de implantação de serviços comunitários, investimentos em formação permanente e apoio financeiro (BENETTI et al., 2007).

6.2.3 Psiquiatrização e Patologização da Adolescência

Essa temática conjuga 10 artigos e observa-se a temática aparece mais expressivamente nos anos de 2010 e 2011.

No texto *A força-tarefa da psiquiatria*, as autoras denunciam o projeto de diagnosticar precocemente em crianças psicopatológicas e a criação de uma subespecialidade psiquiátrica. Enfatizam a questão da medicalização dos comportamentos, mediante diagnóstico e tratamentos para a “cura do que ainda não se manifestou, uma cura preventiva do não manifestado” (LIMA; CAPONI, 2011, p. 1321). Portanto as problematizações aqui expostas questionam a normalização de condutas, o tratamento da doença que ainda não existe, “uma medicalização do social e do psíquico, que serve mais à indústria da doença do que à saúde da população” (LIMA; CAPONI, 2011, p. 1328).

O artigo *Corpos em rebelião e o sofrimento – resistência* descreve as situações de rebelião acontecidas na hoje Fundação CASA; retrata a resistência destes adolescentes que constatam que “a rebelião compõe a própria lógica da instituição (p. 100)” e as situações de violações de direitos a eles impostas; colocando esses jovens entre uma “espécie de zona intermediária entre a vida e a morte” (p. 102); Os atos presentes no cotidiano da internação dos adolescentes vão tornando-se agenciamentos coletivos, desessencializando e desindividualizando o

sofrimento (p. 107); ações que colocam esses adolescentes novamente à cena, mesmo que condenáveis, é a possibilidade de uma ativação de uma posição no imaginário social (p. 107). Chama, contudo, a atenção, que não se trata de fazer apologia das infrações e transgressões realizadas pelos adolescentes, mas “desnaturalizar a violência juvenil supõe ressituar nas lutas pelo poder a violência exercida e padecida pelos jovens” (VICENTIN, 2011, p. 109).

Outros estudos abordam as questões medicojurídicas que estão contidas nos diagnósticos de distúrbio antissocial, caracterizando os adolescentes como intratáveis e/ou irrecuperáveis, trazendo a discussão da periculosidade social e da relação entre a psicologia e o judiciário, ao quais as autoras chamam atenção desde o conceito da periculosidade social como uma noção jurídica e não um diagnóstico clínico ou médico, até os diagnósticos que podem legitimar práticas e discursos violentos (VICENTIN; ROSA, 2010 p. 113; VICENTIN, 2006). Neste caminho, ainda, outros artigos aprofundam a discussão na defesa dos direitos dos adolescentes em conflito com a lei, compondo um escopo interessante na emergente problematização da temática (VICENTIN; GRAMKOW; ROSA, 2010a, 2010b; WHITAKER, 2008).

Outros estudos trazem dados de prevalência e objetivam descrever um perfil psiquiátrico e sua comorbidade, em especial com adolescentes em conflito com a lei, como o realizado na Casa de Acolhimento ao Menor – CAM com 290 adolescentes, objetivou descrever o perfil psiquiátrico com destaque as comorbidade em adolescente em conflito com a lei Resultados relatam que “entre os adolescentes examinados 24,8% não preencheram critérios de transtornos mentais, enquanto que 75,2% foram diagnosticados como portadores de transtornos psiquiátricos, incluindo os de conduta e o uso nocivo de substâncias psicoativas” (p. 127). Segundo os autores, o percentual de 75,2% demonstra a associação entre comportamento infrator e transtorno psiquiátrico (PINHO et al., 2006; SCHMITT, et al., 2006, ANDRADE et al., 2011).

Na discussão sobre acesso à saúde mental, o artigo dos autores Scisleski, Maraschin e Silva (2008), relata à experiência no Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CIAPS, onde 75% do público atendido são adolescentes, 42% dos encaminhamentos são por via judicial, problematizando como o acesso por via de um mandato judicial tem revelado a judicialização do acesso à saúde mental, a patologização da adolescência e se revelando como uma alternativa a medida socioeducativa (SCISLESKI; MARACHIN; SILVA, 2008).

Esses estudos levantam questões pertinentes na discussão da atenção à saúde mental desta população, as suas implicações e proposições no modo de vida e de autonomia destes sujeitos. No entanto, não são debates simples de serem feitos, necessitando de aprofundamento e problematizações.

6.2.4 Justiça Pena Juvenil

Os quatro artigos abordam tanto questões teóricas e empíricas referentes a discussão da redução da maioridade penal, tangenciando o discurso com as situações de violações ainda presente na própria doutrina de proteção integral ao adolescente, quanto a inadequação dos ambientes físicos, a baixa escolarização, a ineficácia da profissionalização. O artigo *Ato infracional na adolescência: problematizações do acesso ao sistema de justiça* revela que os adolescentes entre 13 a 15 anos apresentam a menor percentagem de delitos graves dentre os grupos analisados, já na faixa etária dos 31-62 anos é onde se observa a maior relação delito grave e faixa etária. Discuti, portanto a necessária ampliação e efetivação do sistema educacional e socioeducativo, como alternativa a redução da idade penal. Ainda descrevem a trajetória do código de menores para o ECA, problematizando o acesso ao sistema de justiça, apontando questões sociais, econômica e políticas no âmbito da judicialização dos conflitos, indicando a necessária efetivação da atenção aos direitos dos adolescentes possibilitando o exercício de participação e cidadania (CUNHA; ROPELATO; ALVES, 2006; SEGALIN; TRZCINSKI, 2006; MONTEIRO, 2006).

O artigo *Criminalidade Juvenil e estratégias de (des) confinamento na cidade*, tem especial importância neste estudo, por tratar da cidade onde também se realiza a atual pesquisa, problematiza através de dados e posições teóricas a falsa mobilidade dos adolescentes nos seus itinerários e tentativas de acesso a cidade. Coloca em questão a “inclusão as avessas” que ocorre no momento que o adolescente inicia o cumprimento da medida socioeducativa; os números significativos da cidade de São Leopoldo e a aplicação da medida de internação, revelando uma discussão mais profunda acerca da “liberdade dos excluídos e a liberdade dos livres” (OLIVEIRA et al., 2006).

Contudo, é necessário perceber aspectos gerais que na maioria dos artigos referem constatações frente ao modo de operação do próprio sistema e do Estado

Brasileiro: “O Estado brasileiro mantém o paradoxo de garantir uma democracia formal enquanto viola direitos civis e estigmatizando segmentos juvenis”, neste aspecto a baixa escolarização dos adolescentes, e o abandono da escola, a dificuldade de aprendizagens, o consumo de drogas e a precária inserção no mundo do trabalho, na informalidade e em subempregos, são questões trabalhadas em vários estudos, corroborando com a descrição do perfil dos socioeducandos em nível federal (MALVASI, 2011; DESTRO; SOUZA, 2004; ESTEVAM; COUTINHO; ARAÚJO, 2009; DAVOGLIO; GAUER, 2011; PRIULI; MORAES, 2007; CARMO et al., 2011; MENICUCCI; CARNEIRO, 2011; MARTINS; PILLON, 2008; SENA; COLARES, 2008; BAQUERO; LEMES; SANTOS, 2011; ASSIS et al., 2003; PINHO et al., 2006).

Entretanto, constatamos que alguns artigos mesmo ancorados teoricamente no paradigma da doutrina da proteção integral, escorregam nos termos utilizados e no tratamento direcionado aos adolescentes, quando os tratam como: “o menor”, “população marginalizada e temida pela sociedade” (PADOVANI; WILLIAMS, 2005); “transformando jovens recuperáveis em adultos criminosos”, “recuperação de menores” (SOUZA; ALMEIDA; ABRÃO, 2011); isso demonstra como ainda se produz e reproduz o estigmatização e a culpabilização dos adolescentes operante no antigo código de menores.

Na revisão bibliográfica realizada, se construiu um aporte teórico mais alargado para a discussão do fenômeno que pretendemos entender e analisar. Evidencia-se, contudo, a complexidade da temática e as interrelações necessárias entre as políticas públicas, os conselhos de direitos, o poder judiciário, as famílias e as suas comunidades.

6.3 A DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E A DEFESA DOS DIREITOS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Com a Constituição Federal de 1988, o artigo 227 estabelece o caminho para a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em 1990, constituindo as diretrizes da Doutrina de Proteção Integral, como se segue:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária,

além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p.131).

A sociedade brasileira quando preconiza que as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, não mais “menores”¹¹, mas pessoas em desenvolvimento, e não mais uma ameaça à ordem pública, e sim um desafio à cidadania, reconhece a criança e o adolescente como uma prioridade absoluta nas políticas públicas (BRASIL, 1990).

A proteção passa a ser pauta de agências governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, tendo em vista a visibilidade que foi dada às diversas formas de violação de direitos perpetradas historicamente a esse segmento social¹².

Na busca de efetivar a proteção integral, o ECA orienta ações entre o governo e a sociedade civil, com a criação dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente em âmbitos Municipais, Estaduais e Federal. Compete ao Sistema Nacional de Garantia de Direitos:

[...] promover, defender e controlar a efetivação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, coletivos e difusos, em sua integralidade, em favor de todas as crianças e adolescentes, de modo que sejam reconhecidos e respeitados como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. Colocando-os a salvo de ameaças e violações a quaisquer de seus direitos, além de garantir a apuração e reparação dessas ameaças e violações (CONANDA, 2006, p. 4).

Entram em cena novos atores sociais, a família cumprindo os deveres inerentes, a comunidade, os Conselhos de Direitos. Ao Estado coube à universalidade e o acesso aos direitos fundamentais para a vida, enfim, rompe-se com o anterior Código de Menores na direção de uma doutrina de proteção integral.

No Código de Menores nas suas duas versões: de 1927 e de 1979, o Estado se fazia presente na vida das crianças e adolescentes nas situações de vulnerabilidades materiais e morais e suas ações se reduziam a tutela e repressão, os “menores” constituíam um perigo à sociedade e o Estado devia manter o controle

¹¹ Para Adorno (1993) o termo menor, de larga utilização no senso comum, na imprensa e mesmo na pesquisa científica tem origem pouco nobre. Cunhado no Brasil pela medicina legal e reconhecido pelo direito público para dividir a população entre responsáveis e irresponsáveis, segundo critério de discernimento moral e do desenvolvimento psicológico, seu emprego generalizou-se pra designar um tipo específico de criança, aquela procedente das classes populares, em situação de miséria absoluta, expulsa da escola desde tenra idade, que faz da rua seu habitat e lugar privilegiado de reprodução do cotidiano. Trata-se da criança cuja existência social e pessoal é realizada à condição de minoridade, passível, por conseguinte, de intervenção saneadora das instituições policiais de repressão e das instituições de assistência e de reparação social (p.183 - 184).

¹² Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e do Adolescente (1989); Doutrina das Nações Unidas de Proteção Integral à Criança; Convenções Internacionais de Direitos Humanos.

e a ordem social, a intervenção estava alicerçada na doutrina da situação irregular. Para o jurista João Batista Costa Saraiva, com o advento da doutrina da proteção integral, a criança e o adolescente saem da invisibilidade, indiferença e passam a ser um sujeito de direitos e deveres (SARAIVA, 2009). O quadro abaixo, nos auxilia a perceber as mudanças normativas e conceituais do código de menores para o ECA:

Quadro 4: Comparação entre uma legislação orientada pela Doutrina da situação Irregular e a da Proteção Integral

Situação Irregular	Proteção Integral
Menores	Crianças e Adolescentes
Objetos de Proteção	Sujeitos de Direitos
Proteção de Menores	Proteção de Direitos
Infância dividida	Infância Integrada
Não importava a opinião da criança	É fundamental a opinião da criança
“Situação de risco” ou “Situação Irregular”	Direitos ameaçados e violados
“Menor em situação irregular”	Adultos, instituições ou serviços em situação irregular
Juiz como “bom pai de família”	Juiz técnico e limitado por garantias
Assistencial confundido com penal	O assistencial separado do penal
Desconhecem-se todas as garantias	Reconhecem-se todas as garantias
Atribuídos de delitos como inimputáveis	Responsabilidade Penal Juvenil
Privação de Liberdade como regra	Privação de Liberdade como exceção e somente para infratores
Medidas por tempo indeterminado	Medidas por tempo determinado

Fonte: SARAIVA, 2005.

O quadro nos mostra, de forma esquemática, as mudanças ocorridas nas concepções e nos marcos ético-legais que pautam os modelos de proteção da infância e adolescência brasileira. Mesmo com o horizonte da conquista das legislações que defendem a criança e o adolescente como sujeitos de direito, há muitos conflitos existentes nesta arena de disputa “pois concepções anteriormente firmadas continuam a existir e sempre podem estabelecer limites às conquistas e impor retrocessos até de natureza legal” (SPOSITO, 2003 p. 63). A autora salienta dois exemplos tácitos do que vivemos no cotidiano da defesa dos direitos: a alteração da idade penal aos adolescentes e a defesa de um sistema prisional semelhante a dos adultos, aos quais merece da sociedade uma profunda revisão e crítica.

Para Saraiva (2009), o ECA coloca em vigor três sistemas de garantia: o primeiro, em que todas as crianças e adolescentes tem direito as políticas sociais básicas como educação, saúde, habitação, cultura, esporte, lazer, entre outras; o

segundo, que dispõe das medidas de proteção para crianças e adolescentes em situação de risco penal ou social, não autores de ato infracional, mas aqueles que vitimados; e o terceiro que regula as medidas socioeducativas, aplicáveis a adolescentes em conflito com a lei, autores de atos infracionais.

Esse terceiro sistema de garantia de direitos e deveres estabelece as responsabilizações frente ao ato infracional cometido, ou seja, está baseado num modelo de responsabilidade penal juvenil, que conforme Saraiva (2009, p. 66) diz respeito à compreensão da relação do adolescente com a lei, norteadas pela peculiar condição de pessoa em desenvolvimento, onde a responsabilização penal não tem concessões paternalistas ou reducionistas, nem um “adolescente infrator vítima de um sistema excludente nem o algoz da sociedade, o conceituando como vitimizador desta”.

Mesmo com os avanços e os direitos garantidos pelo ECA, esses ainda precisam ser sedimentados na nossa sociedade, tornando-se mais afetivos, efetivos e eficientes nas suas ações de proteção integral da vida das crianças e dos adolescentes. É um desafio para uma sociedade com forças sociais tão desiguais, como o Brasil, mudar padrões de comportamentos e consciências, centrando o processo civilizatório nas necessidades do ser humano, nas garantias fundamentais de vida (FEFFERMANN, 2011, p. 186).

Na relação com os direitos dos adolescentes em conflito com a lei, superar o olhar estigmatizante e as práticas punitivas ainda é um desafio posto para a sociedade. O ECA dá origem ao princípio do direito socioeducativo, que pela doutrina da proteção integral, responsabiliza o adolescente em conflito com a lei, do ato infracional cometido, mudando a lógica da relação e do sistema penal. A medida socioeducativa leva em conta as necessidades pedagógicas, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; vê esse adolescente como um sujeito de direitos e como vítima/objeto de proteção e educação por parte do Estado (Brasil, 1990).

Conforme Monteiro (2006) se pretendemos tornar o adolescente um sujeito responsável consigo e com a sociedade, precisamos oferecer ferramentas que potencializem o aprendizado e o seu desenvolvimento integral. A consciência da consequência do seu ato infracional e as condições para o cumprimento da medida socioeducativa exigem um ambiente de autonomia e responsabilização do adolescente, num processo educativo e de ressocialização. Iremos pensar esse processo a partir da atenção integral à saúde deste adolescente em cumprimento de

medida socioeducativa, para isso vamos situar o conceito de saúde e de integralidade com o qual trabalharemos.

6.4 ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO ADOLESCENTE

A saúde como conceito dinâmico e político da modernidade está em permanente construção, portanto permeada de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. A saúde é um destes campos onde o poder e o saber se mantêm em constante movimento intervindo no modo de conceber o que é saúde, no direito ao acesso de bens e serviços, na maneira como se cuida da saúde, na saúde do indivíduo e das populações. Ela como direito abarca os valores de justiça e de autonomia, ou seja, o direito de gerir o seu modo de “*andar na vida*” (MERHY, 1994; 1999).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) o conceito de saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” e conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986, p. 4) o conceito ampliado de saúde resulta das condições de acesso e políticas sociais que garantam “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”, o que inclui o modo organizativo da sociedade e da produção, capaz de superar desigualdades.

A definição da OMS buscou superar uma visão simplista quando integra outras dimensões da vida humana como a psíquica e a social, porém a busca por um completo bem-estar não é possível, mesmo que desejável. A fragilidade e a vulnerabilidade física e psíquica são inerentes ao ser humano, sendo a vida um processo dinâmico e contínuo de desafios e adaptações, estar saudável implica numa capacidade de reagir com autonomia às situações cotidianas (CAPONI, 1997; DEJOURS, 1986; JUNGUES, 2006).

Ainda segundo Caponi (1997) e Dejours (1986), a saúde é um assunto que diz respeito à própria pessoa, com isso chamam atenção para a ideia de um conceito de bem-estar pré-definido que estabeleça o que é ser saudável *a priori*, sem que a própria pessoa possa estabeleça o que é o seu estado de bem estar. A crítica a este conceito está tanto no seu caráter utópico como subjetivo, que possa vir a ser utilizado para “legitimar estratégias de controle e de exclusão do que

consideramos como indesejável e perigoso” (CAPONI, 1997, p. 4) no âmbito da saúde e da vida das pessoas e das populações.

Já no conceito da 8ª Conferência articulam-se saúde e sociedade, pautada pelo desenvolvimento social, econômico e político da nação brasileira, onde a desigualdade existente faz com que prevaleça iniquidades em saúde decorrente do modelo de desenvolvimento historicamente vigente no país. Portanto, em março de 2006, acontece a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde – CNDSS, onde as questões referentes à pobreza, violência, agravos à saúde, discriminação étnica, acesso precário aos serviços de saúde e educação entre outras, tem pautado as discussões e problematizações dos determinantes no complexo processo saúde/doença, que, segundo Barata (2006), são processos estruturais da sociedade que geram as desigualdades sociais, dos quais se originam os perfis epidemiológicos de saúde e doença e desvelam a história social, econômica e cultural de cada região brasileira (BRASIL, MS/SVS, 2006).

Contudo, Caponi (1997) sem desmerecer essa ampliação do conceito de saúde, chama atenção para a importância do âmbito biológico e psíquico, para determinados processos de saúde e doença que não resultam das condições sociais da vida dos sujeitos, ou seja, ampliar o conceito de saúde requer pensar tanto no âmbito do social como individual, para que a medicalização da existência não seja algo desejável ou reivindicado como respostas a conflitos sociais. Com isso, produz um alerta da possibilidade de produzirem-se determinados modelos de saúde, ou de ser saudável ao qual se configura como norma, o que nos reporta a obra de Canguilhem, *O normal e o patológico* (1963), que, segundo ele, tanto o estado de estar saudável ou estar doente se constitui na normalidade da vida, são manifestações da existência humana na sua habilidade de criar e recriar as suas próprias normas.

Nesta direção quando referimos neste estudo a atenção integral à saúde, estamos utilizando como base conceitual o conceito de integralidade que é um dos eixos norteadores das práticas e da política de saúde, conforme a Norma Operacional Básica – NOB, que a define como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individual e coletivo” (BRASIL, 1996). Para, além disso, ela também constitui um dispositivo jurídico e institucional, que busca assegurar aos indivíduos uma atenção à saúde em todos os níveis de

assistência e a compreensão da totalidade dos indivíduos em suas singularidades (MATTOS, 2001; BRASIL, 1993).

Sendo a integralidade esse dispositivo, ela articula, em vista da atenção integral à saúde, três âmbitos: o da formação permanente dos profissionais, o da organização dos processos de trabalho e o da política de saúde deste a assistência à saúde, passando pela prevenção e promoção da mesma (MATTOS, 2001).

O atendimento integral comporta a noção de totalidade e de unidade da vida do indivíduo, enxergando-o com seu corpo, suas emoções, sua cultura, sua história, seus medos e crenças, de maneira a responder positivamente a uma ação interventiva que produza um projeto terapêutico capaz de ser efetivo e resolutivo nas suas demandas de saúde (CECCIM e FERLA, 2003). O que resulta numa atenção à saúde para além dos órgãos ou aparelhos orgânicos que estão em sofrimento, mas a pessoa é vista acolhida numa “cadeia de cuidado progressivo”, ou seja, garantindo o acesso a todas as tecnologias disponíveis para enfrentar a demanda ali manifesta ou não, o que possibilitará resolutividade e efetividade no atendimento (CECÍLIO, 1997, 1999; MATTOS, 2004, 2001).

Na busca de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde Cecílio (2001, p. 117), diz que o desafio consiste em desenvolver e garantir:

A (máxima) integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica em saúde.

Nesta direção, a atenção integral à saúde do adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade, implica numa atenção com a máxima integralidade e com um atendimento singular as suas demandas específicas, tanto no que concerne ao período específico da vida como no contexto ao qual o adolescente está inserido. Portanto, a política de saúde tem marcos operativos e programáticos que orientam o atendimento na ótica da atenção integral à saúde do adolescente como o documento intitulado Marco Legal: saúde um direito de adolescentes (BRASIL, 2005) que preconiza o atendimento a adolescente no âmbito do SUS, como prioridade na formulação e execução das políticas públicas, em conformidade com o ECA:

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, a educação, ao esporte, a profissionalização, a cultura, a dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único: A garantia de prioridade compreende:
Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990, p.2).

Sendo a política da saúde um espaço para a promoção e a garantia dos direitos humanos dos adolescentes, ela pode propiciar a articulação das demais políticas públicas como educação, justiça, segurança em ações intersetoriais em busca de uma atenção integral a população adolescente (BRASIL, 2005, p. 52).

No Estado do Rio Grande do Sul, a Política de atenção integral à saúde do adolescente (2010) é norteada por três aportes: a promoção, a prevenção dos agravos e a redução da morbimortalidade, trabalhando três eixos: o crescimento e desenvolvimento saudáveis; a saúde sexual e reprodutiva; e a redução da morbimortalidade por causas externas (SES/DAS, 2010).

No atendimento integral à saúde do adolescente são consideradas as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, família, condições de vida, escolaridade e trabalho. A política orienta a aproximação e o acompanhamento sistemático do adolescente nos serviços de saúde, com especial atenção as situações de vulnerabilidade individual, coletiva e comunitária vividas por eles (SES/DAS, 2010).

Na proposta de um acompanhamento sistemático, o uso da Caderneta de Saúde de Adolescentes, na faixa etária de 10 a 16 anos, é uma importante ferramenta para apoio dos profissionais, bem como, para o próprio adolescente no autoconhecimento do seu corpo, seus direitos e orientações sobre a sexualidade e afetividade, com informações e registros de saúde qualificados. Ela é confeccionada e distribuída pelo Ministério da Saúde aos Estados. No RS é repassada mediante a elaboração de um plano de implantação, a fim de contribuir na abordagem profissional e na construção de vínculo com os adolescentes (SES/DAS, 2010).

Observa-se, contudo, que tanto a nível federal como estadual os programas direcionados à saúde do adolescente consideram as condições sociais respondendo as demandas individuais e coletivas desta população, tendo claramente o foco direcionado para a noção de risco, fortemente associada a essa população o que resultam em programas direcionados às problemáticas como: gravidez na adolescência, contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, uso de

drogas ilícitas e o risco de morte frente à violência entre outras (BRASIL, 2005, p. 8-9).

Neste sentido, vários estudos revelam a condição de vulnerabilidade dessa população em termos de saúde, apontando para esses múltiplos riscos¹³ (ASSIS, 1999; BURT, 2020; CUNHA, 2000; GARBARINO, 1999) para além destes, os artigos referidos na revisão bibliográfica reforçam esse aporte da vulnerabilidade da adolescência discutindo o paradigma da promoção da saúde, da atenção integral a saúde, do acesso a bens e serviços entre outras.

6.4.1 Adolescência e Violência: uma questão de Saúde Pública

A violência é, antes de tudo, uma expressão da questão social, não o objeto próprio do setor saúde, como afirma Minayo (2004), mas sim um tema de grande magnitude desse campo, devido ao grande impacto negativo que tem na qualidade de vida das pessoas e pela necessidade de articulação intersetorial integrando o campo médico e social para intervir nessa realidade (MINAYO, 2004, p. 646).

Em 1993, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1993) sugeriu a inclusão da temática violência como uma agenda necessária de intervenções. Em 1997, a 49ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA 49.25, declarando a violência como um problema de saúde pública no mundo. Já em 2002, a Organização Mundial da Saúde – OMS publicou um Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no qual define violência como:

[...] com o uso intencional da força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

Para Zaluar (2004) violência é uma palavra polifônica, sua etiologia vem do latim *violentia*, significa *vis* – força, vigor ou emprego de força física. Essa força se torna violência, quando rompe os acordos e regras das relações, e carrega uma carga maléfica, causando danos a outrem. Segundo Sugizaki (2008), a relação de violência age sobre o corpo, forçando-o, submetendo-o, não lhe oferecendo possibilidade outra senão a passividade e encontrando resistência, essa é reduzida.

¹³ A terminologia de fatores de proteção e de risco implica em processo mais complexos e dinâmicos, que produzem diferentes respostas conforme a realidade e o contexto social onde estão inseridos. Os fatores de proteção são potencializados nas ações de prevenção e promoção de saúde, e esses podem gerar autonomia, fortalecimento de vínculos e participação juvenil no âmbito comunitário e da própria política pública de saúde (ASSIS et al., 2006).

Sendo assim, estabelece uma relação sobre o outro, e não pode ser entendida fora da sociedade que a gera, retroalimenta-a de fatos sociopolíticos, econômicos e culturais, tanto nas relações microssociais como nas macrossociais e, neste sentido, é uma percepção que varia na história e na sociedade (MINAYO, 2003; WIEVIORKA, 1997). Segundo Arendt (1994), a violência dramatiza as causas e por isso chama atenção sobre as mesmas, mas não as promove.

Desta forma, as relações entre os fatores históricos, contextuais, estruturais e culturais, bem como os interpessoais, mentais e biológicos, dá consistência a ideia de multicausalidade da violência, trabalhada por Minayo (2003, p. 13), apontando para a necessidade de pensarmos em violências, levando a discussão ao âmbito público, onde exigirá proposições e mudanças na “infrapolítica da contemporaneidade brasileira”, ou seja, nas formas e sentido do fenômeno da violência no cenário da realidade brasileira.

Quando nos reportamos à violência estrutural estamos falando das diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, econômicas, culturais, de gênero, etárias, étnicas que produz subordinação, exploração de um pelos outros. Conforme Souza e Minayo (2005), a discriminação se manifesta na criminalização dos mais pobres, da juventude, das mulheres.

Já a violência institucional acontece dentro das organizações, principalmente por suas regras, normas, relações políticas e burocráticas que produzem e reproduzem estruturas sociais injustas e desiguais. Implica em percebermos como estão sendo oferecidos, negligenciados e mesmo negados o direito aos serviços públicos. Minayo exemplifica a violência institucional nos atendimentos do SUS, na “força policial que trata os jovens como “criminógenos” ou porque são jovens ou porque são pobres” (2009, p. 33). A própria situação de institucionalização, por si só causa sofrimento e dor, causando consequências à saúde física, mental e a própria inserção social, produzindo estigmatização e preconceitos, mesmo após a desinstitucionalização (AMARANTE; RIBEIRO; CONSTANTINO, 2009, p. 215).

O sociólogo Goffman (1978) utiliza a palavra “estigma” para referir-se a um atributo depreciativo, elencando três tipos: “as deformidades físicas, as de raça, nação e religião e as culpas de ordem individual”. A permanência de pessoas em

“instituições totais”¹⁴ produz, nos sujeito, uma mortificação e um dismantelamento da sua identidade, num anonimato; a sua identidade passa a ser um número, um prontuário, um histórico reduzindo a potência de tudo o que implica ser e possuir uma identidade.

Para entender a violência simbólica, vamos recorrer a Pierre Bourdieu (1970) que cunha esse conceito com o intuito de perceber como os processos de dominação produzem comportamentos de submissão e manipulação, e uma aceitação natural das ideias dominantes, sem que sejam questionadas ou percebidas. É um “poder invisível”, que é exercido sem coação; é tácito e colaborativo, pois os sujeitos não o percebem como uma violência; ela é ignorada ou desconhecida. Segundo Minayo (2009), a naturalização da violência torna-se um chão donde brotam várias outras formas de violências.

As violências simbólicas, institucional e estrutural estão intrinsecamente relacionadas à estigmatização, ao preconceito, à vitimização, à criminalização. A situação de interação que se estabelece resulta em violação de direitos, em violências veladas e também em extermínios de pessoas. Além das relações com os fatos, a violência tem representações, estando presentes nas falas, nas narrativas e nas mais variadas interações sociais. Bordieu ressalta que as representações são algo do interno da sociedade; produzem e reproduzem a realidade social. Portanto, ao falarmos sobre violências e os adolescentes e jovens que cumprem medidas socioeducativas, é primordial levar em consideração, além dos seus atos e sofrimentos, as suas representações sociais, a realidade e seus contextos (PERES; RUOTTI; VICENTIN, 2010, p. 44).

As violências se fazem sentir por todas as pessoas, em diferentes graus de intensidade. Entretanto, há um perfil de adolescentes que são vitimizados e estigmatizados pela violência; eles têm sexo, raça e condição social. Para Madel Luz (2007), a adolescência nas populações carentes acaba cedo: nas instituições de internamento, no necrotério e com muita sorte no mercado de trabalho. As principais vítimas dos homicídios e mortes pelo trânsito são homens jovens, negros, baixa escolaridade e pobres (REICHENHEIM et al., 2001; BRASIL, 2008).

¹⁴ Por instituição total, o autor entende “[...] como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (1987, p.11).

6.4.2 O impacto da Violência na saúde de adolescentes

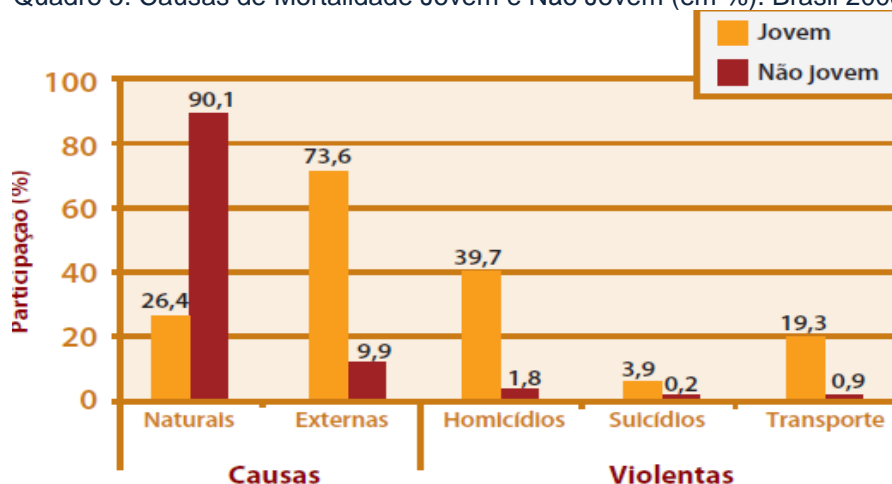
A violência que atinge os adolescentes é um tema que se apresenta de forma multidimensional, em que uma série de fatores de risco e a ausência de fatores de proteção em distintos níveis nos remetem para a amplitude e a complexidade do fenômeno (MARQUES; MADALLENO, 2010, p. 113).

Segundo a OPAS, no relato sobre Saúde nas Américas: “a concentração de homicídios e outros tipos de violência nos grupos mais jovens, a convertem na principal causa de anos de vida potencial perdidos, na maior parte dos países” (OPAS apud SAITO, 2010, p. 154).

Os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde, já diziam em 1980, que 52,9% das mortes dos jovens no Brasil eram por causas externas. Esses percentuais elevaram-se nas últimas décadas. No ano de 2004, de forma dramática, passa para 72,1% e o principal responsável são os homicídios (WAISELFISZ, 2011, p.18).

Os dados atuais evidenciam a gravidade da violência diretamente ligada à população juvenil brasileira. O Mapa da Violência de 2011, produzido por Waiselfisz, apresenta a crescente violência por causas externas sofridas pelos adolescentes e jovens. O quadro abaixo vai nos ajudar a ver esse elevado percentual comparado à violência sofrida pela população não jovem no mesmo período.

Quadro 5: Causas de Mortalidade Jovem e Não Jovem (em %). Brasil 2008.



Fonte: SIM/SUS/MS. O Mapa da Violência de 2011 (WAISELFISZ, 2011).

O gráfico nos apresenta a diferença entre o percentual de morte na população não jovem em comparação à população jovem. Enquanto que 9,9% do total de óbitos, na população não jovem são por causas externas, na população jovem esse

percentual é de 73,6% das mortes. Olhando separadamente a violência por causas externas a taxa de homicídio da população não jovem é de 1,8% e, entre os jovens, é de 39,7%. Os acidentes de trânsito são responsáveis por 19,3% dos óbitos juvenis e 0,9% na população não jovem e o suicídio por 3,9%, enquanto 0,2% nos não jovem (WAISELFISZ, 2011, p. 17-19).

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde, no ano de 2008, a faixa etária entre 15 a 19 anos, a taxa de mortalidade por homicídios era de 43,2 em cada grupo de 100 mil adolescentes. Esses dados aumentam na faixa etária entre 20-24 anos, sendo 62,5 e na faixa etária de 25 a 29 anos, cai para 52,2, em 100 mil. O quadro abaixo nos auxilia visualmente na percepção destes dados.

Quadro 6: Número e taxa de Homicídios por Faixa etária. Brasil, 2008.

Idade Faixa Etária	Homicídios	
	Números	Taxa (100 mil)
15 a 19	7,543	43,2
20 a 24	11,053	62,5
25 a 29	9,146	52,2

Fonte: SIM/SUS/MS. O Mapa da Violência de 2011, (Waiselfisz, 2011). Quadro feito pela autora.

A autora Maria Saito (2010) problematiza que a quantificação da violência por percentuais de morte na adolescência extrapola a significância estatística e se torna significativa por si, pois nenhuma destas mortes deveria ter ocorrido. Alguns autores aprofundam esse assunto, e afirmam que a população adolescente e jovem, na faixa etária de 15 a 29 anos, “é a maior vítima de homicídios e a clientela principal das instituições de privação de liberdade” (ZALUAR, 1995; 2002; SOARES 2002).

Soares (2004) reporta-se a essa situação como um “verdadeiro genocídio” da adolescência e juventude. Observa-se que as ocorrências de mortes por causas externas, principalmente os homicídios, são majoritariamente masculinos. Essa taxa dispar entre os sexos está originando um desequilíbrio demográfico na distribuição por sexo da população, principalmente na faixa etária dos 20 anos, que, segundo o IBGE, representa uma perda anual de quase 40 mil homens (MELLO 1998; MINAYO, 2003; UNICEF, 2011; IBGE, 2010).

Outro dado alarmante, no que concerne à proteção integral e garantia de direitos dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa é o número de homicídios¹⁵ ocorridos nas unidades de internações no período de janeiro de 2007 a

¹⁵ O Relatório final da pesquisa: Homicídios de adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Internação, publicado pela ANCED (2011).

janeiro de 2010 no Brasil. O relatório revela a morte de 73 adolescentes vítimas de homicídios em oito Estados Brasileiros. Destes casos, 25 não foram documentados, não constando informações sobre a causa e o ano da morte. Os apontamentos da pesquisa chamam a atenção para a fragilidade das condições estruturais das unidades e as superlotações, o atendimento precário em saúde, e a violência entre os grupos de adolescentes, entre os funcionários e os adolescentes (ANCED, 2011).

Estatisticamente, significam um percentual pequeno, mas são 73 vidas, histórias singulares de adolescentes, que revelam o desafio ético, político e cotidiano na defesa e garantia dos direitos dos adolescentes em nosso país.

Em conjunto os dados revisados demonstram que o Brasil carrega na sua história uma enorme dívida social, não sendo capaz de satisfazer as necessidades básicas de milhões de cidadãos, em particular dos adolescentes. Nestes cenários de violências e violações, a face mais visível do fenômeno é a do tipo direta, que recebe toda a sorte de interpretações, não raro muitas delas incidindo nas outras formas de sua expressão. Quando o fenômeno da violência é visto de forma unilateral e reducionista os adolescentes transitam como a face perversa de nossa sociedade, considerados seres nocivos que ameaçam a integridade da família brasileira com seus crimes e comportamentos incivilizados.

O dimensionamento da violência é permeado tanto no discurso como pela prática dos cidadãos, como das instituições que são encarregadas da execução das medidas socioeducativas. Como uma problemática complexa, exige ações para além do confinamento e da repressão. As ações necessitam ter uma abrangência no âmbito da prevenção e da garantia de direitos, constituindo-se em um desafio para o fortalecimento da cidadania e democracia no país (MARQUES; MADDALENO, 2010).

As violências que cometem são inegáveis, e não podemos concordar com essas ações e posturas, mas é urgente aprofundar, refletir e compreender as construções sociais, seus determinantes contextuais e socioinstitucionais que conferem visibilidade a esse complexo fenômeno, possibilitando ações de promoção de vida e cultura de paz, com prevenção de violência e garantia de direitos.

A violência em todas as suas inúmeras formas é uma trama que os enreda a cada movimento e num emaranhado de fios e tessituras, se entrelaçam e se desfazem, constituindo assim o modo destes adolescentes serem e estarem no mundo. Essa complexidade exige aprofundar a relação entre individualidade,

subjetividade e circunstâncias sociais, o espaço da opção dos sujeitos e o seu lugar nesta sociedade, abrangendo o que Sartre chama de possíveis sociais, e para essa população descrita, esses possíveis sociais são limitados e delimitados (SARTRE, 1980 apud MINAYO, 2003).

Essas inúmeras situações de violência, ora praticadas e na maioria das vezes sofrida, violam os direitos humanos dos adolescentes, e demandam ações de promoção, prevenção e assistência à saúde desta população. A OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde-OPA (2006) orientam para a necessidade de ações intersetoriais e integradas, no âmbito da segurança, do desenvolvimento econômico, dos direitos humanos, da saúde pública para o desenvolvimento juvenil (KRUG et al., 2002).

Conforme Wolff (2005, p. 16), “o reconhecimento legal de direitos não tem sido suficiente” para garantir que os direitos não sejam violados e as instituições encarregadas sejam ferramentas eficazes na defesa da vida e da dignidade destes adolescentes.

6.5 O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

Os documentos internacionais que tratam da temática da privação de liberdade dos adolescentes são: a Convenção Internacional (1989), as Regras de Beijing (1985) as Regras Mínimas das Nações Unidas para os Jovens Privados de Liberdade (1990). Unâimes, elas caracterizam a medida de privação de liberdade como última instância, excepcional e de brevidade. No Brasil, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, Lei Federal, nº 12.594 de janeiro de 2012 orienta e normatizam as medidas socioeducativas e sua efetiva aplicação em consonância com o ECA (1990) e no Rio Grande do Sul, o Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e de Semiliberdade do Rio Grande do Sul – PEMSEIS, 2002 e o Programa de Semiliberdade orientam o trabalho das unidades socioeducativas da Fundação de atendimento Socioeducativo – FASE/RS.

6.5.1 Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e o Programa de Execução das Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade – PEMSEIS RS

Em 2006 o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, aprovou e publicou a resolução nº 119 que estabelece o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, dando origem, posteriormente, à Lei Federal. Com isso, a política de atenção ao adolescente em medidas socioeducativas, ganha um status de Sistema, o que o torna uma Política Pública articulada e com característica específica (SINASE, 2006).

O SINASE orienta, através das diretrizes pedagógicas, o atendimento socioeducativo, dando direcionamento às práticas na execução das medidas socioeducativas: 1) prevalência da ação socioeducativa sobre as ações de sanções numa perspectiva ética pedagógica; 2) a existência de um projeto pedagógico que ordene as ações e a gestão do atendimento socioeducativo; 3) a participação dos adolescentes desde a construção das ações socioeducativas até a avaliação das mesmas; 4) o respeito a cada adolescente e sua história, numa postura educativa e de construção de vínculos; 5) uma prática orientada pelo respeito ao socioeducando, com postura de exigência e compreensão do processo socioeducativo; 6) o exercício da diretividade no processo socioeducativo possibilitando o diálogo permanente; 7) a disciplina como o meio da realização da ação socioeducativa; 8) o trabalho desenvolvido numa prática multiprofissional, socializando informações e construindo saberes; 9) a organização para o funcionamento do atendimento socioeducativo; 10) a diversidade étnico-racial, de gênero e orientação sexual como norteadora de práticas pedagógicas; 11) a participação da família e da comunidade na experiência socioeducativa; 12) a exigência de uma educação continuada (SINASE, 2006, p. 47-49).

O SINASE propõe diretrizes para uma política de implementação das medidas socioeducativas prevista no ECA. Estabelece um conjunto de regras e critérios de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo que devem ser seguidos durante o processo de apuração de ato infracional cometido por adolescentes até a execução de medida socioeducativa (SINASE, 2006).

Direcionando a prática pedagógica do atendimento socioeducativo em todas as suas medidas e em nível federal, estadual e municipal, o Sistema preconiza, como primordial, o desenvolvimento do adolescente como resultado de toda a ação socioeducativa. Neste sentido, a ferramenta adotada para facilitar um processo de aprendizagem, responsabilidade, elaboração do projeto de vida e acompanhamento a esse processo socioeducativo é o Plano Individual de Atendimento – PIA. O

SINASE orienta que o PIA seja construído através de um conjunto de intervenções técnicas de diferentes áreas, conjuntamente com o adolescente e sua família. Essas intervenções almejam garantir um atendimento integral ao adolescente na situação peculiar de cumprimento de medida socioeducativa e, por isso, prevê as intervenções no âmbito do jurídico, da saúde física e mental, psicológico, social e pedagógico, pactuando permanentemente com o adolescente as novas metas e avaliando o seu processo de crescimento pessoal e social (SINASE, 2006).

Nas unidades de execução da medida socioeducativa de internação, é previsto que o adolescente durante o cumprimento da medida passe por três fases, as quais a mudança de espaço físico é um aspecto considerado importante, na percepção do processo socioeducativo. São elas: *fase inicial de atendimento* e o momento do acolhimento, da integração inicial do adolescente junto ao grupo e no entendimento da medida, construção do PIA e estabelecimento de metas; *fase intermediária* momento onde é dialogado com o adolescente seus avanços e avaliada as metas do PIA; *fase conclusiva*: momento onde o adolescente demonstra clareza das metas conquistada e do seu processo socioeducativo (SINASE, 2006).

Desta forma, a aplicação das medidas socioeducativas, é um processo educativo que se propõe a oportunizar ao adolescente uma experiência que faça sentido, que reorganize a sua vida, possibilitando construir ou reconstruir um projeto de vida. Mesmo com característica de sanção, não pode ser visto e sentido, como um cumprimento de pena, punição, correção e ou ajustamento social.

As medidas socioeducativas dirigidas aos adolescentes em conflito com a lei a partir dos 12 anos de idade são advertência ou obrigação de reparar o dano – formas mais brandas; a Prestação de Serviço à Comunidade – PSC e a Liberdade Assistida – LA, acompanhadas pela rede de atendimento e as de restrição e privação de liberdade: semiliberdade e internação. São orientadas e reguladas pelos princípios educativos de garantia do sistema de direitos, e levam em consideração a capacidade que o adolescente tem em cumpri-la, a circunstância e a gravidade do ato infracional; não sendo admitido prestação de trabalho forçado; como também o tratamento individual e especializado quando o adolescente é portador de doença ou deficiência mental (BRASIL, 2012).

Objetivando o desenvolvimento do processo educativo e de ressocialização dos adolescentes propõe uma articulação intersetorial das políticas públicas, chamando – o de Sistema de Garantia de Direitos:

Quadro 7: Sistema de Garantia de Direitos:



Fonte: SINASE, 2006 p.23

O sistema de garantia de direitos, acima esquematizado, consiste na articulação dos processos individuais, familiares, sociais deste adolescente, conjuntamente com a busca da intersectorialidade das políticas e com a integralidade da atenção às condições de vida desta população.

Em nível do Estado do Rio Grande do Sul, o PEMSEIS formula um conjunto de princípios norteadores para o trabalho socioeducativo, entre eles: a percepção que a unidade é um “ambiente continente”¹⁶ e as relações institucionais precisam promover emancipação e ter papéis definidos de adultos que coordenam e dirigem a instituição e dos adolescentes, como centro das ações socioeducativas; as regras devem ser claras e construídas em coparticipação; o compromisso com a inclusão social, a transformação individual e coletiva dos sujeitos, sendo os funcionários corresponsáveis pelo planejamento, execução e avaliação das medidas; o atendimento aos adolescentes deve ocorrer pela prática de atividades terapêuticas e pedagógicas; a família é coparticipante destes atendimentos; parcerias com as redes para garantir a completude das ações socioeducativas; a formação permanente dos seus agentes; a articulação do programa pedagógico e terapêutico com o plano individual e, por fim, o princípio da avaliação sistemática e participativa envolvendo todos (PEMSEIS, 2002, p. 28-29).

¹⁶ É aquele que cobre as necessidades materiais básicas e de segurança como estratégias de atendimento.

O Programa¹⁷ estabeleceu quatro objetivos, quando da sua formulação que foram: a constituição dos princípios e diretrizes básicas para a execução das medidas socioeducativas; a qualificação o trabalho institucional e fim de melhor inserir socialmente os adolescentes; a unificação dos conceitos básicos para o trabalho institucional e por fim almejou desencadear um processo participativo com vista a desenvolver um atendimento unificado (PEMSEIS, 2002, p. 29).

6.5.2 As Medidas Socioeducativas de Semiliberdade e Internação

Mesmo as medidas socioeducativas sendo uma coerção com caráter punitivo, no conjunto das ações desenvolvidas deve prevalecer o sentido sociopedagógico e educativo, a fim de garantir a responsabilização e a ressocialização dos adolescentes, possibilitando o acesso e a garantias dos direitos deste sujeito em desenvolvimento. É importante que as ações contemplem a característica de incompletude da instituição, buscando apoio e interação com a comunidade e a família e com as articulações das políticas sociais para o atendimento dos adolescentes

As medidas que restringem ou privam o adolescente da sua liberdade são norteadas pelos princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à condição particular de pessoa em desenvolvimento, conforme art. 121 do ECA.

A brevidade, entendida como o menor tempo possível, ao qual deve observar o prazo de três anos e com avaliações semestrais, podendo definir a manutenção da medida socioeducativa aplicada, substituí-la ou extingui-la. O princípio da excepcionalidade consiste em havendo outras medidas socioeducativas que possam ser aplicadas, as de privação de liberdade serão aplicadas somente à atos infracionais graves, quando a liberdade do adolescente constitua forte ameaça, segundo art. 122, § 2º do ECA. E o respeito à condição de pessoa em desenvolvimento, segundo Saraiva (1999, p. 107) enquanto um “limite ontológico a ser considerado na decisão e implementação da medida”.

A medida socioeducativa de Semiliberdade, é definida pelo ECA no artigo 120:

¹⁷ O PEMSEIS, em vigência é o datado de 2002, atualmente está sendo revisado, mesmo estando disponível uma versão atualizada, essa não foi oficialmente aprovada. Disponível em: 25 maio 2010.

Art. 120. O regime de semiliberdade pode ser determinado desde o início, ou como forma de transição para o meio aberto, possibilitada a realização de atividades externas, independentemente de autorização judicial.

§ 1º É obrigatória a escolarização e a profissionalização, devendo, sempre que possível, ser utilizados os recursos existentes na comunidade.

§ 2º A medida não comporta prazo determinado, aplicando-se no que couber, as disposições relativas à internação (BRASIL, 1990, p. 32).

Conforme Liberati (2002) a medida de semiliberdade é determinada pela autoridade judiciária após a prática do ato infracional, mediante o processo legal ou quando o adolescente em medida de internação é beneficiado com uma mudança de medida, passando da internação para a medida de semiliberdade, chamada de progressão de medida.

Já a medida de internação tem como ponto de partida a privação de liberdade. O adolescente pode permanecer nela pelo prazo mínimo de seis meses ou pelo prazo máximo de três anos, conforme estabelecido pelo ECA. Sua aplicação é justificada, nos atos infracionais mais graves, conforme descrito no Art. 122 do ECA: quando aplicada grave ameaça e/ou violência contra a pessoa, por reincidência em atos infracionais graves ou pelo não cumprimento de medida aplicada anteriormente (BRASIL, 1990, p. 56).

A medida de internação é a mais severa das medidas socioeducativas, pois priva o adolescente da sua liberdade física de ir e vir. Segundo Liberati (2002, p. 99), “provoca nos adolescentes: insegurança, agressividade e frustração, e, além disso, afasta-se dos objetivos pedagógicos das outras medidas”. Na análise empreendida por Volpi e Saraiva, sobre o ECA:

O estatuto prevê e sanciona medidas socioeducativas e medidas de proteção eficazes, reconhecer a possibilidade da privação provisória de liberdade ao infrator, inclusive ao não sentenciado em caráter cautelar – em parâmetros semelhantes aos que o Código de Processo Penal destina aos imputáveis na prisão preventiva – e oferece uma gama larga de alternativas de responsabilização, cujo mais grave impõe o internamento sem atividades externas (BRASIL, 1998, p.16).

6.5.3 O Plano Individual de Atendimento – PIA

O Plano Individual de Atendimento – PIA, conforme disposto no art. 8º do SINASE prevê ações intersetoriais nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, trabalho e esporte, tornando-se um instrumento de acompanhamento ao processo socioeducativo registrando os compromissos pactuados entre o

adolescente e a sua família, as modificações feitas, as avaliações realizadas durante todo o tempo do cumprimento da medida socioeducativa.

O PIA é elaborado começa a ser construído desde o acolhimento do adolescente na unidade, buscando reunir dados pertinentes a vida do adolescentes a fim de desenvolver um plano de ação para o cumprimento da sua medida socioeducativa. A construção do chamado “diagnóstico polidimensional” é resultado das intervenções de várias áreas técnicas:

- a) *Jurídica*: situação processual e providências necessárias;
- b) *Saúde*: física e mental proposta;
- c) *Psicológica*: (afetivo-sexual) dificuldades, necessidades, potencialidades, avanços e retrocessos;
- d) *Social*: relações sociais, familiares e comunitárias, aspectos dificultadores e facilitadores da inclusão social; necessidades, avanços e retrocessos.
- e) *Pedagógica*: estabelecem-se metas relativas à: escolarização, profissionalização, cultura, lazer e esporte, oficinas e autocuidado. Enfoca os interesses, potencialidades, dificuldades, necessidades, avanços e retrocessos. Registra as alterações (avanços e retrocessos) que orientarão na pactuação de novas metas (SINASE, 2006, p. 52).

As diferentes dimensões de acompanhamento do adolescente é um modo de fortalecer e ampliar as ações socioeducativas que efetivam os direitos. As ações intersetoriais estabelecidas entre as diversas políticas e os diferentes campos de conhecimento e fazer profissional, devem promover a avaliação e monitoramento do processo do adolescente no cumprimento da medida e da sua ressocialização. Para isso, Oliveira (2009) interpõe que a prática esteja em diálogo permanente com a realidade social e busque a integração do adolescente como protagonista na conquista de direitos sociais.

O cumprimento dessas diretrizes representa um desafio para a prática dos profissionais, a partir das intervenções técnicas previstas e exigidas no cotidiano do trabalho com os adolescentes que cumprem medida socioeducativa. Oliveira (2009) contribui nesta discussão indicando dois princípios para a efetiva integração dos adolescentes, em especial na política de saúde, mas que podemos ampliar no sentido da intersetorialidade. O primeiro princípio corresponde a uma postura de interlocutor, com suas habilidades, conhecimentos e aporte instrumental, colocados a serviço dos adolescentes e o segundo na construção de estratégias que envolvam e coloquem em movimento as ações pretendidas.

No PEMSEIS/RS (2002), o PIA é considerado o eixo central do trabalho sociopedagógico proposto pela FASE RS. É por meio dele que se pretende desenvolver, junto com o adolescente, o processo terapêutico e pedagógico da

medida socioeducativa. Ele define como prazo para o atendimento em vista da construção do PIA, no máximo, 72 horas, durante as quais os adolescentes ficam na sua unidade, para somente depois serem encaminhados à escola e às demais atividades.

O Plano Individual de Atendimento – PIA, deve contemplar os seguintes aspectos: a educação formal; a profissionalização, a cultura, o lazer e a espiritualidade; a saúde, as relações familiares, afetivas e sociais; as relações comunitárias e institucionais e os aspectos jurídicos. Objetiva, assim, ser um mecanismo que oportunize uma intervenção dinâmica onde a avaliação periódica e as metas traçadas sejam trabalhadas e modificadas a fim de os adolescentes cumprirem os objetivos propostos na socioeducação (SINASE, 2006; PEMSEIS, 2002).

É de responsabilidade das unidades que os adolescentes possam acessar as condições para que suas metas traçadas sejam alcançadas. É obrigação dos adolescentes participar de todo o programa pedagógico terapêutico proposto. Salienta-se a importância da família no processo socioeducativo, para restabelecer ou fortalecer os vínculos do convívio familiar e comunitário. Por isso, a importância das ações conjuntas e intersetoriais com as políticas e os recursos da comunidade.

A importância do PIA se traduz em duas grandes linhas: uma, é o acompanhamento pedagógico e terapêutico do processo socioeducativo como proposto; a outra, como subsídio à elaboração do relatório avaliativo do adolescente. O relatório avaliativo é peça central para a decisão do Juizado quanto à extinção ou continuidade da medida socioeducativa aplicada ao adolescente. A equipe técnica que redige esse documento, inclusive, indica a extinção ou continuidade da medida socioeducativa, conforme as avaliações interdisciplinares realizadas durante o tempo de execução do PIA.

Conforme prevê o Programa, o PIA faz parte do projeto de vida do adolescente. Neste sentido, é indicado que contenha ações de continuidade após desligamento do adolescente da unidade, quer seja por extinção da medida socioeducativa ou por progressão ou regressão de medida. Ele é registrado em instrumento próprio e arquivado no Prontuário do adolescente e deve acompanhar os registros dos acompanhamentos interdisciplinares e as mudanças realizadas no PIA.

6.6 A ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS DE SEMILIBERDADE E INTERNAÇÃO

Em relação atenção integral à saúde do adolescente em situação de cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE orienta à efetiva prioridade absoluta da criança e do adolescente, prevendo no art. 60º, inciso I, os seguintes parâmetros:

- I - previsão, nos planos de atendimento socioeducativo, em todas as esferas, da implantação de ações de promoção da saúde, com o objetivo de integrar as ações socioeducativas, estimulando a autonomia, a melhoria das relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias;
- II - inclusão de ações e serviços para a promoção, proteção, prevenção de agravos e doenças e recuperação da saúde;
- III - cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, e atenção aos adolescentes com deficiências;
- IV - disponibilização de ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
- V - garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrareferência, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- VI - capacitação das equipes de saúde e dos profissionais das entidades de atendimento, bem como daqueles que atuam nas unidades de saúde de referência voltadas às especificidades de saúde dessa população e de suas famílias;
- VII - inclusão, nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS, bem como no Sistema de Informações sobre Atendimento Socioeducativo, de dados e indicadores de saúde da população de adolescentes em atendimento socioeducativo; e
- VIII - estruturação das unidades de internação conforme as normas de referência do SUS e do Sinase, visando ao atendimento das necessidades de Atenção Básica (SINASE, 2012, p. 22).

No âmbito do atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, o RS tem um Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de Internação e Internação Provisória do RS, é alicerçado na Portaria interministerial 1.426/GM de 2004 e na Portaria n. 340/SAS/MS, ambas aprovando, conforme suas competências, as diretrizes e as normas para a implantação e a implementação da atenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de privação de liberdade. Portanto, esses documentos estabelecem a forma como o atendimento à atenção integral da saúde dos adolescentes deve ser implementado e efetivamente garantido. O Plano, por sua vez, estabelece as linhas gerais da atenção à saúde do

adolescente e elenca o conjunto de ações de saúde que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde, na FASE RS:

Elaborar PIA - Plano Individual de Atendimento quando do ingresso do adolescente nos Centros de Atendimento;
 Participar na elaboração do Estudo de Casos, em continuidade do Plano Individual em conjunto com a equipe técnica da Unidade;
 Consultas/atendimentos de enfermagem, clínica geral, psicologia e assistência social com a finalidade de diagnosticar adolescentes vulneráveis física, mental e social, bem como a elaboração do PIA;
 Imunizações, conforme calendário vigente;
 Acompanhamento do crescimento pondero-estatural, com controle antropométrico;
 Atendimento Nutricional individual, quando solicitado pelo Ambulatório de Saúde,
 Grupo Operativo, por nutricionistas, sobre alimentação saudável e crescimento;
 Distribuição de preservativos para os adolescentes em internação com possibilidade de atividade externa;
 Encaminhamento para consultas especialidades, conforme fluxo estabelecido com Secretaria Municipal de Saúde;
 Encaminhamento para tratamento em local especializado os casos de: gravidez de alto risco, DST/AIDS, hepatites, tuberculose, hanseníase e doenças crônicas;
 Diagnostica e trata doenças bucais;
 Encaminha para realização de próteses dentárias;
 Atende a especialidade de psiquiatria;
 Encaminha para tratamento os agravos psicossociais para CAPS, Ambulatórios ou Unidades Básicas;
 Trata síndrome de abstinência;
 Encaminha para internação hospitalar, casos clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos, quando necessário;
 Encaminha para Fazenda/Comunidade Terapêutica, via Secretaria Municipal de Saúde ou financiada pela Fundação;
 Realiza testagem anti-hiv;
 Administra medicação específica para DST/AIDS, quando prescrita;
 Manejo e monitoramento de adolescentes com agitação psicomotora;
 Atendimento à familiares objetivando orientar e esclarecer sobre saúde do adolescente interno;
 Higiene e conforto de adolescentes que se encontram em sala de observação;
 Confecção do Cartão SUS,
 Visita domiciliar quando indicado;
 Encaminhamentos legais (DML) em caso de lesões físicas por auto e heteroagressão;
 Consultoria neurológica, em Porto Alegre (FASE, 2005, p. 35).

Neste grande elenco de ações, percebe-se um percurso de ações articuladas em saúde, objetivando a prevenção e a recuperação da saúde destes adolescentes, no diálogo das diferentes áreas da saúde e na busca da integralidade da atenção. O Plano nomeia, ainda, algumas ações básicas a determinados profissionais, como: as equipes de enfermagem como importantes articuladoras da supervisão do PIA junto aos demais profissionais e a assessoria à Direção sobre temáticas de saúde pertinentes aos adolescentes e à própria unidade; indica a avaliação do adolescente

como ações iniciais dos médicos, dentistas e psiquiatras e o início da construção do PIA; estabelece aos psiquiatras o acompanhamento mensal dos adolescentes em tratamento com psicotrópicos (SES/DAS, 2005).

Todos os dados referentes aos atendimentos feitos com o adolescente, durante o cumprimento da medida socioeducativa, devem ser registrados nos prontuários padronizados¹⁸, que se subdividem na área do social e da saúde. Esses documentos são personalizados e contém um conjunto de dados específicos a cada área de atendimentos: PIA da enfermagem, clínico, psiquiátrico, odontológico, psicológico e o do serviço social; a prescrição e evolução do atendimento; folhas de exames (SES/DAS, 2005).

O Plano ainda traz, em anexo a esses prontuários padronizados, um conjunto de orientações quanto ao preenchimento e importância dos dados ali elencados, servindo como um guia para que o PIA de cada área agregue aspectos específicos que colaboraram com o estudo de caso dos adolescentes. Também prevê que nas unidades de internação haja os seguintes profissionais: médicos (clínico geral, neurologista, ginecologista), enfermeiro e dentista. Dada a entrada no sistema, o adolescente é avaliado pelo médico clínico e pelo psiquiatra, ao quais no PIA correspondente estabelecem um diagnóstico referente à saúde deste. Devido à incompletude institucional, caso necessite de tratamento diferenciado, os adolescentes são encaminhados para especialista na comunidade (SES/DAS, 2005).

6.6.1 Questões transversais para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente

A revisão bibliográfica realizada tornou mais evidente uma temática que está na pauta contemporânea: a discussão a cerca da medicalização da sociedade, da psiquiatrização e/ou patologização da adolescência. São questões pertinentes ao “modo de andar na vida” (MEHRY, 1997) e a exigência de uma adaptação muitas vezes imposta a um determinado grupo de pessoas ou categoria social, como: a infância e a adolescência. Contrariando a tese clássica de Canguilhem (2006), segundo a qual é o indivíduo é quem define a sua norma, se está saudável ou doente, hoje estamos orientados e por vezes direcionados a um conjunto de critérios

¹⁸ Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/445/?Saúde_da_Criança_e_doAdolescente>. Acesso em: 18 jul. 2013.

que vão se apresentando como transtornos, novas doenças, compulsões, sofrimentos e cada vez mais nos colocando na dualidade do “ser normal ou ser patológico”.

Vários estudos problematizam essas questões, em destaque colocamos a produção atual da Maria Cristina Gonçalves Vicentin (2011, VICENTIN; ROSA, 2010, VICENTIN; GRAMKOW; MATSUMOTO, 2011) e de Sandra Caponi, 2011 entre outros (SCISLESKI et al., 2008; WHITAKER et al., 2008; SCHIMITT, et al., 2006; RAUTER; PEIXOTO, 2009; PINHO et al., 2006; ANDRADE, et al., 2011).

No Estado vários fatos corroboram com a necessidade de aprofundar essas questões, como os dados apontados pelo Conselho Federal da OAB e o Conselho Federal de Psicologia, em 2006, “80% dos adolescentes internos na unidade de Porto Alegre¹⁹ – RS estava sendo medicado com antipsicóticos”. Conforme informado pela Assessoria de Saúde da FASE, em 2007, “82,8% dos adolescentes do Centro de Internação Provisória Carlos Santos fazia uso de medicação psicotrópica, destes 95% devido a transtornos mentais de conduta, adaptação e ajustamento, os outros 5% estavam ligados a retardo mental, epilepsia e dificuldade de sono” (BRASIL, 2010, p.166).

Em abril de 2012 ocorreu o Seminário sobre Saúde Mental a Atendimento Especializado: Desafios à política socioeducativa no RS, em Porto Alegre, onde se colocou em pauta o atendimento e a necessário enfrentamento à decisão judicial da Ação Civil Pública do MPRS, que condena a FASE e o Estado a implantar um programa de atendimento especializado no interno da instituição (FOSCARINI, ROSA, 2012).

Essa Ação Civil Pública viola os direitos humanos dos adolescentes da atenção integral à saúde, das conquistas da reforma psiquiátrica, das políticas públicas de saúde e normativas e dos tratados internacionais. Nos alerta, ainda, para a prática da judicialização da saúde, através dos encaminhamentos por via judicial de adolescentes em conflito com a lei para internações psiquiátricas que reproduz “meios para controlar a marginalidade, sob o título de proteger a ordem social” (SCIEKESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008, p. 348).

¹⁹ As unidades da FASE em Porto Alegre são: Centro de Internação Provisória Carlos Santos (CIP-Carlos Santos), Centro de Atendimento Socioeducativo Padre Cacique (CASE- Padre Cacique), CSE, Centro de Atendimento Socioeducativo de Porto Alegre I (CASE- POA I), Centro de Atendimento Socioeducativo de Porto Alegre II (CASE- POA II) e Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino (CASEF).

Como já demonstra a experiência desenvolvida em São Paulo, a Unidade Experimental de Saúde, destinada a abrigar os adolescentes e jovens que já cumpriram a medida socioeducativa, mas “são mantidos em isolamento, encarcerados, sob argumentos que não encontram guarida nos parâmetros do um Estado Democrático de Direito” (FOSCARINI; ROSA, 2012, p. 12).

O uso de medicamentos, quando necessário, é importante na intervenção de determinadas situações psicológicas e/ou psiquiátricas, diagnosticadas e acompanhadas por profissionais. O que esses dados demonstram e causam preocupação é a frequência do uso de medicamentos em adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa e seu uso justificado por transtornos mentais de conduta, adaptação e ajustamento, o que aponta para as discussões que vêm sendo feitas no âmbito do controle social da adolescência e juventude. Segundo Luz (2007, p. 149), “o jovem que não se enquadra nas regras é por elas enquadrado. E são violentas as normas e instituições destinadas ao controle do desvio”.

Nessa perspectiva, o mundo adulto quer adaptá-los à escola, à família, ao convívio social, se respondem mal, são agressivos ou hiperativos, ou têm o risco de tornarem-se delinquentes, ou pessoas inseguras. Problematizando essas questões Arantes (2007), no prefácio do livro *Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?* questiona: “se somos sujeitos de direitos, como a saúde está sendo exercida como imposição de tratamento?”. Cabe perguntarmos quais os riscos que podem e devem ser socialmente evitados e a explosão de novos riscos que patologizam situações que fazem parte da condição humana (SOARES; CAPONI, 2011). “A transformação do sofrimento em patologia, ou situação de risco em uma doença futura, com sua consequente medicalização, são marcantes na demanda atual de bem-estar e intolerância ao sofrimento alheio” (SOARES; CAPONI, 2011, p. 440).

Toda a reflexão acerca de quem são esses sujeitos de direitos, a violência da qual são vítimas e vitimizam, a atenção à saúde como um direito e cidadania, a medicalização dos modos de vida, são aspectos importantes para pensarmos a promoção, a prevenção e a assistência à saúde do adolescente num contexto de institucionalização, no cumprimento da medida socioeducativa de privação e restrição de liberdade.

O desafio posto exige ações integrais, a intersetorialidade das políticas públicas, a articulação em redes, tanto de saúde, como educacionais, jurídicas e socioassistenciais, bem como maior conhecimento sobre essa realidade, objetivo

deste projeto, que pretende contribuir nas discussões e na construção de estratégias que ampliem a conquista de direitos e atenção integral à saúde do adolescente.

7 METODOLOGIA

7.1 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS

A proposta da pesquisa insere-se nos estudos de abordagem qualitativa, à medida que busca compreender os significados singularizados pelos sujeitos e instituições, nas suas relações, práticas e entendimentos sobre o objeto de estudo. A abordagem qualitativa subsidiará a análise dos impactos do cumprimento das medidas de restrição e privação de liberdade na saúde dos adolescentes da cidade de São Leopoldo e o atendimento prestado a essas demandas, por meio dos fluxos socioassistenciais instituídos, possibilitando o desvelamento e a compreensão destes elementos de forma crítica e propositiva.

Nessa direção, e a partir dos fundamentos da abordagem qualitativa, elegemos como delineamento metodológico da pesquisa o estudo de caso, no modelo formulado por Yin. Um estudo de caso é definido como uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real” (YIN, 2001, p. 32). O método do estudo de caso é próprio para estudar as condições contextuais, sendo essas pertinentes ao fenômeno de estudo, quando temos a intencionalidade de ampliar e aprofundar a compreensão e o entendimento do fenômeno (YIN, 2001).

Segundo o autor, no estudo de caso seleciona-se uma situação técnica singular, com inúmeras variáveis de interesse, tendo por base várias fontes de evidência e se beneficiando de proposições teóricas que conduzirão tanto à coleta como à análise dos dados. Eles se caracterizam por serem descrições complexas e holísticas da uma realidade, ampliando a compreensão do fenômeno e respondendo às indagações do problema de pesquisa do tipo “como e por que”, possibilitando a análise da evolução do fenômeno ao longo do tempo.

O método de estudo de caso envolve três fases: a) escolha do referencial teórico, seleção dos casos e desenvolvimento de protocolos para a coleta dos dados; b) a coleta e análise de dados, resultando num relatório do caso; c) a análise destes dados em diálogo com a teoria selecionada, para o aprofundamento e a

interpretação dos resultados (YIN, 2001). O quadro abaixo sistematiza os procedimentos e considerações de cada fase do método de estudo de caso:

Quadro 8: Método de Estudo de Caso conforme Yin, 2001

Fases do Método	Procedimentos	Considerações
Primeira Fase	<ul style="list-style-type: none"> *Desenvolvimento de protocolos; *Documentos formais com os procedimentos; *Instrumentos e regras gerais adotadas no estudo; *Visão geral do projeto; *Plano de análise dos dados coletados; 	<ul style="list-style-type: none"> *Interação contínua entre questões teóricas e práticas; *Habilidade de fazer novas perguntas; estar atento as respostas e ao seu contexto ‘o ato de ouvir envolve observar o entorno, a linguagem’; *Habilidade em interpretar as informações coletadas e a necessidade de ampliar essas; *As questões da pesquisa devem ser substantivas e refletir a investigação real.
Segunda Fase	<ul style="list-style-type: none"> * Coleta e análise dos dados; *Utilização de várias fontes de evidências: <ul style="list-style-type: none"> a) documentação; b) registros em arquivos; c) entrevistas; d) observações diretas; e) observação participante; f) artefatos físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> *Importante a utilização de várias fontes de evidência que convergem; * Criação de um banco de dados *Triangulação dos dados, do método e mesmo das teorias que possam corroborar com a explicação dos dados; *encadeamento de evidências entre as questões feitas, os dados coletados e as conclusões;
Terceira Fase	<ul style="list-style-type: none"> *Categorização e Classificação dos dados; *Estratégia Analítica Geral: prioridades do que deve ser analisado e por que; * Técnicas analíticas: adequação ao padrão, construção da explanação, análise de séries temporais e modelos lógicos de programa; 	<ul style="list-style-type: none"> *Proposições teóricas: questões de pesquisa e revisão da literatura; * Abordagem descritiva do caso; *Análise de Alta Qualidade: evidências relevantes, principais interpretações concorrentes; aspectos mais significativos do caso, conhecimento prévio de especialista.

Fonte: organizado pela autora, 2012, conforme YIN, 2006, p.19-37.

Em síntese, o Estudo de Caso constrói-se a partir de evidências coletadas, em locais específicos, com base teórica prévia e seguindo um rigor metodológico, que exige triangulação de dados, técnicas e teorias que contribuem para o adensamento do estudo.

7.2 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa será realizada no município de São Leopoldo, tendo como lócus privilegiado de análise o Centro de Atendimento Socioeducativo em Semiliberdade –

CASEMI, unidade de atendimento conveniada entre Círculo Operário Leopoldense – COL e Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul – FASE/RS.

O CASEMI é responsável pelo Programa de atendimento do adolescente em cumprimento de Medidas Socioeducativas em Semiliberdade, do sexo masculino, pertencentes a Regional de Novo Hamburgo/RS, que compreende 34 municípios. A instituição tem por objetivo garantir o cumprimento da Medida Socioeducativa de Semiliberdade, de acordo com as diretrizes do ECA, do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e do Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade – PEMSEIS, contribuindo na autonomia dos adolescentes, valorizando a diversidade, o convívio familiar e comunitário, através da articulação com as redes para o fortalecimento das Políticas Públicas.

A escolha deste campo teve como critério a facilidade de acesso institucional e às fontes de pesquisa. Por meio do CASEMI será possível ter contato com a documentação (processos e prontuários), com os adolescentes cumprindo medida socioeducativa de restrição de liberdade e com adolescentes egressos do sistema de internação, provenientes do Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/NH.

7.3 ESTRATÉGIAS DE NEGOCIAÇÃO E ENTRADA EM CAMPO

Como a proposta de pesquisa originou-se de uma demanda da rede socioassistencial do município, as tratativas de sua elaboração foram definidas nesse coletivo, representado pelo Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente – COMDEDICA.

A proposição do projeto contou com o acompanhamento da comissão formada pelo CASEMI, Centro de Referência Especializada da Assistência Social – CREAS, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Secretaria Municipal de Educação – SMED e pela Secretaria de Educação. Após sua conclusão o projeto foi aprovado pelos conselheiros do COMDEDICA, em plenária, registrada em Ata 355/2012.

A realização dessa pesquisa também está articulada à Prefeitura Municipal de São Leopoldo, através da Diretoria Municipal de Juventude, que em parceria com o

Observatório Juvenil do Vale²⁰, que está desenvolvendo a pesquisa intitulada: Os Caminhos da Coordenadoria Municipal de Juventude de São Leopoldo, tendo por objetivo realizar uma avaliação institucional dos projetos realizados para os adolescentes e jovens do município.

7.4 COLETA DE DADOS

O delineamento desta fase implica a tomada de decisão sobre abrangência populacional e territorial do estudo, bem como de suas fontes, instrumentos, metodologia de análise e o tratamento ético dos dados produzidos. Na pesquisa qualitativa esse processo pode sofrer alterações, uma vez que a realidade e o contexto de estudo podem demandar outras abordagens e/ou dimensões à análise.

7.4.1 Sujeitos de pesquisa

Para a definição dos sujeitos participantes, consideraram-se as características da pesquisa qualitativa, que de acordo com Minayo (2001, p. 43):

[...] não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado? A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado, em suas múltiplas dimensões.

A pesquisa abrangerá os adolescentes que estão cumprindo medidas socioeducativas no CASEMI, no período de execução da pesquisa. O número de adolescentes informantes será no mínimo de seis, podendo aumentar de acordo com a necessidade por uma maior heterogeneidade dos casos e das situações por eles ilustradas.

Os critérios de inclusão dos adolescentes participantes da amostra serão:

- a) adolescentes que esteja em progressão de medida;
- b) adolescentes no início de cumprimento da medida;
- c) adolescentes que esteja encerrando o cumprimento da medida.

²⁰ O Observatório Juvenil do Vale (OJV) constitui-se em um espaço do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS) da Unisinos para a promoção e o aprofundamento da temática da Juventude na pesquisa acadêmica. É resultado do convênio assinado, em 1998, entre a Unisinos e o Instituto Pastoral de Juventude de Porto Alegre (IPJ). O acordo originou o Curso de Especialização em Juventude Contemporânea, que, depois de três edições ocorridas na UNISINOS, hoje está em funcionamento em Goiânia. O Observatório atua em três eixos: Pesquisa, Formação e Articulação.

Também serão incluídos na pesquisa, de forma complementar, os participantes que compõem a rede regional de medidas socioeducativas, sendo eles profissionais de várias áreas como: pedagogos, assistentes sociais, enfermeiras, psicologias entre outras.

7.4.2 Procedimentos de Pesquisa

A coleta de dados será realizada por meio de três tipos de procedimentos: pesquisa documental, entrevista focal com os adolescentes e observação participante. A aplicação dos instrumentos seguirá a metodologia de estudo de caso adotada na pesquisa e serão realizadas de modo concomitante.

O uso de várias fontes de evidências, a triangulação de dados, possibilita o “desenvolvimento de linhas convergentes de investigação” o que resulta num “estilo mais corroborativo de pesquisa” (YIN, 2001, p. 121).

7.4.2.1 Pesquisa Documental

A pesquisa documental no estudo de caso colabora e valoriza as evidências que são provenientes de outras fontes, fornecendo detalhes e informações pertinentes permitindo ao pesquisador fazer inferências e aprofundar-se sobre a temática em estudo (YIN, 2001).

A pesquisa documental será realizada nos prontuários dos adolescentes atendidos na unidade CASEMI, no período entre 2010 e 2012. Nos prontuários estão contidas as principais peças do processo judicial: o Boletim de Ocorrência Policial, a representação do Ministério Público ao Juizado da Infância e Juventude, a audiência com o adolescente e seu responsável, a manifestação da defensoria pública, os antecedentes processuais do adolescente, a sentença judicial, o termo de deliberação judicial para a inserção da medida, contendo o prazo de cumprimento da mesma e o encaminhamento judicial à Instituição executora.

Além disso, o prontuário contém o Plano de Individual de Atendimento – PIA, que é constituído do atendimento dos profissionais da psicologia, educação, serviço social, enfermagem, odontologia, psiquiatria, resultando no Plano de Ação do PIA. Ele é reavaliado periodicamente, para auxiliar no desenvolvimento social e pessoal do adolescente (SES/DAS, 2005, p. 25).

Nesse universo de informações serão selecionados os dados relativos ao perfil sociodemográfico, familiar, educacional, itinerários percorridos na rede socioassistencial e de saúde, enfatizando os procedimentos e prescrições relativas à atenção à saúde do adolescente. Os dados serão categorizados e analisados de acordo com os protocolos de pesquisa, objetivando a produção de novas formas de compreensão do fenômeno, conforme o protocolo para a coleta dos dados (cf. APÊNDICE D).

Segundo May (2004), os documentos estão situados num tempo, num contexto e, portanto não se explicam por si mesmos, precisam ser situados em uma estrutura teórica para sua compreensão e entendimento.

7.4.2.2 Entrevista focal

No estudo de caso a entrevista é uma fonte de informação muito importante, sendo os entrevistados informantes-chave fundamentais para a busca de evidências que colaboram para o desenvolvimento do estudo. A modalidade de entrevista a ser utilizada é denominada, segundo Yin (2001), de *entrevista focal*, tem um caráter de conversa informal, mas segue um conjunto de questões pertinentes ao estudo, previstas com antecedência. As questões estarão ancoradas no problema de pesquisa e na amplitude da temática (cf. APÊNDICE E).

Elas serão realizadas com os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no CASEMI, onde, através da narrativa das suas histórias e itinerários percorridos, queremos perceber e dar visibilidade aos impactos que o cumprimento das medidas de restrição e privação de liberdade produz em sua saúde e no modo como conduzem a sua vida.

As entrevistas serão gravadas e transcritas, conforme as diretrizes éticas expostas no item 7.5 do projeto.

7.4.2.3 Observação participante

Na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudos se estabelece definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto aos resultados do trabalho e à sua aplicação. Ou seja, a relação neste caso, entre conhecimento e interesse deve ser compreendida como critério de realidade e busca de objetividade (MINAYO, 2007, p. 13-14).

Segundo Yin (2001), a técnica da observação participante oportuniza ao pesquisador olhar a realidade em estudo do ponto de vista de quem está dentro do processo, o que se revela de valor inestimável quando o fenômeno é complexo e há um conjunto de atores implicados nesta realidade. Cabe salientar que, como pesquisadora, a relação estabelecida com a Rede das Medidas Socioeducativas é relativamente recente, decorrente da proposição desta pesquisa. No entanto, no espaço das instituições que trabalham com o público adolescente e jovem na cidade de São Leopoldo, nossa participação nestes espaços se constitui como uma atuação militante e profissional na área das políticas públicas para a juventude.

Portanto, a técnica nos ajudará na coleta de dados junto às reuniões mensais da Rede Regional de Medidas Socioeducativas. Este espaço é uma importante fonte de evidências para a pesquisa, pois nele se encontram técnicos e profissionais de diferentes espaços da rede socioassistencial e das unidades da FASE. Será utilizada a abordagem de observação livre, por meio de registro em diário de campo (cf. APÊNDICE F).

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa estará atenta a três cuidados éticos: o consentimento informado, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisadores e participantes (SPINK; MENEGON, 2004).

Os aspectos éticos são baseados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que estabelece os parâmetros éticos para a realização de pesquisas com seres humanos. No cumprimento aos princípios bioéticos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, a resolução interpõe o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos que farão parte da pesquisa; a ponderação entre risco e benefícios, comprometendo-se a o máximo de benefício e o mínimo de riscos e danos, evitando todos os danos previsíveis e a relevância social da pesquisa com proveitos para os sujeitos da pesquisa, permeados pelo sentido sócio-humanitário.

Os sujeitos pesquisados terão todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa, seus objetivos, procedimentos e benefícios esperados com a pesquisa, quanto da divulgação dos dados. Será assegurada a autonomia quanto à participação ou não da pesquisa, bem como a liberdade em desistir a qualquer

momento, não acarretando nenhum tipo de prejuízo.

Para tal fim, todos os sujeitos de pesquisa receberão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, a fim de informá-los da natureza da pesquisa, sendo necessário o informante compreender e concordar em participar de maneira livre e espontânea, sem nenhuma forma de coerção, respeitando o princípio básico do consentimento informado. Trata-se da transparência quanto aos procedimentos e quanto aos direitos e deveres de todos os envolvidos no processo de pesquisa (SPINK, 2004).

Por serem utilizados três procedimentos diferentes – pesquisa documental, a entrevista com os adolescentes e a observação participante, o que implica em públicos diversificados –, todos receberão os Termos de Consentimento específicos, bem como o Termo de Cessão de Informação, que será assinado pela Instituição onde será realizada a pesquisa documental.

No caso da entrevista realizada com adolescentes, menores de 18 anos, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), será necessária a assinatura do Termo de Consentimento pelos pais ou responsáveis (cf. APÊNDICE E). Entretanto, alguns autores argumentam que adolescentes em determinadas situações de pesquisa são maduros e capazes de, por si só, responder questões de maneira anônima e confidencial sobre dimensões da sua saúde (STRASBURGER, V.C, 1998). Considerando essa perspectiva, aos adolescentes também será entregue um Termo de Consentimento, para que eles exerçam o direito a autonomia de decisão sobre a participação na pesquisa (cf. APÊNDICE G).

Também será solicitada a assinatura dos participantes da Rede de Medidas Socioeducativas (cf. APÊNDICE H).

Os aceites dos informantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa – CEP serão obtidos em duas vias. Uma permanecerá com o pesquisador e outra será entregue para o participante da pesquisa. No documento, constará o telefone de contato do pesquisador e todas as informações sobre a pesquisa, de forma clara e de fácil compreensão.

Quanto aos conteúdos/informações, serão utilizados para a produção científica e o material será guardado pela pesquisadora, durante cinco anos sendo queimado após esse período. Os resultados da pesquisa serão de domínio público.

O projeto foi submetido à avaliação da comissão de projetos do COMDEDICA, conjuntamente para a Rede de Atendimento Socioassistencial do Município de São Leopoldo, e aprovado por unanimidade pelos conselheiros, registrada em Ata 355/2012.

O projeto de pesquisa será encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNISINOS, em São Leopoldo, RS. Ressalta-se que os procedimentos de coleta de dados serão iniciados após aprovação.

7.6 ANÁLISE DE DADOS

Para Yin (2001, p. 133) os procedimentos de “análise dos dados consistem em examinar, categorizar, classificar, recombinar as evidências” ressaltando a necessidade de se ter uma estratégia analítica geral com o intuito de tratar as evidências de modo justo e profundo, resultando em conclusões pertinentes aos objetivos da pesquisa.

A estratégia analítica geral mais emblemática ao estudo proposto é nomeada por Yin (2001) como “proposições teóricas”, o que consiste em refletir as questões norteadoras, as revisões da literatura que foram empreendidas e incluir as novas interpretações que podem surgir, conseguindo responder as questões como e por quê que originaram a pesquisa. Para corroborar com essa estratégia proposta pelo autor, elaboramos um quadro referencial de análise contendo os objetivos, os métodos, os procedimentos e os resultados, da pesquisa.

Quadro 9: Quadro Referencial de Análise

Método	Objetivos	Procedimentos	Resultados Esperados
Construção da Explanação	Analisar os dados através da construção de uma explicação do caso	*criar uma explicação teórica inicial; * confrontar com a revisão da literatura; *aprimorar a explicação considerando outras explicações plausíveis e concorrentes;	*Examinar as evidências do estudo; *Analisar posicionamentos teóricos revisados; *Examinar as evidências em diversas perspectivas, de modo interativo;
Unidades Incorporadas (unidade menor que o caso)	Analisar aspectos pertinentes desta unidade para ao Estudo de Caso proposto;	*Levantar as unidades e seus aspectos pertinentes para o Estudo de caso; *Realizar a análise destas unidades; *Confrontar com a	*Realizar um levantamento exaustivo de todas as evidências relevantes; * Contribuir para a análise do Estudo de Caso;

		revisão da literatura;	
Observações Repetidas	Perceber os aspectos mais significativos do Estudo de Caso.	*Ver quais as observações que os dados coletados revelam como principais; *Pontuar as observações que são concorrentes ou alternativas; *sistematizar os aspectos mais significativos para o Estudo de caso;	*Sistematizar os aspectos significativos que se repetem; *Confrontar com a literatura existente;

Fonte: organizado pela autora, 2012. Conforme YIN, 2006, p.131-157.

Esse conjunto de fases permite a explicitação de todas as evidências relevantes, buscando interpretá-las e confrontá-las com as interpretações concorrentes, a fim de criticamente entender melhor o fenômeno. E no aporte da revisão da literatura, buscar confrontar as evidências com os estudos que estão sendo realizados e publicados sobre o fenômeno para dar o devido adensamento teórico às questões do estudo.

7.7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	Atividades 2012	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1	Definição do Tema												
2	Revisão Bibliográfica												
3	Elaboração do Projeto												
4	Apresentação do pré-projeto												
5	Envio Comitê de Ética em Pesquisa												
6	Qualificação do Projeto												
7	Reestruturação cf. parecer da banca												
8	Coleta de Dados: Pesquisa documental												
9	Coleta de Dados: Entrevistas com adolescentes												
10	Coleta de Dados: Participação das reuniões da Rede												
11	Participação COMDEDICA												
	Atividades 2013	01	02	03	04	05	06	07					
12	Coleta de Dados: Participação das reuniões da Rede												
13	Participação COMDEDICA												
14	Revisão Bibliográfica												

15	Transcrição e pré-análise dos dados												
16	Análise e interpretação dos Dados												
17	Elaboração parcial da dissertação												
18	Elaboração final da dissertação												
19	Defesa da Dissertação												

7.8 ORÇAMENTO

Orçamento das atividades que serão desenvolvidas para a realização da presente pesquisa.

Itens de Custeio	Quantidade	Unitário	Totais
Deslocamento para Coleta de Dados: Pesquisa documental	10 visitas	R\$ 10,00 x 10	R\$ 100,00
Deslocamento – reunião do COMDEDICA	14 reuniões	R\$ 10,00 x 14	R\$140,00
Deslocamento – reuniões da Rede de atendimento	7 reuniões	R\$ 10,00x7	R\$70,00
Aparelho Gravador	1 unidade	R\$320,00	R\$ 320,00
Folhas A4	2 pacotes	R\$ 14,90	R\$ 29,80
Lápis preto	3 unidades	R\$ 0,70	R\$ 2,10
Canetas coloridas	6 unidades	R\$ 1,80	R\$ 10,80
Tonner para impressão	1 unidades	R\$ 80,00	R\$ 80,00
Plásticas de papel com elásticos	5 unidades	R\$ 2,10	R\$ 10,50
Total			R\$ 763,20

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H. BRANCO, P. P. M. *Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2005.
- ABRAMO, H. FREITAS, M.V.; SPOSITO, M.P. (ORGS.). *Juventude em debate*. São Paulo: Cortez, 2000.
- ABRAMO, H. W. *Cenas juvenis: punks e darks no espetáculo urbano*. São Paulo: Escrita, 1994.
- ADORNO.S. A experiência precoce da punição. In: MARTIN, J.S. (Org). *O Massacre dos Inocentes: A criança sem infância no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- ALVAREZ, M. C. *Violência institucional contra crianças e adolescentes no Brasil: breve percurso histórico*. In: Marcia Faria Westphal Cynthia Rachid Bydlowski. *Violência e Juventude*, Editoras São Paulo: HUCITEC, 2010 p. 266-280.
- AMARANTE, P. RIBEIRO, N.D. COSNTANTINO,P. Pessoas institucionalizadas e violência. In: NJAINE, K. ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P (Orgs.). *Impactos da Violência na Saúde*. 2º Edição Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz 2009.p.215-238.
- ANDRADE, R.C. ET.AL.Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2179-2188, 2011.
- ARANTES, E.M.M. *Prefácio*. In: comissão Regional de Direitos do CRP/RJ (org.) *Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?* Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia – RJ, 2007.
- ARENDDT, H. *Crises da Republica*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- ARENDDT, H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1994.
- ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):81-90, 2005.
- ASSIS, S.G., PESCE, R.P.&AVANCI,J.Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Artmed. UNICEF, 2006.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS CENTROS DE DEFESAS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ANCED. Relatório final de Pesquisa. Homicídios de adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Internação. São Paulo, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. & FRANÇA Jr., I. Saúde do Adolescente. In: SCHARAIBER, L. B NEMES, M. I. B. & GONÇAVES, R.B.M. (Orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica.*, São Paulo: Editora Hucitec, p. 66-85.
- BAQUERO, R. V. A. LEMES, M. A. SANTOS, E. A. *Histórias de vida de jovens egressos de medidas socioeducativas: entre a margem e a superação*. Educação, Porto Alegre, 2011. v. 34, n. 3, p. 341-350, set./dez.
- BARATA R.B. Desigualdades sociais e saúde. In: Gastão W.S.C. et.al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,2006.
- BAUMAN, Z. Os estranhos da era do consumo: do estado de bem-estar à prisão. In: BAUMAN, Z. *O Mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro:

- BORDIEU, P. O Poder Simbólico. 8º Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- BRANDÃO, C.R. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>>. Acesso em: 10 nov. 2011.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8069. São Paulo: Atlas, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS** (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#3>>. Acesso em: 16 mar. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 96. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.
- BRASIL. Morbimortalidade de jovens por causas violentas no Brasil: uma análise dos anos 90. Boletim CLAVES/CENEPI, v. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.claves.fiocruz.br>>. Acessado em 23 de abril de 2012.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente. Caderno 5. Por uma política nacional de saúde para adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade. Brasília: Grupo de Trabalho Saúde e Justiça, 2002.
- BRASIL. Marco Legal: saúde, um direito. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, área de Saúde do Adolescente e do jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area> Acessado em: 01 de agosto de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2006.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo – SINASE. Brasília-DF: CONANDA, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS; 2008 nov.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Levantamento Nacional Atendimento socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei 2010. Brasília, 2011.
- BRITO, LMT. *Encruzilhadas do sistema socioeducativo*. Psicologia Clínica: Revista de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro 2003; 15: 75-89.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. A propósito Del concepto de salud. Florianópolis: UFSC, 1997. Mimeogr.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico Del concepto de salud. Revista Historia, Ciências e Saúde Vol. IV(2) jul-out 1997 p.287-407.

CECCIM, R.B. FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão e rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2006. p. 165-184.

CECCIM, R.B. FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org). **Construção da integralidade.** Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 211-226.

CECILIO, L.C.de O. MEHRY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Rubem Araújo (org). **Construção da integralidade.** Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p.197-210.

CECILIO, L.C.de O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde:** da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 05 mai. 2013.

COIMBRA, E NASCIMENTO, 2003 Jovens em tempo real. In: FRAGA, P. C. P.; LULIANELLI, J. A.S. (Orgs.) *Jovens pobres: o mito da periculosidade.* DP&A, 2003. p. 19 – 37.

CONANDA. Resolução n.113, de 19 de abril de 2006. Sistema de Garantia de Direitos. Brasília, DF: Conanda, 2006.

CONJUVE. Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude; Fundação Friedrich Ebert, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>> Acessado: em 28 de maio de 2012.

COSTA, A.P. M. Redução da idade de imputabilidade penal: mitos e justificativas. In: *Violência & Juventude.* WESTPHAL, M.F.; BYDLOWSKI, C.R. (Org). Editora HUCITEC, 2010, p.325-345.

COSTA, C. R. B. S. F. ASSIS, S. G. de. *É possível construir novos caminhos? Da necessidade de ampliação do olhar na busca de experiências bem-sucedidas no contexto socioeducativo.* Estud. pesquis. psicol. [online]. 2005, vol.5, n.2, p. 79-95.

COSTA, C. R. B. S. F. ASSIS, S. G. de. *Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo.* Psicol. Soc. [online]. 2006, vol.18, n.3, p. 74-81.

- COSTA, I.E.R. LUDERMIR, A.B. AVELAR, I. Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1193-1200, 2007.
- CRAIDY, C. M. *Medidas socioeducativas*. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/revista_digital/numero_03/revista_digital_ed_03_1.pdf Acessado em: 19 de abril de 2012.
- DAYRELL, J.T. *A música entra em cena: o rap e o funk na socialização da juventude*. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.14 n.54, p.7-11, abr/jun, 1986.
- DESTRO, C. M. A; SOUZA, L. A. P. Linguagem Oral e Escrita em Adolescentes Infratores Institucionalizados. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2004.
- DOLTO, F. *A causa dos adolescentes*. Trad. Julieta Leite. Rio de Janeiro: Novo Fronteira, 1990.
- DOMENACH, J. M. La violencia. In: UNESCO (org.) *La violencia e sus causas*. Paris: Unesco, 1981.
- FALEIROS, V.P. *A questão da violência*. Brasília, 18 de dezembro de 1988. Disponível em: <HTTP://www.solavanco.com/artigos/artigo09.html>. Acessado em 20 de abril de 2012.
- FEFFERMANN, M. Vidas arriscadas: os jovens, o tráfico e o primeiro comando da capital. In: SOUSA, J. T. P. de; GROppo, L. A. (Orgs.) *Dilemas e contestações das juventudes no Brasil e no mundo*. Florianópolis: UFSC, 2011, p.177-204.
- FORACCHI, M. M. *O estudante e a transformação da sociedade brasileira*. São Paulo: Editora Nacional, 1965.
- FOSCARINI, L.T. ROSA, S.B. Medicalização de adolescentes internados na FASE/RS: uma situação de violação de direitos humanos denunciada pela sociedade civil. Apresentado em: Congresso Internacional de Direitos Humanos, Anais do Congresso, 2012.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. História da Violência nas Prisões. 20ª ed. Tradução de Raquel Ramalhe. Petrópolis: Vozes, 1996.
- FRANCISCHINI, R.; CAMPOS, H. R. *Adolescente em conflito com a lei e medidas socioeducativas: Limites e (im)*. *Psico (Porto Alegre)*; 36 (3): 267-273, set.-dez. 2005.
- FREITAS, T. P. *Serviço Social e medidas socioeducativas: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos*. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2011, n.105, p. 30-49.
- Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul. Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade PEMSEIS. Porto Alegre: FASE - RS, 2002.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- GROppo, L. A. A condição juvenil e as revoltas dos subúrbios na França. v.5 n.8, *Política & Sociedade*. *Revista de sociologia política*. USFC Florianópolis, abril/2006,

p.89-121.

GROPPO, L. A. Condição Juvenil e modelos contemporâneos de análise sociológica das juventudes. In: SOUSA, J. T. P. de; GROPPPO, L. A. (Orgs.) *Dilemas e contestações das juventudes no Brasil e no mundo*. Florianópolis: UFSC, 2011, 11-29p.

GROPPO, L. A. *Juventudes: ensaios sobre a sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: DIFEL, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE 2010. Agregado dos setores censitários. Resultados do universo RS. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012. Acessado em 23 de abril de 2012.

JESUS, T. M. Juventude e intervenção social: alguns aspectos sobre a condição juvenil, o jovem em conflito com a lei e as medidas socioeducativas. In: SOUSA, J. T. P. de; GROPPPO, L. A. (Orgs.) *Dilemas e contestações das juventudes no Brasil e no mundo*. Florianópolis: UFSC, 2011. p.137-176.

JUNGES, J. R. . *Bioética: Hermenêutica e Casuística*. São Paulo: Edições LOYOLA, 2006.

KRUG, E.G. et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEÓN, O. D. Adolescência e Juventude: das noções às abordagens. In: VIRGINIA, M. F. (Org.) *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. São Paulo, Ação Educativa, Friedrich Ebert Stiftung, 2005.

LIBERATI, W. D. *Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente*. 6.ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

LICO,F.M.C. WESTPHAL,M.F. In: WESTPHAL, M. F. e BYDLOWSKI C. R. (Org.). *Violência e Juventude*. Editoras. – São Paulo: HUCITEC, 2010.p.25-39.

LUZ,M.T. Relação entre o adolescente e a sociedade atual. In. *Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. (Org.) LUZ. M.T. Riode Janeiro: CPESC:IMS/LAPPIS: ABRASCO,2007.

MALVASI, P. A. Entre a frieza, o cálculo e a “vida loka”: violência e sofrimento no trajeto de um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. *Saúde soc.*, Mar 2011, vol.20, no.1, p.156-170.

MARGULIS, M.; URRESTI, M. La juventud es más que una palabra. In: MARGULIS, Mario. La juventud es más que una palabra. Buenos Aires: Biblios, 2000, p. 13-30.

MARQUES, S.S. MADDALENO, M. Políticas públicas de promoção do desenvolvimento juvenil e prevenção da violência: combinando perspectivas para políticas integrais. In: WESTPHAL,M.F.; BYDLOWSKI, C.R. (Org). *Violência & Juventude*. Editora Hucitec, 2010, p.103-125.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MATTOS, Rubem Araújo. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org). **Construção da integralidade**. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de

Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MATTOS.R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MAY, T. *Pesquisa social: questões, métodos e processo*. Porto Alegre, Artmed, 2004.

MELLO JORGE, M.H.P. *Como Morrem Nossos Jovens*. In: CNPD. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília, 1998.

MELLO JORGE, M.H.P., GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI,R. Crianças, adolescentes e jovens no Brasil no fim do século. In: WESTPHAL, M.F. (org.) *Violência e criança*. São Paulo: Editora EDUSP,2002.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2000, vol.4, n.6, p. 109-116.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.15, n.2, Apr./June 1999.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.3, p. 646-647.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2006, vol.11, supl., p. 1259-1267. ISSN 1413-8123.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, SOUZA (Org.). *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINAYO, M. C. S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública* (10) 1. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K. ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P (Orgs.). *Impactos da Violência na Saúde*. 2º Edição Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz 2009.p.21-42.

MINAYO, M. C. S. *É possível prevenir a violência?* Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 4(1), 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: _____. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1994.

MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESPHAL, M.F. (Org.) *Violência e criança*. São Paulo: Editora EDUSP, 2002.

MINAYO, M. C. S. *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MONTEIRO, L. O. A judicialização dos conflitos de adolescentes infratores: solução ou mito? *Rev. katálysis* [online]. 2006, vol.9, n.1, p. 63-74.

NOGUEIRA, V. M.; MIOTO, R. C. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no campo da saúde In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006. p. 273-303.

NOVAES, R. R. Juventude, Exclusão e Inclusão Social: aspectos e controvérsias de um debate em curso. In: VIRGINIA, M. F., PAPA, F. C. (Orgs.) *Políticas Públicas: Juventude em pauta*. São Paulo, Ação Educativa, Friedrich Ebert Stiftung, 2003, p.121-141.

NOVAES, R. R. VANNUCHI, P. *Juventude e Sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

OLIVEIRA, C. S. et al. Criminalidade juvenil e estratégias de (des)confinamento na cidade. *Rev. katálysis*, Jun 2006, vol.9, no.1, p.53-62. ISSN 1414-4980.

OLIVEIRA, C.S. *Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade*. Porto Alegre: Sulina, 2001.

OLIVEIRA, M.C. *Direitos Humanos, saúde sexual e reprodutiva de adolescentes - nos (des)encontros da política de saúde*. São Paulo, Scortecci, 2009.

Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/Opas, 2002. Organização das Nações Unidas. *Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança*. 1989. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php. Acessado em agosto de 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Violência & Salud*. Resolucion n°XIX. Washington D.C: Opas, 1994.

PERES, M.F.T. RUOTTI, C. VICENTIM, D. Violência: definições, tipo e representações. In: WESTPHAL, M. F. e BYDLOWSKI C. R. (Orgs.). *Violência & Juventude*, Editoras. São Paulo: HUCITEC, 2010.p.40-58.

PRIULI, R. M. A; MORAES, M. S. Adolescentes em conflito com a lei. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1185-1192, 2007.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *THE LANCET*. London, 2011, maio p.75-89.

Disponível em:

<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>>.

Acessado em: setembro 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria estadual de saúde. Departamento de ações em saúde. *Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em*

Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória. Rio Grande do Sul, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria estadual de saúde. Departamento de ações em saúde. *Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente.* Rio Grande do Sul, 2011.

SAITO, M.I. Violência interpessoal na adolescência. In: WESTPHAL, M. F. e BYDLOWSKI C. R. (Org.). *Violência & Juventude*, Editoras. – São Paulo: HUCITEC, 2010.p.151-161.

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

SARAIVA, J.B.C. *Adolescente em conflito com a lei – da indiferença à proteção integral: uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil.* 3ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2009.

SARAIVA, João Batista Costa. *Adolescente em Conflito com a lei: da indiferença à proteção integral. Uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil.* Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2º edição, 2005.

SARAIVA, João Batista Costa. *Direito penal juvenil. Adolescente e ato infracional. Garantias processuais e medidas sócio-educativas.* 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SCISLESKI, A.C.C; MARASCHIN, C; SILVA, R.N. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2):342-352, fev, 2008.

SCHMITT, R. ET AL. Personalidade psicopática em uma amostra de adolescentes infratores brasileiros. *Rev. Psiq. Clín.* 33 (6); 297-303, 2006.

SEGALIN, A. TRZCINSKI, C. Ato infracional na adolescência: problematização do acesso ao sistema de justiça. *Revista Virtual Textos & Contextos.* Nº 6, ano V, dez. 2006, p. 1-19.

SILVA, E. MALTA C.A. Gestão em Saúde e Mídia na Prevenção e atenção às situações de violência. In: NJAINE, K. ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P (Orgs.). *Impactos da Violência na Saúde.* 2º Edição Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz 2009.p.21-42.

SILVA, E.R.; GUERESI, S. *Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil.* Brasília, Instituto de Pesquisa Aplicada e Econômica, IPEA/Ministério da Justiça, 2003.

SILVA, L. R. Definições de Juventude. In: *Juventude, Religião, a Utopia da "Civilização do Amor"* – um estudo de caso das pastorais de Juventude. Dissertação de Mestrado – UCG. Goiânia, 2006.

SOARES, G. BORGES, D. A cor da morte. *Revista Ciência Hoje*, outubro de 2004.

SOARES, G.B.; CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.37, p.437-46, abr./jun. 2011.

SOARES, J. J. B. S. O Sistema Socioeducativo no âmbito do estado do Rio de Janeiro: panorama atual e perspectivas. In: BRITO, L. M. T. (Coord.)

Responsabilidades: ações socioeducativas e políticas públicas para a infância e juventude no Rio de Janeiro. RJ: EdUERJ, 2000, p. 27- 46.

SOARES, L.E. Juventude e violência no Brasil contemporâneo. In: NOVAES, R. VANNUCHI, P. (Org). *Juventude e Sociedade – Trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Instituto Cidadania e Edit. Fundação Perseu Abramo, 2004,p.130-159.

SOARES, L.E. Perspectivas de implantação de uma Política Nacional de Segurança Pública e de Combate à violência. In: CÂMARA DOS DEPUTADOS (Coordenação de Publicações). *Violência Urbana e Segurança Pública*, p. 40-46. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002.

SOUZA, M.K.B. SANTANA, J.S. da S. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):547-555, 2009.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 63-92.

SPOSITO, M. Trajetórias na constituição de políticas públicas de juventude no Brasil. In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. C. (Orgs.). *Políticas Públicas. Juventude em pauta*. São Paulo: Cortez: Ação Educativa Assessoria, Pesquisa e Informação: Fundação Friedrich Ebert, 2003b.

SPOSITO, M.; CARRANO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. In: *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 16-39, set./dez. 2003.

SUGIZAKI, E. Foucault e a Violência, 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra). Disponível em: <http://www2.ucg.br/flash/artigos/080708foucault.html>

UNICEF. *O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância*. – Brasília, DF: UNICEF, 2011.

UNICEF. *Relatório da situação da infância e adolescência brasileiras: diversidade e equidade*. Brasília: UNICEF, 2003.

UNICEF. *Retrato estatístico das mortes de crianças e jovens por causas violentas: Brasil 1979-1993*. Brasília, 1995.

VICETIM, M. C. G. A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva ético-política. In: ABMP; Ilanud, Secretaria Especial de Direitos Humanos (Orgs.). *Justiça, Adolescente e Ato infracional: socioeducação e responsabilização*. São Paulo: Ilanud, 2006.

VICETIM, M. C. G. SARAIVA, J.B.C *Os Adolescentes e a Lei – Para entender o direito dos adolescentes, a prática de atos infracionais e sua responsabilização*. Brasília: ILANUD,1998.

VICETIM, M. C. G; ROSA, M. D. Os Intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pela noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Psicologia Política*. Vol. 10. Nº 19. pp. 107-124. JAN. – JUN. 2010 a.

VICETIM, M. C. G; GRAMKOW, G.; ROSA, M. D. A Patologização do Jovem Autor de Ato Infracional e a Emergência de "Novos Manicômios Judiciários". *Rev Bras*

Crescimento Desenv. Hum. 2010 b; 20(1): 61-69.

VOLPI, M. (Org.) *Sem liberdade, sem direitos: a privação de liberdade na percepção do adolescente*. São Paulo: Cortez, 2001.

WASELFSZ, J.J. *Mapa da Violência 2011*. Os jovens do Brasil. Brasília. Ministério da Justiça. Instituto Sangari, 2011.

WESTPHAL, M. F. e BYDLOWSKI C. R. *Violência & Juventude*. Editoras. – São Paulo: HUCITEC, 2010.

WIEVIORKA, M.O. *O novo paradigma da violência*. Tempo Social, 9 (1), 1997, p. 5-42.

WILLADINO, R. et al. A prevenção à violência e redução de homicídios e adolescentes e jovens no Brasil. *Observatório das Favelas*, Rio de Janeiro, 2011.

WOLFF. M.P. *Antologia de Vidas e Histórias na Prisão: Emergência e Injunção de Controle Social*. Editora Lumem Juris. Rio de Janeiro, 2005.

YIN, R.K. *Estudo de Caso - Planejamento e Métodos*. Editora Bookman, 2001.

KOBASYASHI, M.C.M. ZANE, V.C. Adolescente em conflito com a lei e sua noção de regras no jogo de futsal. Rev. Bras. Educação Física Esporte, São Paulo, v.24, n.2, p.195-204, abr./jun. 2010.

ZAINE, I. REIS, M.J.D. dos. PADOVANI, R.C. Comportamentos de bullying e conflito com a lei. Estudos de Psicologia Campinas 27(3) 375-382 julho - set. 2010.

ZALUAR, A. *Crime, medo, política*. Sociedade e Estado, 10, 1995, p. 391-474.

ZALUAR, A. Diagnóstico da Violência urbana no Brasil. In: CÂMARA DOS DEPUTADOS (Coordenação de Publicações). *Violência Urbana e Segurança Pública*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002. p.18-19.

ZALUAR, A. *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A		
Descritor	Sinônimo	Definição
SAUDE DO ADOLESCENTE Adolescent Health Salud del Adolescente	Saúde do Jovem Saúde dos Adolescentes Saúde Integral do Adolescente	Enfoca o crescimento e desenvolvimento, doenças dermatológicas e emocionais, enfermidades do aparelho circulatório, moléstias infecciosas e parasitárias e até a violência entre adolescentes. Com ênfase na sexualidade, aborda três perspectivas: amadurecimento biológico para reprodução, aspectos psicoemocionais envolvidos com o exercício da sexualidade e os “riscos” oriundos da prática sexual. Tem como apoio a ação de equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista).
ADOLESCENTE Adolescent Adolescente	Adolescentes Jovem, Juventude Adolescência	Pessoa com 13 a 18 anos de idade.
VIOLÊNCIA Violence Violencia	Atrocidades	Comportamento agressivo individual ou grupal que não é aceitável socialmente, turbulento e muitas vezes destrutivo. Ele é precipitado por frustrações, hostilidade, preconceito.
DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Child Advocacy Defensa del Niño	Direitos da Criança, Direitos do Adolescente Defesa da Criança	Promoção e proteção dos direitos da criança, frequentemente através de processos legais.
DELINQUÊNCIA JUVENIL Juvenile Delinquency Delincuencia Juvenil		Os atos antissociais de crianças ou pessoas ainda não adultas que são ilegais ou legalmente. Interpretados como constituindo delinquência.
Comportamento do Adolescente Adolescent Behavior Conducta del Adolescente	Desenvolvimento do Adolescente	Toda resposta ou ação observável de um adolescente

<p>SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES Adolescent Health Services Servicios de Salud para Adolescentes</p>	<p>Serviços de Saúde do Adolescente</p>	<p>Serviços organizados para proporcionar assistência integral à saúde do adolescente, abrangendo seus aspectos físico, psíquico e social.</p>
<p>SAÚDE DO ADOLESCENTE INSTITUCIONALIZADO Health of Institutionalized Adolescents Salud del Adolescente Institucionalizado</p>		<p>Refere-se à condição física e mental do adolescente que está recebendo serviços de paciente de longa duração ou que reside em um cenário institucional. Para a garantia da atenção à saúde nas unidades de internação e internação provisória sugere-se que a equipe de saúde seja composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário; o atendimento deverá ser realizado em unidade de saúde localizada dentro da unidade de internação, garantindo o acesso dos adolescentes à assistência de média e alta complexidade.</p>
<p>ADOLESCENTE INSTITUCIONALIZADO Adolescent, Institutionalized Adolescente Intitucionalizado</p>		<p>Paciente adolescente que está recebendo serviços de longa duração ou que reside em um Ambiente institucional.</p>

APÊNDICE B					
Artigos – ADOLEC					
	Ano	Título	Autores	Revista	Descritores
1	2002	Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade	Kathie Njaine Maria Cecília de Souza Minayo	Ciência & Saúde Coletiva, 7(2):285-297, 2002.	Análise de discurso, Mídia impressa e Violência , Adolescente infrator, Fatores de risco
2	2003	A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde.	ASSIS. S. et al.	Ciência & Saúde Coletiva, 8(3):669-680, 2003	Adolescência , Autoestima, Promoção da saúde
3	2004	Linguagem Oral e Escrita em Adolescentes Infratores institucionalizados.	Carla Maria Ariano Destro Luiz Augusto de Paula Souza	Rev. CEFAC, São Paulo, 2004	Institucionalização, Delinquência Juvenil ; Adolescente Institucionalizado ;
4	2004	Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei.	Daniel Henrique Pereira Espíndula Maria de Fátima de Souza Santos	Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 3, p. 357-367, set./dez. 2004	Adolescente em conflito com a lei, Representação social, Desenvolvimento humanos;
5	2005	Proposta de intervenção com adolescentes em conflito com a lei: um estudo de caso.	Ricardo da Costa Padovani Lúcia Cavalcanti de A. Williams	Interação em Psicologia, jan./jun. 2005, (9)1, p. 117-123	Adolescente infrator; Intervenção psicológica; resolução de problemas;
6	2006	A Redução da Maioridade Penal: Questões Teóricas e Empíricas.	Paula Inez Cunha Raphaella Ropelato Marina Pires Alves	Psicologia Ciência e Profissão, 2006, 26 (4), 646-659	Maioridade penal, Periculosidade, Adolescente em situação de risco.
7	2006	Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei.	PINHO, S. R. de. et al.	J Brasileira Psiquiatria 55(2): 126-130, 2006 127.	Delinquência juvenil ; Prevalência; Co-morbidade, Transtornos mentais.
8	2006	Sentidos da violência ou a violência sem sentido: o olhar dos adolescentes sobre a mídia	Kathie Njaine	Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.381-92, jul/dez 2006.	Violência . MCS de massa, Adolescente , Promoção da saúde, Percepção.
9	2007	Adolescentes em conflito com a lei	Roseana Mara Aredes Priuli Maria Silvia de Moraes	Ciência & Saúde Coletiva, 12(5):1185-1192, 2007	Violência , Adolescência , Políticas públicas
10	2007	Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais.	Sílvia Pereira da Cruz Benetti Vera Regina Röhnelt Ramires Ana Cláudia Schneider	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 23(6):1273-1282, jun, 2007.	Adolescente ; Saúde Mental; Literatura de Revisão;

			Ana Paula Guzinski Rodrigues Daniela Tremarin		
11	2007	Adolescência no SUS: uma revisão bibliográfica	Andrea G. de M Amarante Cássia B Soares	Ver. Bras. Cresc. Desenvolv. Humano 2007;17(3):154-159	Adolescência. Literatura de revisão; Políticas públicas. Políticas de saúde;
12	2007	Redes de prevenção à violência: da utopia à ação	Kathie Njaine; Simone Gonçalves de Assis Romeu Gomes Maria Cecília de Souza Minayo	Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1313-1322, 2007.	Rede, Prevenção, Violência , Criança, Adolescente.
13	2007	Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo.	Inês Eugênia Ribeiro da Costa Ana Bernarda Ludermir Isabel Avelar	Ciência & Saúde Coletiva, 12(5):1193-1200, 2007.	Violência, Adolescente , Condição de vida, Sexo.
14	2007	“Para não ser bandido”: trabalho e adolescentes em conflito com a lei.	Olga Maria Pimentel Jacobinal, Liana Fortunato Costa.	Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2007, vol. 10, n. 2, p.95-110.	Adolescente em conflito com a lei, trabalho, Trabalho adolescente, Família, Medida Socioeducativa.
15	2008	A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei.	Mayra Costa Martins Sandra Cristina Pillon	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(5):1112-1120, mai, 2008.	Abuso de Drogas; Adolescente; Comportamento do Adolescente.
16	2008	Drogadição e Atos Infracionais na Voz do Adolescente em conflito com a lei.	Sandra Eni Fernandes Nunes Pereira Maria Fátima Olivier Sudbrack	Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, 2008, Vol. 24 n. 2, p. 151-159,	adolescente; drogadição; atos infracionais; redes sociais.
17	2008	Atuação do Psicólogo com adolescentes em conflito com a lei: a experiência do Canadá.	Alex Eduardo Gallo	Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 2, p. 327-334, abr./jun.	adolescente em conflito com a lei, violência , educação.
18	2008	Comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes em conflito com a lei.	Cláudia Alves de Sena Viviane Colares	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2314-2322, out, 2008.	Conduta de Saúde; Adolescente; Comportamento Social.
19	2009	Os desafios da prática socioeducativa de privação de liberdade em adolescentes em conflito com a lei:ressocialização ou exclusão social?	Ionara Dantas Estevam Maria da Penha de Lima Coutinho Ludgleydson Fernandes de Araújo	Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 1, p. 64-72, jan./mar. 2009.	Representação social; adolescente; privação de liberdade

20	2009	Trabalho pedagógico com adolescentes em conflito com a lei feições da exclusão/inclusão.	Silvana Machado Cella Dulce M. Pompêo de Camargo	Educ. Soc., Campinas, vol. 30, n. 106, p. 281-299, jan./abr. 2009	Trabalho docente; Adolescentes infratores; Estabelecimentos de custódia;
21	2010	Comportamentos de bullying e conflito com a lei.	Isabela Zaine, Maria de Jesus Dutra dos Reis, Ricardo da Costa Padovani	Estudos de Psicologia Campinas 27(3) 375-382 jul.-set. 2010	Bullying. Relações com pares. Adolescentes em conflito com a lei.
22	2010	Adolescente em conflito com a lei e sua noção de regras no jogo de futsal.	Maria do Carmo M. Kobasyashi Valéria Cristina Zane	Rev. Bras. Educação Física Esporte, São Paulo, v.24, n.2, p.195-204, abr./jun. 2010.	Jogo de regras; Moralidade; Futsal, Adolescente em conflito com a Lei;
23	2010	Fenomenologia das Motivações do Adolescente em Conflito com a Lei.	Maria Clara Jost	Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar 2010, Vol. 26 n. 1, p. 99-108	Adolescente em conflito com a lei; Fenomenologia; Motivação; Sofrimento psíquico;
24	2010	Novos paradigmas e velhos discursos: analisando processos de adolescentes em conflito com a lei.	Alexsandra Tomazelli Sartório Edinete Maria Rosa	Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 554-575, jul./set. 2010	Adolescente em conflito com a lei; Questão social; Questão jurídica; Processo judicial;
25	2010	Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade	Marta Cocco Marta Julia Marques Lopes	Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):151-9.	Enfermagem em saúde pública; Violência . Vulnerabilidade; Adolescente ;
26	2010	Pesquisas narrativo-dialógicas no contexto de conflito com a lei: considerações sobre uma entrevista com jovem autora de infração.	Idilva Germano Letícia Leite Bessa	Revista Mal-estar e Subjetividade Fortaleza – Vol. X – Nº 3 – p. 995-1033– set/2010.	Dialogismo; Polifonia; Self dialógico; Jovens autores de infração;
27	2010	A integralidade numa rede de proteção social ao adolescente: uma reflexão a partir do pensamento de Giles Lipovestsky.	Sandro de rocha Vieira Cornélio Pedroso Rosemburg	Saúde Soc. São Paulo, v.19 n.127-134, 2010.	Integralidade, Atenção psicossocial; Saúde do Adolescente ;
28	2011	Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais.	Ana Paula Serrata Malfitano Rubens de Camargo F.Adorno Roseli Esquerdo Lopes	Interface – Comunicação, Saúde, Educação.	Adolescente . História de vida. Serviço social. Iatrogenia. Medicalização social.
29	2011	A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento	Ana Cristina Costa Lima, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi	Physis Revista de Saúde Coletiva, RJ, 21 [4]:1315-1330, 2011.	Medicalização, Psiquiatria, Infância, Adolescência , Prevenção.
30	2011	Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde.	MONTEIRO, M.L.M. et. al.	Esc Anna Nery (impr.) 2011 abr.-jun; 15 (2):323-330	Adolescente Institucionalizado ; Enfermagem; Promoção da saúde; Comunidades vulneráveis;

31	2011	Música e Transformação no Contexto da Medida Socioeducativa de Internação.	SAMPAIO, C. R. B. et al.	Psicologia: Ciência e Profissão, 2011, 31 (4), 840-855.	Adolescente em conflito com a lei. Medidas socioeducativas; Fatores protetivos;
32	2011	Entre monstros e vítimas: a coerção e a socialização no sistema socioeducativo de Minas Gerais.	Clarissa Gonçalves Menicucci Carla Bronzo Ladeira Carneiro	Serviço Social e Sociedade São Paulo, n. 107, p. 535-556, jul./set. 2011	Adolescente em conflito com a lei; Adolescente em privação de liberdade; Implementação de políticas públicas.
33	2011	Corpos em rebelião e o sofrimento-resistência: adolescentes em conflito com a lei	Maria Cristina G. Vicentin	Tempo Social sociologia da USP, v. 23, n. 1 junho 2011	Adolescente autor de ato infracional; Sofrimento; Patologização;
34	2011	Adolescente que cumpre medida socioeducativa: modos de ser no cotidiano e possibilidades para enfermagem	Dilce Rejane Peres do Carmo Stela Maris de Mello Padoim Cristiane Cardoso de Paula Marlene Gomes Terra Ivis Emília de Oliveira Souza	Revista Gaúcha Enfermagem Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):472-8.	Saúde do adolescente. Adolescente institucionalizado; Filosofia em enfermagem;
35	2011	Adolescente em conflito com a lei: o relatório psicossocial como ferramenta para promoção do desenvolvimento	Liana Fortunato Costa Maria Aparecida Penso Maria Fátima Olivier Sudbrackae Olga Maria Pimentel Jacobina	Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n. 3, p. 379-387, jul./set. 2011	Adolescente em conflito com a lei; Relatório psicossocial; Direitos humanos;
36	2012	Assistência Religiosa no Sistema Socioeducativo: A visão dos operadores do direito	Pedro Simões	Religião e Sociedade, Rio de Janeiro, 32(1): 130-156, 2012	Assistência religiosa, Socioeducação; Adolescentes em conflito com a lei;
37	2012	Adolescentes em Conflito com a Lei: Percepções sobre a Família	Fernanda Lüdke Nardi Débora Dalbosco Dell'Aglio	Psicologia: Teoria e Pesquisa abr-Jun 2012, Vol. 28 n. 2, p. 181-191	Comportamento do adolescente, Relações familiares, Estudos de casos;

APÊNDICE C

Artigos

	Ano	Título	Autores	Revista	Descritores
1	2005	Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes	Stella R. Taquette Marília Mello de Vilhena Mariana Maurício Silva Mônica Pereira Vale	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 21(6):1717-1725, nov-dez, 2005	Bioética; Ética Médica; Adolescência
2	2005	Módulos de auto-aprendizagem na saúde do adolescente e do jovem: uma metodologia construtivista de capacitação profissional	Carla Cristina Coelho Augusto Pepe Maria Helena Ruzany Eloísa Grossman	Adolescência & Saúde volume 2 nº 1 março 2005	Educação à distância; Jovem; Saúde do adolescente ; Avaliação;
3	2005	Adolescente em conflito com a lei e medidas socioeducativas: Limites e (im)possibilidades.	Rosângela Francischini Herculano Ricardo Campos	PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 3, p. 267-273, set./dez.	Adolescente , Medidas Socioeducativas, ato infracional;
4	2005	Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares.	Ana Sant'Anna Denise Aerts Maria Júlia Lopes	Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 21(1): 120-129, jan-fev 2005.	Adolescente ; Vulnerabilidade;
5	2005	Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina.	Simone Gonçalves de Assis Patrícia Constantino	Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):81-90, 2005.	Infração, Adolescência , Masculino, Prevenção;
6	2005	É possível construir novos caminhos? Da necessidade de ampliação do olhar na busca de experiências bem sucedidas no contexto socioeducativo.	Cláudia Regina B. Sampaio Fernandes da Costa	Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ,RJ,ano 5, n.2 2 semestre2005.	Adolescente infrator; Medida socioeducativa; Experiências bem sucedidas;
7	2006	Fatores Protetivos a adolescentes em Conflito com a Lei no contexto Socioeducativo.	Cláudia Regina B. Sampaio Fernandes da Costa Simone Gonçalves de Assis	Psicologia & Sociedade; 18 (3): 74-81; set/dez. 2006.	Adolescente em conflito com a lei Resiliência, Fatores de proteção; Promoção da saúde; Socioeducativo;
8	2006	Ato infracional na adolescência: problematização do acesso ao sistema de justiça.	Andreia Segalin Clarete Trzcinski	Revista Virtual Textos & Contextos, nº 6, dez. 2006.	Adolescente infrator. Políticas públicas; Sistema de justiça penal juvenil;
9	2006	Personalidade psicopática em uma amostra de adolescentes infratores brasileiros.	SCHMITT, R. et al.	Rev. Psiq. Clín. 33 (6); 297-303, 2006.	Adolescentes , Infratores, Psicopatia
10	2006	A judicialização dos conflitos de adolescentes infratores:	Luciana de Oliveira Monteiro	KATÁLYSIS v. 9 n. 1 jan./jun.	Adolescentes infratores; Direitos;

		solução ou mito?		2006 Florianópolis SC 63-74.	Justiça, Medidas socioeducativas;
11	2006	Criminalidade juvenil e estratégias de (des)confinamento na cidade.	Carmem de Oliveira Maria Palma Wolff Ronaldo Henn Marta Conte	KATÁLYSIS v. 9 n. 1 jan./jun. 2006 Florianópolis SC 53-62.	Violência juvenil, Cidade, Inclusão
12	2008	Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica.	Andrea Cristina C. Scisleski Cleci Maraschin Rosane Neves da Silva	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):342-352, fev, 2008.	Adolescente hospitalizado; Transtornos mentais; Hospitais psiquiátricos;
13	2008	Criminalidade juvenil no Brasil pós-moderno: algumas reflexões psicossociológicas sobre o fenômeno da violência.	Jacqueline de Oliveira Moreira Ângela Buciano do Rosário Domingos Barroso da Costa	Revista Mal-estar e Subjetividade Fortaleza – Vol. VIII – Nº 4 – p. 1021-1046 – dez/2008.	Violência , Psicanálise; Adolescência ; Pós-modernidade; Criminalidade;
14	2008	Da Privação da Dignidade Social a Privação da Liberdade Individual.	Ana Luiza de Souza Castro Pedrinho Guareschi	Psicologia & Sociedade; 20 (2): 200-207, 2008.	Adolescentes ; Ato infracional; Subjetividade;
15	2008	A psicopatologia, a justiça e o sujeito infrator: os efeitos de uma tríade (in)conjugável.	Christiane Whitaker	Lat.-Am. Journal of Fund. Psychopath. Online. São Paulo, v. 5, n. 2, p. 274-284, nov 2008.	Infrator; Adolescente em conflito com a lei; Psicopatologia, Sistema de justiça juvenil;
16	2009	Psiquiatria, Saúde Mental e Biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo.	Cristina Rauter Paulo de Tarso de C. Peixoto	Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 2, p. 267-275, abr./jun. 2009.	Subjetividade contemporânea, Clínica transdisciplinar; Reforma psiquiátrica;
17	2009	A saúde na percepção do adolescente.	Cléa Adas Saliba Garbin Artênio José Ispier Garbin Suzely Adas Saliba Moimaz Patrícia Elaine Gonçalves	Physis Revista de Saúde Coletiva Rio de Janeiro, 19 [1]: 227-238, 2009.	Saúde do adolescente ; Saúde bucal do adolescente; Percepção; Adolescente ;
18	2009	Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde.	Mariluce Karla B. de Souza Judith Sena da Silva Santana	Ciência & Saúde Coletiva, 14(2):547-555, 2009.	Violência ; Adolescente ;
19	2010	Os Intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pela noções de periculosidade e irrecuperabilidade.	Miriam Debieux Rosa Maria Cristina Vicentin	Psicologia Política. Vol. 10. Nº 19. p. 107-124. Jan. – Jun. 2010.	Adolescente em conflito com a lei; Distúrbio antissocial; Psicanálise; Irrecuperabilidade; Análise

20	2010	Da prática do desvio ao protagonismo.	João Clemente de Souza Neto Carlos Antonio Centolanza	Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 1, p. 128-136, jan./mar. 2010.	Protagonismo; Cidadania; Conflito com a lei; Subjetividade; Desvio social.
21	2010	Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária.	Maria Cristina G. Vicentin Gabriela Gramkow Adriana Eiko Matsumoto	Boletim do Instituto de Saúde Volume 12 - Número 3 - Dez p. 268-272.	Medicalização da infância; Internação involuntária; Patologização;
22	2010	A Patologização do Jovem Autor de Ato Infracional e a Emergência de "Novos Manicômios Judiciários".	Maria Cristina G. Vicentin Gabriela Gramkow Miriam Debieux Rosa	Rev Bras Crescimento Desenvolv. Humano. 2010; 20(1): 61-69.	Adolescente , Autor de ato infracional; Criminalidade juvenil; Periculosidade; Transtorno de personalidade antissocial;
23	2010	Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade.	Cristina Campolina Vilas Boas Cristiane de Freitas Cunha Raquel Carvalho	Rev Med Minas Gerais 2010; 20(2): 225-233.	Adolescente institucionalizado; Saúde do adolescente; Comportamento do adolescente;
24	2011	A prática pedagógica das medidas socioeducativas.	Edenilza Gobbo Crisna Maria Muller	Emancipação, Ponta Grossa, 11(2): 175-187, 2011.	Adolescente; Medida socioeducativa; Prática pedagógica;
25	2011	Adolescentes em conflito com a lei: aspectos sociodemográfico de uma amostra em medida socioeducativa com privação de liberdade.	Tárcia Rita Davoglio Gabriel José Chittó Gauer	Contextos Clínicos, vol. 4, n. 1, janeiro-junho 43 2011.	Adolescentes; Comportamento antissocial; Medida socioeducativa;
26	2011	A Representação da violência em adolescentes de escolas da rede pública de ensino do Município do Jaboatão dos Guararapes.	Monica C. Batista de Melo Érika Neves de Barros Andréa M. L. G. de Almeida	Ciência & Saúde Coletiva, 16(10):4211-4220, 2011.	Adolescência, Violência; Representação social; Saúde coletiva;
27	2011	Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito.	Renata Candido de Andrade Francisco Assumpção Junior Ivan Abdalla Teixeira Vilma A. da Silva Fonseca	Ciência & Saúde Coletiva, 16(4):2179-2188, 2011.	Delinquência; Transtorno de conduta; Transtornos psiquiátricos; Abuso de drogas; Jovens infratores;
28	2011	Um olhar sobre a família de jovens que cumprem medidas Socioeducativas.	Ana Cristina Garcia Dias Dorian Mônica Arpini Bibiana Rosa Simon	Psicologia & Sociedade; 23 (3): 526-535, 2011.	Família; Medida socioeducativa; Adolescência;
29	2011	Desafios e perspectivas na reeducação e ressocialização de adolescentes em regime de semiliberdade: subsídios para Enfermagem.	Monteiro, E.M.L.M. et al.	Revista de Enfermagem Referência III - n.º 3 - 2011	Adolescente institucionalizado Ação intersectorial; Enfermagem;

					Vulnerabilidade social;
30	2011	Desigualdade Social, Delinquência e Depressão: Um estudo com adolescentes em Conflito com a Lei.	Elza Maria de Souza Janayana Oliveira Almeida Fernanda Pires da Silva Abrão	Rev. salud pública. 13 (1): 13-26, fev. 2011.	Adolescente , Depressão; Delinquência juvenil ; Iniquidade social; Autopercepção de saúde;
31	2011	Histórias de vida de jovens egressos de medidas socioeducativas: entre a margem e a superação.	Rute Vivian Angelo Baquero Marilene Alves Lemes Eliene Amorim dos Santos	Educação, Porto Alegre, v.34, n.3, p.341-350, set/dez 2011.	Jovens; Medidas Socioeducativas ; Histórias de vida;
32	2011	Entre a Frieza, o Cálculo e a "Vida Loka": violência e sofrimento no trajeto de um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa.	Paulo Artur Malvasi	Saúde Soc. São Paulo, v.12, n.1, p. 156-170, 2011.	Adolescente ; Violência ; Medida socioeducativo; Sofrimento social; Etnografia;
33	2011	Serviço Social e medidas socioeducativas: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos.	Tais Pereira de Freitas	Serv. Soc. E Sociedade, São Paulo n.150, p.30-49, jan/mar 2011.	Serviço Social; Trabalho Multiprofissional; Medida socioeducativa de internação;

APÊNDICE D

Protocolo para a coleta dos dados – Pesquisa Documental

Plano de Individual de Atendimento – PIA – aspectos relevantes para a pesquisa, extraídos do prontuário utilizado pelo Sistema

Dados de Identificação – PIA Acolhimento

Nome:				Idade:	
Naturalidade:				Procedência:	
Etnia:				Estado Civil:	
Ingresso na Unidade				Motivo Ingresso	
Quantia Ingressos:	1° Ingresso	2° Ingresso	3° Ingresso	Tempo de Internação	
Impressão Inicial					
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Não estuda Período da evasão: _____ Última série concluída: <input type="checkbox"/> Estuda : <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto				

PIA – Clínico Masculino

Queixa principal e duração:			História da Doença Aspectos pertinentes e atuais:	
História Psicossocial: (Estilo de vida, vida doméstica, vida profissional e sexual)				
Medicamentos:	Sim	Não	Quanto tempo:	
Quais:				
Hábitos (SPA drogas lícitas e ilícitas)	Faz uso:		Quanto tempo:	
	Sim	Não		
Quais:			Sintomas em gerais:	

Avaliação e Planejamento		Lista de Problemas	
Hipóteses Diagnósticas		Plano de tratamento:	

PIA – Enfermagem

Queixas:			
Suspeita de Agressão:			
Atendimento na rede de saúde:		Laudo Médico:	
Avaliação IML			
Perturbação Mental	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Foi atendido na rede saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tipo:	<input type="checkbox"/> Visivelmente perturbado <input type="checkbox"/> Agitação motora <input type="checkbox"/> Suspeita de drogadição		
Uso de Substância Psicoativa:	Quais:	Quantia/dose:	Último consumo: Tempo de uso:
Sinais de Abstinência:			
Medicação:	<input type="checkbox"/> Não Utiliza <input type="checkbox"/> trouxe receita médica	Tipo/dosagem:	
Exames anteriores para a elucidação diagnóstica:			
Encaminhamentos rotinas:			
Plano de Cuidados			

PIA – Psicologia

Impressão Geral:	
------------------	--

Exame psicológico:	
Técnicas utilizadas:	
Parecer:	
Encaminhamentos:	

PIA – Psiquiatria

Queixa Principal:			
História da doença atual:			
História do desenvolvimento:			
História Familiar:			
História Mórbida pregressa:			
Exame do Estado Mental:	Consciência:	Afeto:	
	Orientação:	Pensamento:	
	Atenção:	Linguagem	
	Sensopercepção:	Juízo Crítico	
	Inteligência:	Conduta:	
Exames complementares:		Hipóteses Diagnósticas:	
Indicações terapêuticas:			

PIA Serviço Social

Dados Familiares relevantes:		Situação de saúde/dependência química no grupo	
Relacionamento interpessoal:	Visão do adolescente	Visão Familiar:	

Expectativa do adolescente com relação ao seu uso de substância psicoativa		Recursos já utilizados:	
Visão da Internação	Do adolescente	Família	
Observações pertinentes		Parecer	
Encaminhamentos:			

Plano de Ação do PIA – anotações pertinentes à atenção da saúde do adolescente

Aspectos observados:	
Metas:	
Procedimentos	
Avaliação dos resultados	

PIA – Avaliação do Adolescente

Avaliação realizada pelo adolescente (manuscrito)	
---	--

Observações da Pesquisadora

APÊNDICE E

Roteiro para entrevista com os adolescentes

As perguntas são norteadoras para as entrevistas que serão realizadas com os adolescentes que cumprem medida socioeducativa de restrição de liberdade no CASEMI.

Questões Norteadoras

- 1) Como é para você está cumprindo medida socioeducativa?
Você sente que alguma coisa mudou na sua vida pelo fato de estar aqui?
Como você percebe a medida socioeducativa que está cumprindo?
Fale como é seu dia a dia?
O que é importante na tua vida hoje?
O que pretende fazer após o cumprimento da medida socioeducativa?
O que você entende por violência?
O que você entende por saúde?
Quais os aspectos da tua vida que você relaciona com uma vida saudável?
Que aspectos na tua vida, você sente mais dificuldade em relação ao cuidado em saúde?
Quais são as pessoas mais importantes na sua vida?
Quais os aspectos da tua vida que te faz sentir bem?

APÊNDICE F

Roteiro Observação Participante da reunião da Rede de Medidas Socioeducativas na Regional de Novo Hamburgo.

Questões a serem observadas

- 1) As questões referentes à saúde do adolescente e jovem que cumpre medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade.
- 2) O fluxo da atenção à saúde do adolescente e jovem, através da problematização feita por essa rede.
- 3) Os discursos dos participantes, no que tange a problemática da atenção à saúde do adolescente e jovem.
- 4) Perceber quais os principais questões e preocupações relativas à saúde destes adolescentes e jovens levantados por essa Rede.
- 5) Perceber os avanços e conquistas na atenção da saúde do adolescente e do jovem, que é referido por essa Rede.

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Fabiane Asquidamini, mestranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, orientanda da Prof^a. Dr^a. Rosangela Barbiani estou realizando a pesquisa: **Saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa: o caso de São Leopoldo – RS**, que tem o objetivo de analisar os impactos do cumprimento da medida socioeducativa de restrição e de privação de liberdade na saúde dos adolescentes em São Leopoldo. Assim se poderá melhorar o atendimento socioassistencial e o acompanhamento das necessidades em saúde dos adolescentes, identificando como outros setores do poder público podem ajudar neste acompanhamento.

Sua participação consistirá em responder algumas perguntas, sobre o cumprimento da medida socioeducativa e como essa modificou a sua vida. Todos os cuidados serão tomados para garantir a confidencialidade das informações obtidas da conversa e na publicação dos resultados da pesquisa. Será garantida a livre expressão de opinião, e o anonimato da sua identidade. Você poderá perguntar sobre qualquer dúvida, antes durante e depois da entrevista, conforme a sua necessidade. Sua participação é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo, se essa for a sua vontade.

A entrevista acontecerá no local da medida socioeducativa e em horários previamente combinados e acordados. A entrevista será gravada e transcrita integralmente para posterior análise. O material coletado será retido pela pesquisadora por três anos e depois destruído.

Esse documento será assinado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via em seu poder e a outra com a pesquisadora.

Assinatura do participante Data: __/__/__

Fabiane Asquidamini, pesquisadora Data: __/__/__

Telefone para contato: 51-81789603

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Fabiane Asquidamini, mestranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, orientanda da Prof^a. Dr^a. Rosangela Barbiani estou realizando a pesquisa: **Saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa: o caso de São Leopoldo – RS**, que tem o objetivo de analisar os impactos do cumprimento da medida socioeducativa de restrição e de privação de liberdade na saúde dos adolescentes em São Leopoldo. Assim se poderá melhorar o atendimento socioassistencial e o acompanhamento das necessidades em saúde dos adolescentes, identificando como outros setores do poder público podem ajudar neste acompanhamento.

A participação do seu filho consistirá em responder algumas perguntas, sobre o cumprimento da medida socioeducativa e como essa modificou a sua vida. Todos os cuidados serão tomados para garantir a confidencialidade das informações obtidas da conversa com ele e na publicação dos resultados da pesquisa. Será garantida a livre expressão de opinião, e o anonimato da identidade dele. Seu filho poderá perguntar sobre qualquer dúvida, antes durante e depois da entrevista, conforme a sua necessidade. A participação do seu filho é voluntária, podendo ser interrompida por ele em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo, se essa for a sua vontade.

A entrevista acontecerá no local onde ele está cumprindo a medida socioeducativa e em horários previamente combinados e acordados com o seu filho. A entrevista com ele será gravada e transcrita integralmente para posterior análise. O material coletado será retido pela pesquisadora por três anos e depois destruído.

Esse documento será assinado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via em seu poder e a outra com a pesquisadora.

Assinatura do responsável Data: __/__/__

Fabiane Asquidamini, pesquisadora Data: __/__/__

Telefone para contato: 51-81789603

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Fabiane Asquidamini, mestranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, orientanda da Prof^a. Dr^a. Rosangela Barbiani estou realizando a pesquisa: **Saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa: o caso de São Leopoldo – RS**, que tem o objetivo de analisar os impactos do cumprimento da medida socioeducativa de restrição e de privação de liberdade na saúde dos adolescentes em São Leopoldo. Assim se poderá melhorar o atendimento socioassistencial e o acompanhamento das demandas de saúde dos adolescentes, identificando alternativas de intervenção intersetorial.

Para a pesquisa será importante participar da reunião da Rede de Medidas Socioeducativas para conhecer melhor a aplicação e o desempenho dessas medidas. Por isso eu, Fabiane Asquidamini, participarei da reunião na condição de observadora participante. Serão observados aspectos relevantes ao estudo proposto. Todos os cuidados serão tomados para guardar a confidencialidade das informações obtidas durante a observação e na publicação dos resultados da pesquisa será garantido o anonimato da identidade dos participantes. Todos os membros da reunião poderão perguntar sobre qualquer dúvida a respeito da pesquisa, antes durante e depois da observação.

A observação acontecerá durante as reuniões da Rede das Medidas Socioeducativa. As observações serão anotadas no diário de campo e serão usadas como fonte de dados para a análise. O material coletado será retido pela pesquisadora por três anos e depois destruído.

Esse documento será assinado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via em seu poder e a outra com a pesquisadora.

Assinatura do responsável Data: __/__/__

Fabiane Asquidamini, pesquisadora Data: __/__/__

Telefone para contato: 51-81789603

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO

FABIANE ASQUIDAMINI

SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA
SOCIOEDUCATIVA:
O CASO DE SÃO LEOPOLDO/RS

RELATÓRIO DE PESQUISA

SÃO LEOPOLDO

2013

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Ações de segurança nas unidades do sistema socioeducativo	113
Quadro 2: População da FASE por Medidas Socioeducativas, junho 2013.....	114
Quadro 3: Fluxo do atendimento da Medida de Semiliberdade	116
Quadro 4: Caracterização dos Adolescentes quanto à idade, etnia e situação civil – 2010 a 2012	127
Quadro 5: Naturalidade e bairros onde os adolescentes residiam – 2010 a 2012 ..	128
Quadro 6: Escolaridade dos adolescentes e permanência na escola – 2010 a 2012 .8	
Quadro 7: Situação sociofamiliar dos adolescentes – 2010 a 2012.....	129
Quadro 8: Dados referentes ao cometimento do Ato Infracional – 2010 a 2012.....	129
Quadro 9: Ano do processo e Medidas Socioeducativas aplicadas pelo Juizado da Infância e Juventude – 2010 a 2012	130
Quadro 10: Evidências encontradas no Plano Individual de Atendimento – PIA.....	132

LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade dos adolescentes em Medida de Semiliberdade – 2010 a 2012...	123
Gráfico 2: Escolaridade dos adolescentes em medida de Semiliberdade – 2010 a 2012	123
Gráfico 3: Bairros da cidade de São Leopoldo onde os adolescentes residiam – 2010 a 2012	124
Gráfico 4: Ato infracional cometidos pelos adolescentes – 2010 a 2012	125
Gráfico5: Amostra dos adolescentes em medida de Semiliberdade por ano	126

LISTAS DAS ABREVIATURAS

CAD	Comissão de Avaliação Disciplinar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAS	Centro de Atendimento Socioeducativo
CASE	Centro de Atendimento Socioeducativo
CASEMI	Centro de Atendimento Socioeducativo em Semiliberdade
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
COL	Círculo Operário Leopoldense
COMDEDICA	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FASE	Fundação Atendimento Socioeducativo
FEBEM	Fundação de Bem-Estar do Menor
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPAE	Internação Com Possibilidade de Atividade Externa
IP	Internação Provisória
ISPAE	Internação Sem Possibilidade de Atividade Externa
MSE	Medida Socioeducativa
PAC	Programa de Aceleração de Crescimento
PEMSEIS	Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade
PROTEJO	Projeto de Proteção dos Jovens em Território Vulnerável
PIA	Plano Individual de Atendimento
RS	Rio Grande do Sul
SAM	Serviço Social ao Menor
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESME	Serviço Social do Menor
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO NO RIO GRANDE DO SUL	Erro! Indicador não definido.
2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA FASE RS	Erro! Indicador não definido.
2.2 PROGRAMAS NORMATIVOS DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DA FASE RS.....	Erro! Indicador não definido.
2.3 POPULAÇÃO ADOLESCENTE NA FASE RS	Erro! Indicador não definido.
3 CAMPO DE PESQUISA: CENTRO DE ATENDIMENTO DE SEMILIBERDADE – CAS SÃO LEOPOLDO.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 O PROGRAMA DE SEMILIBERDADE.....	Erro! Indicador não definido.
3.2 DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE ANÁLISE: CENTRO DE ATENDIMENTO DE SEMILIBERDADE – CAS SÃO LEOPOLDO	Erro! Indicador não definido.
3.3 ENTRADA EM CAMPO.....	Erro! Indicador não definido.
4 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	Erro! Indicador não definido.
4.1 REGISTROS DOCUMENTAIS: OS DADOS DO PERCURSO SOCIOEDUCATIVO	Erro! Indicador não definido.
4.1.1 Perfil dos adolescentes do CAS no período de 2010 a 2012	Erro! Indicador não definido.
4.1.2 Análise dos Planos Individuais de Atendimento – PIAs	Erro! Indicador não definido.
4.2 COMO O ADOLESCENTE CONTA A SUA HISTÓRIA: O QUE QUEREM CONTAR?.....	Erro! Indicador não definido.
4.3 NÓS E FIOS QUE COMPÕEM A REDE REGIONAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS.....	Erro! Indicador não definido.
4.3.1 A Rede Regional das Medidas Socioeducativas: o lugar a ser observado..	Erro! Indicador não definido.
5 UM MOVIMENTO DE SÍNTESE: ESTRATÉGIA ANALÍTICA GERAL DE EXPLANAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	Erro! Indicador não definido.
5.1 POSSIBILIDADES.....	Erro! Indicador não definido.
5.2 AVANÇOS.....	Erro! Indicador não definido.

REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICES	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 1	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 2.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 3.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 4.....	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

...ninguém nos tira o dançado.

Início este relatório de pesquisa reportando-me a esse ditado popular, pois acredito que esta produção não poderá retratar a totalidade da experiência vivida neste tempo de pesquisa em campo, por não ser possível descrever as multiplicidades de falas, histórias e descobertas feitas. Elas deixaram marcas que vão ressoar por tempos, no processo de construção do meu ser como pessoa, profissional e estudante.

Esta pesquisa é fruto da preocupação do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente – COMDEDICA e da Rede Regional de Medidas Socioeducativas, quando, em final de 2011, traz os dados referentes ao número de adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas – MSE da cidade de São Leopoldo, tanto no Centro de Atendimento Socioeducativo de Novo Hamburgo – CASE NH como do Centro de Atendimento em Semiliberdade – CASEMI. Onde sugeri a constituição de um grupo de trabalho, sugeriu-se ao COMDEDICA a realização de duas pesquisas, a fim de obter maior entendimento e compreensão do fenômeno e das suas implicações com as políticas municipais, possibilitando intervenções do COMDEDICA e das instituições que trabalham na defesa da criança e do adolescente no Município de São Leopoldo.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar as condições sob as quais o Sistema Socioeducativo atende os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade na ótica do direito à atenção integral à saúde. Para isso foi escolhida, como estudo de caso, a unidade de Semiliberdade da Fundação de Atendimento Socioeducativo – FASE, na cidade de São Leopoldo.

O presente relatório percorrerá, brevemente, as principais leis, portarias e normas que orientam o atendimento ao adolescente autor de ato infracional e em cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade. No âmbito da contextualização do campo, o relatório apresenta um traçado sucinto do histórico da FASE até os dias atuais, buscando explicitar a sua organização e funcionamento, finalizando com o *locus* de pesquisa: o Centro de Atendimento

Socioeducativo na cidade de São Leopoldo. Por fim, descreverá a realização da pesquisa e seus procedimentos metodológicos; os dados obtidos e as principais evidências, sistematizando-as de forma a responder aos objetivos da pesquisa e apontar as questões emergentes originadas do estudo.

2 ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO NO RIO GRANDE DO SUL

O atendimento socioeducativo no Estado do Rio Grande do Sul é realizado pela Fundação de Atendimento Socioeducativo – FASE/RS, responsável pela execução das medidas socioeducativas de internação e semiliberdade, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativa – SINASE, e pelo Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade – PEMSEIS. Atende adolescentes, de ambos os sexos, nas 16 unidades que são denominadas de Centros de Atendimento Socioeducativo.

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA FASE RS

A FASE foi criada pela Lei nº 11.800 de 28 de maio de 2002 e pelo Decreto Estadual nº 41.664 – Estatuto Social, de junho de 2002, consolidando o processo de reordenamento institucional, extinguindo a antiga Fundação do Bem-Estar do Menor – FEBEM. Conforme os art. 2º e 3º ela tem por finalidade a implementação e manutenção do sistema socioeducativo de internação e semiliberdade, competindo-lhe a administração e a execução das medidas socioeducativas que são designadas pela autoridade judicial aos adolescentes autores de ato infracional (FASE, 2002).

O surgimento da Fundação, como resposta às orientações legais do ECA, rompe com o paradigma do Código de Menores, onde a correção e a repressão orientava a política de bem-estar do menor. No Rio Grande do Sul, em 1945, houve a constituição do Serviço Social do Menor – SESME/RS, subordinado ao Serviço Social ao Menor – SAM, responsável pela política de atendimento à criança e adolescente carentes, abandonados ou autores de atos infracionais. Em 1964, em pleno golpe militar, surge o Departamento de Assistência Social da Secretaria do Trabalho e Habitação, que substituirá o SESME/RS, possibilitando que, em 1968,

seja constituída a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor – FEBEM/RS, pela Lei nº 5747, de janeiro de 1969, responsável a nível estadual pela política nacional do bem-estar do menor, instruída pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM (FASE, 2002).

Contudo, esse processo da mudança, desde a gestão institucional até o atendimento aos adolescentes, só inicia, efetivamente, na FEBEM/RS²¹, em 1995, passando por diferentes gestões. Em 1999, observa-se um enfrentamento mais efetivo para a construção das mudanças necessárias e urgentes na FEBEM/RS, e a Proteção Especial é alocada na Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social, onde é definido que a FEBEM é o órgão responsável pela execução das medidas socioeducativas de internação e semiliberdade. Nesse período, em 14 unidades regionalizadas, a proposta metodológica e conceitual não era uniforme e não respondia às mudanças preconizadas pelo ECA. Entre as muitas violações aos adolescentes, a falta de sistematização dos processos de trabalho, dos procedimentos nos atendimentos, oportunizando que as unidades encaminhassem a seu modo, gerava situações de ingerências sobre as ações socioeducativas realizadas na FEBEM/RS, reforçando a tão conhecida “instituição total”.

Esse caminho foi árido, como demonstra o livro *Sobrevivendo no Inferno: a violência juvenil na contemporaneidade*²², de Carmem Silveira de Oliveira, presidente da FEBEM/RS no início de 2000. Os resultados decorrentes do processo de mudança posta em curso originam, em meados de 2001, dois documentos importantes: a normatização da comissão de avaliação disciplinar nas unidades da FEBEM/RS e as orientações para o relatório avaliativo do adolescente conforme as orientações dos artigos 94 e 125 do ECA²³. Em continuidade ao percurso que foi sendo feito nos últimos dois anos, envolvendo um conjunto de profissionais da instituição FEBEM/RS, resultou no Programa de Execução das Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade – PEMSEIS.

²¹ O histórico está disponível em: <<http://www.fase.rs.gov.br/portal/index.php?menu=secretaria&subitem=1>>. Acesso em: 10 maio 2013.

²² OLIVEIRA, 2001.

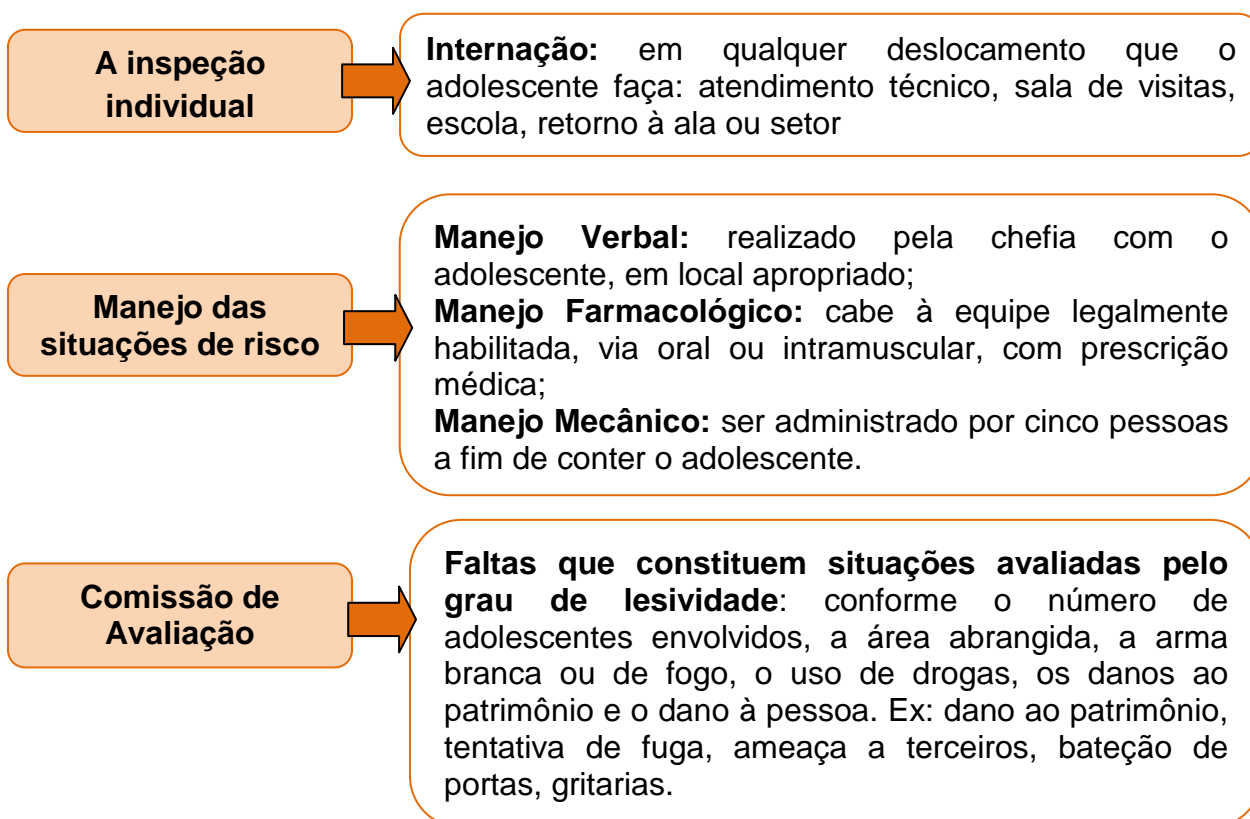
²³ Disponíveis em: <<http://www.fase.rs.gov.br>>. Acesso em: 10 maio 2013.

2.2 PROGRAMAS NORMATIVOS DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DA FASE RS

Orientada pelo Programa de Execução da Medida Socioeducativa de Internação e Semiliberdade – PEMSEIS, já mencionado detalhadamente no projeto, consta também o Manual de Gerenciamento das Ações de Segurança da FASE/RS, um documento normativo e operacional das ações de segurança, orientado pelas políticas públicas de segurança, saúde e educação, formando uma tríade no trabalho socioeducativo, no que tange aos serviços que precisam ser garantidos aos adolescentes, sem detrimento de outros direitos.

A rotina estabelecida numa unidade de atendimento socioeducativo é de tempo integral, seu funcionamento leva em conta os atos infracionais, indagando as peculiaridades individuais, as personalidades e as diversas interações entre os adolescentes e os demais funcionários, e a missão é a de assegurar o bem-estar dos profissionais e adolescentes (FASE, 2009). O quadro abaixo detalha as ações de segurança do sistema socioeducativo.

Quadro 1: Ações de segurança nas unidades do sistema socioeducativo



Todo o manejo deve ser justificado e registrado no Livro de Ocorrências, é proibido o “uso de medicamentos psicotrópicos, bem como o manejo mecânico para fins disciplinares, repressão ou obtenção de informações” (FASE, 2009, p. 38-9)

Porém, todas as ações desenvolvidas na FASE RS estão orientadas em um sentido sociopedagógico e educativo, a fim de garantir a responsabilização e a ressocialização dos adolescentes, possibilitando o acesso e a garantia dos direitos deste sujeito em desenvolvimento. É importante que as ações busquem apoio e interação com a comunidade e a família e com as articulações das políticas sociais para o atendimento dos adolescentes. As ações são de âmbito: educacional, cultural, esportivo, cursos profissionalizantes, atendimento individual e coletivo, atendimento familiar, de espiritualidade, de assistência e promoção de saúde.

2.3 POPULAÇÃO ADOLESCENTE NA FASE RS

A FASE RS possui 16 unidades de Internação e Semiliberdade, sendo: seis unidades da capital com capacidade para atender 481 adolescentes em cumprimento de medidas de Internação Provisória – IP, Internação Sem Possibilidade de Atividades Externas – ISPAE, Internação Com Possibilidade de Atividades Externas – ICPAE e Regressão de Medida do Meio Aberto, e 35 adolescentes em cumprimento de medida de Semiliberdade. Nas 10 unidades do interior do estado, a capacidade é de 299 adolescentes em cumprimento de medidas de IP, ISPAE, ICPAE e Regressão de Medida do Meio Aberto e 157 em Semiliberdade, totalizando 972 vagas de atendimento socioeducativo no RS (cf. APÊNDICE 1). No Quadro 2, temos a população da FASE RS, em junho de 2013:

Quadro 2: População da FASE por Medidas Socioeducativas, junho 2013

	Internação Provisória	ISPAE	ICPAE	Regressão de Medida	Total	Capacidade
CIP Carlos Santos*	96	16	6	12	130	104
CASE Padre Cacique	12	21	14		47	90
CSE		68	8		76	120
CASE POA I		89	18		107	62
CASE POA II		95	44		139	72
CASE Feminino	8	10	2		20	33
CASE Caxias do Sul	13	38	7	4	62	40
CASE Novo Hamburgo	31	65	8	1	105	60
CASE Passo Fundo	12	24	12		48	40
CASE Pelotas	2	33	6	1	42	40
CASE Santa Maria	9	18	12		39	39
CASE Santo Ângelo	7	10	4	2	23	40

CASE Uruguaiana	4	17	20	1	42	40
Sub Totais	194	504	161	21	880	780
Medida de Semiliberdade						
CAS – POA Masculino		11			11	20
CAS – POA Feminino		1			1	12
CAS – Caxias do Sul		10			10	15
CAS – Santa Maria		12			12	25
CAS – São Leopoldo		8			8	20
CAS – Santa Cruz do Sul		3			3	20
CAS – Passo Fundo		8			8	20
CAS – Pelotas		10			10	20
CAS – Santo Ângelo		8			8	20
CAS – Uruguaiana		13			13	20
Sub Totais		84			84	192

Fonte: Assessoria de Informação e Gestão – FASE RS, organizado por autora, 2013.

*O Centro de Internação Provisória Carlos Santos está em reformas, os adolescentes desta unidade foram transferidos para o prédio do Centro de Atendimento Socioeducativo Padre Cacique.

O contingente de adolescentes em internação é de 880, tendo o excedente de 100 adolescentes em relação à capacidade de acolhimento da instituição, enquanto que na medida de semiliberdade há 84 adolescentes em cumprimento para um total de 192 vagas. No total são 964 adolescentes em atendimento socioeducativo.

O CASE NH apresenta um excedente de 45 adolescentes na unidade, para além desta constatação, esse dado revela o crescimento deste fenômeno. Em fevereiro de 2012, dados apresentado no COMDEDICA relatavam que o CASE NH tinha uma população de 86 adolescentes, e destes 25 eram da cidade de São Leopoldo. Em maio de 2013, em reunião da Rede das Medidas Socioeducativas, os números apresentados eram de 101 adolescentes e, destes, 41 são da cidade de São Leopoldo. Observamos que na unidade de semiliberdade o número de adolescente é inferior à disponibilidade de atendimento.

3 CAMPO DE PESQUISA: CENTRO DE ATENDIMENTO DE SEMILIBERDADE – CAS SÃO LEOPOLDO

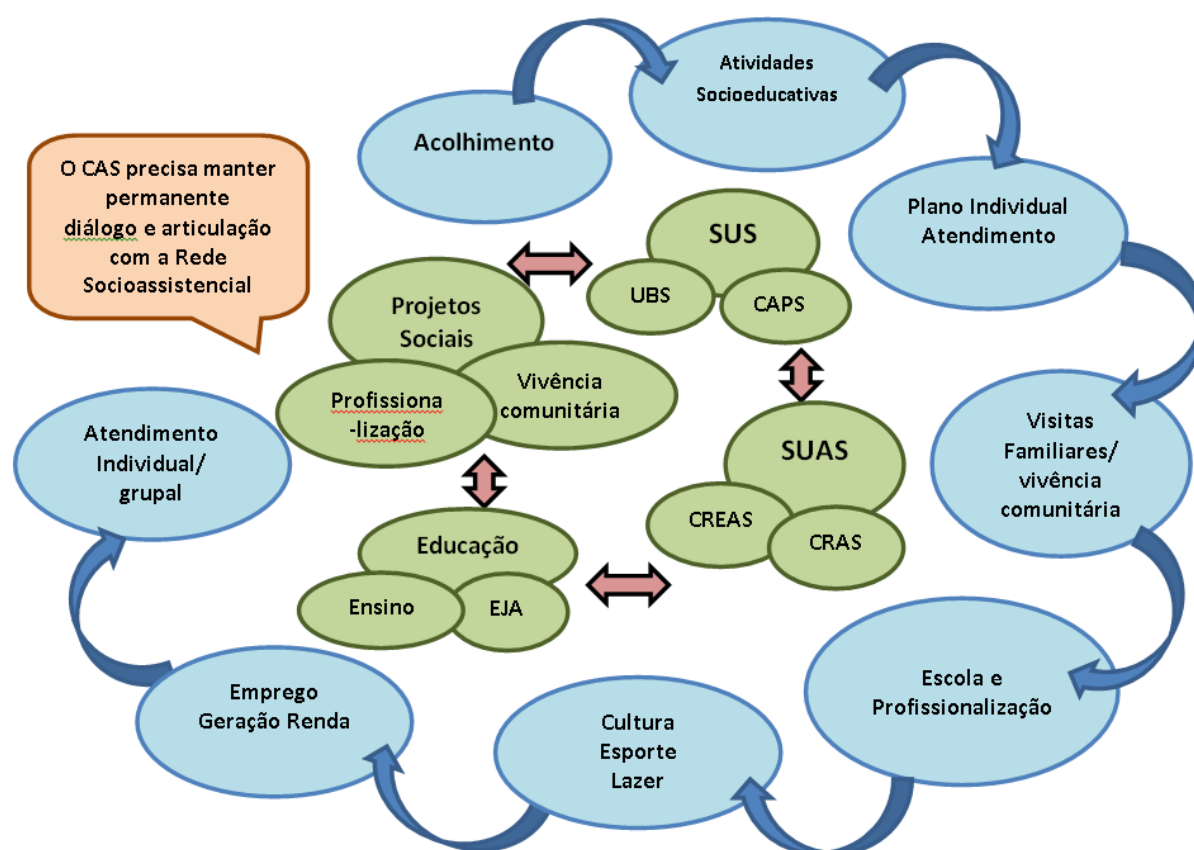
3.1 O PROGRAMA DE SEMILIBERDADE

A medida de semiliberdade tem como foco a convivência familiar e comunitária, e desenvolve ações coletivas dentro e fora da unidade de atendimento (VOLPI, 1997, PEMSEIS, 2002). A FASE RS, em 2013, formulou o programa de semiliberdade que orienta e uniformiza os procedimentos e relatórios, estando

articulada ao CASE Regional, entretanto os Centros de Atendimento de Semiliberdade, agora denominados de CAS²⁴, mantêm autonomia como instituição.

O objetivo do CAS, conforme o Programa de Semiliberdade, consiste em desenvolver a autonomia, a responsabilidade, proporcionando uma reflexão crítica com os adolescentes a partir das suas vivências, estabelecendo novos vínculos e relações com a comunidade, a fim de uma inclusão social (FASE, 2012, p. 17). A articulação em rede e o acesso às políticas devem representar um fluxo permanente de ações intersetoriais envolvidas no atendimento destes adolescentes, na medida de Semiliberdade. O Quadro 3, abaixo, demonstra como o fluxo de atendimento é pensando num processo que articula as políticas e os recursos comunitários no atendimento socioeducativo da semiliberdade.

Quadro 3: Fluxo do atendimento da Medida de Semiliberdade



Fonte: Programa de Semiliberdade – FASE RS, organizado pela autora, 2013

O adolescente, quando inicia o cumprimento da medida socioeducativa, ao entrar na unidade de atendimento, é recebido por um técnico. O primeiro

²⁴ No projeto a instituição ainda denominava-se CASEMI; em 2013, com a constituição do programa de medida socioeducativa, foi renomeado como Centro de Atendimento em Semiliberdade – CAS.

procedimento é o acolhimento, onde são informados ao adolescente e seus familiares o funcionamento da medida, da casa, as regras, e já são feitas as primeiras combinações. Em caso de uma progressão de medida socioeducativa, ou seja, quando o adolescente vem da unidade de internação da FASE, deve acontecer o círculo de adesão, isto é, o acolhimento do adolescente deve ser realizado pelas duas equipes: do CASE e do CAS, objetivando esclarecer a nova medida e dar os encaminhamentos necessários para a continuidade do PIA. Entretanto, no período de imersão ao campo, não tomamos conhecimento da ocorrência desta atividade no CAS. Após o acolhimento o adolescente passa pelas avaliações das áreas de psicologia, serviço social e enfermagem, com o fim de elaboração dos PIAs específicos.

3.2 DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE ANÁLISE: CENTRO DE ATENDIMENTO DE SEMILIBERDADE – CAS SÃO LEOPOLDO

O CAS atende em uma casa residencial alugada e se localiza no bairro Cristo Rei, do Município de São Leopoldo, considerado um bairro de classe média alta. O bairro é um dos mais antigos da cidade, com poucos prédios residenciais e algumas empresas; as casas são todas de alvenaria e amplas, com pátios cercados.

A escolha do bairro para a localização do CAS buscou responder às orientações do PEMSEIS, que deve ser uma casa, em local de fácil acesso e locomoção entre os espaços de atendimento, equipamentos sociais e recursos da comunidade. O CAS sofreu forte rechaço por parte dos moradores do bairro, quando da sua instalação há quatro anos, resultando em um abaixo-assinado, em matérias em jornais da cidade e em visita à Câmara de Vereadores. A instituição executora, o Círculo Operário Leopoldense, articulou-se com o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente – COMDEDICA, com o Juizado da Criança e do Adolescente, estabelecendo diálogos com a comunidade, e buscou mostrar o trabalho que estava sendo desenvolvido, o que era e como funcionava a medida de Semiliberdade e como o funcionamento da casa não modificaria a rotina do bairro. Mesmo com algumas resistências, o CAS encontra-se localizado neste mesmo bairro, há quatro anos, sem nenhuma ocorrência de problemas com a comunidade.

A casa é adaptada, para responder à finalidade a que se propõe e adequar-se às exigências normativas do SINASE (2012). O pátio é cercado com grades, como as outras residências do bairro. A casa é mobiliada com doações e móveis provenientes de outros projetos sociais e instituições e não tem identificação da FASE RS. Ela tem a capacidade de atender 20 adolescentes e seu quadro de funcionários é constituído de uma psicóloga, um pedagogo (diretor da unidade), uma assistente social, uma advogada (recém-contratada), uma enfermeira, oito socioeducadores, uma auxiliar administrativa, uma de serviços gerais e uma cozinheira.

A casa tem horário e tarefas estabelecidas com os adolescentes. O horário de levantar, para quem permanece na casa, é das 07h30min às 08h00min, e o café da manhã é servido até as 8h30min. Todos fazem as tarefas estabelecidas de organização e limpeza da casa e, depois, têm o tempo livre para organização pessoal. O almoço é servido às 11h30min e, após, há um horário de descanso até as 13h00min, sendo este o único horário em que é permitido dormir ou ficar deitado. A tarde é o horário que concentra as diferentes atividades socioeducativas. Contudo, pelas diferentes realidades de cada adolescente, observou-se que havia aqueles que trabalhavam durante o dia e estudavam à noite, outros que somente trabalhavam e aqueles que estavam estudando. Todos os horários são combinados e o adolescente tem autorização para permanecer nas suas atividades até o horário preestabelecido.

3.3 ENTRADA EM CAMPO

As negociações de entrada em campo foram feitas após a emissão de parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos. A primeira visita ao CAS ocorreu em novembro de 2012. Tendo sido acompanhada por um socioeducador à direção, fui posteriormente apresentada a todos da casa. Combinamos a permanência na instituição durante três dias na semana, em horários intercalados, por dois motivos: 1) devido ao uso da sala pela equipe e 2) devido ao acesso aos prontuários dos adolescentes. A presença em campo perdurou por cinco meses.

No início da pesquisa havia no CAS 11 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, alguns estavam trabalhando e estudando, outros só

trabalhavam, alguns já estavam estudando e fazendo cursos; alguns ainda não tinham retornado para a escola. Durante esse período alguns tiveram extinção de medida, outros chegaram e evadiram e alguns permanecem. Em final de junho, havia oito adolescentes no CAS.

Pela constância e permanência ao longo dos cinco meses, as informações obtidas pela pesquisa documental entrecruzaram-se com as falas dos técnicos, socioeducadores e dos adolescentes. No segundo mês de pesquisa, tivemos o apoio e o trabalho de duas bolsistas a fim de contribuir na coleta de dados nos prontuários. É importante ressaltar que os prontuários dos adolescentes são documentos que devem ser guardados em sigilo, conforme o art. 247 do ECA. Para isso, obtivemos todas as autorizações necessárias e pactuamos com a equipe as condições de acesso aos mesmos, as anotações feitas trataram apenas das questões pertinentes à pesquisa.

Esse tempo de imersão no campo nos permitiu coletar, sistematizar e analisar diversos materiais, além de uma observação cotidiana da instituição. Portanto, o presente relatório descreve o percurso da pesquisa, relatando os procedimentos, as evidências encontradas, analisando-as conforme a proposta desenvolvida no Projeto, a fim de responder ao problema da pesquisa e seus objetivos. Foi utilizada a metodologia de Estudo de Caso, de Robert Yin (2001, p. 32), definido como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real”.

4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Avaliamos essa metodologia como própria para estudar as condições contextuais pertinentes ao fenômeno, onde tivemos a intencionalidade de aprofundar a compreensão de como o cumprimento das medidas socioeducativas afeta a saúde dos adolescentes e qual a atenção dispensada a eles no âmbito da atenção integral.

A pesquisa delineou três procedimentos de coleta de dados: a pesquisa documental, entrevistas focais e a observação participante, objetivando a triangulação de dados que, segundo Yin (2001), oportuniza convergências que colaboram na investigação. Esses procedimentos foram organizados em três fases. Na primeira fase realizamos o desenvolvimento dos protocolos (Cf. APÊNDICE D)

para a coleta dos dados nos prontuários dos adolescentes, das entrevistas com os adolescentes, e para a observação participante na Rede das Medidas Socioeducativas. A segunda fase constituiu-se da entrada no campo para a coleta dos dados, o que oportunizou a aproximação de outras fontes de evidências. Neste âmbito foi importante conhecer o espaço físico e as suas normas e regras, os adolescentes e suas linguagens, a convivência com a equipe técnica, o cotidiano do atendimento da instituição e as diversas histórias vividas e contadas por esse coletivo de pessoas.

A terceira fase foi a da categorização e classificação dos achados, priorizando, segundo a proposta de estudo de caso, uma análise do que e por que devia ser analisado, a fim de responder objetivamente às questões de pesquisa. Descreveremos, a seguir, partindo dos procedimentos e em sintonia com os objetivos e questões norteadoras, uma síntese dos achados e possíveis enunciados, para desvelar a realidade pesquisada em suas múltiplas formas de traduzir-se. Esses “achados” representam possibilidades de pensarmos várias questões pertinentes à atenção integral à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade e suas implicações ao sistema socioeducativo e à rede socioassistencial.

Como a pesquisa exigiu um período longo de estar em campo e interfaces com lugares e sujeitos, o diário de campo foi uma maneira de registrar impressões desde o espaço físico do CAS, do CASE NH e da FASE até as histórias contadas por diferentes atores do sistema socioeducativo. Contribuiu, primordialmente, para organizar as experiências vividas e dar voz aos sentimentos que foram brotando durante a estada no CAS e às vivências possibilitadas pela constância de tempo. Revelou-se como importante ferramenta, também, para a construção deste relatório, organizando ideias, sequências e percepções.

4.1 REGISTROS DOCUMENTAIS: OS DADOS DO PERCURSO SOCIOEDUCATIVO

A pesquisa documental mostrou-se como um procedimento contundente sobre a realidade que propúnhamos estudar. Dela vem um aporte de achados da realidade dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade. Será deste repertório de dados que vamos inferir

nossa investigação e articular esse procedimento aos demais que foram realizados, a fim de apontar descobertas e questões relevantes.

No transcorrer dos inúmeros atendimentos, encaminhamentos, fichas e relatórios, o adolescente que cumpre uma medida socioeducativa tem sua vida transcrita e enunciada em diversos instrumentos, os quais são reunidos e guardados em uma pasta nomeada de prontuário. O prontuário do adolescente transita entre as unidades do sistema socioeducativo até a medida ser extinta, sendo seu último destino a FASE RS. Os prontuários analisados chegavam a ter mais de 100 páginas, o que dificultou muito a pesquisa e a extração dos dados, se fazendo necessário percorrer todo o prontuário para localizar as informações. Por outro lado, nesses documentos se revelou o modo de operar e normatizar a ressocialização do adolescente, ora garantindo seus direitos ora violando-os, numa complexa trama do que fazer, como melhor atender, quais são as respostas e quais os efetivos meios de garanti-los.

Para a pesquisa documental foram utilizados dois instrumentos, a fim de colaborar com a posterior análise dos dados coletados: uma planilha, contendo os dados do perfil do adolescente no âmbito sociodemográfico e das medidas socioeducativas e o protocolo construído com base nas orientações e nas fichas que compõem o Plano Individual de Atendimento – PIA, fichas padronizadas pela FASE RS, por área de atendimento, e que são utilizadas para as primeiras avaliações sobre o adolescente quando da sua entrada na unidade (Cf. APÊNDICE D).

A estratégia para a coleta dos dados foi realizada adotando como instrumento o protocolo impresso para cada prontuário e a planilha foi sendo preenchida diretamente no computador. Iniciamos a coleta dos dados pelos prontuários dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade que estavam na unidade. Depois disso, selecionamos todos os prontuários que estavam sob a guarda do CAS e os ordenamos por ano, obtendo a amostra de pesquisa de 29 prontuários entre os anos de 2010 a 2012 dos adolescentes residentes em São Leopoldo. Destes, 19 traziam dados de cumprimento de medidas de internação provisória e internação no CASE NH.

Após a organização dos documentos iniciamos a segunda fase, que se constituiu da leitura dos prontuários. Logo no início do manuseio dos documentos, nos deparamos com uma questão: qual era o número de adolescentes de São

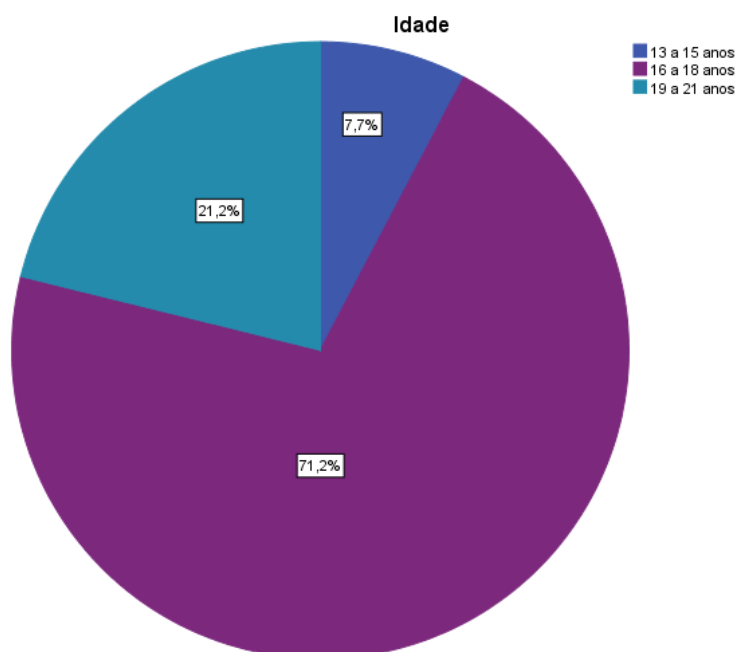
Leopoldo que cumpriram medida socioeducativa de semiliberdade no período de 2010 a 2012? Os prontuários que estavam na instituição representavam apenas uma parcela desse universo, pois o prontuário acompanha o adolescente durante todo o cumprimento das medidas socioeducativas aplicadas pelo Juizado e, por isso, muitos desses prontuários estavam em outra unidade ou, mesmo, já entregues ao CASE NH ou à FASE RS para o arquivamento. Já o Juizado da Infância e Juventude, bem como a Fase, que poderiam disponibilizar esses dados, não responderam às nossas solicitações, até o encerramento da coleta de dados.

Frente a essas dificuldades de acesso aos dados oficiais, buscamos as fontes disponíveis. Por isso também coletamos os dados do Fichário do CAS, um instrumento organizado pela equipe técnica onde constam dados pertinentes à identificação do adolescente que cumpriu medida de semiliberdade. Construimos outra planilha para a coleta desses dados, o que permitiu identificar 52 adolescentes da cidade de São Leopoldo no período de 2010 a 2012. Desse universo foi possível compor um perfil geral sobre os adolescentes, os atos infracionais e as medidas aplicadas. Porém, a análise documental dos PIAs abrangeu 29 adolescentes, cujos prontuários estavam sob a guarda do CAS.

4.1.1 Perfil dos adolescentes do CAS no período de 2010 a 2012

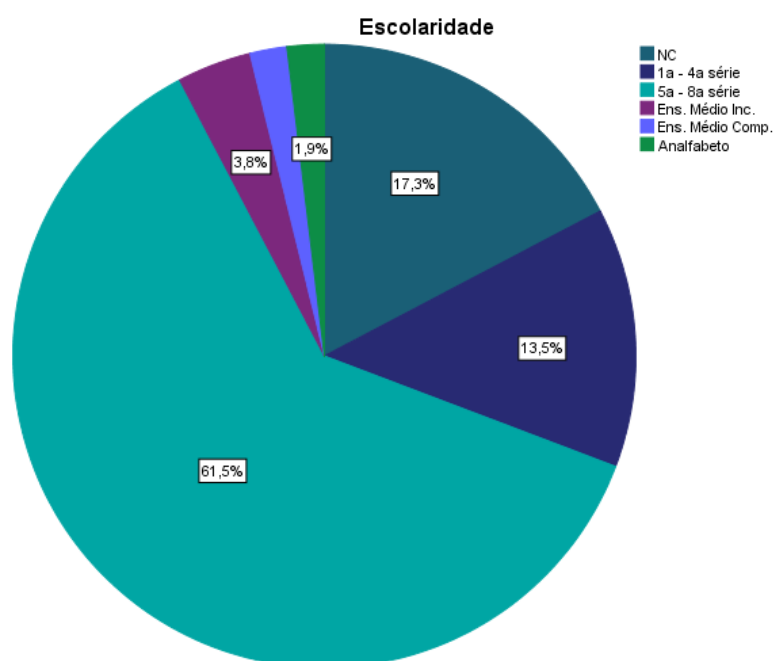
O perfil dos 52 adolescentes residentes na cidade de São Leopoldo foi composto das seguintes informações disponíveis: idade, bairro, escolaridade, ato infracional e período de execução da medida de semiliberdade.

Gráfico 1: Idade dos Adolescentes em Medida de Semiliberdade – 2010 a 2012



Dos 52 adolescentes, 71,2% estavam na faixa etária dos 16 aos 18 anos (37 adolescentes), seguidos de 21,2% dos 19 a 21 anos (11 adolescentes) e 7,7% nas idades de 13 a 15 anos (4 adolescentes).

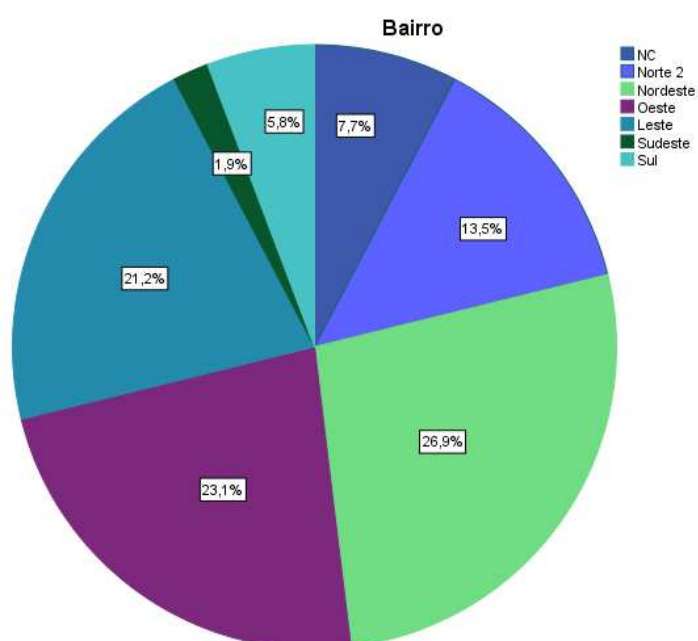
Gráfico 2: Escolaridade dos adolescentes em Medida de Semiliberdade – 2010 a 2012



Dos 52 adolescentes da amostra, 32 estavam entre a 5ª a 8ª séries do ensino fundamental (61,5%), representado a maioria dos adolescentes; sete estavam entre a 1ª a 4ª séries do ensino fundamental (13,5%); apenas dois adolescentes estavam cursando o ensino médio (3,8%).

Os dois gráficos acima demonstram fenômenos comuns às populações em vulnerabilidade no Brasil: a defasagem idade/série, bem como a evasão escolar. A maioria dos adolescentes entre as idades de 16 e 18 anos não tinha o ensino fundamental completo.

Gráfico 3: Regiões da cidade de São Leopoldo onde os adolescentes residiam – 2010 a 2012



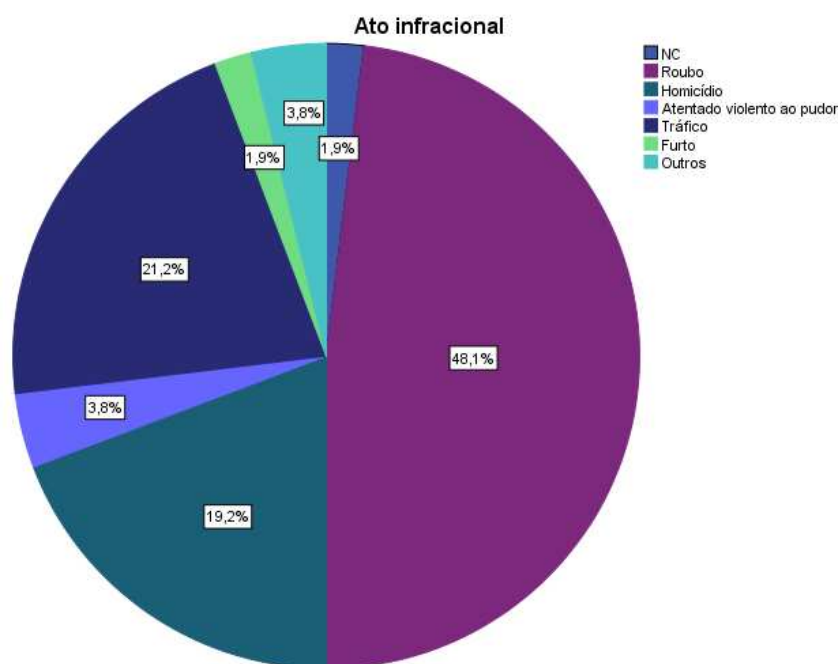
Os bairros foram categorizados por regiões da cidade, conforme o orçamento participativo em função da representatividade do universo: a região Nordeste concentra o maior número, 14 adolescentes (26,9%); em seguida, a região Oeste, 12 adolescentes (23,1%); a região Leste, com 11 adolescentes (21,2%); a região Norte 2 com sete adolescentes (13,5%); a região Sul com três adolescentes (5,8%); e a Sudeste com um adolescente (1,9%). Esse dado não constava na ficha de quatro adolescentes (7,7%). Não constou nenhum adolescente da região Norte 1 da cidade de São Leopoldo.

Quanto aos bairros da cidade de São Leopoldo, podemos observar que as regiões Nordeste, Oeste e Leste concentravam o maior número de adolescentes, isto é, 38 dos 52 adolescentes da amostra (71,2%). A região Nordeste é constituída

pelos bairros Rio dos Sinos e Santos Dumont. Nos últimos anos, essa região, em especial o bairro Santos Dumont, apresentou um crescimento populacional significativo. Segundo o IBGE (2010), é o segundo bairro mais populoso da cidade de São Leopoldo e nos últimos anos foram executados diferentes projetos nessa região: ampliação da linha do trem, Programa de Aceleração do Crescimento – PAC e inúmeros empreendimentos habitacionais.

Na região Oeste da cidade, agrupam-se os bairros São Miguel e Vicentina. Este último concentra projetos como Território da Paz, Mulheres da Paz e o Projeto de Proteção de Jovens em Território Vulnerável – PROTEJO. É uma região considerada de alta vulnerabilidade social. Não menos expressiva é a região Leste da cidade, que corresponde ao bairro Feitoria, um dos bairros antigos da cidade e o segundo em densidade populacional, onde se observa um conjunto de organizações sociais com desenvolvimento de projetos sociais.

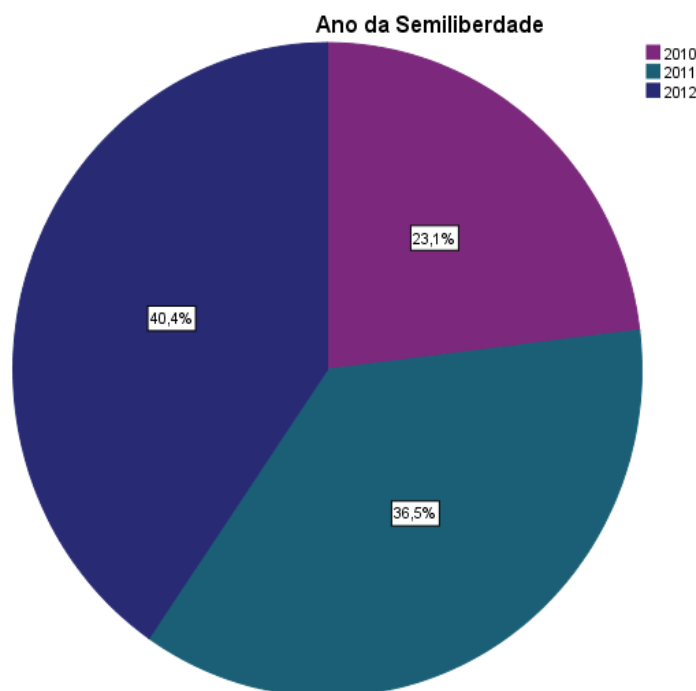
Gráfico 4: Ato infracional cometido pelo adolescente – 2010 a 2012



Conforme o Gráfico 4, observamos que o ato infracional mais cometido pelos adolescentes da amostra é o roubo, com um percentual de 48,1%. Em segundo lugar o tráfico, com 21,1%, sendo 11 adolescentes; e o homicídio, com 19,2%, que representa 10 adolescentes. Quanto à tipificação do ato infracional, se somarmos o roubo, o tráfico e o homicídio, temos o total de 46 dos 52 adolescentes, o que

aponta o envolvimento dos adolescentes em atos infracionais considerados graves. Numa frequência menor, aparecem os atos infracionais: atentado violento ao pudor e furto; e na categoria “outros” temos ocultação de cadáveres, estupro, extorsão e receptação.

Gráfico 5: Ano do cumprimento da Medida de Semiliberdade – 2010 a 2012



Em 2010, havia 12 adolescentes (23,1%) em cumprimento de medida socioeducativa, em 2011 foram 19 adolescentes (36,5%), enquanto que em 2012 foram 21 adolescentes (40,4%). Percebemos um aumento gradativo no número de adolescentes que estiveram no CAS em cumprindo da Medida Socioeducativa de Semiliberdade.

Portanto, os dados demonstraram que os adolescentes tinham na maioria entre 16 a 18 anos, não possuíam ensino fundamental completo, residiam em bairros com grande densidade populacional, considerados periféricos. Quanto aos atos infracionais praticados por eles, caracterizam-se como graves e o ano de 2012 foi o que mostrou o maior número de adolescentes de São Leopoldo que cumpriram medida socioeducativa de semiliberdade.

A seguir, apresentaremos dados detalhados dos perfis dos 29 adolescentes que constituíram o corpus de pesquisa aos prontuários, especificamente aos Planos Individuais de Atendimento – PIAs.

4.1.2 Análise dos Planos Individuais de Atendimento – PIAs

Conforme já evidenciado, o prontuário é composto por todos os documentos produzidos desde que o adolescente cometeu o ato infracional e gerou um processo no Juizado da Infância e da Juventude até a extinção da medida socioeducativa.

a) De que adolescentes estamos falando?

A análise realizada forneceu um conjunto de dados, detalhando o perfil destes adolescentes. Observamos no Quadro 4 as variáveis idade, etnia e situação civil:

Quadro 4: Caracterização dos Adolescentes quanto à idade, etnia e situação civil
– 2010 a 2012

Idade	N	%	Etnia	N	%	Situação Civil	N	%
14 e 15 anos	6	21%	Branca	27	93%	Solteiro	22	76%
16 a 18 anos	20	69%	Parda	1	3,5%	Solteiro com filho	6	20,5%
19 a 20 anos	3	10%	Não consta	1	3,5%	Não Consta	1	3,5%
Total	29	100%		29	100%		29	100%

Fonte: prontuários dos adolescentes, organizado pela autora, 2013.

Reafirmando dados de outros estudos sobre os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, a população adolescente tinha na sua maioria a idade entre 16 e 18 anos. Quanto à etnia observa-se que 93% foram considerados brancos, segundo o preenchimento dos documentos. Esse índice também aparece em outro estudo feito no RS (DAVOGLIO; GAUER, 2011), destoando dos dados nacionais, que indicam a maioria desta população sendo adolescentes afrodescentes (SILVA; GUERESI, 2003; BRASIL, 2006; CARMO et al., 2011; MENICUCCI; CARNEIRO, 2011; MARTINS; PILLON, 2008; SENA; COLARES, 2008).

Quadro 5: Naturalidade e procedência dos adolescentes – 2010 a 2012

Naturalidade	N	%	Bairros	N	%	Bairros	N	%
São Leopoldo	18	62%	Feitoria	8	27%	Pe. Reus	3	10,5%
Cidades do Vale do Rio dos Sinos	6	21%	Campina	1	3,5%	Progresso	1	3,5%
Cidades do Estado RS	3	10%	Arroio da Manteiga	4	14%	Santos Dumont	5	17%

Outros Estados	1	3,5%	Morro do Paula	1	3,5%	Santo André	1	3,5%
Não Consta	1	3,5%	São Miguel	2	7%	São Geraldo	1	3,5%
			Vila Duque	1	3,5%	Vicentina	1	3,5%
Total	29	100%	Total	29	100%			100%

Fonte: prontuários dos adolescentes, organizado pela autora, 2013.

A maioria dos adolescentes nasceu na cidade de São Leopoldo e residia nela quando do cometimento do ato infracional. Os bairros com maior concentração de adolescentes são Feitoria (27%), seguido de Santos Dumont (17%) e o Arroio da Manteiga (14%). Esses locais encontram-se nas regiões com maior densidade populacional e são considerados bairros da periferia de São Leopoldo. Observa-se que o bairro Pe. Reus, região central da cidade, apresenta um percentual expressivo de 10,5% de adolescentes, no entanto, se deve ao fato de que neste bairro localiza-se a Casa de Acolhimento mantida pela Prefeitura, endereço residencial de alguns adolescentes.

Quadro 6: Escolaridade dos adolescentes e permanência na escola – 2010 a 2012

Escolaridade	N	%	Estavam na escola?	N	%
1ª a 4ª série	1	3,5%	Sim	9	31%
5ª a 8ª série	25	86%	Não	18	62%
Ens. Méd. Inc.	2	7%	Não consta	2	7%
Não Consta	1	3,5%			
Total	29	100%		29	100%

Fonte: prontuários dos adolescentes, organizado pela autora, 2013.

Os altos índices de evasão e de baixa escolaridade reafirmam estudos que revelam que adolescentes em conflito com a lei tendem a ter poucos anos de estudos, elevado índice de abandono da escola por diferentes motivos, como defasagem idade/série, necessidade de trabalhar, desestímulo no processo de aprendizagem devido a reprovações (DESTRO; SOUZA, 2004; ASSIS; CONSTANTINO, 2005; PRIULI; MORAES, 2007; GALLO; WILLIAMS, 2008).

Quadro 7: Situação sociofamiliar dos adolescentes – 2010 a 2012

Ocupação	N	%	Residiam com	N	%	Renda familiar	N	%
Vínculo Informal	15	52,%	Pais	9	31%	Até 1 salário mín.	1	3,5%
Vínculo formal	6	20,5%	Mãe	8	27%	1 a 2 salários mín.	11	37,5%
Não trabalhava	6	20,5%	Companheira	4	14%	2 a 3 salários mín.	2	7%
Não consta	2	7%	Pai	2	7%	Não Consta	15	52%
			Casa de Acolhimento	2	7%			
			Outros	2	7%			
			Não Conta	2	7%			
Total	29	100%		29	100%			100%

Fonte: prontuários dos adolescentes, organizado pela autora, 2013.

Da situação social e familiar destes adolescentes, os dados mostram que 72,5% trabalhavam e 65% tinham vínculos familiares preservados na época da prática do ato infracional. Entretanto, apenas um terço deles residia com pai e mãe e 7% estavam morando em Casa de Acolhimento. Referente à renda familiar, 52% dos prontuários não continham essa informação. Do universo disponível, 37,5% estavam na faixa de até dois salários mínimos, o que demonstra que a necessidade dos adolescentes de trabalharem relacionava-se entre outras coisas com as condições de sobrevivência da família.

Quadro 8: Dados referentes ao cometimento do ato infracional – 2010 a 2012

Ano do Cometimento	N	%	Quantidade de Atos Infracionais	N	%	Tipos de Ato Infracional	N	Procedência do Ato Infracional	N	%
2005	1	3,5%	1	15	52%	Roubo	14	São Leopoldo	25	86%
2008	5	17,5%	2	9	31%	Tráfico	10	Vale do Sinos	2	7%
2009	3	10%	3	2	7%	Porte ilegal de arma	5			
2010	5	17%	4 ou mais	3	10%	Tentativa Homicídio	4	Cidade RS	1	3,5%
2011	9	31%				Homicídio	3	Não Consta	1	3,5%
2012	5	17,5%				Lesão corporal	2			
Não Consta	1	3,5%				Atentado violento ao pudor	2			
						F. quadrilha	1			
						Assalto	1			
Total	29	100%		29	100%		42		29	100%

Fonte: prontuários dos adolescentes, organizado pela autora, 2013.

Entre os anos de 2005 e 2009, estão concentrados 31% dos atos infracionais cometidos, o que revela haver um intervalo temporal significativo entre a prática do ato infracional e o cumprimento da medida socioeducativa. Entretanto, o ano de 2011 foi o que apresentou maior percentual de adolescentes que cometeram ato infracional. No que reporta à quantidade de atos infracionais, chama a atenção a equivalência entre aqueles que cometeram apenas um ato infracional (52%) e os demais que cumpriam medidas relativas a dois ou mais atos infracionais (48%). Esse dado pode sugerir uma tendência de iniciação de itinerários de atos delituosos, assim como de ingressos ao sistema socioeducativo com o progressivo aumento da gravidade dos mesmos.

Quanto à tipificação dos atos infracionais e em consonância com o perfil geral dos 52 adolescentes já atendidos pelo CAS-São Leopoldo, observou-se que o roubo

somado ao porte ilegal de arma, a tentativa e o homicídio qualificado representavam 69% dos atos cometidos. Esses atos infracionais são classificados como graves conforme o ECA, e os dados revelaram que 86% foram cometidos na cidade de São Leopoldo e por adolescentes residentes nela. A gravidade dos atos infracionais também indica a vulnerabilidade e risco dos adolescentes em relação às ameaças internas e externas dos rivais e desafetos envolvidos nos delitos. Nessa direção, um dado que revelou a fragilidade da segurança e da proteção destes adolescentes foram as mortes envolvendo os adolescentes durante o cumprimento da medida socioeducativa ou após esse. Nos anos pesquisados foram identificados três falecimentos, e dois deles estavam registrados como homicídio. Contudo, essa realidade pode ser ainda mais grave, visto que a obtenção desses dados ocorreu ou por contato de familiares ou por divulgação em meios de comunicação locais, com o que podemos pensar que outros óbitos possam ter ocorrido e não terem sido informados à instituição.

Quadro 9: Ano de abertura do processo e Medidas Socioeducativas aplicadas pelo Juizado da Infância e Juventude – 2010 a 2012

Ano do Processo	N	%	Medidas Socioeducativas Aplicadas	N	%
2010	4	14%	I.P + ISPAE+ICPAE ²⁵ +Semiliberdade	8	27%
2011	13	45%	I.P + ISPAE+ICPAE+ Meio Aberto + Semiliberdade	2	7%
2012	12	41%	I.P +Semiliberdade	7	24%
			Semiliberdade	10	35%
			I.P + ISPAE + Semiliberdade + Tratamento para Drogadição	2	7%
Total	29	100%		29	100%

Fonte: prontuários dos adolescentes, organizado pela autora, 2013.

O ano de 2011 concentrou 45% dos processos julgados pelo Juizado da Infância e da Juventude. Observamos que a medida socioeducativa de semiliberdade aplicada como primeira medida representou 35%, enquanto que 65% das medidas aplicadas foram de internação, posteriormente com progressão de medida. Percebe-se pelos dados que 7% das medidas aplicadas acresceram medidas protetivas, no caso, tratamento da drogadição.

Esse perfil sobre o adolescente contribuiu para entender quem eram eles, e minimamente aponta para como viviam, que possibilidades eles acessavam no âmbito da educação e trabalho, e quais foram os atos praticados e as medidas socioeducativas a eles aplicadas. Na sequência iremos percorrer os itinerários desta

²⁵ I.P = Internação Provisória; ISPAE = Internação Sem Possibilidade de Atividade Externa; ICPAE= Internação Com Possibilidade de Atividade Externa.

entrada no sistema socioeducativo, buscando perceber os cuidados e a atenção a eles dispensados durante o atendimento.

b) O Itinerário da porta de entrada do sistema: os Planos Individuais de Atendimento – PIAs

Como o *locus* da pesquisa foi o CAS de São Leopoldo, os prontuários analisados vieram tanto das medidas de internação provisória, internação e semiliberdade, ou seja, suas procedências dentro da instituição eram diversas, mas os protocolos de ingresso eram os mesmos, pelo menos em relação à avaliação inicial, que ocorre por meio do PIA.

Na primeira fase, procedemos à leitura do Protocolo de cada PIA sobre cada adolescente, procurando identificar as estruturas significativas, repetidas e dissonantes dos registros, tanto em relação ao sujeito avaliado quanto em relação aos procedimentos e cuidados a ele designados. Como achado geral e que se confirma na fase seguinte, destacamos a padronização dos discursos, sobretudo em dois aspectos: em relação ao que se “diz” sobre o adolescente, isto é, ao preenchimento normativo daquilo que o formulário interroga, muitas vezes com informações repetidas; e em relação ao que “não se diz” sobre o adolescente, cujo preenchimento incompleto dos questionários deixa evidentes os poucos registros substanciais sobre sua vida. Pela leitura dos Pias, tem-se a ideia sobre as circunstâncias de vida do adolescente infrator, especialmente aquelas relacionadas ao delito e ao papel da instituição em cumprir com as normas e rotinas prescritas, em detrimento de outros aspectos de sua vida.

Na segunda fase, para analisar os itinerários dos adolescentes relativos às demandas e cuidados de saúde, por meio dos PIAs, utilizamos como parâmetros as prerrogativas dispostas no PEMSEIS (2002), no SINASE (2006) e no Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (2005), expostas no Capítulo 6 do Projeto de Pesquisa. As categorias selecionadas para esse procedimento, cuja descrição completa encontra-se no Apêndice 3, foram: situação jurídica; contexto familiar e social, saúde física e mental, aspectos comportamentais; relacionamento interpessoal; perspectiva do adolescente; encaminhamentos e

proposta de atendimento. O quadro-síntese dos resultados desta fase de pesquisa apresentou as seguintes evidências:

Quadro 10: Quadro-síntese dos resultados de análise dos PIAs

1. Situação Jurídica
<ul style="list-style-type: none"> a) Essas informações são preenchidas em todos os PIAs; b) As informações são produzidas para responder às normativas do sistema: a fim de localizar e categorizar o adolescente, na ótica do ato infracional.
2. Contexto social e familiar
<ul style="list-style-type: none"> a) Narrativas cujos padrões descritivos se repetem, com ausência da história de vida do adolescente e das suas expectativas; b) Observações parcelares sobre os adolescentes e a condição socioeconômica da família; d) Silêncio ou silenciamento do adolescente?
3. Saúde física e mental
<ul style="list-style-type: none"> a) Os registros importantes sobre a saúde mental dos adolescentes são incompletos, fragmentados e contraditórios; b) Ausência de uma visão avaliativa integral da saúde do adolescente: os registros seguem padrões de negação e afirmação de sintomas de forma homogênea: estado mental dos adolescentes: sem perturbação mental, lúcido; orientado em tempo, lugar e pessoa; normavigil, normatenaz; sem alucinações; Inteligência: não testada; Pensamento: lógico, agregado; Linguagem monossilábica; Juízo crítico: preservado; c) Apesar da descrição acima, 19 adolescentes foram enquadrados em hipóteses diagnósticas de Transtorno Mental e de Comportamento – TMC / SPAS (7 casos), Desvio de Conduta (5 casos), TMC e Desvio de Conduta (6 casos) e Transtorno Afetivo Bipolar (1 caso), nos demais PIAs não havia preenchimento da hipótese diagnóstica; d) Não há prescrições de exames complementares para confirmação das hipóteses diagnósticas acima, em nenhum dos prontuários pesquisados; e) Dados desconhecidos entre um PIA e outro; h) Informações parcelares sobre uso de Substâncias Psicoativas, havendo nove adolescentes em situação de consumo.
4. Aspectos Comportamentais
<ul style="list-style-type: none"> a) Registros parcelares; b) Comportamento dos adolescentes, quando descritos, relacionados a medo e apreensão em relação aos itinerários e “destinos” institucionais.
5. Relacionamento interpessoal
<ul style="list-style-type: none"> a) Informações parcelares b) Ausência de registro sobre outras experiências de relações (comunitárias, sociais, afetivas).
6. Encaminhamento e proposta de atendimento
<ul style="list-style-type: none"> a) Encaminhamentos realizados pelos diferentes técnicos; b) Acesso a direitos sociais: educação, saúde e a profissionalização; c) Registros de indicação clínica prioritariamente medicamentosa: paracetamol e

plasil se necessário em todos os prontuários;

d) Dos 29 PIAs, 13 registram consumo de medicamentos, sendo os mais prescritos: Amitriptilina (antidepressivo e antimaníaco); Clorpromazina (antipsicótico), Carbamazepina (Anticonvulsivantes)²⁶;

e) O cuidado transformado em rotinas de cumprimento das normas de higiene e conduta.

7. Perspectiva do adolescente

a) Registro da visão do adolescente sobre a internação somente em uma área;

b) Esse “vazio” está condizente com a ênfase dada àquilo que o adolescente representa em termos de responsabilidade para a instituição (cumprimento de ritos e normas) e de sua responsabilização pelo ato infracional cometido.

Fonte: prontuários dos adolescentes, organizado pela autora, 2013.

É importante pontuar que a evidência expressiva de subpreenchimento dos PIAs não pode ser tomada como sinônimo de aparente descuido ou descaso dos técnicos que prestam atendimento direto aos adolescentes. À parte situações isoladas que podem ocorrer, o que se constatou na análise de todo o arcabouço normativo e operacional que envolve o cumprimento das medidas socioeducativas de privação e restrição de liberdade é a extrema carga de informações e procedimentos que precisam ser realizados e registrados pela equipe. Parece haver uma lacuna entre aquilo que se “planeja” como ideal, nesse caso, como garantia de direitos e aquilo que é possível de se realizar, no cotidiano das unidades que, em geral, operam condições de trabalho e de recursos humanos deficitários. Essa evidência também comparece nos achados da observação realizada junto às reuniões da rede socioeducativa, motivo pelo qual trataremos dela em outro momento.

Explicitados o modo e o conteúdo de preenchimento dos PIAs, queremos descrever outras evidências encontradas neste percurso de leitura dos prontuários. São elementos que poderão contribuir numa explanação mais ampla do fenômeno que está sendo estudado.

No extenso e complexo “ritual” de entrada no sistema, estão prescritos determinados procedimentos que asseguram direitos de informação e expressão dos adolescentes e que, por sua vez, devem ser cumpridos e/ou executados pelas Unidades:

O Manual do Adolescente, referido no PEMSEIS (2002) e no SINASE (2006), é um documento que contém as regras e as normas da instituição, as quais delimitam tanto os direitos como os deveres dos adolescentes no período em que

²⁶ No APÊNDICE 3, cf. relação dos medicamentos tomados pelos adolescentes.

estão em cumprimento de medida socioeducativa. Segundo o Sinase (2006), ele deve ser entregue ao adolescente já no acolhimento e ele deve ter acesso livre e facilitado aos documentos. No entanto, não observamos numa nenhuma menção a esse documento nos prontuários analisados. Durante o período de pesquisa, procuramos ter acesso a esse manual, conversamos com os técnicos, os quais não tinham certeza da existência deste documento, mas da proposta de construção de um instrumento deste tipo. Buscamos no *site* da FASE RS, mas também não o encontramos.

A autoavaliação do adolescente, item a ser contemplado no estudo de caso, e peça integrante do relatório avaliativo enviado ao Juizado. Em poucos prontuários constata-se a existência desse instrumento, que se caracteriza como a forma pela qual o adolescente pode expressar o seu processo socioeducativo. Não visualizamos outras formas no conjunto dos prontuários. Nos 29 prontuários pesquisados, somente constavam duas autoavaliações: o prontuário como a única narrativa do adolescente, não visualizamos outras formas de narrativas no conjunto do prontuário. Ela se caracteriza por um pedido de “nova chance” e não um processo autoavaliativo.

Senhor juiz a 1 ano e meio cheguei nesta instituição [...] estou pedindo uma semi liberdade para ajudar minha família a construir um futuro melhor para mim por isso senhor juiz do pedindo uma chance po senhor para ir embora do case. OBRIGADO POR UM MINUTO AS SUA ATENÇÃO.

(Adolescente 17)

A inexistência foi questionada com os técnicos e a resposta obtida foi que representava um momento de *stress* para o adolescente, em que a dificuldade de expressar-se pela escrita era evidenciada, que resultava sempre num pedido de nova chance, como podemos constatar pelo recorte feito, não cumprindo com o objetivo ao qual se propõe a autoavaliação.

Por outro lado, se a “voz” do adolescente é escassa nos prontuários, nos deparamos com uma presença regular e intensa da “voz” da instituição em vários prontuários analisados, representada pelos documentos da Comissão de Avaliação disciplinar – CAD, registrando atos de indisciplina dos adolescentes e suas respectivas punições.

Visando explorar a perspectiva dos adolescentes, a próxima seção descreve os resultados obtidos através das entrevistas e das observações realizadas no CAS.

4.2 COMO O ADOLESCENTE CONTA A SUA HISTÓRIA: O QUE QUEREM CONTAR?

As entrevistas objetivaram compreender como o cumprimento da medida socioeducativa afeta a saúde dos adolescentes, concebendo-a numa perspectiva de integralidade e tendo como foco de atenção a escuta de suas trajetórias de vida. O projeto previa a realização de seis entrevistas, conseguimos realizar entrevista com quatro adolescentes. Isso ocorreu devido a dois fatos, um diz respeito ao número de adolescentes que encontravam-se na unidade durante o período diurno e outro foi a disponibilidade destes em dar a entrevista de maneira mais formal.

Iniciamos nossa aproximação pela leitura completa dos prontuários dos adolescentes que estavam cumprindo a medida de semiliberdade naquele momento no CAS, sendo feito o fichamento e preenchimento do protocolo da pesquisa. Essa estratégia nos permitiu conhecer os adolescentes e sua trajetória através dos documentos e definir, a partir dos critérios estabelecidos, quais adolescentes seriam entrevistados. Com os adolescentes, realizamos as combinações de dia e horário da entrevista e as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado pelo adolescente e pelo responsável. Todas as entrevistas formais foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Várias situações ocorreram após as combinações das entrevistas, nos mostrando como a experiência vivida do cumprimento da medida para alguns adolescentes revela-se como um assunto difícil de ser conversado. Mesmo com a entrevista combinada, um adolescente se recusou a falar, mostrando-se pouco à vontade para falar sobre si. Conversamos mais sobre como seria a entrevista, mas ainda assim não foi possível deixá-lo confortável, e desistimos então desta entrevista. Outro adolescente evadiu dias antes da agenda combinada.

A experiência com as entrevistas formais revelou-se como uma estratégia útil, mas insuficiente, tendo em vista o contexto em que foram produzidas. Os adolescentes²⁷ permaneceram na posição em que a instituição os coloca: na invisibilidade de suas existências como sujeitos singulares. Para eles a invisibilidade

²⁷ Como trataremos da voz dos adolescentes vindo das entrevistas e também dos prontuários, optamos em codificar os adolescentes entrevistados por nomes, e os demais permanecem sendo nomeados pelo seu respectivo número. Os nomes utilizados são fictícios e não reportam a nenhum nome dos adolescentes existentes nos prontuários que foram pesquisados, preservando a total identidade destes.

e o silêncio podem significar uma estratégia de sobrevivência, quando, ao contar as suas histórias, escolhem aquilo que querem contar, e como querem contar. A maneira como nomeiam a todos, “dona” e “seu”, já revela do lugar que estão falando e para quem está sendo contada a história, como a resposta simples e definitiva que recebemos:

Sobre isso eu não quero falar, dona.

(Júlio)

Segundo Oliveira (2001, p. 141),

não surpreende que os adolescentes substituam as referências de “tio” e “tia” (amplamente utilizadas no contexto diário da cidade por jovens) pelas designações mais formais de “seu” e “dona”, nomes genéricos e indistintos com que designam qualquer adulto que encontram na unidade, o que pode ser compreendido como um artifício para manter um vínculo superficial, uma forma de não assujeitamento amoroso.

Fomos percebendo esses significados ao longo da inserção ao campo e por isso houve tempo de agregar à pesquisa outras fontes de informação que o contato cotidiano com a unidade e com os adolescentes nos proporcionava. Além das entrevistas, recorreremos às anotações feitas no diário de campo, das conversas informais com os adolescentes e das observações realizadas no cotidiano da imersão em campo, bem como dos registros do PIA do Serviço Social, onde encontramos registrada de forma mais sistemática a visão do adolescente referente ao cumprimento da medida.

Organizamos as informações obtidas das diferentes fontes em três categorias que expressam as evidências mais significativas sistematizadas no processo de análise: trajetórias de vida; experiência no sistema socioeducativo e cuidados em saúde.

a) Trajetórias de Vida: entre registros e escutas

Os adolescentes com os quais convivemos, conversamos e sobre quem lemos relatos das suas histórias registradas nos prontuários são meninos com histórias que se encontram, se assemelham, se comunicam. As singularidades e ao mesmo tempo as semelhanças destas histórias nos aproximam da realidade de vida e das perspectivas dos adolescentes.

As histórias familiares surgem nas entrevistas e nos relatos como o ponto primordial, é o fio que conduz as narrativas de suas trajetórias de vida. Alguns

registros demonstram os diferentes sentimentos e referências da família e das relações que se estabelecem:

Tava sempre do meu lado nas audiências de tudo [referindo-se ao pai] e a mãe também, mas, a mãe o véio não deixa ela vir me ver [...] minha mãe, como eu vou dizer, ela não era ruim, era boa [...] ah, às vezes, mas por telefone, só [silêncio] ela liga para cá, ela liga pra casa.

(Júlio)

Durante a entrevista com Júlio, o adolescente se comoveu ao falar da mãe, mesmo em poucas palavras, observamos o sentimento de falta de sua presença. O adolescente tinha uma tatuagem no braço escrita a palavra “mãe”, perguntado a respeito, ele disse ser uma maneira de sempre senti-la perto.

Em um prontuário obtivemos o registro do adolescente relatando que seu relacionamento com a mãe era bom, mas referiu que “*não aceita que mande nele*” (Adolescente 10), o que expressa o conflito geracional próprio da adolescência com a adultez. Houve também registros nos prontuários que demonstraram a consciência dos jovens:

Está vivendo uma outra etapa de sua vida e que agora precisa preocupar-se com sua família, assim percebe-se mais amadurecido quanto à sua vida delitiva anterior.

(Adolescente 23, 19 anos)

Situações duras se revelam e junto com elas as estratégias de sobrevivência que os adolescentes vão forjando entre as possibilidades que a vida lhes coloca, conforme relato de um técnico:

É um adolescente sozinho no mundo, aos 7 anos já era institucionalizado, a mãe o rejeitava e perdeu a guarda logo por negligência, desde que nasceu não sabe quem é o pai e não quer procurar saber. Aos 12 anos fez nova tentativa de morar com a mãe, esta já tinha outro companheiro e outros filhos, fala decididamente que não quer em hipótese nenhuma relacionamento com os familiares. Tem vida independente, trabalha e tem salário para se manter. Relata que sempre foi sozinho e nunca teve ninguém, está acostumado a se arranjar como pode. Nunca cometeu outro ato infracional, é muito respeitoso e calmo, fala em voltar a estudar para terminar o ensino fundamental. [...] aos finais de semana fica sozinho e não se importa com a solidão.

(Adolescente 29)

A trajetória de vida dos adolescentes, tanto nos registros como nas escutas revelaram a importância da presença da mãe e histórias de ausências tanto da figura materna como paterna. Observa-se que as trajetórias são pouco transcritas nos prontuários, apenas aparecem questões elaboradas pelos profissionais nas diferentes áreas e estas englobam mais o perfil e a estruturação familiar e menos as experiências e vivências dos adolescentes, em especial as relatadas por eles.

São histórias permeadas de silêncios e fragmentos que nem sempre constroem uma trajetória que possa ser desenhada linearmente, mas, sim, exigem que, na busca de costurar os fragmentos, se vá compondo as histórias singulares destes adolescentes e suas perspectivas de vida.

b) Experiências no Sistema Socioeducativo

Buscando perceber as experiências dos adolescentes no seu cumprimento da medida socioeducativa, alguns registros chamaram a atenção pelas manifestações de insatisfação e, ao mesmo tempo, resignação dos adolescentes.

Verbaliza estar normal, mas está com saudade da família.

(Adolescente 13)

Refere estar normal, dizem que é ruim estar aqui, mas vacilou.

(Adolescente 2)

Nos relatos revelam-se situações contraditórias, estar se sentido “normal”, e em seguida fazer referência a “estar com saudade da família e que é ruim estar aqui”; isso diz da experiência de estar vivendo no sistema socioeducativo, reportando a uma experiência difícil para o adolescente. Os registros realizados pelos técnicos evidenciam, de certo modo, as dificuldades dessa experiência:

Não sabe como está, sabe que pode ter de cumprir uma MSE por até 2 anos em ISPAE.

(Adolescente 8)

Diz estar mal, que apenas estava junto.

(Adolescente 25)

Diz não estar se sentindo bem, diz que não cometeu o “ai”.

(Adolescente 20)

Refere estar “mais ou menos”, mas estar tranquilo.

(Adolescente 21)

A liberdade, a possibilidade de circular, o espaço da rua, as relações com os pares, a socialização intensa como experiência e experimentação na adolescência, se deparam com a contraditória experiência da privação e/ou restrição da liberdade. Essa experiência tem uma intensidade na vida e na subjetividade do adolescente que, por vezes, eles mesmos não conseguem nomear: “*não sabe como está*”. Oliveira (2001) aponta que o confinamento é a vivência de uma “forçada desaceleração temporal”, onde o adolescente vive a experiência de aprisionamento tendo sua liberdade restrita a regras e normas judiciais, e isso significa um preço muito alto a ser pago, pois “incide sobre os processos de subjetivação na contemporaneidade” (OLIVEIRA, 2001, p.131).

Eu tinha fugido de lá [...] eu quero pagar o que eu devo pra lei [...] já incomodei muito eles, daí eu quero pagar o que eu devo aqui, atrás das grades [silêncio] é triste mas..

(Júlio)

A experiência com a privação total de liberdade e os sentimentos que produz é amenizada quando os adolescentes “progridem” de regime, ou vivem exclusivamente a experiência da semiliberdade. Nesse sentido, o sistema socioeducativo relevou dois encontros contraditórios: o relato de um sistema que aprisiona e do mesmo sistema que protege, segundo a experiência vivida por alguns adolescentes. Os depoimentos de Henrique traduziram isso claramente:

Tu sai uma hora de pátio e resto tudo dentro [silêncio] do quarto. Daí num tinha nada pra fazer, eu gostava de fazer as pulseirinha [...] daí depois de um tempo eu fui pro [...] que é um inferno. Daí eu ia direto para o isolamento, uma cela sozinho, sem ninguém para conversar, ali dentro do brete sentado ali e já era.

(Henrique, referindo-se à experiência da internação provisória numa unidade de Porto Alegre)

Aqui, meu Deus, é tudo de bom estudar, aqui o colégio é ali [...] olha (gesticula com as mãos), arrumar a casa, assim (gesticula com as mãos) passar um vassoura assim, daí o resto da manhã tu tem roupa para lavar, tu lava, se quiser olhar televisão vai ali para sala e fica à vontade, tem ping pong lá embaixo, um monte de livros [silêncio] dá pra dizer que quem fica aqui tem o que fazer.

(Henrique, referindo-se à experiência da semiliberdade)

É importante pensar nas versões contadas pelo adolescente sobre sua experiência. Elas são direcionadas intencionalmente para quem escuta, nas conversas e nas entrevistas isso ficou claro, não representando um falseamento da realidade, mas, sim, são antes uma estratégia apreendida de como dizer “o que eu quero que seja escutado” e/ou “responder o que me é perguntado” a esse “seu” e essa “dona” que falam de um lugar.

Contudo, a experiência da semiliberdade relata mais situações positivas do que negativas, onde as construções relacionais entre os pares e a própria instituição são mais evidentes.

Aqui é bom pra mim [...] é bacana, não é ruim, eles são bom pra mim, quando eu não tinha roupa eles me deram, aqui eu não tenho nada de reclamar aqui de dentro, se alguém reclamar aqui, tá mentindo.

(Júlio)

Quando questionamos Júlio, sobre como era voltar depois de estar o final de semana na casa do pai, ele respondeu:

É na boa eu volto, às vezes eu sinto vontade de voltá memo, aqui o cara dorme e deita [...] daí é lei, né, já me acostumo, durmo lá, durmo cá, que nem como eu vô dizê [silêncio], eu tô posando na casa dos meus amigos, bem dizê assim.

A experiência da socioeducação mostrou-se de modo geral como uma “pena” a ser cumprida, algo que precisa ser pago e menos como um espaço de

oportunidade, construção de um projeto de vida, outra direção ou caminho. Nesse sentido, a pesquisa mostrou um sistema socioeducativo que precisa se repensar, se refazer e aprofundar-se na proposta pedagógica da socioeducação.

Como o sistema socioeducativo, no mérito de tempo ele pode ser considerado relativamente novo, junto com o advento do ECA, em termos da realidade de vida dos adolescentes que estão em conflito com a lei ou em cumprimento de medidas socioeducativo, se fazem urgentes as adequações ao SINASE e às prerrogativas do ECA no âmbito da defesa e acesso aos direitos destes adolescentes.

c) Cuidados de saúde

Nesta categoria agrupamos as informações sobre como o adolescente significava a saúde para a sua vida e quais os itinerários de cuidados que ele reconhecia dentro do sistema socioeducativo. Quando indagados sobre o que era saúde, a respostas foram objetivas e sucintas:

Saúde para mim é quando a pessoa não tem doença, se tem problema, se não tem. Se eu ando bem, pra mim isso é saúde.

(Júlio)

Saúde para mim é tudo de bem, sei lá (risos) enquanto eu tivé vivo, tá bom, cem por cento.

(Henrique)

Não sei muito, é não ter doença, é ter saúde.

(Mauro)

Saúde, é quando não precisa tomá remédio, se tá bom, sem doença, gripe, alergia [...], é tudo bom.

(Sandro)

Quando nos referimos ao atendimento e aos cuidados em saúde que eles observavam na sua vida e na experiência dentro do CAS, as relações se estabeleceram no âmbito da medicação e de atendimentos no CAPS, conforme os adolescentes que foram entrevistados.

É por isso que eu evito me estressar, por isso que vou no CAPS, ah[,] ela me ajuda a controlar a raiva, a psicóloga me ajuda muito nisso, toda a segunda feira Só fico mais calmo com o Depakene, e o Depakene me faz dormir ligeirinho.

(Henrique)

Indagados sobre como se sentiam com o uso de medicamentos, os adolescentes disseram como se sentiam quanto ao uso destes:

uma pessoa normal, ah, assim, que nem eu tomo uma quantia de nada de manhã, daí de noite (fica pensativo), mas não me incomoda, pra mim tá bom.

(Júlio)

Contudo, não eram sentimentos unânimes, mas sim particularizados pela vida e experiência de cada adolescente. Nas evoluções realizadas nos prontuários dos adolescentes, observamos registros que demonstravam como o uso de medicamento pode também ser incômodo para uns e menos para outros adolescentes.

Paciente com vontade de tirar medicação, bom sono.

(Adolescente 14)

Paciente bem, deseja ficar sem medicação, retiro medicação.

(Adolescente 11)

Fala que não quer mais tomar medicamento, sem alterações significativas na conduta, embora tenha reações agressivas.

(Adolescente 5)

São fragmentos de relatos que vão colocando questões pertinentes ao cuidado em saúde desta população adolescente em situação de privação e/ou restrição de liberdade. Esses relatos registram itinerários dos adolescentes; nas leituras feitas, nas narrativas contadas pelos técnicos e socioeducadores e nas histórias contadas pelos próprios adolescentes estão os significados dados de quem conta a história. É na vivência do processo socioeducativo e dentro do sistema que as escutas, os ruídos e os silêncios fazem um arranjo parcial e provisório das trajetórias vividas por esses adolescentes. A disposição em escutar as história e deixar-se interpelar por elas nos convoca a pensar sobre o que se escutou, estabelecendo diálogo com o que observamos, e nos questionar das verdades que estão postas, e que outras possibilidades podem ser construídas.

O cuidado à saúde, aqui pensado como o cuidado integral à vida dos adolescentes, exige que tanto as terapêuticas como os projetos singulares de atenção sejam algo que faça sentido para a vida e o momento vivido. No âmbito da saúde e sua relação de cuidado, os profissionais e o próprio sistema socioeducativo garantem o acesso e a continuidade do atendimento. Mas, por outro lado, percebe-se uma frágil participação do adolescente na discussão, problematização e definição da linha de cuidado e dos processos terapêuticos a serem efetivamente considerados e seguidos.

4.3 NÓS E FIOS QUE COMPÕEM A REDE REGIONAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

A técnica da observação participante, embora proposta no projeto para o acompanhamento da Rede Regional das Medidas Socioeducativas, tornou-se uma ferramenta de trabalho durante todo o processo da pesquisa em campo. Conforme dito por Yin (2001), ela oportuniza que o pesquisador olhe a realidade por dentro dela, por dentro do processo, quando o que desejamos entender é complexo e envolve um conjunto de atores sociais. Portanto, é uma proposição pertinente. Para melhor valer-se dela, foram estabelecidos dois mecanismos de registro: o diário de campo e o registro das reuniões da Rede Regional das Medidas Socioeducativas.

Como a pesquisa exigiu um período longo de estar em campo e interfaces com lugares e sujeitos, o diário de campo foi uma maneira de registrar impressões desde o espaço físico do CAS, do CASE NH e da FASE até as histórias contadas por diferentes atores do sistema socioeducativo. Contribuiu, primordialmente, para organizar as experiências vividas e dar voz aos sentimentos que foram brotando durante a estada no CAS e as vivências possibilitadas pela constância de tempo. Revelou-se como importante ferramenta, também, para a construção deste relatório, organizando ideias, sequências e percepções.

4.3.1 A Rede Regional das Medidas Socioeducativas: o lugar a ser observado

As questões propostas no projeto nortearam a observação participante nos seguintes pontos: a) nas questões referentes à saúde dos adolescentes; b) no fluxo da atenção à saúde do adolescente; c) nas preocupações, problematizações, avanços e conquistas refletidas na Rede de Medidas Socioeducativas quanto à temática da Atenção Integral à Saúde do Adolescente.

A Rede das Medidas se originou da necessidade de articulação e partilha de encaminhamentos entre o CASE NH e o CAS. Criada em 2008, possibilitou a integração e o fluxo entre as duas unidades e a integração dos fluxos com a comunidade, a fim de facilitar o acesso às outras redes existentes e solucionar demandas específicas, bem como o acesso aos níveis de média e alta complexidade na saúde, a permanência do adolescente na escola, quando da

extinção da medida ou o retorno à escola quando da medida de semiliberdade; espaço, também, para a troca de experiências e estudo de casos complexos.

A Rede reúne-se mensalmente e se organiza numa dinâmica coletiva. A instituição que acolhe a reunião secretaria, coordena e fica encarregada de oferecer um lanche. Participam, permanentemente, da reunião: o CAS, o CASE, a Coordenadoria Regional de Educação – CRE 02, o Núcleo de Apoio e Pesquisa ao Processo de Inclusão – NAPPI São Leopoldo, o Programa de Egressos da Unisinos e o CREAS de São Leopoldo.

As pautas das reuniões são propostas de uma reunião para a outra e, durante o ano, têm um eixo temático que orienta as ações e busca, efetivamente, responder às demandas. Em 2012 o eixo temático foi Educação, resultando em várias visitas às escolas da rede estadual e municipal, a fim de explicar as medidas socioeducativas e propor parcerias de acolhimento e acesso de vagas aos adolescentes egressos do CASE NH e no CAS São Leopoldo. Em novembro de 2012, realizou-se um seminário para discutir e partilhar as experiências das escolas em relação ao acolhimento dos adolescentes. Aconteceu na cidade de São Leopoldo e reuniu cerca de 200 pessoas. No ano de 2013 o eixo temático era Saúde, buscando aproximar a Rede das Medidas Socioeducativas e a Rede de Atenção de Saúde a nível municipal, principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Foram acompanhadas seis reuniões e as observações pertinentes foram sistematizadas em duas categorias: atenção à saúde do adolescente e a potência da Rede.

1) **A Rede e a busca da atenção integral à saúde do adolescente:** As evidências dizem respeito à constante articulação que a Rede precisa fazer para acessar os serviços de saúde. Essa articulação é diferente em cada município, e demonstrou, no geral, um desconhecimento mútuo entre a Rede de Saúde e a Rede de Medidas Socioeducativa, tanto no que tange às ofertas de serviços de saúde como da situação dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. O desconhecimento refere-se às possibilidades de um trabalho mais articulado que possa garantir direitos, atender às necessidades de saúde dos adolescentes, bem como às inúmeras recomendações preconizadas pelo Sistema. O reconhecimento dessa realidade entre os serviços de saúde e o sistema das medidas

socioeducativas motivou que a escolha do eixo temático para as reuniões em 2013 fosse a saúde.

2) **Potência da Rede:** A Rede das Medidas Socioeducativas da Região é a primeira experiência em nível de estado, constituída espontaneamente pelas demandas entre os profissionais. Sua sistemática e constância demonstram um coletivo articulado em torno das questões operacionais e técnicas originadas pelo sistema socioeducativo. Um elemento observado já no início de nossa participação nas reuniões é que o grupo se constituiu como uma Rede aberta à participação de pessoas, profissionais e instituições, havendo uma rotatividade muito baixa de pessoas. Na sua maioria, são profissionais que representam as instituições e serviços, havendo um conjunto significativo de instituições que são assíduas nas reuniões.

Um fator que contribuiu na potencialidade da Rede foi a presença de profissionais que traziam a experiência de participação em espaços de defesa dos direitos da criança e dos adolescentes e em políticas como a Educação. Esse diferencial se constatou nas discussões e no empoderamento da rede. A fim de proporcionar um canal de comunicação e circulação de informações e articulações entre reuniões, foi criado um *email* da Rede, onde as instituições participantes repassavam as combinações e divulgavam projetos.

A Rede de Medidas, desde início da pesquisa, se colocou disponível para informações. Mostrou-se, no transcorrer da pesquisa, como um espaço de proposição, interessada nos resultados da pesquisa, vendo indicativos para seu trabalho e discussão.

Portanto, mesmo sendo uma experiência nova e articulada de forma espontânea pelos profissionais de várias instituições, ela se constitui como uma potência capaz de articular e propor ações tanto para garantir acessos como também os direitos destes adolescentes. É importante considerar que, mesmo sendo uma rede com um público delimitado de atuação, ela precisa estabelecer interfaces com as demais políticas, instituições, organizações locais e comunitárias.

5 UM MOVIMENTO DE SÍNTESE: ESTRATÉGIA ANALÍTICA GERAL DE EXPLANAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

Todos os dados produzidos pela pesquisa foram tratados de forma analítica para a compreensão do estudo sobre a saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa: o caso de São Leopoldo – RS. Ao problematizarmos a questão: Como o sistema socioeducativo tem contemplado a integralidade da atenção ao direito à saúde na execução de medidas de restrição e privação de liberdade?, empreendemos um caminho investigativo complexo, o qual demandou sistematizações constantes acerca das evidências que recolhíamos ao longo do processo. A triangulação de procedimentos de coleta dos dados contribuiu para ampliar nossa visão do fenômeno e, ao mesmo tempo, gerou um volume significativo de informações que complexificou o trabalho analítico.

Como estratégia analítica geral de explanação final do estudo, optamos em desenvolvê-la por meio de dois eixos: a) **Possibilidades**, indicando caminhos necessários para efetivamente garantir os direitos dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade; e b) **Avanços**; representando as “trilhas” abertas reveladas pela pesquisa como potentes e promotoras dos direitos dos adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.

5.1 POSSIBILIDADES

- a) A importância de investir na continuidade do estudo dos dados coletados; a indicação de munir permanentemente o banco originado da pesquisa documental, a fim de proporcionar dados sistemáticos para pensar as intervenções do COMDEDICA, da rede socioassistencial e do sistema socioeducativo da cidade de São Leopoldo.
- b) A importância de, através desse conjunto de dados, discutir e problematizar com a cidade a realidade dos atos infracionais graves que são cometidos pelos adolescentes e as violações vividas por esses adolescentes, tão explícitas no perfil deles.
- c) A necessária articulação entre as políticas públicas de educação, saúde, assistência social, para propor projetos e programas que venham a responder às demandas destes adolescentes.

- d) Problematizar e propor estratégias no âmbito da proteção e segurança, frente à evidente fragilidade da vida dos adolescentes, revelada pelo fato de que três adolescentes, durante e após o cumprimento de medida socioeducativa, vieram a óbito devido a seus contextos sociais e comunitários vulneráveis.
- e) O repensar dos fluxos e avaliações dos adolescentes na ótica da integralidade em saúde, bem como das racionalidades biomédicas que podem estar predominando nessas avaliações e atendimentos, trazendo à discussão a temática da farmacologização e medicalização do sistema.
- f) A necessária e urgente discussão acerca da saúde mental e do atendimento prestado na cidade, em especial aos adolescentes. Munidos desses dados, aprofundar a discussão da internação compulsória por uso abusivo de substâncias psicoativas e o uso de psicotrópicos, e seus diagnósticos de transtornos aplicados a uma população de adolescentes e os problemas de medicalização dos problemas sociais.
- g) A necessidade de uma discussão coletiva sobre a quantidade e qualidade (conteúdo e o significado) das rotinas, normas e instrumentos institucionais utilizados nos itinerários de cumprimento das medidas, a fim de potencializar o tempo e a utilização dos mesmos como ferramentas de garantia de direitos, (conferindo “voz” aos adolescentes), e não de violação de direitos quando subutilizados ou burocratizados e esvaziados de sentido.

5.2 AVANÇOS

- a) No escopo das normativas e dos marcos legais, os esforços empreendidos para a mudança no paradigma de conceber e tratar os adolescentes, especialmente aqueles que orientam as ações da FASE-RS.
- b) A potencialidade da Rede de Medidas Socioeducativas e a gestão do CAS São Leopoldo, ambas experiências exemplares e pioneiras no estado.
- c) A implicação do COMDEDICA de acolher a demanda da rede e protagonizar as discussões referentes ao elevado número de adolescentes em cumprimento de medidas da cidade de São Leopoldo,

exercendo seu papel de fiscalizar e intervir nas políticas que garantam os direitos das crianças e dos adolescentes.

- d) O acesso assegurado aos adolescentes, ainda que dificultado por inúmeras barreiras, às políticas básicas como educação, saúde e assistência social.

Ao concluir o relatório, faz-se necessário dizer que os meses de imersão ao campo de pesquisa e o conjunto de dados resultante nos provocaram muitas questões e incômodos no âmbito da profissão e da pesquisa. Além de responder às questões da pesquisa, esses dados nos revelaram a visibilidade dada aos adolescentes quando cometem o ato infracional e desvelando a invisibilidade de suas vidas antes de entrarem no sistema socioeducativo. Segundo Foucault (1999), a prisão é um regime de luz, pois diz respeito ao visível. As inúmeras violações e privações vividas cotidianamente por uma parcela muito grande de adolescentes no Brasil só nos interpelam quando são publicizadas, refletidas e problematizadas em rede e coletivamente.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):81-90, 2005.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8069. São Paulo: Atlas, 1990.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo – SINASE. Brasília-DF: CONANDA, 2006.
- CARMO, D. R. P. et al. Adolescente que cumpre medida socioeducativa: modos de ser no cotidiano e possibilidades para enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem Porto Alegre (RS)* 2011 set; 32(3):472-8.
- COSTA, Antonio Carlos Gomes da. As Bases Éticas da Ação Socioeducativa – Referenciais Normativos e Princípios Norteadores. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2006.
- DAVOGLIO, T. R.; GAUER, G. J. C. Adolescentes em conflito com a lei: aspectos sociodemográficos de uma amostra em medida socioeducativa com privação de liberdade. *Contextos Clínicos*, vol. 4, n. 1, janeiro-junho 2011.
- DESTRO, C. M. A; SOUZA, L. A. P. Linguagem Oral e Escrita em Adolescentes Infratores Institucionalizados. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2004.
- FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL - Manual de Gerenciamento das Ações de Segurança da FASE-RS Porto Alegre 2009. Disponível em> <http://www.fase.rs.gov.br/portal> Acessado em 20 de maio de 2013.
- FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL – Programa de Semiliberdade da FASE-RS Porto Alegre 2009. Disponível em> <http://www.fase.rs.gov.br/portal> Acessado em 20 de maio de 2013.
- FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL Contextualização da FASE. Disponível em: <http://www.fase.rs.gov.br/portal/index.php?menu=secretaria&subitem=1> acessado em 24 de maio de 2013.
- FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL - Lei Nº 11.800 de 28 de Maio de 2002. Disponível em> <http://www.fase.rs.gov.br/portal> Acessado em 20 de maio de 2013.
- Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul. Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade PEMSEIS. Porto Alegre: FASE - RS, 2002.
- FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL: Estatuto Social da Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul. Disponível em> <http://www.fase.rs.gov.br/portal> Acessado em 20 de maio de 2013.
- FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL: Regimento Interno da Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul. Disponível em> <http://www.fase.rs.gov.br/portal> Acessado em 20 de maio de 2013.

- GALLO, A. E. Atuação do Psicólogo com adolescentes em conflito com a lei: a experiência do Canadá. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 327-334, abr./jun. 2008.
- MARTINS, M. C; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 24(5):1112-1120, mai, 2008.
- MENICUCCI, C. G.; CARNEIRO, C. B. L. Entre monstros e vítimas: a coerção e a socialização no sistema socioeducativo de Minas Gerais. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 107, p. 535-556, jul./set. 2011.
- OLIVEIRA, C.S. *Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade*. Porto Alegre: Sulina, 2001.
- PEPE, C.C.C.A. RUZANY, M.H. GROSSMAN, E. Módulos de autoaprendizagem na saúde do adolescente e do jovem: uma metodologia construtivista de capacitação profissional. *Adolescência & Saúde* volume 2 nº 1 março 2005.
- PRIULI, R. M. A; MORAES, M. S. Adolescentes em conflito com a lei. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1185-1192, 2007.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria estadual de saúde. Departamento de ações em saúde. Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde e Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória. Rio Grande do Sul, 2005.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria estadual de saúde. Departamento de ações em saúde. Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Rio Grande do Sul, 2011.
- SARAIVA, João Batista da Costa. *Adolescente e Ato Infracional: Garantias processuais e medidas socioeducativas*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999.
- SENA, C. A.; COLARES, V. Comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes em conflito com a lei. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(10):2314-2322, out, 2008.
- SILVA, E.R.; GUERESI, S. *Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil*. Brasília, Instituto de Pesquisa Aplicada e Econômica, IPEA/Ministério da Justiça, 2003.
- VOLPI, Mario (org.). *O adolescente e o ato infracional*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Unidades Socioeducativas de Internação e Semiliberdade(.)

Unidades de Internação e Semiliberdade em Porto Alegre		
Nome	Atendimento	Capacidade atendimento
Centro de Internação Provisória Carlos Santo (CIPSC)	Adolescentes com medida de Internação Provisória, Regressão de Medida do meio aberto e cumprimento de período de passagem até a definição da sua situação jurídica ou do seu perfil comportamental, oriundos do Juizado Regional de Porto Alegre e dos Juizados de Santa Cruz do Sul e Osório.	104 adolescentes
Comunidade Socioeducativa: (CSE)	Adolescentes em medida de Internação, em cinco subunidades independentes: * a subunidade “A”, que atende adolescentes de 1º ingresso no sistema de internação, oriundos de Porto Alegre e Novo Hamburgo, em regime de Internação Sem Possibilidade de Atividade Externa (ISPAE); * subunidade “B”, que atende jovens adultos de 18 a 21 anos com perfil de maior comprometimento; * subunidades “C” e “D”, que atendem adolescentes reincidentes no sistema de internação. * subunidade denominada “E”, para Internação Com Possibilidade de Atividades Externas (ICPAE).	120 adolescentes
Centro de Atendimento Socioeducativo Regional de Porto Alegre I: (CASE POA I)	Adolescentes originados do Juizado da Infância e da Juventude de Porto Alegre.	62 adolescentes
Centro de Atendimento Socioeducativo Padre Cacique: (CASE PC)	Adolescentes com medida de Internação Sem Possibilidade de Atividade Externa – ISPAE, e em medida de Internação com Possibilidade de Atividade Externa – ICPAE, oriundos dos Juizados da Infância e da Juventude onde ainda não há unidades da Fase.	90 adolescentes
Centro de Atendimento Socioeducativo Regional de Porto Alegre II (CASE POA II)	Adolescentes provenientes da região do Juizado da Infância e da Juventude de Porto Alegre.	72 adolescentes
Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino: (CASE FEMININO)	Adolescentes do sexo feminino que cumprem medida de Semiliberdade, Internação com Possibilidade de Atividade Externa (ICPAE), Internação sem Possibilidade de Atividade Externa (ISPAE) e Internação Provisória, oriundas dos 10 Juizados da Infância e da Juventude do Rio Grande do Sul.	33 adolescente
Unidades da FASE no interior do Estado		
Centro de Atendimento Socioeducativo CASE NH	Adolescentes com medida de Internação, com origem na região, sob a jurisdição do Juizado Regional da Infância e da Juventude de Novo Hamburgo.	60 adolescentes
Centro de Atendimento Socioeducativo CASE Santo Ângelo	Adolescentes com medida de Internação e jovens adultos, com origem na região, sob a jurisdição do Juizado Regional da Infância e da Juventude de Santo Ângelo.	40 adolescentes

Centro de Atendimento Socioeducativo CASE Santa Maria	Adolescentes com medida de Internação, com origem na região, sob a jurisdição do Juizado Regional da Infância e da Juventude de Santa Maria.	39 adolescentes
Centro de Atendimento Socioeducativo CASE Pelotas	Atende adolescentes com medida de Internação, com origem na região, sob a jurisdição do Juizado Regional da Infância e da Juventude de Pelotas.	40 adolescentes
Centro de Atendimento Socioeducativo CASE Caxias do Sul	Atende adolescentes com medida de Internação, com origem na região, sob a jurisdição do Juizado Regional da Infância e da Juventude de Caxias do Sul.	40 adolescentes
Centro de Atendimento Socioeducativo CASE Uruguiana	Atende adolescentes com medida de Internação, com origem na região, sob a jurisdição do Juizado Regional da Infância e da Juventude de Uruguiana.	40 adolescentes
Centro de Atendimento Socioeducativo–CASE Passo Fundo	Atende adolescentes com medida de Internação, com origem na região, sob a jurisdição do Juizado Regional da Infância e da Juventude de Passo Fundo.	40 adolescentes
Unidades de Semiliberdade		
Centro de Atendimento em Semiliberdade de Santa Maria	Atende adolescentes e jovens adultos em medida de Semiliberdade, com origem na região, sob a jurisdição do Juizado da Infância e Juventude de Santa Maria.	25 adolescentes
Centro de Atendimento em Semiliberdade - Regional de Caxias do Sul	Atende adolescentes e jovens adultos em medida de Semiliberdade com origem na região, sob a jurisdição do Juizado da Infância e Juventude de Caxias do Sul.	15 adolescentes
Centro de Atendimento em Semiliberdade de São Leopoldo	Atende adolescentes e jovens adultos em medida de Semiliberdade com origem na região, sob a jurisdição do Juizado da Infância e Juventude de Novo Hamburgo. Trata-se de um trabalho inédito no país, desenvolvido em parceria com outras instituições, onde a Fundação compartilha a responsabilidade do atendimento, por meio de um convênio firmado entre a SJDS e o Círculo Operário Leopoldense.	20 adolescentes
Centro de Atendimento em Semiliberdade de Uruguiana	Atende adolescentes e jovens adultos em medida de Semiliberdade com origem na região, sob a jurisdição do Juizado da Infância e Juventude de Uruguiana.	20 adolescentes
Centro de Atendimento em Semiliberdade de Santo Ângelo	Atende adolescentes e jovens adultos em medida de Semiliberdade com origem na região, sob a jurisdição do Juizado da Infância e Juventude de Santo Ângelo.	20 adolescentes
Centro de Atendimento em Semiliberdade de Passo Fundo	Atende adolescentes e jovens adultos em medida de Semiliberdade com origem na região, sob a jurisdição do Juizado da Infância e Juventude de Passo Fundo.	20 adolescentes
Centro de Atendimento em Semiliberdade de Pelotas	Atende adolescentes e jovens adultos em medida de Semiliberdade com origem na região, sob a jurisdição do Juizado da Infância e Juventude de Pelotas.	20 adolescentes
Centro de Atendimento em	Atende adolescentes e jovens adultos em medida de Semiliberdade com origem na região, sob a jurisdição do	20 adolescentes

Semiliberdade de Santa Cruz do Sul	Juizado da Infância e Juventude de Santa Cruz do Sul.	
Centro de Atendimento em Semiliberdade de Porto Alegre (Masculino)	Atende adolescentes e jovens adultos em medida de Semiliberdade com origem na região, sob a jurisdição do Juizado da Infância e Juventude de Porto Alegre.	20 adolescentes

Fonte: organizado pela autora, 2013, conforme documento da FASE, disponível em:
<http://www.fase.rs.gov.br/portal/index.php?menu=secretaria&subitem=1>.

APÊNDICE 2

Quadro comparativo para construção de evidências

ORIENTAÇÕES PREENCHIMENTO DO PIA	EVIDÊNCIAS DO PREENCHIMENTO DO PIA
PIA ACOLHIMENTO	
<p>1. Identificação do adolescente:</p> <p>a) os dados de identificação do adolescente são minuciosamente descritos, indicando que todos os campos devem ser preenchidos;</p> <p>b) registrar nome completo e apelido; data de nascimento e idade em anos;</p> <p>c) naturalidade e a cidade onde o adolescente reside;</p> <p>d) informar a etnia do adolescente, se branca, preta, amarela, indígena ou parda (essa inclui mulata, cabocla, mameluca, cafuza, etc.);</p> <p>e) registrar nome da religião que pratica;</p> <p>f) registrar estado civil: solteiro, casado, separado, divorciado, outro;</p> <p>g) colocar nome completo de mãe/pai, idade, endereço residencial;</p> <p>h) indicar quem é o responsável pelo adolescente.</p> <p>2. Ingresso na Unidade:</p> <p>a) informar data de ingresso;</p> <p>b) registrar a comarca de origem do encaminhamento e respectivo número de encaminhamento;</p> <p>c) anotar o motivo do ingresso referido no documento;</p> <p>d) assinalar se é o primeiro ingresso do adolescente, ou reingresso.</p> <p>3. Documentação:</p> <p>a) registrar todos os documentos do adolescente;</p> <p>b) ver se o adolescente tem histórico escolar.</p> <p>4. Pertences:</p> <p>a) registrar todas as peças de roupa e calçados e outros pertences;</p> <p>b) nomear todas as peças;</p> <p>c) registrar quantia de dinheiro.</p> <p>5. Registrar a impressão inicial do atendimento:</p> <p>a) aspecto físico, vestuário, comunicação e linguagem;</p>	<p>1. Identificação do adolescente:</p> <p>a) todos os PIAs do acolhimento estavam preenchidos com nome, idade, naturalidade e procedência, estado civil, etnia;</p> <p>b) quanto às informações de pais: a maioria continha essa informação, nem todas acompanhadas de endereço; já a indicação do responsável poucas vezes era preenchida, sendo necessário buscar essa informações em outros PIAs.</p> <p>2. Ingresso na Unidade:</p> <p>a) a informação referente à data de ingresso ou reingresso na unidade sempre estava preenchida; o motivo também era preenchido, normalmente pelo artigo ao qual era referido o ato infracional.</p> <p>3. Documentação:</p> <p>a) observou-se que muito destes adolescentes não tinham todos os documentos, constando anotações de encaminhamento;</p> <p>b) quando ao histórico escolar, essa referência foi encontrada no PIA Educação.</p> <p>4. Pertences:</p> <p>a) observaram-se anotações em todos os PIAs de acolhimento.</p> <p>5. Impressão inicial:</p> <p>a) dos 29 PIAs, em cinco não constava impressão inicial;</p> <p>b) o acolhimento em sua maioria foi realizado pela Assistente Social ou a psicóloga.</p> <p>Exemplificação de algumas impressões iniciais:</p> <p><i>“Jovem parece indiferente, não apresenta disposição e alega que seu pai foi no advogado para ‘tirá-lo’ daqui. Alega que o ato infracional ocorreu a dois anos e pensava ‘não dar nada’, diz não ter mais ocorrências e que está trabalhando com o pai na construção civil” (Adolescente 22);</i></p> <p><i>“Jovem já havia ingressado no início do ano. Foi liberado porque outro jovem que cumpria medida no Casemi era seu ‘contra’. Mesmo consciente que retornaria para cumprir a medida, mostrava-se muito apreensivo e nervoso, preocupado com sua família. Apresentou-se no fórum, sem saber que viria direto para o Casemi” (Adolescente 23);</i></p> <p><i>“Jovem apreensivo, não tinha conhecimento da sentença. Depois de esclarecida, reagiu tranquilamente alegando que precisa ‘pagar’ o que fez. Refere o tempo que passou entre a apreensão e a sentença – 2 anos.” (Adolescente 9).</i></p>

PIA EDUCAÇÃO

1. Informações gerais:

a) descrever a situação em que se encontra o adolescente, avaliando: impressão geral, idade para frequentar ensino fundamental ou médio, série, indicação de classe especial ou escola especializada.

2. Situação escolar:

a) dados referentes à escola que frequenta ou frequentava;

b) descrever a quantidade e o motivo das evasões;

c) registrar última série concluída ou não;

d) registrar a visão do adolescente com relação à escola.

3. Cursos Profissionalizantes:

a) relação de cursos profissionalizantes realizados, período e carga horária; citar em quais cursos demonstra interesses.

4. Experiências Profissionais:

a) mencionar estágios, trabalhos formais, registro em carteira, tempo de permanência emotivo de saída.

5. Dados Relevantes:

a) referir expressão verbal do entrevistado;

b) mencionar se retém e interpreta ideias e fatos;

c) anotar condições de escrita e leitura apresentadas.

6. Parecer:

a) descrever impressões e dados referentes ao entrevistado, aspectos relevantes a serem trabalhados.

7. Encaminhamentos:

a) listar providências a serem tomadas e os devidos encaminhamentos.

1. Informações Gerais

a) neste item consta no preenchimento a série em que o adolescente estava estudando ou concluiu.

2. Situação Escolar

a) as descrições referente a série escolar, repetições, evasões, dados referentes à última escola estavam sempre preenchidas;

d) em alguns PIAs constava esse registro; EX:

“estava afastado da escola por não poder frequentar as aulas por conta das inimizades que tem” (Adolescente 15);

“refere que parou de estudar para trabalhar, não quer participar das oficinas do programa mais educação” (Adolescente 13).

3. Cursos Profissionalizantes:

a) poucos adolescentes tinham referido participação em cursos profissionalizantes; havia assinaladas possibilidades de participação e interesses.

4. Experiências Profissionais

a) a maioria dos adolescentes estava entre a 5ª e 8ª séries, poucos tiveram experiências de estágios;

b) há informação sobre trabalho do adolescente no parecer da técnica ou no PIA no Serviço Social.

5. Dados relevantes:

a) não aparecem descritos nos PIAs que foram analisados.

6. Parecer

a) constava mais uma descrição das informações do adolescente no âmbito do perfil, da composição familiar e do trabalho, observou-se ausência de uma descrição pedagógica e avaliativa no âmbito educacional.

7. Encaminhamentos:

a) indicação de cursos disponíveis no CASE NH.

PIA CLÍNICO MASCULINO

No PIA Clínico não consta orientação de preenchimento;

1. Queixa: predomínio da ausência de relato de “queixa”, expresso pelo termo “nega”, seguido pelo não preenchimento. Ex: *“pequeno ferimento antebraço e duas cicatriz” (Adolescente 13).*

2. História psicossocial: Inexistente. Nos prontuários preenchidos a informação correspondia ao perfil do adolescente e o ato infracional cometido; Ex: *“refere ter sido agredido pelas vítimas” (Adolescente 14); “queda de moto à 3 dias” (Adolescente 20).*

3. História Patológica: predomínio da ausência da história patológica, 16 são preenchidos com a palavra “nega” os demais são preenchidos como no ex: *“TCE há três anos” (Adolescente 2); “FAF mão direita há + 1 ano” (Adolescente 20); “hemorragia (4 cirurgia) intestinal” (Adolescente 10); “internado por drogas” (Adolescente 25).*

4. História Familiar: Informações parcelares, sempre identificando algum evento (trágico) significativo. *“mora com mãe e irmão menor, pai morador de rua,*

	<p><i>tem mais 5 irmãos mais velhos. Nega patologia” (Adolescente 12); “mora com mãe e irmão, tem outros irmãos, pai morto há 3 anos assassinato” (Adolescente 20); “mora casa de passagem, pai preso, mãe morta=derrame tem 4 irmãos” (Adolescente 25); “mora com mãe, pai e irmão. Nega patologia”(Adolescente 11).</i></p> <p>5. Substância psicoativa: o preenchimento é feito com a descrição da substância como no exemplo: <i>“maconha, cocaína e cigarro” (Adolescente 10); “só cigarro” (Adolescente 12); “pedra, maconha, cigarro” (Adolescente 25);</i> ou o preenchimento é feito com as palavras “nega” ou “nunca”.</p> <p>6. Medicamentos: sem preenchimento.</p> <p>7. Hipótese Diagnóstica: sem preenchimento.</p> <p>8. Plano de tratamento: paracetamol 6/6horas e Plasil 8/8 horas se necessário (s/n) – em todos os PIAs.</p>
--	--

PIA DA ENFERMAGEM

<p>1.Exame físico sumário: a) assinalar as constatações verificadas no exame conforme situações enunciadas; se referir queixas anotar.</p> <p>2.Suspeita de agressão: a) assinalar sim ou não; caso afirmativo especificar o tipo, local; b) assinalar sim ou não; se houver atendimento na rede de saúde, registrar providência a ser tomada; c) assinalar se atendida na rede de saúde com laudo médico; d) em caso de suspeita de agressão e abuso sexual, assinalar item correspondente; tomar providência.</p> <p>3.Perturbação Mental: a) assinalar sim ou não, assinalar constatações visíveis; b) assinalar sim ou não; se houver atendimento na rede de saúde, registrar providência a ser tomada.</p> <p>4. Relato de Uso de Substâncias Psicoativas: a) registrar uso de substância(s) psicoativa(s), citando-as.</p> <p>5. Medicação: a) especificar uso e apresentar receita médica.</p> <p>6. Exames para elucidação diagnóstica: a) registrar exames solicitados e realizados e os resultados obtidos.</p> <p>7. Carteira de vacinas: a) atualizar carteira de vacinas.</p> <p>8. Doenças recentes, traumatismos, cirurgias a) registrar ocorrências.</p> <p>9. Doenças na família: a) registrar ocorrência.</p> <p>10. Encaminhamentos de rotina:</p>	<p>1.Queixas: sem preenchimento.</p> <p>2.Suspeita de agressão: todos assinalados na palavra “não”.</p> <p>3.Perturbação mental: todos assinalados na palavra “não”.</p> <p>4.Uso de substâncias psicoativas: três “não utilizam e seis utilizam maconha, cocaína, cigarro, álcool”, apenas um refere uso de <i>crack</i>; maioria sem preenchimento.</p> <p>5.Medicamentos: sete adolescentes não fazem uso de medicamentos; 14 adolescentes fazem uso de medicamentos com prescrição médica e psiquiátrica; nos demais não consta informação preenchida.</p> <p>6.Atendimento na rede de saúde: (especialmente quando estão na medida de semiliberdade): avaliação odontológica, psiquiátrica e clínica.</p> <p>7.Plano de Atendimento: em todos os Pias da enfermagem constava preenchido este item. Ex: <i>“Orientar quanto a higiene corporal, tratamento medicamentoso, cumprimento de medida judicial, trabalho, estudo, fazer cursos, alimentação adequada. Observar alterações de conduta” (Adolescente 15);</i> <i>“orientar quanto: cuidados higiene corporal, efeitos das drogas, alimentação adequada, tratamento no CAPS AD, importância da escola, fazer cursos, trabalho com carteira assinada, cumprimento da medida judicial. Observar alteração de conduta” (Adolescente 3).</i></p> <p>Observação: os PIAs analisados foram preenchidos pela enfermeira do CAS São Leopoldo;no CASE NH por um período não havia essa profissional na equipe e posteriormente os preenchimentos constavam na folha de evolução.</p>
---	--

a) registrar os encaminhamentos feitos.

11. Plano de Cuidados:

a) descrever a proposta de cuidados necessários ao adolescente.

PIA DO SERVIÇO SOCIAL

1. Constituição Familiar:

- a) ordem crescente das pessoas que compõe o quadro familiar;
- b) relacionar o internado e todas as outras pessoas que tenham algum parentesco ou relação afetiva ou dependência;
- c) indicar escolaridade dos parentes;
- d) descrever ocupação e forma de vínculo;
- e) renda mensal das pessoas que residem na mesma moradia;
- f) registrar os que residem na mesma casa.

2. História Familiar:

a) descrever aspectos significativos, com foco no desenvolvimento do adolescente(;)[.]

3. Dados significativos:

- a) informar sobre a institucionalização de familiares: descrever o motivo e o período;
- b) registrar envolvimento delituosos praticados por pessoas da família;
- c) informar situações problemas de saúde no grupo familiar;
- d) especificar doenças físicas, psíquicas e dependência química.

4. Relacionamento Interpessoal:

a) visão do adolescente e da família (descrever a dinâmica familiar, reações conflitos, rejeições, empatias, violência doméstica...);

5. Uso de Substâncias Psicoativas:

a) registrar a perspectiva do adolescente em relação ao uso de drogas: parar, buscar ajuda/tratamento, retornar ao uso.

6. Recursos da comunidade utilizados:

a) informar os recursos, a finalidade e o período, referência profissional.

7. Visão da internação:

a) descreve como o interno (impacto), o que propõe em relação(;)[.] Parece faltar algo.

8. Características:

a) registrar as características pessoais observadas: tiques, manipulações, sedução, agressividade, apatia, afronto, provocação...;

9. Parecer:

a) sintetizar juízo fundamentado sobre o caso, aspectos relevantes a serem trabalhados com o adolescente; grupo familiar.

10. Providências:

a) descrever o plano de ação, considerando os contatos com recursos da comunidade e família.

1. Constituição Familiar:

- a) em todos os PIAs encontramos a constituição familiar, o que nos trouxe um conjunto de configurações múltiplas;
- c) a indicação da escolaridade constava em alguns PIAs;
- d) a renda familiar, em 14 dos 29, tinha os valores referidos, que foram convertidos para salários mínimos e atualizados para compor a variável renda familiar;
- f) com o registro de quem residia na mesma casa compõe-se a configuração familiar: quatro jovens residiam com a companheira, dois moravam em casa de acolhimento; cinco residiam com os pais e mais de quatro irmãos; três residiam com os pais e dois irmãos; oito adolescentes residiam com a mãe e irmãos; dois adolescentes residiam com o pai e irmãos; e dois residiam com avós e tios.

2. História familiar: em todos os PIAs essas informações aparecem de forma sucinta.

3. Dados significativos: observou-se que dois adolescentes foram institucionalizados deste a tenra infância; sete deles têm/tiveram algum familiar preso.

4. Relacionamento interpessoal: a maioria refere bom relacionamento com os familiares.

5. Uso de Substâncias psicoativas: alguns adolescentes negam o uso, e os que fazem uso relatam quais as substâncias e o tempo em que fazem uso, na sua maioria são citadas a maconha, álcool, cigarro, e alguns mencionam a cocaína, apenas um refere ter usado *crack*.

6. Recurso da comunidade:

Em nove PIAs consta a relação com o Conselho Tutelar, em um o CRAS e em outro PSC.

7. Visão da internação: na sua maioria consta preenchida; Ex:

“verbaliza estar normal, mas está com saudade da família” (Adolescente 13). “refere estar normal, dizem que é ruim estar aqui, mas vacilou” (Adolescente 2);

“reflete que está vivendo uma outra etapa de sua vida e que agora precisa preocupar-se com sua família, assim percebe-se mais amadurecido quanto à sua vida delitiva anterior” (Adolescente 8);

“muito triste, por estar no CASE. Diz que cometeu ato infracional porque estava sendo pressionado pela vítima” (Adolescente 5).

9. Parecer: Observou-se que é inexistente um parecer técnico sobre o adolescente.

10. Providências: são todas no âmbito da documentação, visitas familiares (tanto na internação como na semiliberdade), encaminhamento para

	inserção em projetos sociais, cursos profissionalizantes, na escola para continuidade dos estudos e no mundo do trabalho (principalmente para os adolescentes da semiliberdade).
PIA DA PSIQUIATRIA	
<p>1. Queixa Principal: a) descrever a principal queixa do adolescente ou motivo principal da avaliação.</p> <p>2. História da doença atual: a) fornecer as principais informações sobre a história psiquiátrica do adolescente que está sendo avaliado que causam problemas no momento atual da vida.</p> <p>3. História desenvolvimental: a) relatar sucintamente o desenvolvimento de vida do adolescente, destacando dados significativos de sua concepção, parto, infância, escolarização, desenvolvimento motor, adolescência, relações interpessoais e familiares.</p> <p>4. História Familiar: a) informar dados relevantes relativos à estrutura, história e dinâmica familiar, destacando suas condições de saúde/doença mental.</p> <p>5. Revisão de Sistemas: a) fornecer informações adicionais sobre alguns sintomas médicos importantes que interferem no funcionamento da saúde do paciente revisando os sistemas neurológico, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, reumato-ortopédico, otorrinolaringológico-oftalmológico, genitourinário e oftalmológico.</p> <p>6. História Mórbida Progressiva: a) fornecer dados associados ao quadro atualmente apresentado pelo adolescente.</p> <p>7. Exame do Estado Mental: a) descrever observações e sintomas encontrados na avaliação do estado mental do adolescente.</p> <p>8. Exames Complementares: a) anotar resultados dos exames clínicos realizados pelo adolescente associados e avaliação diagnóstica e monitorização de efeitos colaterais da medicação.</p> <p>9. Hipótese Diagnóstica: a) anotar a hipótese diagnóstica, segundo o DSM IV: no eixo I: colocar a patologia psiquiátrica; no eixo II: as principais características de personalidade e de caráter do paciente; no eixo III: os dados diagnósticos de patologia clínica do interno; no eixo IV: os estressores de vida atual do paciente; e no eixo V: a avaliação global do funcionamento do adolescente.</p> <p>10. Indicações terapêuticas: a) descrever as orientações básicas de manejo e métodos terapêuticos iniciais para a abordagem do adolescente.</p>	<p>1. Queixa principal: ausência de relato de “queixa”, o preenchimento é feito com as informações referentes ao perfil do adolescente; Ex: <i>“solteiro, branco, natural e reside em São Leopoldo, 7ª série, não estava estudando nem trabalhando, sem filhos (Adolescente 20); “solteiro, branco, natural de Tramandaí, residindo em São Leopoldo, 1º grau completo, vinha estudando, trabalhando no Mac Donalds, sem filhos” (Adolescente 21).</i></p> <p>2. História da doença atual: ausência do relato da doença atual, o preenchimento é feito pela descrição do ato infracional cometido; Ex: <i>“adolescente ingressa na fase pela 1ª vez, por assalto a pedestre sem arma de fogo, por aquisição de drogas, estava em casa de acolhimento, usuário de crack e maconha, 1 carteira/dia, nega agressividade, nega sintomas psicóticos” (Adolescente 25); “adolescente ingressa pela 1ª vez por homicídio, com arma de fogo, diz que tinha arma para proteção, nega envolvimento com uso e/ou tráfico de drogas (Adolescente 10); “adolescente ingressa na FASE pela 1ª vez por assalto com uso de arma, para aquisição de drogas, usuário recente de maconha, usuário de nicotina ½ carteira dia há 3 anos, nega álcool e drogas, foi agredido pelas vítimas do assalto” (Adolescente 14).</i></p> <p>3. História desenvolvimental: no preenchimento consta somente a série escolar do adolescente: <i>“7ª série” “6ª série”;</i></p> <p>4. História Familiar: a) descreve a composição familiar e com quem mora; Ex: <i>“mora com mãe + 3 irmãos, pai mora em outra cidade, não tem contato, pais separados desde 8 anos de idade” (Adolescente 14); “mora com mãe, pai morador de rua, já foi preso” (Adolescente 12).</i></p> <p>5. Revisão de Sistemas: ausência de preenchimento, quando preenchido consta <i>“nega patologia/medicação”.</i></p> <p>6. História Mórbida Progressiva: a) em apenas dois PIAs observou-se este item respondido, <i>“dorme e acorda bem, bom ânimo para atividades, TMC por uso de múltiplas drogas” (Adolescente 2).</i></p> <p>7. Exame de Estado mental: as respostas preenchidas são na maioria padrão para todos os adolescentes: *Consciência: lúcido; *Orientação: orientado em tempo, lugar e pessoa; *Atenção: normavigil, normatenaz; *Sensopercepção: sem alucinações; *Inteligência: não testada; * Afeto: humor ansioso ou deprimido, ou eutímico (normal); *Pensamento: lógico, agregado;</p>

	<p>*Linguagem: monossilábica; * Juízo crítico: preservado; apenas 1 constava como prejudicado; * Conduta: sem preenchimento, apenas dois constavam como: insônia. 8. Exames complementares: sem preenchimento. 9. Hipótese Diagnóstica: Preenchida no Eixo I: TMC por substâncias psicoativas – maconha e cocaína (7 casos); Eixo II: Desvio de conduta (5 casos); Eixo I e Eixo II: TMC e Desvio de conduta (6 casos); em um consta Eixo II: T- afetivo bipolar; 9 casos sem preenchimento. 10. Indicações terapêuticas: três estavam sem prescrição e 13 tinham prescrição medicamentosa²⁸.</p>
--	---

PIA PSICOLOGIA

1. Impressão Geral Transmitida:

a) Anotar observações acerca do aspecto físico do adolescente, tais como postura, traje, condições de higiene, impostação de voz, expressões faciais, modificações deste durante a entrevista. Referir também aspectos contratransferenciais. Circunstâncias especiais que afetem a validade dos achados devem ser assinaladas.

2. Técnica(s) utilizada(s):

a) registrar quais técnicas utilizadas para fins desta avaliação. Entrevista, informação de terceiros, teste, observação.

3. Exame psicológico:

a) sintetizar os dados significativos colhidos, enfatizando alterações presentes, considerando exame das funções do ego (atenção, sensopercepção, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afeto, conduta), mecanismos de defesa predominantes e sintomatologia.

4. Entendimento dinâmico sumário:

a) elaborar, com base nos dados colhidos, um entendimento dinâmico do funcionamento psíquico do adolescente examinado. Poderão constar aspectos significativos tais como nível de funcionamento, conflitiva, fator desencadeante, nível de tolerância a frustração e ansiedade, vínculos afetivos, controle de impulsos, áreas preservadas do desenvolvimento; e

5. Parecer:

a) descrever as condições psicossociais de adaptação e funcionamento do adolescente. Poderão ser comentados padrões de

Observações gerais registradas das leituras feitas nos PIAs da psicologia:

- a) Os registros evidenciaram um acompanhamento sistemático ao adolescente, com escuta semanal;
- b) As intervenções, segundo o registro do atendimento, acontecem no âmbito da organização individual do adolescente, tanto na unidade e no que compete ao cumprimento dos combinados e da própria medida, como na sua organização para o trabalho, suas metas, seu projeto de vida;
- c) São estabelecidas metas e combinações, e observa-se o registro destas e a avaliação das mesmas no percorrer do cumprimento da medida, suas repactuações e rearranjos;
- d) Atendimento direcionado a organizar a vida do adolescente no âmbito da permanência na escola, e na organização frente às questões de emprego, tendo em vista a extinção da medida;
- e) Adaptação de horário de atendimento individual, respeitando os horários dos adolescentes nas suas demandas de estudo e trabalho, quando da semiliberdade;
- f) A escuta como instrumento e habilidade para reconhecer as demandas dos adolescentes, as manifestas e as não manifestas;
- g) Relatos dos atendimentos sucintos, objetivos, mantendo sigilo das informações pessoais do adolescente;
- h) Acompanhamento junto com outros técnicos, das reuniões com os familiares a respeito do adolescente;
- i) Encaminhamento ao CAPS, de preferência na cidade de moradia do adolescente, quando observa necessidade de um acompanhamento sistemático e por um período maior do que a medida prevê.

²⁸ Cf. APÊNDICE 4, onde constam as medicações prescritas e utilizadas pelos adolescentes no período de cumprimento da medida socioeducativa.

relacionamento, risco de auto ou heteroagressão, periculosidade, vulnerabilidade.

6. Encaminhamentos:

a) registrar a indicação terapêutica, possibilidade de atendimento na instituição, encaminhamentos para atendimento na comunidade ou outro setor da unidade, indicações quanto ao manejo.

ESTUDO DE CASO

ROTEIRO PARA O ESTUDO DE CASO

Situação Jurídica: registro da situação jurídica do adolescente em cumprimento da MSE de Internação, especificações sobre período de avaliação; decisões judiciais;

Contexto Social e Familiar: registro dos vínculos e interações familiares e comunitárias do adolescente; avaliando a adesão familiar no processo socioeducativo do adolescente, conforme o PIA, dizendo respeito à disposição da família frente às demandas e necessidades do adolescente;

Saúde Física e Mental: registro do estado de saúde e as situações significativas no âmbito da saúde física e mental do adolescente, e os procedimentos realizados;

Desenvolvimento Educativo: registro do aproveitamento escolar e das aprendizagens que foram trabalhadas nas oficinas, cursos profissionalizantes; observações do adolescente relativas à sua participação nas atividades, tanto de recreação, como laborais (limpeza das instalações, ajardinamento); percepção sobre o seu projeto de vida;

Aspectos Comportamentais: registros referentes a comportamento e conduta do adolescente na instituição, durante o cumprimento da MSE de Internação e Semiliberdade: controle de impulsos, agressividade, capacidade de tolerar frustrações, internalização e cumprimento das regras e normas institucionais, envolvimento em problemas de ordem disciplinar, capacidade de corresponder aos contratos e combinados da MSE imposta;

Relacionamento Interpessoal: registro da avaliação da evolução do adolescente quanto ao convívio grupal e social, aprendizado de habilidades básicas de desempenho social, respeito ao outro, escolarização, capacidade de relação interpessoal com os internos, funcionários, familiares e comunidade; o cultivo de valores de solidariedade, cooperação, respeito à vida, lealdade, participação responsável, compreensão, capazes de possibilitar uma nova inscrição social;

Amadurecimento e Crescimento Pessoal: registro de avaliações das condições individuais do adolescente em expressar sentimentos, verbalizar situações, capacidade de sentir culpa, respeito pela segurança própria e do outro, elaboração crítica acerca da sua conduta transgressora, objetivando escrever um novo projeto de vida;

Encaminhamentos e Proposta de Atendimento: registro sistemático da evolução dos encaminhamentos realizados e da proposta inicial de atendimento operacionalizada, assim como das ações interdisciplinares a serem implementadas dentro do PIA.

Autoavaliação: É o recurso disponível ao adolescente para oportunizar um olhar próprio sobre sua trajetória, no cumprimento da MSE e circunstâncias da sua vida.

Considerações observadas:

Nos prontuários pesquisados, não foi encontrado registro do Estudo de Caso, o que se observou, contudo, foi que a evolução dos encaminhamentos estava relatada principalmente no acompanhamento da psicologia e do serviço social. Nas demais áreas a evolução tem um caráter mais de acompanhamento prático, como é o caso da enfermagem.

Outro documento existente no prontuário é o relatório avaliativo, em que constam algumas das questões descritas acima, mas que tem por finalidade relatar o percurso do adolescente no cumprimento da medida socioeducativa propondo a extinção ou a permanência por mais um período, o qual é submetido para avaliação do Juizado da Infância e da Juventude.

APÊNDICE 3

Quadro Analítico da construção das evidências dos PIAs

Indicadores/ atenção integral à saúde	Planos Individuais de Atendimento (PIAs)						
	Acolhimento	Clínico	Educação	Enfermagem	Psiquiatria	Serviço Social	Evidências
Situação Jurídica	Informações sobre data de ingresso/reingresso e o motivo (Código Penal) do ato infracional. (Preenchimento de 100% dos casos).						1. Essas informações são preenchidas em todos os PIAs; 2. As informações são produzidas para responder às normativas do sistema, a fim de localizar e categorizar o adolescente, na ótica do ato infracional.
Contexto social e familiar	Apenas registros sobre nomes dos pais. Poucos registros têm a indicação de pessoa responsável; Preenchimento da impressão inicial sobre os adolescentes; Ex: <i>"percebe-se mais agitado e nervoso, quer saber como será sua medida aqui, Pretende cumprir, pede para fazer documentos que não tem"</i> (Adolescente 2)	Informações parcelares, sempre identificando algum evento significativo (trágico).	Descrição da composição familiar; Relatos completos sobre o histórico escolar do adolescente, porém sem uma avaliação pedagógica; poucos adolescentes com participação em cursos profissionalizantes e/ou estágios;		Relatos "padronizados": <i>"solteiro, branco, natural e reside em São Leopoldo, 7ª série, não estava estudando nem trabalhando, sem filhos (Adolescente 10); "solteiro, branco, natural de Tramandaí, residindo em São Leopoldo, 1º grau completo, vinha estudando, trabalhando no Mac Donalds, sem filhos" (Adolescente 22).</i>	É descrita a composição familiar, com falta de registro sobre a situação socioeconômica da família. Registros de bom relacionamento familiar; Registro da família sobre o adolescente e o ato infracional.	1. Narrativas cujos padrões descritivos se repetem, com ausência da história de vida do adolescente e das suas expectativas; 2. Observações parcelares sobre os adolescentes e a condição socioeconômica da família;

			repetência; Evasão.				3. Silêncio ou silenciamento do adolescente?
Saúde Física e Mental	<p><i>“Jovem muito ansioso, referindo que conhece os procedimentos pois já esteve internado em instituição. Solicitou várias vezes contato telefônico com a sua mãe mas acalmou-se quando expliquei as rotinas de ingresso. Pareceu sentir-se envergonhado pelo seu estado (aparência física), uma vez que foi apreendido quando estava trabalhando coletando materiais para reciclagem. Negou estar sob efeito de qualquer substância psicoativa (1º ingresso)”</i></p> <p><i>“Jovem retornou espontaneamente. Encontra-se muito debilitado fisicamente, por conta da drogadição. Mostra-se disponível e receptivo aos encaminhamentos necessários (2º ingresso)”</i> (Adolescente 3)</p>	<p>Predomínio da ausência de relato no item “queixa” e de história patológica expresso pelo termo “nega”, seguido pelo não preenchimento;</p> <p>História psicossocial associada ao perfil do adolescente e ao ato infracional cometido;</p> <p><i>Ex: “refere ter sido agredido pelas vítimas”</i> (Adolescente 14)</p> <p><i>“queda de moto à 3 dias”</i> (Adolescente 20);</p> <p>Inexistência de registros sobre medicamentos em uso;</p> <p>nove adolescentes fazem uso de SPAs: cigarro, maconha, álcool, cocaína, crack; sete referem não usar, três não usam. Demais Pias não há</p>		<p>Perturbação Mental: Todos preenchidos na opção Não;</p> <p>Uso de SPAs na maioria sem informação. Há registros de uso em seis prontuários;</p> <p>Uso de medicamentos registrado em 14 casos.</p>	<p>A história da doença atual é associada à situação do cometimento do ato infracional:</p> <p><i>“adolescente ingressa na fase pela 1ª vez, por assalto a pedestre sem arma de fogo, por aquisição de drogas, estava em casa de acolhimento, usuário de crack e maconha, 1 carteira/dia, nega agressividade, nega sintomas psicóticos”</i> (Adolescente 21);</p> <p><i>“adolescente ingressa pela 1ª vez por homicídio, com arma de fogo, diz que tinha arma para proteção, nega envolvimento com uso e/ou tráfico de drogas”</i> (Adolescente 10);</p> <p><i>“adolescente ingressa na FASE pela 1ª vez por assalto com uso de arma, para aquisição de drogas, usuário recente de maconha, usuário de nicotina ½ carteira dia há 3 anos, nega álcool e drogas, foi agredido pelas vítimas do assalto”</i> (Adolescente 3).</p> <p>Exame de Estado mental:</p> <p>a) este item contém uma tabela a ser preenchida com os seguintes pontos, que são na sua maioria respondidos igualmente para todos os adolescentes:</p> <p>*Consciência: lúcido;</p> <p>*Orientação: orientado em</p>		<p>1. Os registros importantes sobre a saúde mental dos adolescentes são incompletos, fragmentados e contraditórios;</p> <p>2. Ausência de uma visão avaliativa integral da saúde do adolescente: os registros seguem padrões de negação e afirmação de sintomas de forma homogênea: estado mental dos adolescentes: sem perturbação mental, lúcido; orientado em tempo, lugar e pessoa; normavigil, normatenaz; sem alucinações; Inteligência: não testada; Pensamento: lógico,</p>

		preenchimento.			<p>tempo, lugar e pessoa; *Atenção: normavigil, normatenaz; *Senso percepção: sem alucinações; *Inteligência: não testada; * Afeto: humor ansioso ou deprimido, ou eutímico (normal); *Pensamento: lógico, agregado; *Linguagem: monossilábica; * Juízo crítico: preservado; apenas 1 constava como prejudicado.</p> <p>No item Hipótese Diagnóstica: Eixo I: Transtorno Mental e de comportamento por substâncias psicoativas – maconha e cocaína (7 casos); Eixo II: Desvio de conduta (5 casos); Eixo I e II: Transtorno Mental e de comportamento por substâncias psicoativas e Desvio de conduta: 6 casos; em apenas 1 consta Eixo II: T- afetivo bipolar; Em 10 casos não preenchimento da hipótese diagnóstica; um sem hipóteses diagnósticas.</p>		<p>agregado; Linguagem monossilábica; Juízo crítico: preservado; 3. Apesar da descrição acima 20 adolescentes estão enquadrados em hipóteses diagnósticas TMC. 4. Hipóteses diagnósticas não averiguadas com solicitação de exames; pautadas na conduta delitiva e no uso de SPAS; 5. Dados desconstruídos entre um PIA e outro; 6. Dos 29 Pias, 20 registram consumo de medicamentos; 7- Informações parcelares sobre uso de SPAs, havendo nove adolescentes em situação de consumo.</p>
Aspectos comportamentais	Os registros salientam a apreensão dos adolescentes pelo desconhecimento			No item suspeita de agressão todos preenchidos na opção Não.	Item: Conduta sem preenchimento. Apenas dois prontuários preenchidos com a informação: insônia.		<p>1.Registros Parcelares; 2.Comportamento dos</p>

	sobre a sentença e sobretudo sobre o futuro na instituição. EX: “ <i>jovem aparenta tranquilidade, apesar de supressa com a definição MSE semiliberdade. Confuso sobre os motivos que culminaram na medida, sem saber explicar o delito</i> ” (Adolescente 1)			No item atendimento na rede de saúde não há preenchimento em todos os PIAs.			adolescentes quando descritos relacionados a medo e apreensão em relação aos itinerários e “destinos” institucionais.
Relacionamento Interpessoal			“ <i>estava afastado da escola por não poder frequentar as aulas por conta das inimizades que tem</i> ” (Adolescente 15)			Nove adolescentes referem bom relacionamento familiar; Em 20 Pias não conta a informação; “ <i>refere bom relacionamentos com familiares</i> ” (Adolescente 14)	1. Informações parciais sobre relacionamento interpessoais; 2. Ausência de registro sobre outras experiências de relações (comunitárias, sociais, afetivas).
Encaminhamentos e proposta de atendimento	Para a confecção de documentos	Paracetamol 6/6horas e Plasil 8/8 horas se necessário (s/n) – em todos os PIAs.	Havia assinaladas possibilidades de participação e interesses cursos profissionalizantes ; indicação de cursos disponíveis na instituição.	Encaminhamento regular de encaminhamentos para avaliação odontológica, psiquiátrica e clínica. Em todos os Pias. Ex: “ <i>Orientar quanto a higiene corporal, tratamento medicamentoso, cumprimento de medida judicial,</i>	Indicações terapêuticas: três casos com o registro sem prescrição e 13 estavam com prescrição medicamentosa ²⁹ .	No âmbito da documentação, visitas familiares (tanto na internação como na semiliberdade), encaminhamento para projetos sociais, cursos profissionalizantes, escola e no mundo do trabalho (principalmente para os adolescentes da	1. Encaminhamentos realizados pelos diferentes técnicos; 2. Acesso a direitos sociais como educação e saúde; 3. Registro de indicação terapêutica, prioritariamente medicamentosa e no âmbito clínico

²⁹ Cf. APÊNDICE 4, onde constam as medicações prescritas e utilizadas pelos adolescentes no período de cumprimento da medida socioeducativa.

				<p><i>trabalho, estudo, fazer cursos, alimentação adequada. Observar alterações de conduta”</i> <i>(Adolescente 15)</i> <i>“orientar quanto: cuidados higiene corporal, efeitos das drogas, alimentação adequada, tratamento no CAPS AD, importância da escola, fazer cursos, trabalho com carteira assinada, cumprimento da medida judicial. Observar alteração de conduta”</i> <i>(Adolescente 3).</i></p>		semiliberdade).	padronizada em substâncias psicoativas; 4- O cuidado transformado em rotinas de cumprimento das normas de higiene e conduta.
Perspectiva do adolescente						<p><i>“verbaliza estar normal, mas está com saudade da família”</i> <i>(Adolescente 13).</i> <i>“refere estar normal, dizem que é ruim estar aqui, mas vacilou”</i> <i>(Adolescente 2);</i> <i>“reflete que está vivendo uma outra etapa de sua vida e que agora precisa preocupar-se com sua família,</i></p>	<p>1.Registro da visão do adolescente sobre a internação somente em uma área; 2.Esse “vazio” está condizente com a ênfase dada àquilo que o adolescente representa em termos de responsabilidade e para a</p>

						<i>assim percebe-se mais amadurecido quanto à sua vida delitiva anterior (Adolescente 8); "muito triste, por estar na instituição. Diz que cometeu ato infracional porque estava sendo pressionado pela vítima" (Adolescente 5).</i>	instituição (cumprimento de ritos e normas) e de sua responsabilização pelo ato infracional cometido.
Observações Evidências	Registros informam sobre: dados de identificação do adolescente, documentos e pertences, motivo do ingresso e impressão inicial; maioria classificada de cor branca.		Predomínio de evasão escolar e de distorção idade-série.		Registros realizados fora dos padrões do protocolo da instituição, por isso não computados. Descrevem a sequência de atendimentos e providências tomadas.		

APÊNDICE 4

Quadro de medicações prescritas aos adolescentes

Nº	Medicação	Quantia	Diagnóstico	Observação
Adolescente 1	Clorpromazina Clorpromazina	25 mg – manhã 100 mg – noite	Transtorno de ajustamento de humor ansioso e deprimido. Desvio de Conduta	antipsicóticos
Adolescente 2	Clorpromazina – (CPZ) Clorpromazina – (CPZ) Clorpromazina – (CPZ)	25 g noite 50 mg tarde e 100mg noite 100 mg noite	TMC por maconha e Desvio de conduta	*Antipsicóticos
Adolescente 3	Amilriptilina Amilriptilina Amilriptilina	50 mg – noite (maio/2011) 50 mg – noite 25 mg – 1cp noite 25 mg – 1cp noite		*Antidepressivo e antimaníaco
Adolescente 7	Clorpromazina Clorpromazina Clorpromazina CPZ Fluoxetina Fluoxetina Risperidona Fluoxetina Risperidona	25 mg – noite 100 mg à noite 100 mg à noite 200 mg à noite 20 mg manhã 20 mg – manhã 2 mg – noite 20 mg – manhã 1 mg – noite	TMC por substâncias psicoativas e Desvio de conduta	Antipsicóticos Antidepressivo e antimaníaco
Adolescente 8	Clorpromazina Clorpromazina Clorpromazina Clorpromazina Clorpromazina	100 mg – noite 200 mg – noite 100 mg – noite 100 mg – noite 50 mg – noite	Sem diagnóstico (esse é o escrito no PIA)	Antipsicóticos
Adolescente 9	Amitriptilina	25 mg 02cp noite		Antidepressivo e antimaníaco
Adolescente 10	Clorpromazina Carbamazepina	200 mg – manhã e noite 25 mg – manhã 200mg – tarde – noite	TMC por substâncias psicoativas	Antipsicóticos Anticonvulsivantes
Adolescente 11	Neozine	25 mg – 02 cp noite(;)	Desvio de conduta	Antipsicóticos neurolépticos
Adolescente 12	Levomepromazina Clorpromazina	25 mg noite 150 mg noite	Desvio de conduta	Antipsicóticos
Adolescente 15	Clorpromazina Neozine Risperidona	25 mg – noite 50 mg – noite 2 mg – tarde	Transtorno Mental e de Comportamento - TMC a substâncias psicoativas e Desvio de Conduta	Antipsicóticos Antipsicóticos neurolépticos Antipsicóticos
Adolescente 19	Neozine	100 mg – noite		Antipsicóticos neuroléptico
Adolescente 23	Amitriptilina Amitriptilina Amitriptilina	25 mg – noite 50 mg – noite 25 mg – noite	Desvio de Conduta	Antidepressivo e antimaníaco

Adolescente 24	Carbamazepina Clorpromazina	200 mg 2x dia 100 mg – noite	Não consta descrito Diagnóstico.	*Anticonvulsivantes *Antipsicóticos
-------------------	--------------------------------	---------------------------------	--	--

ARTIGO

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA: UMA REVISÃO LITERATURA

Fabiane Asquidamini^{1,3}, Rosangela Barbiani¹, Eduardo Sugizaki².

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo/Rio Grande do Sul, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, Brasil.

³ Correspondência: Fabiane Asquidamini. Rua Carlos Kruger, 51. Canabarro, Teutônia/ RS Cep: 95890-000. Telefone: (51) 37628001 e (51) 81789603. Email: fasquidamini@gmail.com

Resumo

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura das produções nacionais de artigos científicos no período de 2002 a 2012, na temática da atenção à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade. Foram identificados 70 estudos nas bases de dados ADOLEC (Literatura sobre adolescência) e SciELO, utilizando descritores associados ao tema e os critérios definidos de inclusão e exclusão. Após selecionados, foram analisados segundo a metodologia de análise de conteúdo temática. Verificou-se que a produção tem aumentado nos últimos anos e que questões emergentes são apontadas tanto no âmbito do sistema socioeducativo, em seu processo de socioeducação, como no âmbito da assistência à saúde. Tendo como temática transversal a esses dois eixos a tendência de psiquiatrização e patologização da adolescência, como fenômenos contemporâneos a serem discutidos e enfrentados na efetivação de um sistema implicado eticamente na atenção integral à saúde de adolescentes que praticaram atos infracionais.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente institucionalizado; Saúde do adolescente; Saúde do adolescente institucionalizado; Adolescente em conflito com a lei, Medidas Socioeducativas.

INTRODUÇÃO

A adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade. Na sociedade brasileira e do ponto de vista jurídico incluem-se indivíduos entre os 12 anos aos 18 anos

incompletos, caracterizados em situação peculiar de desenvolvimento^{1,2}. Analiticamente falando, a adolescência é o lugar da indefinição deste como sujeito que se encontra entre dois estatutos, a criança que brinca aprendendo e o adulto que trabalha e reproduz. Para Oliveira, o adolescente “habita um sem-lugar, está numa espécie de entre-dois”³.

A parcela da população adolescente visada neste trabalho é o ‘adolescente infrator’, aquele que teve uma conduta sancionada e descrita por leis penais, que o introduz no sistema de justiça. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera ato infracional “a conduta descrita como crime ou contravenção penal”^{2,3}.

No Brasil, a população adolescente é de 20 milhões, e 58.764 estão cumprindo medidas socioeducativas⁴. A adolescência um período da vida que envolve mudanças biológicas e construções sociais, a associação entre adolescência e ato infracional é marcada pelo contexto sociocultural⁵, sendo a própria prática de ato infracional a expressão dos indivíduos inseridos numa cultura. Dessa forma, entende-se que infração na adolescência não é um sintoma individual, uma disfunção ou inadequação. O delito é constituinte da vida em sociedade, portanto simbólico e complexo⁶.

No âmbito da atenção à saúde do adolescente que cometeu ato infracional e que cumpre medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade, as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são orientadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação provisória e pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)^{7,8}.

Com base nesses parâmetros e buscando aprofundar a temática da atenção integral à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, este trabalho objetivou estabelecer um panorama da produção científica brasileira sobre a temática. Foi realizado um levantamento da produção nacional da última década, sobre a atenção à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade.

CONSIDERAÇÕES METODÓLOGICAS

Este artigo é parte da pesquisa “Saúde do Adolescente em cumprimento de medida socioeducativa – o caso de São Leopoldo/RS”, que analisou as condições

sob as quais o Sistema Socioeducativo atende os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade na ótica do direito à atenção integral à saúde.

A análise da produção científica sobre a atenção à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade baseou-se na consulta à Biblioteca Virtual em Saúde, tendo sido consultadas as bases de dados ADOLEC (Literatura sobre adolescência) e SciELO. As buscas sistemáticas aos estudos ocorreram entre os meses de setembro e dezembro de 2012.

Os indexadores para a pesquisa foram selecionados segundo os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), tendo sido encontrados 11 que estabeleciam relação direta com a temática: violência, adolescente, direitos humanos, saúde do adolescente, menores, delinquência juvenil, comportamento do adolescente, defesa da criança e do adolescente, serviços de saúde para adolescentes, adolescente institucionalizado, saúde do adolescente institucionalizado. Para contribuir na busca, utilizamos as seguintes palavras-chave adicionais: medida socioeducativa, ato infracional, adolescente em conflito com a lei, patologização da adolescência, comportamento antissocial, transtorno psiquiátrico e medicalização.

Foram realizadas associações entre todos os descritores e as palavras-chave, resultando em um universo de 1798 textos. Como estratégia de refinamento de busca, definiu-se como critério de inclusão artigos nacionais publicados de 2002 a 2012 que contemplassem os descritores na abordagem da temática tendo como foco de análise “adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de restrição ou privação da liberdade”. O espaço temporal delimitado contemplou a década em que o sistema socioeducativo brasileiro delineou seus principais marcos legais e programáticos, tais como o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE (2006) e o Programa de Execução de Medidas Sócio-Educativas de Internação e Semiliberdade – PEMSEIS (2002)^{8,9}.

Foram excluídos os estudos que abordaram as medidas socioeducativas em meio aberto, as publicações classificadas como teses, capítulos de livros, livros, resenhas e informativos governamentais. A seleção final se realizou pela leitura dos resumos, obtendo-se 70 artigos. Os artigos foram analisados segundo a metodologia de análise de conteúdo temática¹⁰, de cujos procedimentos derivaram a identificação de eixos temáticos, seus respectivos núcleos de sentido, dos quais emergiram as

categorias e subcategorias finais de análise.

RESULTADOS

Quanto à caracterização do acervo de revisão, trata-se de uma produção crescente e diversificada quanto às suas fontes de publicação. Observa-se que o conjunto de artigos científicos foi publicado em periódicos de diversas áreas do conhecimento e teve um crescimento significativo a partir de 2005, concentrando-se a maior produção nos anos de 2010 e 2011, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1: Produção de artigos por ano de publicação e os periódicos – 2002 a 2012

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2010	2012	Total
1	1	2	7	8	6	8	5	18	12	2	70

Os estudos analisados foram encontrados em 38 periódicos, conforme mostra o Quadro 2:

Quadro2: Periódicos e quantidade de artigos encontrados – 2002 a 2012

Revistas	Qt.	Revistas	Qt.
Ciência & Saúde Coletiva,	9	Contextos Clínicos	1
Cadernos de Saúde Pública	6	Emancipação	1
Psicologia em Estudo, Maringá	4	Escola Anna Nery	1
Psicologia & Sociedade	3	Estudos de Psicologia	1
Serviço Social & Sociedade	3	Est. Pesquisas em Psicologia	1
Interface – Com., Saúde, Educação	2	Interação em Psicologia	1
KATALYSIS	2	J Brasileira Psiquiatria	1
Physis Revista de Saúde Coletiva	2	Lat.-Am. J. of Fund. Psychopath	1
PSICO, Porto Alegre, PUCRS	2	Psicologia Teoriae Pesquisa	1
Psicologia Ciência e Profissão	2	Psicologia Política	1
Psicologia: Teoria e Pesquisa	2	Religião e Sociedade	1
Rev. Bras. Cresc. Desenv. Humano	2	Rev. Med. Minas Gerais	1
Revista Gaúcha Enfermagem	2	Rev. Bras. Educ. Física Esporte	1
Revista Mal-Estar e Subjetividade	2	Rev. CEFAC	1
Revista Virtual Texto & Contexto	2	Rev. Psiq. Clínica	1
Saúde Sociedade	2	Revista de Salud Pública	1
Adolescência & Saúde	1	Rev. Enfermagem	1

		Referência	
Boletim do Instituto de Saúde	1	Tempo Social	1
Cadernos de Psicologia Social	1	Educação & Sociedade	1
Total de periódicos			38

Todos os 70 artigos foram lidos na íntegra e com base na análise empreendida foi possível formular três categorias temáticas, nas quais os resultados da pesquisa foram discutidos: Sistema Socioeducativo: entre luzes e sombras (32 artigos), Atenção à Saúde do Adolescente X Psiquiatrização e Patologização da Adolescência (26 artigos) e Violência Juvenil e Violações de Direito (12 artigos).

O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO: entre luzes e sombras

O Sistema Socioeducativo foi objeto de análise em 32 artigos. O enfoque predominante foi o da crítica propositiva, ora enfatizando os limites do sistema, ora destacando suas possibilidades na efetivação de seus princípios e diretrizes de atuação. O fio condutor das análises centrou-se no processo histórico no qual a conquista de direitos humanos de crianças e adolescentes se construiu na sociedade brasileira, como um imperativo ético contraditório, permeado de avanços e recuos. Os artigos contextualizam as mudanças advindas do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), as recomendações preconizadas em relação aos adolescentes que cometeram ato infracional e as respectivas medidas socioeducativas aplicáveis a cada situação².

A partir desse cenário, os artigos se dirigem à análise em torno de três dimensões: a estruturação do sistema em si, em seus espaços físicos, fluxos e ritos institucionais; as (im)possibilidades do trabalho socioeducativo, protagonizadas pelas equipes; o trabalho em rede: a família, a comunidade e as redes setoriais.

Em relação ao sistema socioeducativo, sua estrutura, organização e fluxos carregam fortemente a característica de assistência repressiva, destinada aos adolescentes pobres, que moram nos bairros urbanos periféricos, os quais não se encaixam nos padrões sociais (de ordem moral, educacional e estética).

Essa representação do sistema vem acompanhada de evidências quanto à estruturação física e arquitetônica das unidades e a organização dos processos de trabalho em seus fluxos de atendimento aos adolescentes. A arquitetura sombria do

encarceramento, o espaço da segregação, o “brete” (como é chamado o dormitório), o uso de algemas são algumas de suas expressões^{11,12,13,14}, que podem acarretar mais violência do que transformação. Estes elementos visíveis de uma relação prisional evidenciam a distância entre o que é preconizado no ECA e, posteriormente, reafirmado normativamente no PEMSEIS (2002) e SINASE (2006). Nesses espaços, as relações também tendem a produzir punições, humilhação e sofrimento, a exemplo do isolamento, conforme diferentes autores^{9,8,15,17,14,18}.

Nesse contexto, a socioeducação é questionada em sua pretensão de *ressocialização*, pois o sistema socioeducativo não apresenta condições de diálogo pedagógico e de vínculo humano entre educadores e adolescentes. Dessa forma, o sistema não consegue qualificar-se para ser um espaço educativo^{19,20,21}.

Outro dispositivo identificado pelos artigos que corrobora a imagem e identidade do sistema como produtor de violações de direitos é a burocratização das relações institucionais e de atendimento, pautada no registro de inúmeras fichas, instrumentos, pareceres que servem mais ao controle do que à finalidade socioeducativa a que se propõe. Os sujeitos do processo, técnicos e adolescentes, são subsumidos à lógica da legalidade processual e às rotinas institucionais que acabam sendo o fim primeiro do sistema^{22,14,23,13,24,25,26,27}.

Os discursos produzidos na formulação de laudos e pareceres, do Plano Individual de Atendimento – PIA e dos relatórios psicossociais são questionados à medida que podem: 1) agravar a situação do adolescente, o colocando num lugar de “irrecuperável, agressivo e desafiador” e outras etiquetas similares; 2) colocar na invisibilidade a história e o contexto de vida individual, por meio do apagamento de sua historicidade. A modelagem institucional produz a aprendizagem do bom comportamento, num jogo de produção de submissão, como aquele que determina as condições para que o adolescente possa receber o “bilhete de saída do sistema”, ou mesmo receber condições para a sobrevivência no sistema socioeducativo^{13,19,26}.

Descrevendo as impossibilidades como cenário de intervenção, os artigos apontam outra dimensão central à análise do tema: o trabalho desenvolvido pelos técnicos, sobretudo nas áreas de Enfermagem, Pedagogia, Psicologia, e Serviço Social, de onde provém a maioria dos estudos^{23,27,11,24,12,28,26,29,14,18,30,31,32}. Enfatizando as dimensões éticas da prática profissional, os textos discorrem sobre os desafios e as possibilidades exitosas com os adolescentes, apesar dos

condicionamentos da privação de liberdade e dos limites institucionais postos e impostos. As dificuldades também foram endereçadas à fragilidade da rede de políticas e serviços públicos, que não garante aos adolescentes o acesso a oportunidades cidadãs. Concorreram de forma decisiva para as práticas exitosas(,) as experiências interdisciplinares e em rede, ativando a presença de outros atores sociais, advindos do mundo da arte, da música, da dança, das religiões, da contação de histórias ^{21,32,33,23,34,35,36,37}. A presença de artistas, estudantes, educadores, contadores de histórias oportunizou outras experiências ao atendimento socioeducativo, potencializando novos arranjos e provocando mudanças nos já instituídos ^{21,33,37,38,39}.

Como se depreende, o sistema socioeducativo, como espaço de ressocialização e de processo educativo, precisa ser um local de interações mútuas implicado com a escuta, o diálogo e a possibilidade de reflexão tanto do indivíduo com sua história e singularidades, bem como da instituição no seu processo histórico e nas suas operacionalidades. Esse movimento não é fácil e nem está posto, mas se faz necessário para efetivarmos uma condição mais digna de vida e de projetos de vida para os adolescentes⁶.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE X PSIQUIATRIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA ADOLESCÊNCIA

Esta categoria permeou o campo objetal de 26 artigos, na tensão expressa em seu enunciado, ou seja, na análise do fenômeno emergente em tela, evidenciado o conflito entre as práticas e os princípios e normativas que regulam o sistema socioeducativo. Um conjunto expressivo de seis artigos constituiu-se de pesquisas quantitativas que correlacionaram o ato infracional a temas recorrentes como comportamentos de risco e uso de substâncias psicoativas ^{40, 41,42,43,44,45}.

Mantendo o foco nesta temática, mas convocando à reflexão sobre os determinantes sociais da saúde, como fatores protetivos e de vulnerabilidade à criminalidade, situa-se outro grupo significativo de seis artigos^{40,47,48,49,50,51,52}. As produções problematizaram a fragilidade econômica, social e cidadã que os adolescentes em cumprimento de medida vivenciam em suas trajetórias de vida e a importâncias das redes sociais como a família, a escola, a comunidade e as redes socioassistenciais para que tenham possibilidades plenas de exercício da cidadania.

Nessa direção, identificaram-se sete artigos que enfatizaram a importância do estudo sobre: (a) a criminalização juvenil e o envolvimento de gestores e a sociedade em geral ^{53,54,55}; (b) a política de saúde em si ^{56,57,58,59}. A rede de atenção à saúde foi apontada como alternativa à violência, possibilitando intercâmbios e estabelecimento de vínculos e, sobretudo, como um direito do adolescente de cuidar de si próprio.

Um grupo mais recente de artigos (produção predominante entre 2010-2011) e o mais expressivo do conjunto estudado, dez artigos, reporta-se ao campo da saúde mental ⁶⁰ e, em especial, à tendência de patologização da adolescência para explicar o fenômeno da violência pela via de causas psiquiátricas ^{61,62,63,64,65,66,67,68}.

Um dos pontos de discussão problematiza as ações que tutelam o indivíduo e que coíbem a sua autonomia e modo de ser na vida, num limiar tênue entre cuidado, vínculo e tutela. Questionam-se a normalização de condutas, o tratamento da doença que ainda não existe, a medicalização social e psíquica que serve mais à indústria da doença do que à saúde das pessoas ⁶¹.

Nessa direção, situaram-se os estudos que abordaram as questões médico-jurídicas contidas nos diagnósticos de distúrbio antissocial, caracterizando os adolescentes como intratáveis e/ou irrecuperáveis, trazendo a discussão da periculosidade social e da relação entre a psicologia e o judiciário. Chamou-se a atenção ao conceito de periculosidade social como uma noção jurídica e não um diagnóstico clínico ou médico, aos diagnósticos que podem legitimar práticas e discursos violentos ^{63,64,65,67} e à importância da defesa dos direitos dos adolescentes em conflito com a lei, compondo um escopo interessante na emergente problematização da temática ^{62,63,64,65,66,67,68}.

Em contrapartida, e em números menos expressivos, encontram-se pesquisas que corroboraram a associação entre perfil psiquiátrico e sua comorbidade e adolescentes em conflito com a lei, como portadores de transtornos psiquiátricos, incluindo os de conduta, e o uso nocivo de substâncias psicoativas ^{68,69,70,71}.

VIOLÊNCIA JUVENIL E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Por fim, a terceira categoria é uma temática transversal tanto na abordagem do sistema socioeducativo como na atenção integral à saúde do adolescente em

cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade. O conjunto desta categoria reuniu 12 artigos que, de maneira abrangente, tencionaram a violência praticada por adolescentes e as violações sofridas por eles.

A maioria dos artigos refere-se às relações paradoxais entre o sistema socioeducativo e o Estado brasileiro, que pretende garantir uma democracia formal, enquanto viola direitos civis e estigmatiza segmentos juvenis. Nesse aspecto, a baixa escolarização dos adolescentes, o abandono da escola, a dificuldade de aprendizagem, o consumo de drogas e a precária inserção no mundo do trabalho, pelo trabalho informal e o subemprego, são questões que atravessam os estudos, indicando claramente o perfil dos socioeducandos em âmbito nacional 19,72,20,73,74,26,14,40,45,46,71 .

Os artigos demonstraram, por meio de pesquisas empíricas e de reflexão crítica, que os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas vivem em territórios estigmatizados, nas periferias urbanas, onde o aparato do Estado se faz presente pela ausência de políticas públicas garantidoras de direitos e pela ostensiva presença policial. Revela-se uma restrita mobilidade dos adolescentes nos seus itinerários e tentativas de acesso à cidade. A existência destes adolescentes, como sujeitos em desenvolvimento e com direitos, ocorre na forma de uma inclusão às avessas, que acontece no momento que ingressam no sistema para o cumprimento da medida socioeducativa 75,76,77,19 .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões dos artigos, em sua maioria, dizem respeito aos limites e fragilidades do sistema socioeducativo e à efetividade da socioeducação e da ressocialização dos adolescentes através do cumprimento de medidas socioeducativas. O perfil dessa população é contextualizado nas inúmeras violações de direitos que esses adolescentes sofrem desde a tenra idade, no âmbito familiar, da sociedade, da economia, da educação, da cultura e dentro do próprio sistema socioeducativo.

Portanto, esses adolescentes estão marcados e essas marcas persistem no tempo descrevendo-os como suspeitos e ex-internos, dificultando as relações com a escola e a inserção no mercado de trabalho, e sendo alvo da investida policial. É o enquadramento do adolescente nas normas e regras institucionais vigentes.

Das muitas questões problematizadas, a tendência à psiquiatrização e patologização da adolescência merece destaque, na forma como estão sendo articulados os discursos entre saúde mental e criminalidade juvenil, o que resulta, entre outros equívocos, no aparecimento da noção de “periculosidade”, um termo jurídico que vem caracterizando os adolescentes que cometeram atos infracionais. Ainda sobre esse tema, o uso crescente de medicação psicotrópica na população adolescente traz para o debate a medicalização e a farmacologização da vida social, fenômeno em ascensão em todas as esferas da sociedade. Transformar o sofrimento e as situações de risco em possibilidades de adoecimento e em problemas individuais serve aos interesses de mercado, estes muito distanciados das reais necessidades de saúde e dos direitos ao seu acesso.

Assim sendo, a apresentação deste panorama das produções nacionais sobre a temática da atenção à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade adensa o debate e propõe à problematização do conceito de atenção à saúde na sua integralidade. Nessa direção, aponta-se o desafio de repensar o sistema socioeducativo à luz da realidade com a qual se confronta e, sobretudo, com a participação dos segmentos e políticas envolvidos, onde a saúde tem muito a contribuir. Muitas potencialidades, sobretudo as relacionadas à convivência social e comunitária de adolescentes, socioeducadores e técnicos, precisam ser reconhecidas, valorizadas e incorporadas às práticas institucionais. A escuta e a leitura da realidade concreta e cotidiana daqueles que vivem e transitam no sistema socioeducativo são condições indispensáveis à promoção de cidadania, à construção de autonomia e ao efetivo processo de garantir direitos e oportunidades a essa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/Opas, 2002. Organização das Nações Unidas. *Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança*. 1989. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php. Acessado em agosto de 2011.
- 2 – BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei n. 8069. São Paulo: Atlas, 1990.
3. OLIVEIRA, C.S. *Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade*. Porto Alegre: Sulina, 2001.
- 4 – IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE 2010. Agregado dos

setores censitários. Resultados do universo RS. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012. Acessado em 23 de abril de 2012.

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

6- VOLPI, M. (Org.) *Sem liberdade, sem direitos: a privação de liberdade na percepção do adolescente*. São Paulo: Cortez, 2001.

7 – BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação provisória*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29660

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

9 - Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul. Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade PEMSEIS. Porto Alegre: FASE - RS, 2002.

10- MINAYO, M.C.S. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

11 - FRANCISCHINI, R.; CAMPOS, H. R. *Adolescente em conflito com a lei e medidas socioeducativas: Limites e (im)*. Psico (Porto Alegre); 36 (3): 267-273, set.-dez. 2005.

12 - CELLA, S. M.; CAMARGO, D. M. P. Trabalho pedagógico com adolescentes em conflito com a lei feições da exclusão/inclusão. Educ. Soc., Campinas, vol. 30, n. 106, p. 281-299, jan./abr. 2009.

13 - CASTRO, A. L. S.; GUARESCHI, P. Da Privação da Dignidade Social a Privação da Liberdade Individual. Psicologia & Sociedade; 20 (2): 200-207, 2008.

14- MENICUCCI, C. G.; CARNEIRO, C. B. L. Entre monstros e vítimas: a coerção e a socialização no sistema socioeducativo de Minas Gerais. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 107, p. 535-556, jul./set. 2011.

15- SILVA, E.R.; GUERESI, S. *Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil*. Brasília, Instituto de Pesquisa Aplicada e Econômica, IPEA/Ministério da Justiça, 2003.

16- SOUZA, E. M.; ALMEIDA, J. O.; ABRÃO, F. P. S. Desigualdade Social, Delinquência e Depressão: Um estudo com adolescentes em Conflito com a Lei. Rev. salud pública 13 (1): 13-26, fev. 2011.

17 - ESPÍNDULA, D. H. P.; SANTOS, M. F. S. Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 3, p. 357-367, set./dez. 2004.

18 - GOBBO, E.; MULLER, C. M. A prática pedagógica das medidas socioeducativas. *Emancipação*, Ponta Grossa, 11(2): 175-187, 2011.

19- MALVASI, P. A. Entre a frieza, o cálculo e a "vida loka": violência e sofrimento no trajeto de um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. *Saúde soc.*, Mar 2011, vol.20, no.1, p.156-170.

20- ESTEVAM, I. D; COUTINHO, M. P. L.; ARAÚJO, L. F. Os desafios da prática

- socioeducativa de privação de liberdade em adolescentes em conflito com a lei: Ressocialização ou exclusão social? *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 1, pp. 64-72, jan./mar. 2009.
- 21- PADOVANI, R. C.; WILLIAMS, L. C. A. Proposta de intervenção com adolescentes em conflito com a lei: um estudo de caso. *Interação em Psicologia*, jan./jun. 2005, (9)1, p. 117-123.
- 22- BRITO, LMT. *Encruzilhadas do sistema socioeducativo*. *Psicologia Clínica: Revista de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro* 2003; 15: 75-89.
- 23- SAMPAIO, C. R. B.; COSTA, F.da. É possível construir novos caminhos? Da necessidade de ampliação do olhar na busca de experiências bem sucedidas no contexto socioeducativo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ,RJ,ano 5, n.2 2 semestre 2005*.
- 24- - SARTÓRIO, A. T.; ROSA, E. M. Novos paradigmas e velhos discursos: analisando processos de adolescentes em conflito com a lei. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 103, p. 554-575, jul./set. 2010
- 25- COSTA, L.F. A et.al. Adolescente em conflito com a lei: o relatório psicossocial ferramenta para a promoção do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 3, p. 379-387, jul./set. 2011.
26. CARMO, D. R. P.et.al. Adolescente que cumpre medida socioeducativa: modos de ser no cotidiano e possibilidades para enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem* Porto Alegre (RS) 2011 set; 32(3):472-8.
- 27 - FREITAS, T. P. *Serviço Social e medidas socioeducativas: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos*. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2011, n.105, pp. 30-49.
- 28- NETO. J. C. S.; CENTOLANZA, C. A. Da prática do desvio ao protagonismo. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 1, pp. 128-136, jan./mar. 2010.
- 29- GALLO, A. E. Atuação do Psicólogo com adolescentes em conflito com a lei: a experiência do Canadá. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 327-334, abr./jun. 2008.
- 30- PEPE,C.C.C.A. RUZANY,M.H. GROSSMAN,E. Módulos de auto-aprendizagem na saúde do adolescente e do jovem: uma metodologia construtivista de capacitação profissional. *Adolescência & Saúde* volume 2 nº 1 março 2005.
- 31- MONTEIRO, E.M.L.M. et.all. Desafios e perspectivas na reeducação e ressocialização de adolescentes em regime de semiliberdade: subsídios para Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* III - n.º 3 – 2011.
- 32- KOBASUASHI,M.C. ZANE,V.C. Adolescente em conflito com a lei e sua noção de regras no jogo de futsal. *Rev. Bras. Educação Física Esporte*, São Paulo, v.24, n.2, p.195-204, abr./jun. 2010.
- 33- SIMÕES, P. Assistência Religiosa no Sistema Socioeducativo: A visão dos operadores do direito. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, 32(1): 130-156, 2012.
- 34- SAMPAIO, C. R. B. et. all. Música e Transformação no Contexto da Medida Socioeducativa de Internação. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2011, 31 (4), 840-855.
- 35- DIAS, A. C. G.; ARPINI,D. M.; SIMON, B. R. Um olhar sobre a família de jovens

que cumprem medidas socioeducativas. *Psicologia & Sociedade*; 23 (3): 526-535, 2011.

36 -GERMANO. I.; BESSA, L. L. Pesquisas narrativo-dialógicas no contexto de conflito com a lei: considerações sobre uma entrevista com jovem autora de infração. *Revista Mal-estar e Subjetividade Fortaleza – Vol. X – Nº 3 – p. 995-1033– set/2010.*

37-JOST, M. C. Fenomenologia das Motivações do Adolescente em Conflito com a Lei. *Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar 2010, Vol. 26 n. 1, p. 99-108.*

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

39 -NETO. J. C. S.; CENTOLANZA, C. A. Da prática do desvio ao protagonismo. *Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 1, pp. 128-136, jan./mar. 2010.*

40- MARTINS, M. C; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 24(5):1112-1120, mai, 2008.*

41- ZAINE, I. REIS, M.J.D. dos. PADOVANI, R.C. Comportamentos de bullying e conflito com a lei. *Estudos de Psicologia Campinas27(3) 375-382 julho - set. 2010.*

42- SENA, C. A.; COLARES, V. Comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes em conflito com a lei. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2314-2322, out, 2008.*

43- SANT' ANNA, A. *et.al.* Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. *Cadernos de Saúde Pública 2005; 21: 120-129.*

44- COCCO, M.; LOPES, M. J. M. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):151-9.*

45-COSTA,I.E.R. LUDERMIR, A.B. AVELAR,I. Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciência & Saúde Coletiva, 12(5):1193-1200, 2007.*

46 - ASSIS. S. *et al.* A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 8(3):669-680, 2003.*

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

48- SAMPAIO, C. R. B.; COSTA, F.da.; ASSIS, S. G. de. Fatores Protetivos a adolescentes em Conflito com a Lei no contexto Socioeducativo. *Psicologia & Sociedade; 18 (3): 74-81; set/dez. 2006.*

49- 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, 2008, Vol. 24 n. 2, pp. 151-159.*

50- COSTA, C. R. B. S. F. ASSIS, S. G. de. *Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo.* *Psicol. Soc. [online]. 2006, vol.18, n.3, pp. 74-81.*

51- GARBIN, C. A. S. *et.al.* A saúde na percepção do adolescente. *Physis Revista de*

Saúde Coletiva Rio de Janeiro, 19 [1]: 227-238, 2009.

52- ASSIS, S.G., PESCE, R.P.&AVANCI,J.Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Artmed. UNICEF, 2006.

53 - MOREIRA, J. O.; Rosário, A. B.; COSTA, D. B. Criminalidade juvenil no Brasil pós-moderno: algumas reflexões psicossociológicas sobre o fenômeno da violência. *Revista Mal-estar e Subjetividade Fortaleza – Vol. VIII – Nº 4 – p. 1021-1046 – dez/2008*.

54 -MELO, M. C. B.; BARROS, E. N.; ALMEIDA, A. M. L. G. A Representação da violência em adolescentes de escolas da rede pública de ensino do Município do Jaboatão dos Guararapes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10):4211-4220, 2011.

55-SOUZA, M.K.B. SANTANA, J.S. da S. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):547-555, 2009.

56- VIEIRA, S. R.;ROSEMBURG, C. P. A integralidade numa rede de proteção social ao adolescente: uma reflexão a partir do pensamento de Giles Lipovestsky. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19 n.127-134, 2010

57 - 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* 2010; 20(2): 225-233.

58- NJAINE, K. et.all. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1313-1322, 2007.

59- TAQUETTE, S. R. et.all. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 21(6):1717-1725, nov-dez, 2005.

60- BENETTI, S. P. C. et.all. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 23(6):1273-1282, jun, 2007.

61- LIMA, A. C. C; CAPONI, S. N. C. A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, RJ, 21 [4]:1315-1330, 2011.

62- VICETIM, M. C. G. Corpos em rebelião e o sofrimento-resistência Adolescentes em conflito com a lei. *Tempo Social sociologia da USP*, v. 23, n. 1 junho 2011.

63- VICETIM, M. C. G; ROSA, M. D. Os Intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pela noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Psicologia Política*. Vol. 10. Nº 19. pp. 107-124. JAN. – JUN. 2010.

64- VICETIM, M. C. G A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva ético-política. In: ABMP; Ilanud, Secretaria Especial de Direitos Humanos (Orgs.). *Justiça, Adolescente e Ato infracional: socioeducação e responsabilização*. São Paulo: Ilanud, 2006.

65- VICETIM, M. C. G; GRAMKOW, G.; MATSUMOTO, A. E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. *Boletim do Instituto de Saúde* Volume 12 - Número 3 – Dez 2010a. 268-272.

66 - VICETIM, M. C. G; GRAMKOW, G.; ROSA, M. D. A Patologização do Jovem Autor de Ato Infracional e a Emergência de "Novos Manicômios Judiciários". *Rev*

Bras Crescimento Desenv. Hum. 2010b; 20(1): 61-69.

67- WHITAKER, C. A psicopatologia, a justiça e o sujeito infrator: os efeitos de uma tríade (in)conjugável. *Lat.-Am. Journal of Fund. Psychopath. Online*. São Paulo, v. 5, n. 2, p. 274-284, nov 2008.

68- PINHO, S. R. de. et.al. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. *J Brasileira Psiquiatria* 55(2): 126-130, 2006 127.

69- SCHMITT, R. ET AL. Personalidade psicopática em uma amostra de adolescentes infratores brasileiros. *Rev. Psiq. Clín.* 33 (6); 297-303,2006.

70 -RAUTER, C.; PEIXOTO, P. T. C. Psiquiatria, Saúde Mental e Biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 2, p. 267-275, abr./jun. 2009.

71- ANDRADE, R.C. ET.AL.Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2179-2188, 2011.

72- DESTRO, C. M. A; SOUZA, L. A. P. Linguagem Oral e Escrita em Adolescentes Infratores Institucionalizados. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2004.

73- DAVOGLIO, T. R.; GAUER, G. J. C. Adolescentes em conflito com a lei: aspectos sociodemográficos de uma amostra em medida socioeducativa com privação de liberdade. *Contextos Clínicos*, vol. 4, n. 1, janeiro-junho 2011 43.

74 PRIULI, R. M. A; MORAES, M. S. Adolescentes em conflito com a lei. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1185-1192, 2007.

75- OLIVEIRA, C. S. *et al.* Criminalidade juvenil e estratégias de (des)confinamento na cidade. *Rev. katálysis*, Jun 2006, vol.9, no.1, p.53-62. ISSN 1414-4980.

76- JOST, M. C. Fenomenologia das Motivações do Adolescente em Conflito com a Lei. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Mar 2010, Vol. 26 n. 1, p. 99-108.

77- SOARES, G.B.; CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.37, p.437-46,abr./jun. 2011.