



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAUDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO ACADEMICO EM SAÚDE PÚBLICA

ELIANA RODRIGUES FREITAS NOGUEIRA

**ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI AO INGRESSO NO SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO E DE SAÚDE**

FORTALEZA

2019

ELIANA RODRIGUES FREITAS NOGUEIRA

ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI AO INGRESSO NO SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E
DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- N711a Nogueira, Eliana Rodrigues Freitas.
Adolescentes em conflito com a lei ao ingresso no Sistema socioeducativo no município de Fortaleza:
perfil epidemiológico e de saúde / Eliana Rodrigues Freitas Nogueira. – 2019.
122 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto.
1. Epidemiologia. 2. Saúde do adolescente. 3. Adolescente institucionalizado. 4. Adolescente em
conflito com a lei. I. Título.

CDD 362.1

ELIANA RODRIGUES FREITAS NOGUEIRA

ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI AO INGRESSO NO SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E
DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Raimunda Hermelinda Maia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Mônica Cardoso Façanha
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Roberto Bassan Peixoto
Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE)

A todos os jovens e adolescentes que foram os principais protagonistas deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, por ter me concedido a graça de poder concluir o mestrado com fé, paciência, sabedoria, discernimento e amor.

A minha mãe, irmã, companheiro e amigos (as) que desde o início acompanharam comigo as dificuldades e ainda celebraram as vitórias. São verdadeiros anjos e presentes de Deus na minha vida.

Ao Professor Roberto da Justa Pires Neto pela confiança, amizade, aprendizado e incentivo de não ter permitido eu desistir. Sou grata a Deus por tê-lo como orientador.

Aos membros da banca examinadora pelas valiosas colaborações.

Aos amigos de trabalho por todas boas energias e incentivos, em especial a minha amiga e mãe de alma Francisca Silva que sempre me deu apoio e ensinamentos que levarei para toda vida.

E em especial ao meu amigo de mestrado, meu irmão, meu amigo de vida João Pereira de Lima Neto, que compartilhou todas as alegrias, desafios, medos, angústias, descobertas. Agora posso dizer, conseguimos!

*A gente não é invisível por ser ofendida na rua,
Dona, a gente é invisível quando fala, mas
ninguém ouve.*

(Adolescente Joana)

RESUMO:

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê que a promoção da saúde do adolescente em conflito com a lei deve ter um viés educativo, integral, humanizado e de qualidade. A atenção à saúde nas medidas socioeducativas se enquadra na Atenção Básica, que prevê ações de prevenção e cuidados específicos de saúde mental, uso de álcool e drogas, saúde sexual e reprodutiva, saúde de adolescentes com deficiência e violência. Esse atendimento também abrange ações de promoção da saúde, que estimulam a autonomia e o desenvolvimento de habilidades para a melhoria das relações interpessoais. A adolescência compreende um período de grande vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis, pois muitos adolescentes iniciam a vida sexual quando ainda apresentam pouco conhecimento, tendo uma visão equivocada sobre o risco pessoal de adquiri-las. O adolescente em conflito com a lei encontra-se em um ambiente de superlotação, precariedade de espaço físico e exposição aos riscos de doenças e práticas de violência. Diante desta problemática, o presente estudo teve como objetivo caracterizar e descrever o perfil epidemiológico e o cenário de saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no estado do Ceará. Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, com abrangência municipal. A coleta se deu entre os meses de setembro e novembro de 2018, na Unidade de Recepção Luis Barros Montenegro, Fortaleza, Ceará. Este estudo teve por finalidade promover a saúde da população confinada e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a saúde, e estabelecer entre suas prioridades a implantação de ações para a prevenção em saúde. Concluímos que intervir no adolescente em cumprimento da medida socioeducativa vai muito além de apenas ofertar oportunidade no período que o mesmo está em uma Unidade socioeducativa. É um trabalho intersetorial e interinstitucional, pois além da família do adolescente que deve estar inserida em toda socioeducação, ele deve ser o protagonista da política a qual está inserido. As políticas devem estar interligadas para que possamos ter resultados concretos e contínuos.

Palavras-chave: Epidemiologia. Adolescente. Saúde do adolescente. Adolescente institucionalizado.

ABSTRACT:

The Unified Health System (SUS) provides that the health promotion of adolescents in conflict with the law must have an educational, comprehensive, humanized and quality bias. Health care in socio-educational measures is part of Primary Care, which provides for prevention actions and specific mental health care, alcohol and drug use, sexual and reproductive health, health of adolescents with disabilities and violence. This service also includes health promotion actions, which encourage autonomy and the development of skills to improve interpersonal relationships. Adolescence comprises a period of great vulnerability to sexually transmitted infections, as many adolescents begin sexual life when they still have little knowledge, having a mistaken view of the personal risk of acquiring them. Adolescents in conflict with the law find themselves in an environment of overcrowding, precarious physical space and exposure to the risks of diseases and practices of violence. In view of this problem, the present study aimed to characterize and describe the epidemiological profile and the health scenario of adolescents in compliance with socio-educational measures in the state of Ceará. This was an epidemiological, descriptive, cross-sectional study with municipal coverage. The collection took place between the months of September and November 2018, at the Luis Barros Montenegro Reception Unit, Fortaleza, Ceará. This study aimed to promote the health of the confined population and contribute to the control and / or reduction of the most frequent diseases that affect health, and to establish among its priorities the implementation of actions for health prevention. We conclude that intervening in adolescents in compliance with the socio-educational measure goes far beyond just offering opportunities in the period that they are in a socio-educational unit. It is an intersectoral and interinstitutional work, because in addition to the adolescent's family who must be part of all socio-education, he must be the protagonist of the policy to which he is inserted. Policies must be interlinked so that we can have concrete and continuous results.

Keywords: Epidemiology. Teenager. Adolescent health. Institutionalized adolescent.

LISTAS DE TABELAS

- Tabela 1 - Unidades socioeducativas da Região Metropolitana de Fortaleza e suas respectivas características quanto à natureza do atendimento, sexo dos abrigados, capacidade e quantitativo em setembro de 2019.21
- Tabela 2 - Unidades socioeducativas do interior do Ceará e suas respectivas características quanto à natureza do atendimento, sexo dos abrigados, capacidade e quantitativo em setembro de 2019.....23
- Tabela 3 - Descrever as etapas e o detalhamento dos procedimentos envolvidos no estudo.....39
- Tabela 4 - Dados socioeconômicos e sociodemográficos dos adolescente em cumprimento de medida socioeducativa no seu ingresso para cumprimento de medida.....41
- Tabela 5 - Dados de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no seu ingresso para cumprimento de medida.....43
- Tabela 6 - Dados de Violência e consumo de substâncias psicoativas dos adolescentes no seu ingresso ao Sistema Socioeducativo.....45
- Tabela 7 - Dados do consumo de drogas em adolescente em cumprimento de medida socioeducativa no seu ingresso para cumprimento de medida.....46
- Tabela 8 - Dados do consumo de drogas e uso de bebida alcoólica em adolescente em cumprimento de medida socioeducativa no seu ingresso para cumprimento de medida.....47
- Tabela 9 - Dados de cumprimento de medidas socioeducativas associado a causa em adolescente no seu ingresso ao Socioeducativo cearense.....47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Violência e Desigualdade Racial e Risco Relativo 2017, ano base 2015.....	62
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ONU - Organizações das Nações Unidas

ECA -Estatuto da Criança e do Adolescente

LAC - Liberdade Assistida Comunitária ou em uma instituição específica

LAI - Liberdade Assistida Institucional

SINASE- Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

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

AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST – Infecções sexualmente transmissíveis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	145
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	25
3. JUSTIFICATIVA.....	34
4. OBJETIVOS.....	35
• Objetivo geral.....	35
• Objetivos específicos.....	35
5. MÉTODOS.....	36
6. RESULTADOS.....	40
7. DISCUSSÃO.....	488
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	633
11. REFERÊNCIAS.....	644

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde circunscreve adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos (OMS, 2005). Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). Já a Organização das Nações Unidas (ONU) define adolescente a faixa etária entre 15 e 24 anos (ONU, 2005). No Brasil, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, vigente nos dias atuais, considera-se criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aqueles entre doze e dezoito anos de idade (ECA, 1990).

A adolescência é uma etapa de oportunidade, e um momento crucial para que o indivíduo possa continuar construindo seu desenvolvimento desde a primeira década de vida, aprendendo a conviverem meio a riscos e vulnerabilidades, e caminhar no desenvolvimento de seus potenciais (UNICEF, 2011). É um período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por mudanças de cunho afetivo, sexual, relacional, dentre outras. Nesse período, que não é mensurado unânimemente e apresenta tempo e ritmo variado entre cada ser, o adolescente vai superando sua dependência infantil e conquistando a autonomia adulta em um processo que envolve perdas e conquistas, decepções e novas esperanças, angústias e felicidades, prazeres e frustrações, conflitos e entendimentos (SELOSSE, 1997; PEREIRA, SUDBRACK, 2008).

Independente das circunstâncias vivenciadas, ressonante com a lei, todos são obrigados a cumprir seus deveres. Caso haja violação de alguma regra social praticada por um jovem, ainda que em desenvolvimento, estes são “contemplados” com medidas socioeducativas, que trazem no seu bojo uma intenção política de caráter ressocializador em detrimento do punitivo. O adolescente autor de ato infracional, independente das suas condições particulares de vida, é responsabilizado por determinação judicial a cumprir medidas socioeducativas, que contribuem de maneira pedagógica para o acesso a direitos e para a mudança de valores pessoais e sociais (MDS, 2015).

A medida socioeducativa é uma determinação legal imposta pelo juiz da infância e da juventude ao adolescente que comprovadamente comete um ato infracional, visando ressocializá-lo por sua conduta antissocial. Deve possuir dimensão punitiva e educativa ao mesmo tempo, visando prioritariamente ao caráter educativo em detrimento do sancionatório.

Tais medidas devem ser determinadas levando em consideração a gravidade da infração, as circunstâncias em que foi praticada e a capacidade do infrator de cumpri-las, priorizando medidas em que o jovem permaneça no convívio familiar e social no qual está inserido. De acordo com o ECA, a autoridade judiciária pode aplicar ao jovem autor do ato infracional seis medidas socioeducativas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional(BRASIL, 1990). Cada uma destas possui características peculiares na aplicabilidade:

a) Advertência (art.115): É a primeira das medidas aplicável ao adolescente infrator primário que comete um ato infracional de pouca gravidade como pequenos furtos, agressões leves, dentre outros. Consiste em “admoestação verbal, que será reduzida a termo e assinada, sendo, logo após, o menor entregue aos pais ou responsável” (lei nº 8.069), ou seja, caracteriza-se por advertência oral registrada em documento escrito, que deve ser assinado no intuito de registrar a ciência, tanto do jovem como de seu responsável legal, do ato incorreto e firmar o compromisso de não reincidir na ilegalidade. Como se trata de uma medida singela, que visa repreender os “impulsos da juventude”, basta à prova da materialidade e indícios de autoria.

b) Obrigação de reparar o dano (art. 116): Consiste em restituição, ressarcimento ou compensação do dano ou do prejuízo causado. Dessa maneira, o jovem infrator ficaria obrigado a reparar o prejuízo que ocasionou, mas como geralmente não possui trabalho e sua renda é proveniente dos pais, são justamente os responsáveis quem ressarcem a vítima ou custeiam o reparo do bem. Quando não há condições materiais para compensação, inviabilizando a aplicabilidade dessa medida, ela deverá ser substituída por outra de mesma adequação. Objetiva-se despertar no menor a consciência das consequências do seu ato ilícito, visando educação e ressocialização. Salienta-se que a obrigação de reparação do dano pelo jovem deve ser efetuada com cautela para não submetê-lo a humilhação pública.

c) Prestação de serviço à comunidade (art. 117): Foi uma inovação ao ECA introduzida após quatro anos de sua publicação, como alternativa à privação de liberdade. Consiste na realização de tarefas gratuitas de interesse social, por período inferior a seis meses, em entidades assistenciais: escolas, hospitais, programas comunitários, dentre outros. As atividades são atribuídas conforme aptidão do jovem e visam ressocializá-lo, despertando o prazer pela ajuda humanitária e favorecendo o desenvolvimento da consciência ética de

respeito a si e aos direitos dos outros. Necessita de cautela na aplicação para não prejudicar a frequência escolar ou a jornada de trabalho do jovem, no caso deste possuir uma profissão. Logo, a carga horária máxima destinada à prestação do serviço à comunidade não deverá ultrapassar oito horas semanais, poderá ser realizada em feriados e final de semana e será acompanhada por um profissional de nível superior responsável pela coordenação do serviço e por um orientador socioeducativo diretamente ligado ao exercício da atividade realizada.

d) Liberdade Assistida (art. 118): Essa medida se destina aos jovens que aparentemente são passíveis de recuperação em meio livre e que estão se iniciando no processo infracional. Ela restringe o direito de liberdade, apesar de possibilitar seu cumprimento no convívio social, junto à família e sob o controle sistemático do juizado e da comunidade. Consiste no acompanhamento, auxílio e orientação ao adolescente em liberdade por um período mínimo de seis meses, visando promover sua inclusão social e familiar mediante construção de um novo projeto de vida orientado por um técnico designado oficialmente pelo magistrado. Vale mencionar que essa medida pode ser realizada na comunidade (Liberdade Assistida Comunitária - LAC), ou em uma instituição específica (Liberdade Assistida Institucional - LAI), mas em ambos os casos a vigília e orientação são características preponderantes.

e) Regime de semiliberdade (art. 119): Legalmente pode ser aplicado como tratamento tutelar designado desde o início, como medida socioeducativa, pela autoridade, ou como progressão de medida da internação à liberdade, sendo esta última mais frequente. Essa medida não comporta prazo determinado, propicia a participação do jovem em atividades externas no meio aberto como escolarização e relações de emprego, e estabelece vínculo do adolescente com uma instituição, pois, no decorrer do dia, ele desenvolve atividades em “liberdade” e retorna a instituição no período da noite.

f) Internação (art. 121): Consiste na privação de liberdade e no controle de ir e vir do adolescente, vinculando-o a um estabelecimento especializado, próprio para essa finalidade, e exclusivo para adolescentes, observando os critérios de idade, compleição física e gravidade da infração. A internação provisória (art. 108 do ECA) tem prazo máximo de 45 dias. Sendo prolatado sentença que lhe aplica medida de internação, esse adolescente cumprem um período mínimo de seis meses e máximo de três anos, podendo ser reavaliada a cada seis meses mediante decisão fundamentada. É norteada por três princípios básicos: o da brevidade, da excepcionalidade e do respeito à condição peculiar da pessoa em desenvolvimento.

Dentre as medidas socioeducativa, advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida são cumpridas em meio aberto e as de regime de semiliberdade e internação são restritivas de liberdade. Na medida de internação, depois de cumprido o prazo estabelecido pelo juiz ou atingido o limite máximo de tempo (três anos), o jovem deverá ser liberado da internação e colocado em regime de semiliberdade ou de liberdade assistida.

Conforme os dados do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE (2015), o Brasil teve um total de 26.209 adolescentes e jovens (12 a 21 anos) em restrição e privação de liberdade (internação, internação provisória e semiliberdade). Dados da Superintendencia Estadual de Atendimento Soioeducativo no Ceara refere que em 2019, chegou a 906 o número de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas nas unidades de privação e restrição da liberdade dos municípios de Fortaleza, Iguatu, Crateús, Sobral e Juazeiro do Norte.

Conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA (2015), 95% dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas são do sexo masculino, 60% têm de 16 a 18 anos, 60% são negros, 66% vivem em famílias extremamente pobres, 51% não frequentavam escola na época do delito.

A sociedade associa a adolescência e juventude a uma fase de crise, desordem que merece uma atenção pública. Porém essa vulnerabilidade está diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. Algumas vulnerabilidades têm destaque no plano individual e social tais como: gravidez na adolescência, contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), risco de morte diante da violência, uso abusivo de álcool e outras drogas (MS, 2007).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece a saúde como um bem público e direito de todos, ampliando o conceito do processo saúde-doença, considerando que todos os determinantes sociais, como educação, habitação, meio ambiente, dentre outros interfere diretamente no processo (BRASIL, 1988).

O ECA, instituído pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, contrapõe-se historicamente a um passado de controle e de exclusão social sustentado na Doutrina da Proteção Integral. Expressa direitos da população infante-juvenil brasileira, pois afirma o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial

respeito a sua condição de pessoa em desenvolvimento, o valor prospectivo da infância e adolescência como portadoras de seu povo e o reconhecimento de sua situação de vulnerabilidade, o que torna as crianças e os adolescentes merecedores de proteção integral por parte da família, sociedade e do estado, devendo este atuar mediante políticas públicas e sociais na promoção e defesa de seus direitos (SINASE, 2006).

Colaborando com o fortalecimento do vínculo comunitário e familiar, o ECA preconiza a descentralização do atendimento (Art. 88, inciso I) com escopo de possibilitar que as práticas de atendimento à criança e ao jovem sejam realizadas no município em que vive, preservando as relações interpessoais e possibilitando a ressocialização no seio da comunidade materna na qual o jovem já está inserido. O financiamento do atendimento socioeducativo também é partilhado entre os entes federativos, e como o ECA determina “prioridade absoluta às crianças e adolescentes”, permanece claro a obrigação governamental de destinação privilegiada de recursos públicos para essa área.

De acordo com o Art. 3º do ECA, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Para fazer valer essa determinação, o Art. 4º estabelece que: É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (ECA, 1990).

Articulando a política de aplicação das medidas socioeducativas às demais políticas públicas, os programas de atendimento socioeducativo precisam efetivar serviços voltados para atender os direitos dos jovens. A operacionalização das medidas envolve profissionalização, escolarização, promoção da saúde, assistência jurídica e a efetivação de outras garantias, não se limitando a punição. Inclusive, garantindo atendimento especializado para pessoas com deficiência. (Art. 227º do ECA).

Como disposição geral, o ECA assegura a toda criança e adolescente, a “proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam (...) o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Tal princípio não deve ser descumprido, ainda que mediante a autoria de um ato infracional.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República revela em suas estatísticas que dentro da população de 21.265.930 de adolescentes com idade entre 12 e 21 anos no Brasil, 108.554 encontram-se em cumprimento de medida socioeducativa, correspondendo a 0,51% da população citada (SEDH, 2013).

Em 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA – e a Secretaria Especial de Direitos Humanos criaram o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo- SINASE, pretendendo a incorporação da questão do adolescente em conflito na agenda das políticas públicas para a juventude, tendo enfoque para uma saúde municipalizada.

O SINASE busca, enquanto sistema integrado, articular em todo o território nacional os Governos Estaduais, Municipais e Sistema de Justiça, as políticas setoriais básicas (Assistência Social, Saúde, Educação, Cultura, etc).As ações desenvolvidas nas unidades devem ser resultado das participações e contrapartidas de cada esfera do governo e dos órgãos de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. O Sistema tem um olhar para promoção da saúde do adolescente cumprindo medidas socioeducativas, oferecendo abordagem educativa, integral, humanizada e de qualidade.

O SINASE parte dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade nas ações, reafirmando no artigo 7º do ECA que versa sobre a necessidade do atendimento integral à saúde do adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas (SINASE, 2015).

Dentre as portarias que legalizam as ações a serem desenvolvidas, destaca-se a Portaria nº 1.082, de 23/05/2014(BRASIL, 2014), que determina a criação de um Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde aos Adolescentes Privados de Liberdade em cada unidade federativa do Brasil. Que dá providências para a fixação de normas, critérios e fluxos que favoreçam os estados e municípios à adesão e à operacionalização das diretrizes de implantação e implementação de políticas referentes ao mesmo público. Ela zela pela garantia da integralidade e universalidade no acesso do adolescente privado de liberdade aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, assim como pela atenção à saúde humanizada e de qualidade, de acordo com os princípios do SUS. E estabelece que as secretarias estaduais e municipais, juntamente com a secretaria gestora do sistema socioeducativo deverão desenvolver em conjunto os procedimentos necessários para atingir tais metas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) foi instituída pela Portaria Interministerial nº 1.426, de 14/07/04, (BRASIL, 2004), de autoria conjunta do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), a qual aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória e normatizada pela vigente Portaria Nº 647 de 2008 (BRASIL, 2008, online). Esta, por sua vez, estabelece normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização do PNAISARI.

O objetivo da Política consiste na garantia de acesso aos serviços de saúde, reorganizando esses serviços de forma a inserir o adolescente em conflito com a lei na rede de atenção à saúde. Reforçando a necessidade de a saúde assumir sua responsabilidade frente às necessidades e demandas dessa população, fortalecendo a Rede da Atenção Primária, de modo a garantir ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde. Dessa forma, a Atenção Básica passa a ser a principal referência para as unidades socioeducativas.

Para tanto, a PNAISARI estipula uma série de requisitos e ações, dentre eles: a composição mínima de uma equipe de referência em saúde formada por médico, dentista, enfermeiro, psicólogo e assistente social, previsto no § 1º do art. 2º da Portaria MS/SAS 647/2008 (BRASIL, 2008, online); a realização de exames sanguíneos para HIV, hepatites, bem como a imunização, previstas nos incisos II e III do § 2º do art. 1º da Portaria MS/SAS 1.426 /2004 (BRASIL, 2004).

O Anexo II da Portaria MS/SAS 647/2008 (BRASIL, 2008, online) também dispõe que deve haver um espaço específico e reservado, adequado ao atendimento à saúde, com parâmetros bem específicos quanto a metragem do local, as portas, a ventilação e a iluminação, aos materiais de acabamento adequados, etc. O art. 4º da Portaria MS/SAS 1.426 /2004 (BRASIL, 2004, online) cria um incentivo financeiro de recursos do Ministério da Saúde destinado às unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo e que serão repassados aos Estados e Municípios.

A organização de ações em saúde aos adolescentes em conflito com a lei segue os princípios: respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; enfrentamento ao estigma e preconceito; respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; garantia do acesso universal e integralidade

na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional; reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos Municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território; atenção humanizada e de qualidade a esta população; organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei; e permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social.

A efetiva implementação das diretrizes previstas na política representa uma mudança paradigmática na atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade, por adotar um modelo de atenção integral à saúde que transcende o atendimento médico e o tratamento de doenças, que busca a prevenção e promoção da saúde e insere a família no processo de socioeducação desse adolescente.

O sistema socioeducativo do estado do Ceará possui dezessete unidades de atendimento para jovens em conflito com a lei, dez destas se situam na Região Metropolitana de Fortaleza (tabela 1) e sete no interior (tabela 2). Além disso, possui uma Unidade de Recepção, que realiza o atendimento inicial ao adolescente que da entrada no socioeducativo da Capital. A distribuição dos adolescentes se dá através da Central de Vagas, que analisa o município de origem, faixa etária, e delitos cometidos pelos adolescentes.

Constata-se que o atendimento é determinado pelo tipo de infração, sexo e idade do jovem que pratica um ato infracional (Tabela 1 e 2).

Tabela 1 – Unidades socioeducativas da Região Metropolitana de Fortaleza e suas respectivas características quanto à natureza do atendimento, sexo dos abrigados, capacidade e quantitativo em setembro de 2019.

UNIDADE	NATUREZA DO ATENDIMENTO	SEXO	CAPACIDADE	QUANTITATIVO ATUAL
UNIDADE DE RECEPÇÃO LUÍS BARROS MONTENEGRO	Porta de entrada do adolescente acusado de prática infracional	Masculino e Feminino	40	18

CENTRO SOCIOEDUCATIVO SÃO MIGUEL	Internação	Masculino	90	90
CENTRO SOCIOEDUCATIVO SÃO FRANCISCO	Internação provisória	Masculino	90	100
CENTRO SOCIOEDUCATIVO PASSARÉ	Internação provisória	Masculino	90	99
CENTRO SOCIOEDUCATIVO DOM BOSCO	Internação por sentença e internação sanção	Masculino	90	63
CENTRO SOCIOEDUCATIVO PATATIVA DO ASSARÉ	Internação por sentença e internação sanção	Masculino	90	71
CENTRO SOCIOEDUCATIVO CARDEAL ALOÍSIO LORSCHHEIDER	Internação por sentença e internação sanção	Masculino	90	82
CENTRO SOCIOEDUCATIVO	Internação provisória	Feminino	40	56

TIVO ALDACI BARBOSA MOTA	internação e semiliberdade			
CENTRO DE SEMILIBERDADE MÁRTIR FRANCISCA	Semiliberdade	Masculino	40	19
CENTRO SOCIOEDUCATIVO DO CANINDEZINHO	Internação por sentença	Masculino	90	91

Tabela 2 – Unidades socioeducativas do interior do Ceará e suas respectivas características quanto à natureza do atendimento, sexo dos abrigados, capacidade e quantitativo em setembro de 2019.

UNIDADE	NATUREZA DO ATENDIMENTO	SEXO	CAPACIDADE	QUANTITATIVO ATUAL
UNIDADE DE SEMILIBERDADE DE CRATEÚS	Semiliberdade	Masculino e Feminino	25	10
UNIDADE DE SEMILIBERDADE DE	Semiliberdade	Masculino e Feminino	25	13

JUAZEIRO DO NORTE				
CENTRO SOCIOEDUCATIVO JOSÉ BEZERRA DE MENEZES	Internação provisória e internação	Masculino	50	44
UNIDADE DE SEMILIBERDADE DE SOBRAL	Semiliberdade	Masculino	25	11
CENTRO SOCIOEDUCATIVO DE SOBRAL	Internação por sentença	Masculino	90	79
CENTRO SOCIOEDUCATIVO DR. ZEQUINHA PARENTE	Internação provisória	Masculino	90	42
UNIDADE DE SEMILIBERDADE DE IGUATU	Semiliberdade	Masculino e Feminino	25	18

O jovem acusado de prática infracional no Ceará é levado à Delegacia da Criança e do Adolescente, na capital, ou comarcas, no interior, e posteriormente encaminhado à Unidade de Recepção Luís Barros Montenegro (URLBM) para aguardar apresentação ao judiciário, passando um período máximo de vinte e quatro horas nessa unidade. Nesse processo, o setor social intervém construindo um relatório que registra o motivo de sua apreensão e

contextualiza resumidamente sua história de vida para anexar ao Boletim de Ocorrência. Neste constam informações não apenas sobre as circunstâncias do delito, mas também acerca da situação sócio-demográfica e infrações anteriores, caso o jovem seja reincidente. Além disso, é realizado o atendimento inicial de saúde, com a consulta de enfermagem e posterior oferta de testagem rápida em HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C.

As unidades socioeducativas cearenses dispõem de uma equipe multidisciplinar que inclui pedagogos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, farmacêutico e técnica odontológica que atuam prestando assistência de saúde aos adolescentes nos centros em parceria com a rede de saúde do território através do PNAISARI. Tem como priorização a prevenção e promoção da saúde, com atuação pedagógica nas Educações em Saúde desenvolvidas através das equipes técnicas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O SINASE descreve que os jovens de 12 a 18 anos representam 15% da população brasileira e, destes, 0,2 % estão inseridos no sistema socioeducativo. Inicialmente pode parecer um quantitativo pouco representativo, mas segundo estudo de Mudad, Arantes e Saraiva (2004), que desenvolveram um levantamento estatístico sobre o sistema socioeducativo, esse quantitativo representa aproximadamente 40.000 adolescentes no sistema socioeducativo brasileiro, sendo que 30% destes cumprem medidas socioeducativas em sistema fechado. Com relação ao Nordeste, a região concentra cerca de 5.500 jovens no sistema socioeducativo, sendo que esse número não representa o real contingente de jovens envolvidos em atos infracionais, uma vez que não engloba os já egressos do sistema, nem tão pouco aqueles que, apesar da prática do ato infracional, não chegaram a ser condenados ou identificados na ação.

Os jovens em conflito com a lei apresentam diversos fatores e comportamentos que colocam a saúde em risco, tendo como os principais motivos a violência e o uso de drogas. Além disso, a prática sexual desprotegida ainda é muito frequente e acaba sendo um risco

adicional à saúde. Para uma abordagem eficaz recomenda-se que haja equivalência entre o tratamento de saúde mental e saúde física (Schmitt R, et al. 2006).

Transtornos como ansiedade e depressão nos adolescentes em conflitos com a lei são sabidamente frequentes por existir uma instabilidade do humor no comportamento destes jovens, característica esta da própria fase de desenvolvimento da adolescência (Silva MC, 2011). Muitas das unidades de internação destinadas aos adolescentes privados de liberdade possuem serviços da rede de saúde do território, porém encontram-se diversas dificuldades tais como o preconceito por parte dos profissionais e os demais usuários do serviço, demora na marcação de consultas, dificuldades para a realização de exames de maior complexidade e até mesmo a falta de especialistas. Os próprios adolescentes relatam a necessidade de continuidade de uma assistência e do cuidado, evidenciando assim, a importância das ações de educação em saúde nos centros (Monteiro EMLM, et al. 2011).

Uma pesquisa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), visando analisar a taxa de ocupação das 320 unidades destinadas a jovens em conflito com a lei no país, constatou a superlotação no sistema de internação, pois elas estão com uma lotação média de 102%. Inclusive salienta que a “situação mais grave é a do Nordeste, com seis estados acima do limite: Ceará (221%), Pernambuco (178%), Bahia (160%), Sergipe (108%), Paraíba (104%) e Alagoas (103%)” (MUNIZ, LINS, DALVI, 2012). Sendo que o Ceará lidera esse caótico cenário de descaso com as condições de salubridade e atendimento pioradas com a superlotação.

Os adolescentes privados de liberdade possuem o direito de habitar em alojamento com condições de salubridade e higiene, conforme descreve a Lei Federal 8.069/1990 (ECA). Além de ser direito propicia ao adolescente um ambiente saudável com a não propagação de doenças.

2.1 HIV/Aids

Segundo o Boletim Epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde em 2016, nos últimos dez anos, a epidemia de HIV/aids no país se agravou entre adolescentes de 15 a 19 anos. De 2005 a 2016, o número de adolescentes do sexo masculino infectados pelo vírus

mais que triplicou, saltando de 2,4 para 6,9 casos por 100.000 habitantes. Apesar das mortes relacionadas à aids estarem em declínio em todas as demais faixas etárias, entre os adolescentes, a taxa de mortalidade aumentou 62%, saindo de 0,3 mortes por 100.000 habitantes em 2006 para 0,8 mortes por 100.000 habitantes no ano de 2016 (UNICEF, 2017).

Pesquisas apontam que, apesar do bom conhecimento sobre a aids, os jovens possuem dúvidas sobre questões básicas para prevenção. Esse bom conhecimento também não está refletido na adoção das práticas de prevenção, demonstrando uma grande disparidade entre os altos níveis de preocupação em relação à doença e aos baixos níveis de mudanças no comportamento da população, tanto que temos evidenciado, mundialmente, as altas incidências do HIV/aids nessa população (Garbin, C.A, Lima, D.P, Dossi, A.P, Arcieri, R. M, Rovida T. A, 2010).

A adolescência é a idade propícia para a descoberta e desenvolvimento da sexualidade. É direito de toda criança e adolescente crescer em um ambiente que propicie plenamente o desenvolvimento de sua personalidade e individualidade, por isso o ECA (Lei 8.069/1990) reconhece o direito à convivência familiar e comunitária, o princípio da prevalência da família e a excepcionalidade de medidas que retirem o indivíduo da sede desse ambiente natural e mais apropriado para o seu desenvolvimento.

O adolescente que pratica ato infracional, uma vez em cumprimento de medida socioeducativa, poderá ser colocado, em situações-limite, em instituições responsáveis pela execução de medidas privativas de liberdade. Nesse caso, a interpretação devida da norma nos leva a compreender que o único direito subtraído do adolescente será o de livre locomoção, restando incólumes outros direitos, o que inclui o direito à visita íntima. Vale destacar que a visita íntima confere ao indivíduo ambiente propício não só para o exercício da liberdade sexual, mas também e principalmente espaço para trabalhar sua privacidade.

Por privacidade, de conseguinte, deve-se entender os níveis de relacionamento social que o indivíduo habitualmente mantém oculto ao público em geral, entre eles: a vida familiar, as aventuras amorosas, o lazer e os segredos dos negócios. Assim, dentro dessa esfera teríamos demarcado o território próprio da privacidade, formado por relações marcadas pela confidencialidade (Araújo, Nunes Jr., 2005, p. 139).

A visita íntima nos centros socioeducativos ainda traz diversas discussões e avaliações pessoais de aceitação. O conhecimento que se tem é da aceitação da visita no sistema

prisional brasileiro, visto a crença de que a partir da maioridade (18 anos) ambos os sexos estão autorizados legalmente e socialmente a terem relações sexuais, mesmo que estudos tenham mostrado que o início da vida sexual entre os adolescentes tem iniciado cada vez mais cedo (Silva,2016). Além disso, aceitar que se tenham diversidades de escolhas nas relações sexuais entre os adolescentes torna a abordagem, ou até mesmo a realização de atividades educativas, dificultadas ou não compreendidas por partes dos profissionais atuantes e da sociedade.

O texto do artigo 68 da Lei do SINASE 12.594 de 2012 torna legal a visita nas unidades socioeducativas. Estabelece ainda referido dispositivo legal que o visitante será identificado e registrado pela direção do programa de atendimento, que emitirá documento de identificação para a realização da visita íntima.

É assegurado ao adolescente casado ou que viva, comprovadamente, em união estável o direito à visita íntima (SINASE, 2012).

No imaginário da sociedade a visita íntima nos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas ganha uma representação e discussão importante para sexualidade e temas com uso de preservativos, relações homoafetivas, infecções sexualmente transmissíveis, paternidade, relação de gêneros. Deleuze (1996) coloca a visita íntima como uma máquina de fazer ver e fazer falar o que antes não era permitido ser enunciado, embora já funcionasse em planos não visíveis.

2.2 Hepatites virais B e C

Estudos mostram que a população em aprisionamento é considerada vulnerável a hepatite B e hepatite C, principalmente por dependência de drogas ilícitas, sexo sem proteção com múltiplos parceiros, realização de tatuagem, baixo nível socioeconômico, todos fatores que facilitam a elevada disseminação dessas doenças (Coelho, 2004).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2011) o índice de adolescentes contaminados com o vírus da hepatite C é bastante reduzido quando comparado às faixas etárias de 0 a 12 anos e de 20 a 70 anos. Adultos contaminados geram filhos soro positivos que, por sua vez, chegarão à adolescência como portadores do vírus. Como se trata de um quadro longo e doloroso, observamos frequentemente a não adesão pelos pacientes, aí se incluindo os da

faixa etária adulta, descontinuando o tratamento. Este processo de renúncia é ainda mais forte nos indivíduos adolescentes, por suas singularidades.

No caso da Hepatite B, continua a ser um importante problema de saúde pública em nível mundial. A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de dois bilhões de pessoas já se infectaram pelo vírus da hepatite B, e destes, 350 milhões são portadores crônicos, apresentando alto risco de óbito por cirrose hepática e câncer de fígado (MS, 2010). Calcula-se a ocorrência anual de um milhão de mortes ao ano relacionadas à infecção (MS, 2010). As taxas de prevalência da hepatite B variam amplamente, de 0,1% a taxas superiores a 30%, como as verificadas em países asiáticos. Considerando que muitos indivíduos infectados são assintomáticos e que as infecções sintomáticas são insuficientemente notificadas, a frequência da hepatite B é, certamente, ainda subestimada (MS, 2002).

Neste contexto alguns grupos são particularmente suscetíveis ao agente VHB, sejam por condições de saúde que impliquem em transfusões sanguíneas frequentes, atividade dos profissionais da saúde, seja pela adoção de comportamentos de risco como uso de drogas injetáveis ilícitas, múltiplos parceiros sexuais e relações sexuais desprotegidas, comportamento frequente durante o processo de desenvolvimento associado à puberdade.

Os adolescentes têm sido considerados um grupo com risco elevado de exposição ao vírus da hepatite B, pois são suscetíveis à pressão negativa de seus pares, sensação de invulnerabilidade e imortalidade, apresentam dificuldades para associar comportamentos de risco atual e consequências futuras. Assim, estudos vêm mostrando um aumento da positividade para o VHB na adolescência que se estende até a idade adulta. (Oliveira MDS, Paggoto V, Matos MA, Kozlowski AG, Silva NR, Junqueira ALN et al 2007).

A vacinação contra o VHB é a maneira mais eficaz na prevenção de infecção aguda ou crônica, e também na eliminação da transmissão do vírus em todas as faixas etária. Uma das metas do Ministério da Saúde é vacinar jovens com menos de 20 anos, além disso, conforme o PNASARI, a imunização e o preenchimento do cartão de vacinação dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa são prioritários.

2.3 Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são consideradas como um dos problemas de saúde públicas mais importantes em todo o mundo. Isto se deve à sua

frequência e transcendência, às complicações decorrentes de um diagnóstico e tratamento tardio, e a complexa interação com o HIV.

A ocorrência das ISTs nos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa ainda é bastante comum, com índices relevantes para HIV, sífilis e Papilomavírus Humano – HPV (Novaes JMC, 2006). Em estudo sobre as variáveis tais como tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, Taquette (2004) encontrou associação significativa em ser portador de alguma IST's. Além de também encontrar associação entre baixa idade da primeira relação sexual e ter histórico de infecções sexuais transmissíveis.

Tem-se observado mudanças na sociedade em relação à educação sexual, como, por exemplo, a disponibilidade de livros e materiais destinados a adolescentes, bem como maior liberdade de informação e discussão sobre o assunto. Apesar disso, indivíduos na adolescência ainda demonstram ter pouco conhecimento das formas de contágio das ISTs.

Em um estudo realizado no município do Rio de Janeiro em 2003, com adolescentes do Ensino Médio, observaram que 10,8% e 16,9% desses adolescentes acreditavam que o uso de pílula anticoncepcional e sexo somente com o (a) namorado (a), respectivamente, prevenissem as ISTs (Oliveira et al.2008).

Com a diminuição da idade no início da sexualidade, os adolescentes se expõem tornando vulneráveis a contrair alguma IST. As prevalências isoladas do uso de álcool, drogas e tabaco e do não uso de preservativo nas relações sexuais entre adolescentes são conhecidas. Estudos realizados com estudantes que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2012 mostraram que 75,3% dos adolescentes utilizaram preservativos na última relação sexual, 26,1% fizeram uso de álcool nos últimos 30 dias, 22,6% já haviam experimentado cigarro alguma vez na vida – com cerca de um terço (27,2%) deles fazendo uso regular de cigarro e 7,3% relataram o consumo de drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida.

Intervenções em nível escolar com objetivo de prevenir comportamentos de risco devem ser realizadas e/ou remodeladas. A presença dos pais e ações educativas relacionadas à ISTs é de suma importância, para manter um diálogo e vínculo, podendo orientá-los quanto à importância de um sexo seguro e prevenido. O planejamento de programas educacionais de prevenção às ISTs/aids direcionados aos adolescentes encarcerados é de relevância para que os educandos tenham um entendimento da vida fora dos centros, e dos fatores que contribuem

para as vulnerabilidades. A presença dos pais nesse contexto complementa e auxilia na promoção de mudanças de comportamento desses jovens.

2.4 Tuberculose

A tuberculose no adolescente é um assunto socioeconômico e sanitário em todo o mundo, apesar do pouco conhecimento a seu respeito. É o período em que ocorrem mudanças endócrino-metabólicas inerentes a essa fase da vida como, por exemplo, modificações no metabolismo de cálcio e proteínas, alterações hormonais diversas, ocorrência do estirão puberal, entre outras. Isto aumenta a susceptibilidade do adolescente a desenvolver tuberculose. Pesquisas identificaram até mesmo a possibilidade de que efeitos endócrinos poderiam alterar a capacidade do organismo do adolescente em controlar o bacilo da tuberculose, mediante modificações observadas no sistema imune (LOPES, Agnaldo José et al, 2007).

Schimidt (2008) estudou os casos de TB em adolescentes de Manaus e de Salvador no período de 1996 a 2003, mediante fichas de notificação e dados de prontuário dos pacientes. Destaca que 1.035/1.337 (77%) das baciloscopias de escarro tenham sido positivas para BAAR e que 45/71 (61%) das culturas de escarro também o fossem. Estes dados evidenciam a elevada positividade da TB pulmonar em adolescentes (de 10 a 18 anos) e as semelhanças das formas observadas em adultos.

Estudos mostraram que o apoio e a participação dos pais durante o período de tratamento da tuberculose auxiliam na adesão ao tratamento além, também, à presença de autoestima no adolescente (Lopes, 2007) É importante que o adolescente com tuberculose tenha senso de autonomia, o que pode reduzir a taxa de abandono.

2.5 Hanseníase

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa e crônica degenerativa e representa um grave problema de saúde pública brasileira, considerando o comprometimento do sistema nervoso periférico, resultando em incapacidades (MS, 2008).

Conforme estudo realizado no município de Sobral, Ceará (2004), observa-se que 35% dos adolescentes que estavam na faixa etária de 10 a 14 anos demonstraram uma alta endemicidade da doença na área em que habitavam. Segundo o Ministério da Saúde (2002), a

hanseníase pode atingir todas as idades e ambos os sexos, no entanto, os casos em menores de 15 anos são considerados indicador de alta endemicidade da doença, e há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres na maioria das regiões do mundo.

A população de adolescente que cumpre medidas socioeducativas encontra-se em situação de vulnerabilidade para hanseníase em virtude de vários fatores, entre eles deficiências na qualidade alimentar e o ambiente fechado e densamente povoado. Outro dado relevante é a detecção de forma tardia da doença, pelo desconhecimento por parte dos pacientes e dos profissionais a doença, influenciando no agravamento da doença (Freitas, 2019)

2.6 Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Elas são consideradas um problema de saúde pública causando 63% de morte no Mundo. A realidade brasileira mostra um percentual de 72,6% de mortes por DCNT (MS, 2011).

As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável. Dentre as doenças, se tem destaque para as quatro de maior impacto mundial que são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (MS, 2011).

2.7 Violências e consumo de substâncias psicoativas

De acordo com Flávio A. Frasseto (2006), o adolescente com transtorno mental é compreendido como alguém que apresenta uma inadaptação às regras sociais. Por se desviar de um modelo moralizador que impõe um padrão de normalidade a ser seguido, é visto como alienado, irracional ou perigoso, e deve ser submetido a tratamento médico para se adequar ao padrão socialmente colocado de normalidade. A desigualdade econômica e social prejudica o desenvolvimento juvenil.

O estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, afirma que existem no Brasil 61 milhões de crianças e adolescentes. Destes brasileiros, 45% vivem na pobreza, em

famílias com renda per capita de, no máximo ½ salário mínimo. A região Nordeste é a segunda maior região brasileira em número de crianças e adolescentes, 19,2 milhões, representando 40,1% da população da região (IBGE, 2008).

Assis *et al.* (2005) afirmam que um dos fortes empecilhos para o total desenvolvimento dos 35 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos no Brasil é a violência, sejam como vítimas ou autores de suas diferentes manifestações. Para esses autores, a violência diminui a expectativa de vida, reduz o potencial da população, representa custos para as famílias e para os sistemas de saúde, e prejudica os projetos de vida.

A violência é vivenciada de outras formas, através das condições inadequadas de moradia, das importantes limitações aos bens de consumo e de serviços, da desqualificação do ensino, dos esfacelados relacionamentos em família e com a sociedade (MINAYO, 2006). Ela exprime formas de socialização e padrões de vida, expressando modos atuais de atitudes em vigor em certo momento histórico de uma sociedade. Existem várias maneiras de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

As características do perfil do adolescente em conflito com a lei no Brasil são similares às aquelas encontradas em estudos internacionais. Estudo realizado com adolescentes privados de liberdade nos Estados Unidos apontou que a maioria apresentava distúrbios de conduta, uso de drogas e estágios de humor negativos. Outras características dessa população são impulsividade, hiperatividade, precário controle diante de frustrações, deficiência de atenção, incapacidade de planejamento e de fixação de metas; baixos níveis de inteligência (IPEA, 2006).

Segundo estudos longitudinais realizados na França e na Suíça, as infrações geralmente precedem o consumo de substâncias psicoativas, e quanto mais os adolescentes cometem delitos, tanto mais usam drogas (Farrell AD, Sullivan TN, Esposito LE, Meyer AL, 2005).

A idade de início para o uso de álcool e tabaco dos adolescentes em conflito com a lei ocorre em média antes dos 12 anos, da maconha e solventes antes dos 13 anos e da cocaína antes dos 14 anos (Heim J, De Andrade AG, 2008).

O levantamento realizado pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (ILANUD) demonstrou que é expressiva a quantidade de usuários de drogas entre os adolescentes privados de liberdade no país: em

2002, 85,6% faziam uso antes da apreensão, especialmente de maconha (67,1%), álcool (32,4%), cocaína/crack (31,3%) e inalantes (22,6%) (Assis, 2005) Adolescentes infratores tendem a procurar amigos no próprio meio de infração, buscando estímulo e apoio em suas ações ilegais como roubos, tráfico ou uso de drogas (Silva E, Gueresis, 2003).

As internações psiquiátricas de adolescentes em conflito com a lei e usuários de drogas denotam uma via de acesso destes jovens ao sistema de saúde, a imputação do tratamento converte-se em continuidade dos efeitos punitivos do sistema socioeducativo, minimizando seus efeitos terapêuticos (SCISLESKI, 2008).

3. JUSTIFICATIVA

O cenário socioeducativo possui um restrito quantitativo de informações, e esses dados diminuem quando o assunto é saúde. Não se conhece detalhadamente o perfil de saúde desses adolescentes, o que inviabiliza e impossibilita a aplicação de intervenções adequadas. É um cenário com dificuldade de acesso e precariedade de espaço físico pelo excedente populacional. O confinamento facilita a transmissão de doenças, além de comportamentos e práticas de risco.

A restrição da liberdade ao adolescente em medida socioeducativa além de mudanças de rotinas altera também a saúde física e mental gerando medo, angústia, desconhecimento, mudança de comportamentos e afastamento de seus familiares. O sentimento do medo de abandono é abordado por Goffman (1999), que afirma que toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de seu mundo, fechando-se. Em contraposição, o laço significativo que resta a esses participantes, e que lhes traz realidade existente fora da instituição, é a família.

Conhecer o adolescente cearense que cumpre medida socioeducativa foi despertado através da vivência como responsável do Eixo Saúde da Instituição Pública. Não se tem conhecimento e estudos que mostram o perfil desse sujeito, além disso, pouco é conhecido sobre as Políticas e leis a qual garantem o direito de saúde.

Para se traçar intervenções é necessário conhecer o adolescente antes do ingresso dele ao Sistema Socioeducativo, suas rotinas, suas vulnerabilidades, além de ter o conhecimento

sobre as expectativas ou experiências anteriores no Sistema tornam o plano de cuidado mais direcionado e holístico.

Ainda existe o preconceito e a negação dessa população como parcela da Sociedade, porém sabemos que eles assim como seus familiares estão inseridos na população, sendo sujeito de transformação.

4. OBJETIVOS

- **Objetivo geral**

Descrever a população de adolescentes que cumprem medidas socioeducativa no município de Fortaleza.

- **Objetivos específicos**

Descrever o perfil epidemiológico e clínico do socioeducando cearense.

Estimar a prevalência de doenças transmissíveis no Socioeducativo cearense;

Estimar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no Socioeducativo cearense;

Descrever a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes cearenses que irão cumprir medidas socioeducativas no município de Fortaleza.

5. MÉTODOS

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo transversal, do tipo descritivo, construído no momento do ingresso de adolescentes do sexo masculino que obtiveram medida de internação ou internação provisória decretada por órgão judicial cearense no período de setembro a novembro de 2018. As profissionais enfermeiras da Unidade socioeducativa foram treinadas para aplicação do questionário online.

Para tanto obteve-se uma amostra aleatória da população ingressante no Socioeducativo cearense. O procedimento de aleatorização da amostra foi feito sequencialmente adotando-se o recrutamento de um sujeito a cada três ingressantes. A meta foi inferir, a partir dos resultados obtidos, sobre a natureza da verdade no universo da população em estudo. Os adolescentes recrutados responderam a um questionário com informações epidemiológicas e de saúde.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Recepção Socioeducativa Luis Barros Montenegro, unidade de acolhimento do adolescente acusado da prática de ato infracional que funciona diariamente, 24 horas por dia. Após acolhimento nesta Unidade, o adolescente é encaminhado para Unidades de Internação Provisória e de Internação da Região Metropolitana de Fortaleza. Na Unidade de Recepção Socioeducativa Luis Barros Montenegro é realizada a triagem dos adolescentes do sexo masculino que tiveram expedida medida socioeducativa após decisão judicial. A abordagem inicial dos menores inclui o acolhimento, aconselhamento e testagem rápida para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis. Além da testagem, é realizada a consulta de enfermagem com a abertura do prontuário de saúde. A consulta com a equipe técnica (enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) também é realizada.

5.3 População do Estudo

Adolescentes do sexo masculino que obtiveram medida socioeducativa de internação ou internação provisória no estado do Ceará em seu ingresso ao Sistema Socioeducativo Cearense.

Critérios de inclusão:

- Adolescente após decisão judicial de cumprimento de medida socioeducativa em Internação ou Internação Provisória;

Critérios de exclusão:

- Adolescentes que possuíam problemas mentais ou estavam sob efeito de substância ilícita;

- Adolescentes que estavam impossibilitados de participar da pesquisa por motivos diversos tais como: agitação, impossibilidade por cronograma de atividades da instituição, dentre outras;

5.4 Análise estatística

Os dados foram analisados através do software Survio. Análise descritiva foi realizada através de distribuição de frequências, médias, medianas e histogramas.

Os dados foram processados através de análise multivariada, considerando desfechos e fatores associados. Os testes estatísticos utilizados foram o chi-quadrado. As variáveis quantitativas foram comparadas utilizando-se teste t de student, admitindo-se como significativo um $p < 0,05$, e intervalo de confiança de 95%.

5.5 Aspectos Éticos e Riscos

Os aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa estão regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A Resolução 466/12 CNS define assentimento livre e esclarecido como anuência do participante da pesquisa criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades.

Conforme De Gaiva, 2009, as crianças são atores sociais e, como tais, são também produtores de dados para estudos/pesquisas. No entanto, apresentam características em seu desenvolvimento que as tornam vulneráveis nos aspectos bio-psico-social. Assim sendo, sua participação em pesquisa deve ser vista de forma cuidadosa pelos pesquisadores.

O Projeto foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética e Pesquisa das instituições envolvidas (Anexo 1). Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice A) foi assinado pela direção da Unidade e um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE;

Apêndice B) foi assinado pelos adolescentes após apresentação dos objetivos da pesquisa, respeitando e assegurando a adequação às peculiaridades culturais e linguísticas dos envolvidos.

Durante o delineamento da pesquisa houve preocupação com eventuais riscos ao sujeito do estudo, entre eles: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; constrangimento ao realizar os exames e avaliação de saúde; constrangimento ao se expor durante a realização dos testes; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante as perguntas. Tais riscos foram superados pela experiência dos investigadores com a população estudada.

5.6 Descrição dos aspectos epidemiológicos

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado (Apêndice C). Procurou-se analisar de forma aprofundada e detalhada aspectos epidemiológicos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. As variáveis epidemiológicas estudadas foram: cor/raça, idade, escolaridade, aspectos socioeconômicos, aspectos sociodemográficos.

5.7 Descrição dos aspectos relacionados à saúde

Procurou-se identificar e analisar aspectos de saúde relacionados a doenças crônicas não transmissíveis, hanseníase, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, violência e drogadição. Foram ofertados e testados os sujeitos da pesquisa com testes rápidos para HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis para busca de casos de ISTS. As variáveis relacionadas à saúde estudadas foram: Saúde sexual e reprodutiva, doenças infecciosas transmissíveis: tuberculose e hanseníase, doenças crônicas não transmissíveis, violência e consumo de substâncias psicoativas.

A Tabela 3: Descrever as etapas e o detalhamento dos procedimentos envolvidos no estudo.

ETAPA	ENTREVISTA E EXAMES
--------------	----------------------------

UNIDADE SOCIOEDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none"> ●Checagem dos entrevistadores sobre ciência do diretor da Unidade da pesquisa que esta sendo realizada 	
ANTES DA ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ●Recrutamento ●Deslocamento dos adolescentes para área da pesquisa para explicação do projeto 	
NA ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicar critérios de elegibilidade (utilização do software Survio) 	
	VOLUNTARIO ELEGÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> ●Fazer leitura e assinatura do TALE (para entrevista e para teste, se aceitar participar)
	ACEITAR PARTICIPAR E ASSINAR TCLE	<ul style="list-style-type: none"> ● Preencher dados iniciais ●Fazer as perguntas pelo questionário online para o participante responder ●Realizar consulta de enfermagem e exames clínicos;
EXAMES CLÍNICOS	<ul style="list-style-type: none"> ●Consulta de enfermagem; 	
TESTE DE SENSIBILIDADE *	<ul style="list-style-type: none"> ●Realizar teste de sensibilidade para hanseníase (se suspeita de hanseníase); 	
COLETA DE BAAR**	<ul style="list-style-type: none"> ●Se apresentar tosse há mais de 2 semanas: ●Etiquetar o copinho de escarro com data, ID e nome da participante e encaminhar para Unidade de Saúde. ●Explicar como deve ser realizada a coleta de escarro ●Guardar o copinho com o escarro no isopor ●Orientar sobre coleta de escarro no dia seguinte(2ª amostra) 	

<p>TESTE RÁPIDO HIV , SÍFILIS E HEPATITE B E C</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Fazer aconselhamento individual pré-teste ●Fazer teste rápido para o HIV, sífilis, hepatite B e C ●Aconselhamento pós-teste individual para sífilis, HIV, hepatite B e C; ●Se o participante for positivo para Sífilis: <ul style="list-style-type: none"> ○ Encaminhamento para tratamento ●Se o participante for positivo para HIV: <ul style="list-style-type: none"> ○ Encaminhamento para acompanhamento ●Se o participante for positivo para Hepatite B ou C <ul style="list-style-type: none"> ○ Encaminhamento para acompanhamento
<p>APÓS ATENDIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Arquivar o TCLE, TALE e Formulários com resultados de exames laboratoriais e clínico. ●No caso do participante estar com algum agravo, fazer encaminhamento a unidade de Saúde.

6. RESULTADOS

Dentre 264 adolescente que tiveram o ingresso ao sistema socioeducativo no período do estudo, 75 (28,4%) foram recrutados de forma aleatória. Todos foram entrevistados e submetidos a testagem rápida para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C.

6.1 Caracterização sociodemográfica e socioeconômica

Os dados relativos às características sociodemográficas e socioeconômicas estão dispostos na tabela 4. A média de idade foi de 16,4 anos (DP: 0,9). Na classificação de cor/raça, 55(75%) se definiram como parda, 15(20%) como preta e 3(4,1%) branca. Os adolescentes quando perguntados se estavam estudando no momento da entrevista, 56(74,6%) relataram não estarem estudando, em comparação 19(25,3%) que afirmam estarem estudando no período. Em relação à escolaridade, 63(89%) encontravam-se no ensino fundamental, enquanto 8(11%) no ensino médio. Pequena parcela 2(2,7%) se definiu como analfabeta.

Os dados de escolaridade da mãe do entrevistado revelaram que 23(31,5%) encontravam-se no ensino fundamental, 10(13,7%)no ensino médio e 4(5,5%)eram analfabetas.

Em relação à renda familiar 49(67,1%)afirmaramrenda de até 2 salários mínimos (até R\$ 1.908), 8(11%) de 2 a 4 salários mínimos (R\$ 1.908 a R\$ 3.816) e 1(1, 4%)de 4 a 10 salários mínimos (R\$ 3.816 a R\$ 9.540). Com relação ao local de moradia,54(74%)relatou morar em Fortaleza, 11(16.4%) na região metropolitana (não incluindo Fortaleza) e uma parcela de7(9,6%) residia no interior do estado.

Tabela 4. Dados socioeconômicos e sociodemográficos dos adolescente em cumprimento de medida socioeducativa no seu ingresso para cumprimento de medida.

Variáveis	n	%
Idade	16,4 ± 0,9	
Como você se classifica em relação a sua cor ou raça?		
Branca	3	4,1
Parda	55	75,3
Preta	15	20,5
Qual o seu grau de instrução (escolaridade)		
Analfabeto	2	2,7
1ª a 3ª série do ensino fundamental	1	1,4
4ª a 7ª série do ensino fundamental	46	63,0
Ensino fundamental completo (terminou a 8ª série)	16	21,9
1º ou 2º ano do ensino médio	8	11,0
Qual é o grau de instrução de sua mãe?		
Analfabeta	4	5,5
4ª a 7ª série do ensino fundamental	11	15,1
Ensino fundamental completo	12	16,4
1º ou 2º ano do ensino médio	6	8,2
Ensino médio completo	4	5,5
Não sei / Não quero responder	36	49,3

Qual a renda mensal de sua família?

Até 2 salários mínimos (Até R\$ 1.908)	49	67,1
2 a 4 salários mínimos (De R\$ 1.908 a R\$ 3.816)	8	11,0
4 a 10 salários mínimos (De R\$ 3.816 a R\$ 9.540)	1	1,4
Não sei / Não quero responder	15	20,5

Em qual município você reside atualmente?

Fortaleza	54	74,0
RMF (exceto Fortaleza)	12	16,4
Interior do estado do Ceará	7	9,6

6.2 Saúde sexual e reprodutiva

Os dados relativos à saúde sexual e reprodutiva estão dispostos na tabela 5. Com relação a prevalência de ISTs, após resultados das testagens dos 75 adolescents para HIV, sífilis e hepatite B e C, constatou-se teste reagente em 1(1,33%) para HIV, 2(2,67%) para sífilis e nenhum para hepatite B e C.

Na variável situação conjugal, dentre os entrevistados, 34(46,6%) afirmaram ter parceira fixa e os demais 39(53,4%) afirmam não ter parceira fixa ou estarem solteiros. Com relação a pergunta sobre a primeira relação sexual, 39(53,4%) afirmam ter tido a primeira relação antes dos 14 anos, 26(35,6%) aos 14 anos ou mais. Oito (11%) relataram não saber e/ou não lembrar a idade em que se deu o início da vida sexual.

Sobre o uso da camisinha, 43(58,9%) relataram quase nunca usaram, 8(11%) afirmam nunca usaram, 18(24,7%) quase sempre usaram e 4(5,5%) usaram sempre.

Tabela 5. .Dados de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no seu ingresso para cumprimento de medida.

Variáveis	n	%
------------------	----------	----------

Qual é sua situação conjugal atual?		
Possui parceiro(a) fixo(a)	34	46,6
Solteiro e sem parceiro(a) fixo(a)	39	53,4
Com quantos anos você teve sua primeira relação sexual? (Média ± desvio padrão)		
Média ± desvio padrão		13,1 ± 1,6
< 14	39	53,4
14 ou mais	26	35,6
Não sabe/ não lembra	8	11,0
Nas relações sexuais nos últimos 12 meses, como você usa preservativo (camisinha)?		
Nunca uso	8	11,0
Quase nunca uso	43	58,9
Quase sempre uso	18	24,7
Uso sempre	4	5,5

Quando perguntado sobre a realização da testagem prévia para HIV, 36(49,3%) afirmam nunca ter realizado, 30(41,1%) afirmaram ter realizado uma vez e 7(9,6%) duas vezes ou mais. Em relação a local em que realizou testagem para infecção por HIV, dos 75 adolescentes, 35(46,6%) afirmaram que realizaram na própria Unidade Socioeducativa, 11 (14,6%) relataram ter realizado em equipamentos de saúde externos e os demais adolescentes (15:20%) não quiseram responder.

Em relação aos testes para diagnóstico de hepatite viral, 35(48%) dos adolescentes nunca realizaram testagem, 24(32,9%) realizaram uma única vez e 8(11%) afirmaram ter realizado o teste duas ou mais vezes durante sua vida.

Quanto a testagem para sífilis, 36(49,3%) dos adolescentes afirmaram nunca ter feito, 28(35,6%) realizaram 1 vez na vida e 7(11%) relataram ter realizado duas ou mais vezes. Quando perguntados sobre ter tido ISTs previamente, 55(75,3%) responderam não ter tido nenhuma, 3(4,1%) citaram herpes. Não houve relato de infecções como gonorreia, linfogranuloma venéreo e HPV.

6.3 Doenças Infeciosas Transmissíveis: Tuberculose e Hanseníase

Na variável sintomático respiratório, 66(90,4%) negaram estar com sintomas, tendo 7(9,6%) com queixa de tosse no período da entrevista. Quando perguntado sobre tuberculose, 72(98,6%) relatam nunca ter tido diagnóstico desta doença e 1(1,4%) relatam desconhecer se já teve.

Quando perguntados acerca do conhecimento sobre hanseníase, 45(61,6%) dos adolescentes relataram já ter escutado sobre a doença e 28(38,4%) afirmam não conhecer ou saber da patologia. Quando perguntado sobre estar apresentando algum problema de pele no momento da entrevista 64(87,7%) afirmaram não estar e 6(8,2%) apresentaram a queixa. Dos que apresentaram queixa de estar apresentando algum problema de pele, 3(4,1%) relataram queixa de coceira, 1(1,4%) mancha e 2(2,7%) outro sintoma.

6.4 Doenças Crônicas Não-transmissíveis

Quando perguntado ao adolescente do estudo sobre o seu atual estado de saúde em relação aos demais adolescentes de sua atual idade, 60(82,2%) considera sua saúde boa, 11(15,1%) muito boa e 2(2,7%) considera sua saúde regular. Dentre as variáveis de doenças crônicas, dos 75 adolescentes entrevistados, 4(5,3%) afirmam que o médico informou que tem asma, um adolescente afirmou ter hipertensão arterial e um adolescente afirmou ter diabetes. Os demais negaram qualquer patologia crônica.

Em relação ao uso do cigarro, 51(69,9%) afirmaram não fazer uso enquanto 22(30,1%) afirmaram usar. Por outro lado, 42(57,5%) afirmaram conviverem com pessoas que fumam cigarro, ou seja, eram fumantes passivos.

6.5 Violências e consumo de substâncias psicoativas

Os dados sobre violência e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes ingressantes no Sistema Socioeducativo estão apresentados na tabela 6. Dentre as variáveis

relacionadas a violência e ao uso de drogas ilícitas destaca-se o fato de 67(91,8%) dos entrevistados relatarem ter usado droga.

Na variável escolaridade, dos que relataram estarem estudando, 17 (89,5) faziam uso de droga, enquanto 2 (10,5) relataram não fazer uso. Entre os adolescentes cuja família possuía renda de até dois salários mínimos, 46(93,2%) usavam droga. Com relação ao município de moradia, dentre os que responderam fazer uso de droga, a maioria residia em Fortaleza (54; 74%), logo após vem Região Metropolitana de Fortaleza (5: 15,1%) e o Interior (8:11,2%).

Tabela 6. Dados de Violência e consumo de substâncias psicoativas dos adolescentes no seu ingresso ao Sistema Socioeducativo.

Variáveis	Já fez uso de droga		Valor p
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Cor raça			0,313
Branca	2 (66,7)	1 (33,3)	
Parda	51 (92,7)	4 (7,3)	
Preta	14 (93,3)	1 (6,7)	
Situação conjugal			0,027
Possui parceiro	34 (100)	0 (0)	
Solteiro e sem parceiro	33 (84,6)	6 (15,4)	
Estuda atualmente			0,647
Sim	17 (89,5)	2 (10,5)	
Não	50 (92,6)	4 (7,4)	
Renda			1,000
Até 2 SM	46 (93,9)	3 (6,1)	
Mais de 2 SM	9 (100)	0 (0)	
Município de moradia			0,777
Fortaleza	50 (92,6)	4 (7,4)	

RMF	11 (91,7)	1 (8,3)
Interior	6 (85,7)	1 (14,3)

Teste exato de Fisher

Conforme dados da tabela 7, 67(91,8%) responderam fazer uso de algum tipo de droga no momento da entrevista. As drogas mais utilizadas são maconha (57:76%), cocaína (9:12%), opióides (2:2,6%) e crack(1:1,3%).

Tabela 7. Dados do consumo de drogas em adolescente em cumprimento de medida socioeducativa no seu ingresso para cumprimento de medida.

Variáveis	n	%
Já fez uso de alguma droga?		
Sim	67	91,8
Não	6	8,2
Quais as drogas usadas (múltipla escolha)		
Maconha	57	76
Cocaína	9	12
Crack	1	1,3
Opioides	2	2,6
Não sei / Não quero responder	6	8

As variáveis drogas e bebida alcoólica não apresentaram associações significativas, visto que o álcool não mostrou ser uma variável que interfere no uso da droga (tabela 8).

Tabela 8. Dados do consumo de drogas e uso de bebida alcoólica em adolescente em cumprimento de medida socioeducativa no seu ingresso para cumprimento de medida.

Variáveis	Já fez uso de droga		Valor p
	Sim	Não	
Faz ou fez uso de bebidas alcoólicas?			0,658
Sim	22 (95,7)	1 (4,3)	
Não	45 (90,0)	5 (10,0)	

Teste Exato de Fisher

Na tabela 9 estão os dados obtidos referentes ao cumprimento de medidas socioeducativas. A análise da variável quantidade de vezes de cumprimento de medida socioeducativa mostrou que 41(56,2%) cumpriram uma vez, 17(23,3%) duas vezes e 15(20,5%) três ou mais medidas cumpridas. A média de idade na primeira entrada do adolescente ao Socioeducativo foi de 15,6 (DP:1,3).

Dentre os atos infracionais cometido pelos adolescentes, os dados mostraram que roubo foi o mais comum (32; 43,8%) seguido de tráfico de drogas (10; 13,7%), homicídio (4: 5,5%), e furto (4:5,5%), latrocínio (1; 1,4%) e outros atos infracionais não citados na pesquisa (15:20,5%).

Tabela 9. Dados de cumprimento de medidas socioeducativas associado a causa em adolescente no seu ingresso ao Socioeducativo cearense.

Variáveis	n	%
Cumpriu quantas vezes medidas socioeducativas?		
1	41	56,2
2	17	23,3
3 ou mais	15	20,5
Nos últimos 3 anos em quantas unidades socioeducativas esteve?		
1	48	65,8
2	10	13,7
3 ou mais	14	19,2
Não sei	1	1,4

Quantos anos você tinha na 1ª vez que entrou no Socioeducativo?		15,6 ± 1,3
Motivo da 1ª medida socioeducativa		
Homicídio	4	5,5
Roubo	32	43,8
Furto	4	5,5
Tráfico de drogas	10	13,7
Latrocínio	1	1,4
Outros	15	20,5
Não sei / Não quero responder	7	9,6

7. DISCUSSÃO

O adolescente que comete um ato infracional, é um indivíduo que está em uma fase da vida de transformação e formação, isso inclui os contextos sociais, pessoais, ambientais, culturais e econômicos. É um período de grandes mudanças psicológicas, físicas e biológicas.

A média de idade dos adolescentes infratores no estado do Ceará (16,4 anos) equivale a médias observadas em outros estudos nacionais. Conforme dados do Sistema Nacional de Socioeducação (2018), com relação a distribuição de adolescentes e jovens por gênero no Sistema Socioeducativo, tem-se que há uma predominância de adolescentes do sexo masculino (96%). A faixa etária que abriga a maior concentração de adolescentes é a de 16 e 17 anos, com 57%, seguida pela faixa etária de 18 a 21 anos com 23%, entre 14 a 15 anos com 17% e de 12 a 13 anos com 2%, havendo, ainda, 1% sem especificação de faixa etária. As razões para a maior incidência de adolescentes entre 16 e 17 anos cumprindo medidas socioeducativas são desconhecidas.

Nos dados referentes a raça/cor, o presente estudo encontrou a predominância da cor parda/preta que quando somadas contabilizaram 95%. E com relação aos dados da população em geral do estado do Ceará observamos também uma diferença entre os dados. A maioria da população cearense se considera parda (65,83%), seguida de brancos (30,04%), pretos (3,86%), indígenas (0,21%) e amarelos (0,05%), conforme dados do IBGE.

Nossos dados mostram que a raça branca não está significativamente representada no Sistema Socioeducativo. Por outro lado, os jovens pretos/ pardos constituem parcela importante dentre

os infratores, conseqüentemente são maiores vitimados pela violência e criminalidade. A subnotificação ou a não presença da cor branca no ingresso ao Socioeducativo nos leva a situação de “mecanismo de resolução” onde inclui melhores condições sociais e financeiras para defesa e posterior liberação.

Em relação a escolarização, nas medidas socioeducativas tem objetivo instituído no Sinase e ECA como algo de grande relevância. Isso se torna compreensível ao se observar os benefícios que a escola pode trazer ao adolescente, especialmente em relação à mobilidade e à inclusão social (Aquino & Rocha, 2004; Flor, Laguardia, & Campos, 2014; Silva & Bazon, 2015; Silva & Oliveira, 2016), à aprendizagem (Leão, Dayrell, & Reis, 2011).

Mesmo com a relevância dada a educação como diretriz socioeducativa a ser trabalhada no adolescente, estudos mostram elevado índice de evasão escolar. No Estado do Ceará, no estudo mostrou que 74% afirmaram não estar estudando no momento da apreensão em comparação 26% afirmam estar estudando no período. Nos dados relacionados as trajetórias escolares 89% encontra-se no ensino fundamental, enquanto 11% então no ensino médio, além de uma pequena parcela de 2,7% que se define analfabeto.

Essa realidade se compara de forma igualitária a Estados tidos como referencia em atuação de Socioeducação e sendo o segundo Estado mais desenvolvido do Brasil. Um estudo realizado no Paraná (2012), com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, mostrou que 93,55% dos adolescentes que tiveram sua primeira passagem não estudavam no momento da apreensão. Dos adolescentes que estavam na sua segunda internação, 92,3% não estudavam, e dos que estavam na sua terceira internação, 88,9% estavam na mesma condição. Os adolescentes que estavam na sua quarta e sexta internação, nenhum deles estudava.

Podemos observar que histórico escolares negativos, principalmente com evasão escolar, é predominante entre adolescente em conflito com a lei que mostra a exposição a fatores de riscos. (Gallo & Williams, 2005, 2008; Mendes, 2013). Entre essas condições, que podem prejudicar a trajetória escolar de alguma forma, alguns estudos citam: exposição à violência e estilos parentais negativos, os quais são negligência, abuso, monitoria negativa, punição inconsistente e disciplina relaxada (Cid, Matsukura & Cia, 2015; Gallo & Williams, 2005, 2008; Maia & Williams, 2005; Sakuramoto, Squassoni, & Matsukura, 2014; Silva & Bazon, 2015); ausência ou redução da rede de apoio da família (Gallo & Williams, 2008; Sakuramoto *et al.*, 2014); maternidade ou paternidade (Patias, Fiorin, Lima, & Dias, 2014); e relações ruins no contexto escolar (Bazon, Silva, & Ferrari, 2013; Silva & Bazon, 2015; Silva,

Cianflone, & Bazon, 2016). Além das possibilidades relatadas, acrescentam-se dificuldades enfrentadas pela educação básica pública do país, as quais são evidenciadas pela pior infraestrutura (Leão *et. al.*, 2011) e, por conseguinte, pelo menor desempenho acadêmico (Fresneda, 2016).

Quando comparamos com a situação escolar da mãe observa-se uma correlação de escolarização ao adolescente que cometeu o ato infracional. Os dados mostram que 31,5% das mães encontram-se no ensino fundamental, 13,7 % estão no ensino médio e 5,5% afirmam que suas mães são analfabetas. O núcleo familiar é ponto central no desenvolvimento do adolescente, a mãe é uma figura que tem grande relevância e referencia para o adolescente. A presença feminina materna é a provedora de cuidados e de afetos, geralmente, é responsável de nutrir de ensinamentos nos primeiros anos e nortear a qualidade da relação dele com o mundo e com a vida.

A pobreza no estado do Ceará é fator preocupante, 14,69% da população é extremamente pobre, ou seja, tem renda per capita domiciliar igual ou inferior a setenta reais mensais. Crescer em comunidades pobres tem sido identificado como um fator de risco para a prática de atos infracionais. No estudo identificamos que à renda familiar do adolescente do estudo: 67,1% afirmam que tem renda de até 2 salários mínimos (Até R\$ 1.908), 11% de 2 a 4 salários mínimos (De R\$ 1.908 a R\$ 3.816) e 1,4% de 4 a 10 salários mínimos (De R\$ 3.816 a R\$ 9.540).

Observa-se que o mesmo cenário para o grupo do estudo se compara as condições socioeconômicas, em Londrina (2018), o estudo mostra que a renda familiar predominante foi de 1 a 2 salários mínimos (69,6%), seguida pela renda de 2 a 3 salários (10,7%), mais de 3 salários (8,9%), menos de 1 salário (7,1%), sendo 3,6% não informados.

Os dados referentes à renda familiar trazem um olhar para relação da baixa renda e exclusão social que pode contribuir significativamente para o envolvimento destes adolescentes com o crime na busca de melhores condições de vida e maior poder econômico. (SOUZA, 2000). Vale ressaltar que a pobreza apesar de ser um fator estressor para danos ao desenvolvimento humano, isoladamente não leva a ocorrência de comportamentos infratores, é consequência de um conjunto de fatores de risco associados.

Saúde sexual e reprodutiva

A adolescência é uma fase na vida de diversas transformações físicas, comportamentais, sociais e corporais. Nas últimas décadas cada vez mais cedo o adolescente inicia sua atividade sexual. A iniciação sexual precoce está associada falta de informação, diversidade de parceiros, práticas sexuais desprotegidas que levam aos elevados índices de infecções sexualmente transmissíveis, aids, gravidez na adolescência. Uso de drogas lícitas e ilícitas potencializam comportamentos desprotegidos.

A sexualidade se apresenta na adolescência como uma das esferas de aquisição de autonomia individual em relação à família de origem mais relevante na contemporaneidade. A construção de autonomia e identidade durante esse período repousa, em grande medida, na constituição de uma esfera privada por meio do estabelecimento de relações que escapam à família e à escola, já que as relações com os grupos de pares e as relações amorosas e sexuais, tornaram-se a porta de entrada para a juventude.

Dentre as variáveis do estudo, a da situação conjugal não se teve diferenciação, pois, dentre os entrevistados 46,6% afirmaram ter parceira fixa e os demais, que caracterizam 53,4% afirmam não ter parceira fixa ou estar solteiro. Dentre a pergunta sobre a primeira relação sexual, 53,4% afirmam ter tido a primeira relação < 14 anos, e 35,6% de 14 anos ou mais, 11% relataram não saber e/ou não lembrar o período.

Segundo levantamento feito pela Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA, que utiliza dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, a violência sexual ocupa o segundo lugar na faixa etária de 10 a 14 anos, com 10,5% das notificações, ficando atrás apenas da violência física (13,3%) (BRASIL, 2013b). A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) 2015 relata que os escolares do 9º ano entrevistados, 4,0% responderam já terem sido forçados a ter relação sexual. O percentual para meninos foi de 3,7% e para as meninas de 4,3%.

Vale destacar, que conforme código penal, Art 217, é considerável Estupro de vulnerável (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009):

Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009).

Associando ao ECA, Art. 103 afirma:

Considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal.

O estudo mostrou que maior parte dos adolescentes teve seu início da vida sexual com idade menor que 14 anos (53,4%), isso nos traz a reflexão sobre a responsabilização do ato, e quando esse ato é cometido por criança ou adolescente não preenchem o requisito da culpabilidade (imputabilidade). Assim a conduta é considerada ato infracional, abrangendo tanto o crime quanto a contravenção penal. (infrações penais).

No tocante o uso da camisinha da pesquisa, 58,9% relataram quase nunca usa(o às vezes), 11% afirmam nunca usar, 24,7% quase sempre usa(o as vezes) se tem uma maior adesão ao uso e 5,5% usa sempre.

Pesquisa do Ministério da Saúde mostrou que 9 em cada 10 jovens de 15 a 19 anos sabem que usar camisinha é o melhor jeito de evitar HIV, mas mesmo assim, 6 em cada 10 destes adolescentes não usaram preservativo em alguma relação sexual no último ano. Nem aqueles que são ainda mais jovens e estão no início da vida sexual dão atenção para o preservativo. A Pense (Pesquisa Nacional de Saúde Escolar), publicada pelo IBGE, mostrou que em 2015, 33,8% dos adolescentes entre 13 e 17 anos que já tinham começado sua vida sexual não usou camisinha na última relação sexual, o índice é nove pontos percentual maior do que em 2012.

É possível observar que apesar do início da sexualidade precoce, cada vez menos os jovens/adolescentes utilizam camisinha com frequência em suas relações sexuais. Além do fator do não conhecimento, e imaturidade para tomadas de decisão, as ações públicas de prevenção tem diminuído e repercutindo cada vez menos. O não uso é relatado por justificativas tais como: a falta de preocupação, de informação e o descuido.

Dentre uma crítica, relatamos a falta de comunicação direta aos adolescentes, os meios de comunicação atinge parte da população que acompanha a rede aberta, porém atualmente

apesar das redes fechadas, nos deparamos com o uso diário do celular como meio de recebimento de informações.

Outro fator a ser falado é de hoje em dia não ser abordado de forma educativa sobre as doenças que podem ter consequências o não uso. Ainda hoje, é associado o uso da camisinha como forma de prevenção a gravidez, ignorando os demais objetivos de seu uso.

Os adolescentes do estudo quando perguntado sobre a realização da testagem em hiv, 49,7% afirmam nunca ter realizado, 41,1% afirmaram ter realizado uma vez e 2,6% duas vezes ou mais. Em relação aos testes de Hepatite, 48% dos adolescentes nunca realizaram o teste, 32,9% realizaram uma única vez e 11% afirmam ter realizado o teste duas ou mais vezes durante sua vida. Na testagem para sífilis, 49,3% dos adolescentes afirmam nunca ter feito, 35,6% realizaram 1 vez na vida e 11% ter realizado duas ou mais vezes.

Quando perguntado sobre ter tido infecção sexualmente transmissível (ISTs), os adolescentes responderam: 75,3% não ter tido nenhuma, 4,1% citaram herpes, nas infecções tais como: gonorreia, linfogranuloma venéreo e hpv não se teve relato.

Os resultados quando associadomostram que os adolescentes pouco acessam ao serviço de saúde, ainda mais quando o assunto é saúde sexual. Apesar de terem vida sexualmente ativa, muitos ainda desconhecem sobre IST's e formas de prevenção. O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O socioeducativo tem um olhar de socioeducação aos jovens que se encontram cumprindo medida socioeducativa, tendo a educação e escolarização com diretriz fundamental a ser trabalhada, a inclusão de projetos assim possibilitaria mudanças de comportamentos e praticas com ênfase para sexualidade.

Outro ponto a ser relatado, é a efetivação da Política Nacional de Planejamento Familiar, a liberação de visita íntima nos centros assim como a oferta de métodos contraceptivos tais como a camisinha ainda é alvo de discussões, não se tem legislação brasileira que cite diretrizes para o tema em ambientes de jovens institucionalizados. É uma redundância quando se fala em educar e ao mesmo tempo não se ter posicionamento de ações quando o assunto é sexualidade.

Conforme dados relativos à prevalência de ISTs, após resultados das testagens em HIV, sífilis e hepatite B e C realizadas na população do estudo apresentou 1,33% para HIV, 2,67% para sífilis e nenhum caso reagente para hepatite B e C.

Em comparação ao estudo a um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA) de Montes Claros em internos do Centro Socioeducativo que ofertou testagem rápida para HIV, hepatite B, Hepatite C e Sífilis para 181 adolescentes teve como resultado: nenhum resultado foi reagente para o HIV e hepatite C, dois foram reagentes para hepatite B (1,1%) e 10 (5,5%), para sífilis. (GABRIELE et al., 2015)

Conforme relatório da UNICEF (2018), em 2017, 430.000 novas infecções ocorreram em todo o mundo entre crianças e adolescentes até 19 anos de idade. Isso contribuiu para o total global de 3,0 milhões vivendo com HIV nessa faixa etária, tendo a maior prevalência para o gênero feminino. Na faixa etária de 15 a 19 anos tivemos 250.000 novas infecções de HIV, sendo que 170.000 feminino e 86.000 masculino.

No Brasil, a alta incidência do vírus HIV entre os jovens é uma realidade. Dados do Boletim Epidemiológico de Aids 2018, elaborado pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, que nos jovens de 13 a 19 anos, observa-se, a partir de 2009, uma tendência de aumento entre homens. Em 2007, na faixa etária de 13 a 19 anos, a razão de sexos era de oito casos em homens para cada dez casos em mulheres, passando para 22 casos em homens a cada dez casos em mulheres em 2017.

No Ceará as taxas de detecção de HIV em jovens na faixa etária de 15 a 24 anos observa-se um aumento crescente, passando de 2,6 casos (/100 mil hab.) em 2008 para 30,2 casos em 2017. Vale ressaltar que as taxas de detecção de Aids triplicou na faixa etária de 15 a 19 anos. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO-SESA/CE, 2018)

Na última década, no Brasil, observou-se aumento de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação da utilização de testes rápidos. Dados do MS mostram que na faixa etária de 13 a 19 anos, em 2018 tivemos a notificação de 6.549 de sífilis adquirida que equivale 10,8%. É importante enfatizar que o Ceará está entre os estados com taxas maiores que a média nacional em relação a sífilis congênita.

É grande a parcela da população jovem que ignora a existência de métodos contraceptivos ou, simplesmente, conhece-os, mas não os adota, acabando tendo

consequências tais como gravidez na adolescência e aumento dos casos de infecções sexualmente transmissíveis.

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) representam um grave problema de saúde pública e, se não tratadas adequadamente, podem provocar sérias complicações para a saúde sexual e reprodutiva. Além disso, aumentam as chances de contaminação pelo HIV. Por apresentarem-se frequentemente de forma assintomática, são patologias difíceis de serem detectadas, sendo a população jovem a mais acometida (GABRIELE et al., 2015).

Estudos mostram que as vulnerabilidades dos jovens às ISTs são diversas e, particularmente, mais pronunciadas entre aqueles inseridos em contextos familiares e sociais desfavoráveis, como é o caso de adolescentes que vivem em conflitos. Com a lei (MONTEIRO et al., 2011).

Doenças Infecciosas Transmissíveis: Tuberculose e Hanseníase

A tuberculose e hanseníase são os agravos fortemente influenciados pela determinação social, apresentando uma relação direta com a pobreza e a exclusão social.

Dados da pesquisa mostrou que na variável de sintomático respiratório, 90,4% negaram estar com sintomas, tendo 9,6% com queixa de tosse no período da entrevista. Quando perguntado sobre tuberculose, 98,6% relatam nunca ter tido diagnóstico de tuberculose e 1,4% relatam desconhecer se já teve.

Conforme dados do MS (2018) o grupo etário ativos com maior incidência de tuberculose é de 15 a 59 anos, tendo a população privada de liberdade 28x mais chances que contrair a doença do que a população em geral. Não se tem dados específicos para adolescente em cumprimento de medida de internação. Dados do boletim epidemiológico cearense (2019), afirma que dentre a faixa etária citada mais acometida é 20 a 34 anos 70,4% dos registros. Concluiu-se que estaria no grupo etário que já não se encontra em unidades socioeducativas.

Porém deve-se analisar que é uma população com elevado índice de vulnerabilidade devido às suas condições socioeconômicas e de saúde. A busca de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico continuam sendo um ponto sensível no manejo desse grupo.

Quando perguntado sobre o conhecimento sobre hanseníase, 61,6% dos adolescentes já escutaram sobre a doença e 38,4% afirmam não conhecer ou saber da patologia.

Conforme estudos realizados em outros Estados brasileiros, percebeu a carência de conhecimento por parte dessa população e a presença do estigma e preconceito em relação à hanseníase(CORIOLO-MARINUS et al., 2012).

O estudo, Freitas BIBM de, Blanco e Silva²F, Silva KF da et al. Percepção de adolescentes sobre a hanseníase.Revenferm UFPE online., Recife, 13(2):292-7, fev., 2019, Possibilitou verificar o desconhecimento e da presença de falsas concepções culturalmente construídas acerca da temática, que reforçam a manutenção do estigma e de preconceito na sociedade, prejudicando o seu diagnóstico e controle.

Quando perguntado de estar apresentando algum problema de pele no momento da entrevista 87,7% afirmam não esta e 8,2% apresentam queixas. Dos que apresentaram queixas, 4,1% era queixa de coceira, 1,4% era mancha, 2,7% era outro sintoma.

O Ministério da Saúde(SAÚDE, 2011)afirma que a hanseníase pode atingir todas as idades e ambos os sexos, no entanto os menores de 15 anos são considerados indicador de alta endemicidade da doença, e há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres na maioria das regiões do mundo. Salienta-se que, embora a variação percentual anual da hanseníase, entre os anos de 2001 e 2016, tenha sido de -5%, com tendência decrescente em menores de quinze anos, alguns Estados e capitais mantêm-se hiperendêmicos, como Mato Grosso e Cuiabá, respectivamente. Dados do Ceará mostram que em 2018 tivemos um aumento de quase 9,5% em relação a 2017 dos casos de hanseníase. Apesar do adulto jovem - entre 25 e 40 anos - ser o perfil mais acometido pela doença, vem aumentando a prevalência em crianças abaixo dos 15 anos. Em 2017, a taxa de detecção nessa faixa etária foi de 2,7 para cada 100 mil habitantes no Estado (Boletim Epidemiológico SESA/CE,2019).

Conclui-se que apesar dos adolescentes em cumprimento de medidas não estarem nos grupos etários de maiores incidências dos agravos de tuberculose e hanseníase, é uma população vulnerável por seu cenário situacional. Além disso encontramos desinformação a essa população sobre tais patologias, o que dificulta ainda mais uma procura ao serviço de saúde e detecção precoce, reduzindo complicações da patologia.

Doenças Crônicas não transmissíveis-DCNT

Os indicadores de saúde na adolescência estão mais relacionados aos aspectos socioculturais, a partir dos quais se espera que o jovem desempenhe tarefas de desenvolvimento como: assumir papéis, responsabilidades e privilégios do adulto; ter sua identidade estabelecida; demonstrar capacidade de manter uma relação afetiva estável; assumir e manter compromisso escolar, acadêmico e/ou profissional; e participar das decisões como cidadão.

Quando abordado sobre sua avaliação ao seu estado de saúde 82,2% considera sua saúde boa, 15,1% muito boa e 2,7% considera sua saúde regular.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens tem como enfoque a promoção da saúde e o protagonismo juvenil. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 23). Fazer com que o adolescente participe da construção das ações de saúde, avaliando os processos o torna protagonista da política que irá lhe garantir direitos, além de estimular a participação social na comunidade.

Para o adolescente a saúde não tem como significado apenas a ausência de doenças ou a prevenção de comportamentos de risco. Ela está relacionada à qualidade de vida do adolescente, alcançada por meio da satisfação pessoal e do desenvolvimento de competências sociais, e, também, da manutenção relativamente duradoura de comportamentos que promovam o seu desenvolvimento e saúde (Costa Junior, 2005). O desenvolvimento saudável do adolescente não está pautado, unicamente, na garantia de sobrevivência ou no cuidado de problemas orgânicos. Ele também está associado, a condições físicas, a aspectos psicológicos e socioambientais, que permitem que os adolescentes possam lidar com as transformações esperadas para esta fase da vida e com os desafios impostos pelo contexto social e histórico em que vivem.

Dos 75 adolescentes entrevistados, 4 adolescentes afirmam que o médico informou que tem asma, um adolescente afirma ter hipertensão arterial e um adolescente afirma ter diabetes, os demais negam qualquer patologia crônica.

Em relação ao uso do cigarro, 69,9% afirmam não fazer uso em quanto 30,1% afirmam usar. Quando perguntados sobre o convívio com pessoas que fumam cigarro, teve como resultado um percentual de 57,5%.

A adolescência constitui uma fase marcada pelo aumento da autonomia, independência em relação à família e experimentação de novos comportamentos. Algumas dessas experiências constituem fatores de risco para a saúde, como uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo. A prematuridade de exposição a esses fatores de risco aumenta as chances de desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) durante suas fases da vida.

Estudos estimam que 70% das mortes prematuras em adultos são em grande parte causada por comportamentos que tiveram início na adolescência, e, em geral, é comum o compartilhamento de diversos fatores de risco em diversas fases da vida, potencializando a sua ação. (UNICEF, 2011).

O tabagismo é hoje a principal causa de morte evitável, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a exposição ao cigarro apresenta um aumento de incidência de pneumonia, bronquite, exacerbação de asma, infecções do ouvido médio, além de uma maior probabilidade de desenvolvimento de doença cardiovascular na idade adulta. A poluição tabagística ambiental afeta também as pessoas que não fumam, mas que convivem com fumantes. (BRASIL, 2018)

Os dados mostraram que apesar de 30,1% dos entrevistados afirmarem fazer uso do cigarro, 57,5% relatam que convivem com pessoas que fumam. Além de a poluição tabagística ambiental trazer malefícios de saúde para quem convive, a adolescência é uma fase de construção de comportamentos e de experimentação de novos comportamentos, o convívio diário aumenta a chance de também fazerem uso, ou pelo menos experimentarem.

Violência e consumo de substâncias psicoativas

Dentre as variáveis da pesquisa a relacionada a violências e uso de substâncias psicoativas mostraram diversos dados. Os dados mostram que 91,8% dos adolescentes relatam ter usado droga dentre eles, 51% se considera da cor/raça parda, 14% preta e 2% branca. Não se teve uma relação relevante entre a situação conjugal, visto que ter um parceiro não teve associação ao uso de droga.

A desigualdade social traz consequências na vida da população juvenil, sendo um fator relevante na sua formação, o estilo de vida que ele vivência, a situação financeira familiar

frágil, são fatores que tem efeitos na sua conduta. Ressalta-se que a pobreza, embora seja um fator de risco, não é definitivo na prática do ato infracional.

Conforme descreve Albino (2013, p. 26 apud SIMÕES, 2007), na nossa sociedade consumista, onde o *status* social é definido pela exibição de bens ostentatórios, boa parte fúteis, para o adolescente de família desagregada e de baixa renda, sem frequência regular à escola ou sem trabalho formal, o delito torna-se o único meio de acesso a estes bens.

Na variável de escolarização, dos que não estudam 92,6% fazem uso de droga, enquanto 7,4% relatam não fazer uso. Em relação a renda, com até dois salários mínimos, 93,2% usam droga, em comparação com 6,1% que não usa. O município de moradia, os que responderam fazer uso de droga, maior parte está localizado em Fortaleza (74%), logo após vem Região Metropolitana de Fortaleza (15,1%) e o Interior (11,2%).

Rocha (2006) realizou um estudo buscando traçar o perfil do adolescente em conflito com a lei na cidade de Manaus e constatou que a grande maioria vinha de famílias pobres, com alto índice de desempregados e baixa escolaridade. Identificou, também, que na maioria dessas famílias a agressividade era comum, sendo os pais usuários de drogas ou dependentes de álcool. Muitos dos jovens não viviam com os seus pais, residiam com parentes, como tios ou avós, ou moravam somente com um dos pais, geralmente a mãe. Como atividades de lazer, reuniam-se em seus bairros para encontrar outros colegas, também adolescentes em conflito com a lei, para cometer delitos ou passavam parte do tempo ociosos. Muitos cometeram atos infracionais graves, o uso de drogas era frequente e a baixa escolaridade foram marcantes no estudo.

Apesar de grande parte dos adolescentes em conflito com a lei ser oriunda de famílias pobres, como apontados nos dados do estudo. Percebe-se o envolvimento cada vez maior de adolescentes oriundos de classes sociais mais favorecidas. A maioria dos delitos cometidos por esses adolescentes envolve corrida em alta velocidade, embriaguez no volante, atropelamentos e uso de drogas. A família tem influência na criação, manutenção e extinção do comportamento inadequado.

O uso da droga constitui um grave problema de saúde pública, com sérias consequências pessoais e sociais ao futuro dos jovens e de toda a sociedade. Conforme dados do estudo, 91,8% responderam fazer uso de algum tipo de droga, em comparação a 8,2% que relataram não usar. Em detalhamento as drogas utilizadas 76% usaram maconha, 12% cocaína, 2,6% opiodes e 1,3% crack.

Uma pesquisa realizada em Barueri na Grande São Paulo (2002) com adolescentes estudantes da rede municipal de ensino. Constatou-se que 64% dos adolescentes com mais de 15 anos era usuários de drogas. No que se refere ao uso de drogas ilícitas, a população estudada entre as idades de 10 a 12 anos totalizava um percentual de 8% de usuários, e entre 13 e 15 anos, 14,5% usuários de drogas ilícitas. O estudo ainda demonstra que as drogas lícitas como álcool (48%) e tabaco (22%), as drogas ilícitas como maconha (14%), inalantes (5%) e cocaína (3%) foram às drogas mais consumidas pela população estudada.

Nessa fase da vida, o adolescente está testando possibilidades. É o momento em que naturalmente se afasta da família e se adere a grupos. Ao entrar em contato com drogas nesse período de maior vulnerabilidade, expõe-se também a muitos riscos. Os prejuízos provocados pelo uso do álcool e de drogas podem ser agudos (intoxicação ou overdose) ou crônicos, produzindo alterações mais duradouras ou até irreversíveis. O uso da droga é um dos grandes fatores que favorecem a violência.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), o álcool é o maior fator de risco de morte entre adolescentes entre 15 e 19 anos, superando o uso de drogas. Porém em contradição o estudo atual mostrou que drogas e bebida alcoólica não apresentaram associações significativas, visto que o álcool não mostrou ser uma variável que interfere no uso da droga.

A variável de quantidade de vezes de cumprimento de medida socioeducativa, mostrou que 56,2% cumpriram uma vez, 23,3% duas vezes e 20,5% três ou mais medidas cumpridas. A média de idade na primeira entrada do adolescente ao Socioeducativo é de 15,6.

Em comparação com o estudo realizado com adolescente em cumprimento de medida no Paraná, concluiu que 50% dos adolescentes com a idade de 12 anos, 83,3% dos de 13 anos, 80% dos de 15 anos e 55% dos de 16 anos eram de primeira internação, sendo sua primeira passagem pela unidade. Já 50% dos adolescentes de 12 anos e de 14 anos, eram reincidentes, sendo sua segunda passagem pela unidade. Dos adolescentes que tiveram o maior número de reincidências, 16,7% na idade de 13 anos, 5% de 16 anos e 5,5% de 17 anos, estavam na sua sexta internação.

Ainda a pesquisa acima teve como resultado que 93,55% dos adolescentes que tiveram sua primeira passagem não estudavam no momento da apreensão. Dos adolescentes que

estavam na sua segunda internação, 92,3% não estudavam. Os adolescentes que estavam na sua quarta a sexta internação, nenhum deles estudava.

Conforme semelhança entre os estudos, conclui que existe um elevado índice de residência, porém, grandes partes dos adolescentes ingressam no Sistema Socioeducativo primariamente. Uma das grandes características que seja, talvez, um grande fator para o ato infracional é a não frequência escolar. São adolescentes que vivem na ociosidade que favorecem a práticas e comportamentos de violência. Além disso, acarreta no não acesso a informações de prevenção. A escola é um instrumento de formação do ser, é nela que se dá a construção dos saberes, comportamentos, práticas de vida.

Na pesquisa mostrou que os atos infracionais cometidos pelos adolescentes, roubo foi de 43,8%, tráfico de drogas foi 13,7%, homicídio e furto foram 5,5%, latrocínio foi de 1,4% e outros atos infracionais não citados na pesquisa foram de 20,5%.

Pelos dados do SINASE (2018), 46% (12.724) do total de atos infracionais em 2015 foram classificados como análogo a roubo (acrescido de 1% de tentativa de roubo), e 24% (6.666) foram registrados como análogo ao tráfico de drogas. O ato infracional análogo ao homicídio foi registrado em 10% (2.788) do total de atos praticados, acrescido de 3% de tentativa de homicídio.

Em outra pesquisa, que estabelece o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade Racial realizada pela Secretaria Nacional da Juventude e Ministério da Justiça no ano de 2015 traz o Estado do Ceará na segunda posição segundo a vulnerabilidade à violência dos jovens de 15 a 29 anos, incorporando na dimensão violência entre jovens, o indicador de risco relativo, que expressa a razão entre a taxa de mortalidade por homicídio de jovens negros e jovens brancos.

Figura 1. Violência e Desigualdade Racial e Risco Relativo 2017, ano base 2015			
Unidade da Federação	IVJ – Desigualdade Racial	Escala de Vulnerabilidade	Risco relativo de homicídios entre negros e brancos – 2015
Alagoas	0,489	Alta vulnerabilidade	12,68
Ceará	0,487	Alta vulnerabilidade	4,46
Pará	0,471	Alta vulnerabilidade	4,21
Pernambuco	0,455	Alta vulnerabilidade	3,85
Roraima	0,454	Alta vulnerabilidade	-

FONTE: Violência e Desigualdade Racial 2017, Ano base 2015; Fórum Brasileiro de Segurança

Em análise dos dados podemos inferir que os atos infracionais praticados pelos adolescentes, são motivados pela falta de oportunidades resultado da pouca escolaridade e baixa oferta do mercado de trabalho. O roubo, o tráfico de drogas e o furto apresentam-se em ocorrência elevada, Nos últimos anos, com o agravamento da crise financeira e Política no Brasil, aliados ao crescente número e poder das facções criminosas, muitos adolescentes têm buscado a independência financeira e consumismo no exercício de atividades ilícitas, principalmente o roubo.

O tráfico e o consumo de drogas trazem consequências desastrosas para à adolescência e para a sociedade, uma vez consumidor de drogas, sem dispor recurss financeiros para aquisição da mesma, tens como atitude a subtração de pertences alheios, muitas vezes com requintes de crueldade, intensificando a violência e elevados os índices de criminalidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo pôde traçar o perfil do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa em regime de internação no Estado do Ceará. Conhecer o adolescente em conflito com a lei e todos os fatores e cenários associados a ele ainda é algo que tem pouca abordagem científica.

Quando analisamos o perfil desse adolescente percebemos que a escolarização ainda é um grande problema e talvez o mais relevante que acarreta em diversos agravos, incluindo o aumento da drogadição, assim como a participação no aumento da violência.

A maioria encontra-se com escolarização no ensino fundamental, o que não condiz com a idade escolar. Além disso, a elevada evasão escolar também foi identificada. Essa é uma realidade nacional, que se compara a diversos estados independente do grau de desenvolvimento.

O não acesso a conhecimentos e saberes propicia a práticas e comportamentos de riscos, como mostrado, o elevado índice de ISTs e a não conscientização de uso de medidas de prevenção que acarreta em gravidez na adolescência, um dos grandes problemas de saúde pública para esse público na atualidade.

Os adolescentes em conflito com a lei que estão cumprindo medida socioeducativa, ainda são jovens de baixa renda e com prevalência para a cor parda/preta e que vivem em cenários com problematização social, demográfica e psicológica.

Podemos observar que grande parcela tem sua entrada de forma primária, isso mostra que nossos adolescentes cada vez mais estão cometendo atos infracionais, isso é resultado do contexto que estão inseridos. Quando comparamos com seus familiares notamos que existe uma igualdade de perfis. No fim, acabam reproduzindo e espelhando a referência familiar que estão inseridos, além disso também temos a inclusão dos “grupos de amigos” que também são fatores que interferem em sua formação e os direcionam para trajetórias da violência.

Concluimos que intervir no adolescente em cumprimento da medida socioeducativa vai muito além de apenas ofertar oportunidade no período que o mesmo está em uma Unidade socioeducativa.

É um trabalho intersetorial e interinstitucional, pois além da família do adolescente que deve estar inserida em toda socioeducação, ele deve ser o protagonista da política a qual está inserido. As políticas devem estar interligadas para que possamos ter resultados concretos e contínuos.

Socioeducar vai muito além de inserir o adolescente na escola, é uma mudança de perspectiva de vida, é o fazer ver as possibilidades que a vida oferta, é mostrar ao adolescente o papel dele na sociedade, mesmo após ter cometido um ato infracional. É traçar intervenções que iniciam em seus pais, na sua infância, na adolescência até atingir sua fase adulta.

11. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde - **Programa Nacional de Hepatites Virais. Avaliação da Assistência às Hepatites Virais no Brasil.** Brasília; 2002, 1-61 3.
2. Ministério da Saúde – **Programa Nacional Para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais.** Disponível no endereço: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/hepatite.htm>
3. BRASIL. (1990). **Estatuto da Criança e do Adolescente:** Lei Federal 8.069/1990. Brasília.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). **HIV/Aids em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio.** Marco referencial para uma resposta nacional eficaz. Genebra; 2005.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Schmitt R, et al. **Personalidade psicopática em uma amostra de adolescentes infratores brasileiros.** Revista de Psiquiatria Clínica, v. 33, n. 6, p. 297-303, 2006.

7. Da Silva MC. **Ansiedade e depressão de jovens em medida socioeducativa de internação no Distrito Federal**, 2011.
8. Monteiro EMLM, et al. **Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 323-330, 2011.
9. MS,2007.**Guia sobre gênero, HIV/aids, coinfeções no sistema prisional**.
10. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **A voz dos adolescentes**: <http://www.unicef.org.br>.
11. Araújo, Luiz Alberto David; Nunes, Vidal Serrano Júnior. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva 2005.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [acessado durante o ano de 2018]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Garbin, C.A, Lima, D.P, Dossi, A.P, Arcieri, R. M, Rovida T. A. **Percepção do adolescente em relação a doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos DST** - J bras Doenças Sex Transm 2010, 22(2): 60-63.
15. **Estatuto da criança e do adolescente** : lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.
16. Ministério da Saúde(MS). **“Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfeções.”**Brasília: Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2011.
17. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Guia de bolso. 8rd ed. Brasília (Brasil): Secretaria de Vigilância em Saúde,2010. 444p.
18. Unicef. **Estratégias para o Enfrentamento da Epidemia de HIV/aids entre Adolescentes e Jovens**; 2017.

19. Moraes JC, Luna EJA, Grimaldi RA. **Imunogenicidade da vacina brasileira contra hepatite B em adultos.** Rev. Saúde Pública, [Internet]. 2010[cited 2011 may20]; 44(2): 353-59. Available from:<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n2/17.pdf>.
20. Oliveira MDS, Paggoto V, Matos MA, Kozlowski AG, Silva NR, Junqueira ALN et al . **Análise de fatores associados à não aceitação da vacina contra hepatite B em adolescentes escolares de baixa renda.** Ciênc. saúde coletiva[Internet]. 2007[cited 2011 may20];12(5):1247-52. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/16.pdf>.
21. POMPILIO, M. et al. **Prevalence and epidemiology of chronic hepatitis C among prisoners of.** Mato Grosso do Sul State, Brazil. J Venom Anim Toxins incl Trop Dis, v. 17, n. 2, p. 216-22, 2011.
22. Novaes JMC. **Importância da colpocitologia na adolescência.** Adolescência & Saúde, v. 3, n. 1, p. 18-21, 2006.)
23. (Novaes JMC. **Adolescência e violência: perfil epidemiológico das adolescentes em conflito com a lei, cumprindo medida socioeducativa de internação,** na cidade do Rio de Janeiro, 2007.)
24. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. **Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco.** Rev Soc Bras Med Trop. 2004; 37(3): 210-4.)
25. LOPES, Agnaldo José et al. **Características da tuberculose em adolescentes: uma contribuição para o programa de controle.** Rev. Bras. Pneumol. Sanit. [online]. 2007, vol.15, n.1, pp.7-14. ISSN 1982-3258.
26. Frasseto FA. **Execução da Medida Socioeducativa de Internação: primeiras linhas de uma lógica garantista.** In: Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e da Juventude, Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente, Secretaria Especial de Direitos Humanos, organizadores. Justiça, Adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização. São Paulo: Ilanud; 2006
27. Instituto de Pesquisa Economica Aplicada. **A internação do adolescente segundo os principais delitos praticados.** <http://www.ipea.gov.br/default.jsp> (acessado em 04/Out/2006)

28. Farrell AD, Sullivan TN, Esposito LE, Meyer AL . **A latent growth curve analysis of the structure of aggression, drug use, and delinquent behaviors and their interrelations over time in urban and rural adolescent.** J Res Adolesc 2005; 15:179-204
29. Heim J, De Andrade AG. **Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007:**[revisão]. Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo), v. 35, n. supl. 1, p. 61-64, 2008.
30. Minayo MCS, Gomes RG. **Experiências Exitosas de Prevenção da Violência – Relatório Final.** Rio de Janeiro; maio 2006. [acessado em 2018]. Disponível em: www.fiocruz.br
31. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ, Njaine K. **Encarando os desafios da Vida: uma conversa com adolescentes.** Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, Claves, CNPq; 2005.[acessado 2007 abr 20]. Disponível em: <http://www.bvsvs.cict.fiocruz.br>.
32. Silva E, Guerresi S. **Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2003.
33. SCISLESKI, Andrea C., MARASCHIN, Cleci. **Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas.** Psicologia em Estudo, Maringá-PR, v. 13, n. 3, p. 457-465, jul./set. 2008.
34. BRASIL. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>. Acesso em: 15 abril 2018. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).
35. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 340, de 14 de julho de 2004. Aprova, na forma dos anexos I, II, III e IV desta portaria, as normas para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, a padronização física do estabelecimento de saúde nas unidades de internação e internação provisória, o plano operativo estadual de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória e o termo de adesão. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 15 jul. 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0340_14_07_2004.html>. Acesso em: 13 fevereiro 2018.

36. MUNIZ. A; LINS. L; DALVI. B. **Aquilo não educa, não muda, não faz ninguém crescer.** O Globo-09/04/2012 .Acessado em: 07/08/2012. Disponível em: <https://conteudoclippingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2012/4/9/aquilo-nao-educar-nao-muda-nao-faz-ninguem-crescer>
37. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria de Política para Mulheres. Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004. Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 15 out. 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004.html. Acesso em: 09 abril 2018.
38. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: normas e reflexões.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/legislacao/pnaisari_17_01_2012_versao_preliminar.pdf. Acesso em: 09 abril 2018. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
39. Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 12 nov. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647_11_11_2008.html. Acesso em: 09 abril 2018.
40. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 24 maio 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: : 09 abril 2018.
41. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 09 abril 2018.
42. Resolução nº 119, de 11 de dezembro de 2006. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento

- Socioeducativo e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 11 dez. 2006. Disponível em: <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-119.pdf>>. Acesso em: 09 abril 2018.
43. Resolução nº 160, de 18 de dezembro de 2013, do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. Aprova o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 19 dez. 2013. Disponível em: <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-160.pdf>>. Acesso em: 09 abril 2018.
44. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990; 5.537, de 21 de novembro de 1968; 8.315, de 23 de dezembro de 1991; 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942; 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 19 jan. 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm>. Acesso em: 09 abril 2018.
45. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes – 2011-2020. Documento Preliminar para Consulta Pública. 2010b. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/conanda/Politica%20e%20Plano%20Decenal%20consulta%20publica%2013%20de%20outubro.pdf>>. Acesso em: 09 abril 2018.
46. HORTA, N.; SENA, R. Abordagem ao Adolescente e ao Jovem nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Um Estudo de Revisão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2010, p. 475-495.
47. LEI Nº 12.594, DE 18 DE JANEIRO DE 2012, Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/ lei/112594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm)

48. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990 Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
49. **Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção.** Ferreira, C.T. & da Silveira, T.R. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 7, Nº 4, 2004
50. Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. **Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro.** Esc Anna Nery RevEnferm. 2009 out-dez;13(4):833-41.
51. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. **Comportamento sexual em adolescentes brasileiros.** Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). RevBrasEpidemiol. 2014;17 supl 1:116-30. 16.
52. Malta DC, Machado IE, Porto DL, Silva MMA, Freitas PC, Costa AWN, et al. **Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros.** Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). RevBrasEpidemiol. 2014;17 supl 1:203-14.
53. 7. Horta RL, Horta BL, Costa AWN, Prado RR, OliveiraCampos M, Malta DC. **Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros.** Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). RevBrasEpidemiol. 2014; 17 supl1:31-45.
54. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da Hanseníase.** 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002
55. Schimidt CM. **Tuberculose em adolescentes. Análise clínica, laboratorial e radiológica.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, 2008.
56. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos (MDH). **LEVANTAMENTO ANUAL SINASE 2015.** Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.
57. IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 de agosto de 2019.
58. IPECE. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br/>>. Acesso em: 21 de agosto de 2019.
59. Lopes, Geniela. **Análise do perfil do adolescente em uma unidade socioeducativa de internação do Paraná / Geniela Lopes.** – Londrina, 2012. 76 f. : il.
60. Gallo, A. E., & Williams, L. C. A. (2005). **Adolescente em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional.** Psicologia: Teoria e

- Prática, 7(1), 81-95. Recuperado em 26 junho, 2013, de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1028>.
61. Gallo, A. E., & Williams, L. C. A. (2008). **A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes.** Cadernos de Pesquisa, 38(133), 41-59. Recuperado em 24 junho, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a03v38n133.pdf>.
62. Mendes, M. S. (2013). **De inclusão à evasão escolar: o papel da motivação no Ensino Médio.** Estudos de Psicologia, 30(2), 261-265. Recuperado em 29 setembro, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n2/12.pdf>.
63. Cid, M. F. B., Matsukura, T. S., & Cia, F. (2015). **Relações entre a saúde mental de estudantes do ensino fundamental e as práticas e estilos parentais.** O Mundo da Saúde, 39(4), 504-513. Recuperado em 25 julho, 2017, de http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155572/A12.pdf.
64. Sakuramoto, S. M., Squassoni, C. E., Matsukura, T. S., & Cia, F. (2014). **Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes.** O Mundo da Saúde, 38(2), 169-178. Recuperado em 25 julho, 2017, de http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155562/A05.pdf.
65. Sartoro, E. R. de L., & Zibetti, M. L. T. (2016). **Sentido pessoal atribuído à atividade de estudo no Ensino Fundamental.** Psicologia: teoria e prática, 18(1), 141-151. Recuperado em 25 julho, 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v18n1/11.pdf>.
66. Silva, E. R. A., & Oliveira, R. M. de. (2016). **Os jovens adolescentes no Brasil: a situação socioeconômica, a violência e o sistema de justiça juvenil.** In E. R. A. Silva R. U. Botelho (Orgs.). Dimensões da experiência juvenil brasileira e novos desafios às políticas públicas(pp. 293-329). Brasília, DF: Ipea. Recuperado em 7 agosto, 2017, de http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/160513_livro_dimensoes.pdf
67. Silva, J. L., & Bazon, M. R. (2015). **Revisão sistemática de estudos sobre os aspectos escolares relacionados ao cometimento de delitos.** Psicologia em Revista, 21(2), 273-292. Recuperado em 19 agosto, 2018, de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.1678-9523.2015V21N2P272/9394>.

68. Silva, J. L., Cianflone, A. R. L., & Bazon, M. R. (2016). **School Bonding of Adolescent Offenders**. *Paidéia*, 26(63), 91-100. Recuperado em 19 agosto, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v26n63/1982-4327-paideia-26-63-0091.pdf>
69. Patias, N. D., Fiorin, P. C., Lima, L. S. de, & Dias, A. C. (2014). **O fenômeno da parentalidade durante a adolescência: reflexões sobre relações de gênero**. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 15(2), 45-62. Recuperado em 27 julho, 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a05.pdf>
70. Bazon, M. R., Silva, J. L. da, & Ferrari, R. M. (2013). **Trajatórias escolares de adolescentes em conflito com a lei**. *Educação em revista*, 29(3), 175-199. Recuperado em 19 agosto, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/edur/v29n2/08.pdf>
71. Fresneda, B. (2016). **Indicadores educacionais**. In A. Simões B. Fresneda (Orgs.). *Panorama nacional e internacional de produção de indicadores sociais. Série estudos e pesquisas* (pp. 9-36). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Recuperado em 27 julho, 2017, de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98624.pdf>
72. SOUZA, J. Uma teoria crítica do conhecimento. *Lua Nova*, v.50, p.133-158, 2000.
73. MARTINS, Silvio Luis; MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. **Perfil dos adolescentes privados de liberdade em uma unidade de internação no município de Londrina, no ano de 2006**. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, [S.l.], v. 24, n. 46, p. 75-86, set. 2018. ISSN 2596-2809. Disponível em: <<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/391>>. Acesso em: 18 ago. 2019.
74. Veja mais em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/02/13/por-que-os-jovens-nao-usam-camisinha.htm?cmpid=copiaecola>
75. Ministério da Saúde. **Preservativo masculino**. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, MS, Brasília, 1997.
76. **Prevalência e fatores relacionados ao risco de infecção por HIV, hepatites virais e sífilis em adolescentes privados de liberdade**. Luana Gabriele Souza Alves, Ana Paula Ferreira Holzmann, Bruna Menezes Aguiar, Paul Holzmann Neto, Daniella Fagundes Souto, 2015.

77. MONTEIRO, E. M. L.M. et al . **Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde.** Esc.AnnaNery,v. 15,n. 2,p.323-30, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 01 Jul. 2015.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.**Panorama da tuberculose no Brasil: diagnóstico situacional a partir de indicadores epidemiológicos e operacionais** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
79. Freitas BHBM de, Blanco e Silva2F, Silva KF da et al. **Percepção de adolescentes sobre a hanseníase.** Rev. enferm UFPE online., Recife, 13(2):292-7, fev., 2019.
80. Costa Junior, A. L. (2005). **Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos.** In M. A. Dessen, & A. L. Costa Junior (Eds.), A Ciência do Desenvolvimento Humano (pp. 171-189). Porto Alegre: Artmed.
81. UNICEF. The State of the World's Children 2011.**Adolescence: An Age of Opportunity.** New York: United NationsChildren'sFund; 2011.
82. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Um período e um processo. Disponível em: <https://ead.inca.gov.br/course/view.php?id=114> . Acesso em: 12 jul. 2018.
83. United Nations Children's Fund, **Women: At the heart of the HIV response for children,** UNICEF, New York, July 2018.
84. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Governo. Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes / Secretaria de Governo da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude e Fórum Brasileiro de Segurança Pública.São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.87 p.
85. ONU,World youth report 2005: young people today,and in 2015. United Nations publication, October, 2005.

86. SILVA, Juraci Brito da. **A visita íntima de adolescente no sistema socioeducativo: um direito a ser exercido**. 2016. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2016.
87. Coelho, Harnoldo Colares. **Prevalência e fatores de risco para a infecção do HIV na população carcerária masculina da Penitenciária de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2004.
88. Lopes AJ, Conceição GMS, Jansen JM, Nogueira KT, Santos RAC. **Características da tuberculose em adolescentes: uma contribuição para o programa de controle**. Adolesc Saude. 2007;4(4):21-28.
89. Assis SG, Constantino P. **Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina**. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:81-90.
90. Coriolano-Marinus MWL, Pacheco HF, Lima FT, Vasconcelos EMR, Alencar EN. **Health education: an educational approach to leprosy. Saúdetransfsoc** [Internet]. 2012 [cited 2018 June 14];3(1):72-8. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sts/v3n1/v3n1a12.pdf>

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O adolescente _____ sob sua responsabilidade esta sendo convidado como participante da pesquisa intitulada “ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI AO INGRESSO NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE SAÚDE”, tendo como pesquisador responsável Eliana Rodrigues Freitas Nogueira. Você não deve participar contra a sua vontade. A qualquer momento você poderá recusar a participação do adolescente sob sua responsabilidade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Visando estimar a ocorrência de hipertensão arterial (pressão alta), diabetes, sífilis, infecção por HIV, hepatite B, hepatite C, tuberculose e hanseníase e práticas e comportamentos nos Adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa em Unidade de Internação e Internação Provisória no Ceará. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a elaboração de ações que visem à melhoria no seu atendimento e de outras pessoas no que diz respeito à sua saúde.

Para a realização desta pesquisa é necessária a retirada de pequena quantidade de seu sangue. Uma ou mais coletas posteriores podem ser solicitadas a você, mas a autorização para uma única coleta agora não o obriga a aceitar coletas posteriores. Caso as informações obtidas por esta pesquisa possam beneficiá-la, elas serão prontamente repassadas à unidade onde você está sendo acompanhada e estará a sua disposição e de sua equipe de saúde. A pesquisa não inclui pagamento para participação. Você não tem obrigação alguma de contribuir para este ou outro estudo e, se decidir não participar, seus direitos à assistência médica e tratamento não serão afetados.

Se você concordar em participar desta pesquisa, acontecerá o seguinte:

1. O profissional de saúde treinado fará uma rápida entrevista com duração média de 20 minutos e preencherá um formulário no qual deverá constar seu nome, dados de identificação, entre outras informações. Todas essas informações serão anotadas de forma confidencial. Mesmo participando do estudo você poderá se recusar a fornecer qualquer informação solicitada. O resultado desta pesquisa, se divulgado, irá garantir o total anonimato das participantes e o caráter confidencial das informações.
2. Você terá que responder um questionário de 80 perguntas sobre questões de sua saúde e sobre doenças que você têm ou já teve, além de hábitos de vida.
3. Será realizado punção da ponta do dedo para coleta de sangue para testagem rápida. Como em qualquer coleta de sangue, costuma haver desconforto local (picada da agulha). Todas as medidas serão tomadas para que isso não ocorra.
4. Você passará por um exame físico e uma avaliação com um enfermeiro.

Na realização da pesquisa tens como risco ao participante:

- cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário;
- constrangimento ao realizar os exames e avaliação de saúde;

- constrangimento ao se expor durante a realização dos testes;
- desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante as perguntas;

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Eliana Rodrigues Freitas Nogueira

Instituição: Universidade Federal do Ceará-UFC

Endereço: Rua: Joaquim Felício n.1060 Messejana Fortaleza-Ceará

Telefones para contato: (85)996198468

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Francisca Silva

Data: ___/___/___

(Responsável pelas Diretrizes Socioeducativas do Estado do Ceará)

Assinatura _____

Eliana Rodrigues Freitas Nogueira

Data: ___/___/___

(Pesquisadora principal)

Assinatura _____

(Participante)

Data: ___/___/___

Assinatura _____

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI AO INGRESSO NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE SAÚDE** coordenada pela pesquisadora Eliana Rodrigues Freitas Nogueira.

Queremos saber: A descrição epidemiológica e de saúde do adolescente no ingresso ao Sistema Socioeducativo cearense.

Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Unidade de Recepção Luís Barros Montenegro, para a realização desta pesquisa é necessária a retirada de pequena quantidade de seu sangue. Uma ou mais coletas posteriores podem ser solicitadas a você, mas a autorização para uma única coleta agora não o obriga a aceitar coletas posteriores. Caso as informações obtidas por esta pesquisa possam beneficiá-la, elas serão prontamente repassadas à unidade onde você está sendo acompanhada e estará a sua disposição e de sua equipe de saúde. A pesquisa não inclui pagamento para participação. Você não tem obrigação alguma de contribuir para este ou outro estudo e, se decidir não participar, seus direitos à assistência médica e tratamento não serão afetados.

Se você concordar em participar desta pesquisa, acontecerá o seguinte:

1. O profissional de saúde treinado fará uma rápida entrevista com duração média de 20 minutos e preencherá um formulário no qual deverá constar seu nome, dados de identificação, entre outras informações. Todas essas informações serão anotadas de forma confidencial. Mesmo participando do estudo você poderá se recusar a fornecer qualquer informação solicitada. O resultado desta pesquisa, se divulgado, irá garantir o total anonimato das participantes e o caráter confidencial das informações.
2. Você terá que responder um questionário de 80 perguntas sobre questões de sua saúde e sobre doenças que você têm ou já teve, além de hábitos de vida.
3. Será realizado punção da ponta do dedo para coleta de sangue para testagem rápida. Como em qualquer coleta de sangue, costuma haver desconforto local (picada da agulha). Todas as medidas serão tomadas para que isso não ocorra.
4. Você passará por um exame físico e uma avaliação com um enfermeiro.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em cenário acadêmico e de pesquisa, mas sem identificar os adolescentes que participaram.

Na realização da pesquisa tens como risco ao participante:

- cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário;
- constrangimento ao realizar os exames e avaliação de saúde;
- constrangimento ao se expor durante a realização dos testes;
- desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante as perguntas;

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa
**ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI AO INGRESSO NO SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO E DE SAÚDE**

Entendi as coisas boas que podem acontecer com o estudo.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

A pesquisadora tirou minhas dúvidas.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do adolescente

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO ONLINE

Componente A –Recrutamento, TCLE ,TALE e Critérios de Inclusão

Recrutamento

Data Recrutamento (dd/mm/aaaa)

Hora (hh/mm)

ID Sujeito Pesquisa

Data Nascimento (dd/mm/aaaa)

Idade em anos

Data Ingresso no Sistema Socioeducativo

Cumpriu quantas vezes medidas
socioeducativas

Componente B–Identificação, Dados Demográficos e Histórico Socioeducativo

IDENTIFICAÇÃO

B.1. Em qual município você nasceu (naturalidade)?

B.2. Em qual município você reside atualmente?

B.3. Qual era o bairro que você reside atualmente?

B.4. Há quantos anos você morava neste endereço antes da medida socioeducativa?

Como você se classifica em relação a sua cor ou raça?

1. Preta
2. Parda
3. Branca
4. Amarela
5. Indígena
6. Outra
7. Não sei /Não quero responder

Qual o seu grau de instrução (escolaridade)?

0. Analfabeto
1. 1ª a 3ª série do ensino fundamental
2. 4ª a 7ª série do ensino fundamental
3. Ensino fundamental completo (terminou a 8ª série)
4. 1º ou 2º ano do ensino médio
5. Ensino médio completo (terminou 3º ano colegial ou 3º científico)
6. Superior incompleto
7. Outro
8. Não sei /Não quero responder

Qual é sua situação conjugal atual?

1. Solteiro e sem parceiro(a) fixo(a)
2. Possui parceiro(a) fixo(a)
3. Casado ou união estável

4. Separado
5. Desquitado ou divorciado
6. Viúvo
7. Outra
8. Não sei / Não quero responder

Qual é o grau de instrução de sua mãe?

0. Analfabeta
1. 1ª a 3ª série do ensino fundamental
2. 4ª a 7ª série do ensino fundamental
3. Ensino fundamental completo (terminou a 8ª série)
4. 1º ou 2º ano do ensino médio
5. Ensino médio completo (terminou 3º ano colegial ou 3º científico)
6. Superior incompleto
7. Superior completo
8. Outro
9. Não lembro
10. Não sei / Não quero responder

Você se considera religioso ou possui alguma religião?

0. Não
1. Sim
2. Não sei / Não quero responder

Qual é a sua religião?

1. Adventista
2. Assembléia de Deus
3. Batista
5. Budista
6. Candomblé
7. Católica
8. Espírita
9. Evangelho Quadrangular
10. Messiânica
11. Metodista
12. Presbiteriana
13. Testemunha de Jeová
14. Umbanda
15. Universal do Reino de Deus
16. Outra (especifique): _____
17. Não sei /Não quero responder

Nos últimos 3 anos em quantas unidades socioeducativas esteve?

1. Uma
2. Duas
3. Três

4. Quatro
5. Cinco
6. Mais de cinco
7. Não lembro
8. Não sei / Não quero responder

Está estudando atualmente?

0. Não
1. Sim
2. Não sei / Não quero responder

Quais dos familiares abaixo costumam lhe fazer visitas?

0. Ninguém
1. Cônjuge ou companheiro(a)
2. Filho ou filha
3. Enteado(a)
4. Neto(a)
5. Pai/mãe
6. Sogro(a)
7. Irmão/irmã
8. Genro/nora
9. Outro parente
10. Outros sem parentesco

11. Não sei /Não quero responder

Qual a renda mensal de sua família?

1. Acima 20 salários mínimos (R\$ 19.080 ou mais)
2. 10 a 20 salários mínimos (De R\$ 9.540 a R\$ 19.080)
3. 4 a 10 salários mínimos (De R\$ 3.816 a R\$ 9.540)
4. 2 a 4 salários mínimos (De R\$ 1.908 a R\$ 3.816)
5. Até 2 salários mínimos (Até R\$ 1.908)
6. Não lembro
7. Não sei / Não quero responder

Quantos anos você tinha na 1ª vez que entrou no Socioeducativo?

Por qual (is) motivo (s) você recebeu sua medida socioeducativa pela 1ª vez? (Marque quantas opções forem necessárias)

1. Homicídio
2. Roubo (ação realizada com a vítima sob violência ou ameaça)
3. Furto (ação realizada sem violência ou ameaça)
4. Uso ou porte de drogas
5. Tráfico de drogas
6. Latrocínio (matar alguém para roubar)
7. Estelionato (enganou alguém para ganhar dinheiro ou outro bem material)
8. Receptação (pegou/transportou/vendeu produtos ilegais)

9. Crimes contra os costumes
10. Outros
11. Não sei / Não quero responder

Já fez uso de alguma droga?

0. Não
1. Sim
2. Não sei ou Não quero responder

Quais as drogas usadas(pode marcar mais de uma)

1. Maconha
2. Cocaina
3. Crack
4. Opioides(Rivotril, Ripinol, dentre outros)
5. LSD
6. Outros
7. Não sei / Não quero responder

Faz ou fez uso de bebidas alcoólicas?

1. Sim
2. Não
3. Não sei / Não quero responder

Componente C– Doenças Transmissíveis

Você já ouviu falar do teste para o HIV ou para aids?

1. Não
2. Sim
3. Não sei ou Não quero responder

Você sabe de algum serviço público de saúde fora das unidades socioeducativas onde o teste para o HIV é feito gratuitamente?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Com que frequência você acha que os adolescentes deveriam fazer o teste anti-HIV?

1. Sempre que tiver tido uma situação de risco
2. Nunca
3. A cada três meses
4. Entre 3 e 12 meses
5. Entre 1 e 5 anos
6. Mais de 5 anos.
7. Não sei.
8. Não quero responder

**Na sua opinião, quais as vantagens de uma pessoa fazer a testagem para HIV?
(responda todas as questões que você achar verdadeira)?**

1. Saber se tem o vírus
2. Iniciar logo o tratamento, se infectado
3. Cuidar melhor do corpo, da saúde
4. Evitar possíveis doenças que podem vir com a aids
5. Proteger o/a (os/as) parceiro/a (os/as)
6. Ficar mais seguro para transar sem medo
7. Poder transar sem camisinha
8. Aumentar a sobrevida ou viver mais e melhor
9. Finalizar o relacionamento com parceiro (a) se o resultado for positivo
10. Serve de alerta para a pessoa começar a se cuidar melhor
11. Receber assistência à saúde na unidade socioeducativa
12. Receber assistência à saúde em unidade especializada
13. Não sei
14. Não quero responder

Em relação ao teste para HIV, marque as afirmações que você concorda(responda todas as questões que você achar verdadeira).

1. Todas as pessoas deveriam se testar mais
2. O teste serve para proteger os dois parceiros durante a relação sexual
3. O fato de sempre usar camisinha me deixa confortável para não fazer o teste
4. As profissionais do sexo deveriam se testar mais que a população geral

5. Os gays e os homens que fazem sexo com outros homens deveriam se testar mais que a população em geral
6. As pessoas que fazem sexo em troca de drogas deveriam se testar mais que a população em geral
7. Toda vez que você tem um comportamento de risco você deveria se testar
8. É importante para todo mundo fazer o teste periodicamente
9. As mulheres que estão presas deveriam se testar mais que a população geral
10. Não sei
11. Não quero responder

Você já fez o teste para HIV (ou vírus da aids) alguma vez na vida?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responde

Quantas vezes você fez o teste para HIV na vida?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez
3. Duas vezes
4. Três vezes
5. Mais de três vezes
6. Não sei
7. Não quero responder

Você recebeu orientação ou aconselhamento antes de fazer o último teste para HIV?

1. Não
2. Sim, orientação ou aconselhamento individual
3. Sim, orientação ou aconselhamento em grupo

4. Não sei
5. Não quero responder

Você recebeu orientação ou aconselhamento quando foi receber o resultado do seu último teste para HIV?

1. Não
2. Sim, orientação ou aconselhamento individual
3. Não sei
4. Não quero responder

Quais os lugares onde você já fez o teste para HIV? (marque todas que foram verdadeiras)

1. Nos (CTA) Centro de Testagem e Aconselhamento
2. Em um centro de saúde
3. Em um hospital público
4. Na doação de sangue
5. Nas unidades socioeducativa
6. Em hospitais particulares
7. Em laboratórios particulares
8. Em outro local.
9. Não sei
10. Não quero responder

O que o levou a fazer o teste para HIV?

1. A campanha "fique sabendo" ou outra campanha do governo
2. Companheira estava grávida
3. Tive um acidente com materiais cortantes
4. Tive um acidente com sangue

5. Tinha certeza que meu parceiro ou minha parceira tinham outros relacionamentos
6. Doação de sangue
- 7.. Experiência de alguém próximo ou familiar com AIDS
8. Facilidade de acesso nas Unidades de Saúde
9. Não confio na fidelidade do meu parceiro ou da minha parceira
10. Profissional de saúde incentivou a realização
11. Não sei

12. Não quero responder

Em relação ao último teste para HIV que você fez, você sabe o resultado?

1. Não
2. Sim
3. Não foi buscar o resultado
4. Não sei
5. Não quero responder

Qual foi o principal motivo para você não ter feito o teste para HIV?

1. Acredita na fidelidade do parceiro
2. Nunca me foi oferecido o teste em outro local
3. Acredita que não corre risco de se infectar
4. Doou sangue somente para se testar
5. Medo da quebra de sigilo pelos profissionais (deles não guardarem segredo sobre o resultado)
6. Medo de sofrer discriminação se o resultado for positivo
7. Não sabe onde é realizado o teste fora da Unidade Socioeducativa
8. Não acha que faço parte de grupos de risco
9. Não tem disponibilidade de horário para ir à unidade (acesso difícil)
10. Por achar que não tinha nenhum risco
11. Porque o(a) parceiro(a) está infectado(a) pelo VIH ou tem AIDS

12. Porque o(a) parceiro(a) não pediu
13. Tem parceira fixa
14. Por outro motivo
15. Não sei

16. Não quero responder

Na sua opinião, quais eram as suas chances de se infectar com o vírus da AIDS antes de ir para a unidade socioeducativa?

1. Nenhuma chance
2. Pouca chance
3. Chance moderada
4. Grande chance
5. Já sou infectada
6. Não sei

7. Não quero responder

O que você acha que aconteceria se você tivesse um resultado positivo na Unidade socioeducativa?

1. Teria apoio das(os) dos socioeducadores
2. Seria abusado fisicamente/emocionalmente pelos socioeducadores e técnicos
3. Acho que ficaria sob risco de vida
4. Acho que me dariam tratamento de saúde adequado
5. Iriam me isolar das outros adolescentes
6. Teria apoio da maioria dos adolescentes
7. Teria apoio de uma minoria dos adolescentes
8. Teria o desprezo da maioria dos adolescentes
9. Teria o desprezo de uma minoria dos adolescentes
10. Não sei

11. Não quero responder

Quantas vezes você fez o teste para Hepatites na vida?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez
3. Duas vezes
4. Três vezes
5. Mais de três vezes
6. Não sei
7. Não quero responder

Onde você foi testado para o hepatites? (Marque quantas opções forem verdadeiras)

1. Nos (CATV) Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária
2. Em um centro de saúde (posto de saúde)
3. Em um hospital público
4. No local onde doei sangue
5. Em hospitais particulares
6. Em laboratórios particulares
7. Na unidade socioeducativa
8. Outro local
9. Não sei
10. Não quero responder

Você já fez o teste para sífilis alguma vez na vida?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Quantas vezes você fez o teste para sífilis na vida?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez
3. Duas vezes
4. Três vezes
5. Mais de três vezes
6. Não sei
7. Não quero responder

Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez o teste para sífilis?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez
3. Duas vezes
4. Três vezes
5. Mais de três vezes
6. Não sei
7. Não quero responder

Onde você foi testada para sífilis? (Marque quantas opções forem verdadeiras)

1. Nos (CATV) Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária
2. Em um centro de saúde (posto de saúde)
3. Em um hospital público
4. No local onde doei sangue
5. Em hospitais particulares
6. Em laboratórios particulares
7. Na unidade socioeducativa
8. Outro local
9. Não sei
10. Não quero responder

Você fez uso de medicamento para tratamento da sífilis?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Você recebeu qualquer informação e educação sobre o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis em algum serviço de saúde?

1. Não
2. Sim

3. Não sei

4. Não quero responder

Você já teve alguma dessas IST(Infecção sexualmente transmissível)

1. Gonorreia

2. HPV

3. Linfogramulomavenerio

4. Herpes

5. Não sei / Não quero responde

Você já teve relações sexuais alguma vez na sua vida?

1. Não

2. Sim

3. Não sei

4. Não quero responder

Com quantos anos você teve sua primeira relação sexual?

Você já teve relação sexual com pessoa que pagou para ter sexo com você?

1. Não

2. Sim

3. Não sei

4. Não quero responder

Quantos parceiros femininos você teve na vida?

1. Nenhum
2. Apenas 1
3. 2 a 4
4. 5 a 7
5. 8 a 10
6. Mais de 10
7. Não sei
8. Não quero responder

Quantos parceiros femininos você teve nos últimos 12 meses?

1. Nenhum
2. Apenas 1
3. 2 a 4
4. 5 a 7
5. 8 a 10
6. Mais de 10
7. Não sei
8. Não quero responder

Você tem parceira/companheira atualmente?

1. Não

2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Você já teve relação sexual com pessoa do mesmo sexo alguma vez na vida?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Quantos parceiros masculinos você teve na vida?

1. Nenhum
2. Apenas 1
3. 2 a 4
4. 5 a 7
5. 8 a 10
6. Mais de 10
7. Não sei
8. Não quero responder

Nos últimos 12 meses, você recebeu preservativos/camisinhas gratuitos?

1. Não
2. Sim

3. Não sei

4. Não quero responder

Nas relações sexuais nos últimos 12 meses, como você usa preservativo (camisinha)?

1. Nunca uso

2. Quase nunca uso

3. Quase sempre uso

4. Uso sempre

5. Não tive relações nos últimos 12 meses

6. Não sei

7. Não quero responder

Você tem ou já teve tuberculose?

1. Não, nunca tive tuberculose

2. Sim, estou com tuberculose agora

3. Sim, já tive tuberculose no passado

4. Não sei

5. Não quero responder

Você está apresentando tosse ultimamente?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Sua tosse já dura quantas semanas?

1. 1 semana
2. 2 semanas
3. 3 semanas
4. 4 semanas
5. Mais de 1 mês
6. Não sei
7. Não quero responder

Sua tosse tem expectoração (catarro)?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Você está escarrando sangue?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Você está se tratando ou já se tratou de tuberculose?

1. Não, nunca fiz tratamento para tuberculose
2. Sim, estou fazendo tratamento para tuberculose agora
3. Sim, já fiz tratamento para tuberculose no passado
4. Não sei
5. Não quero responder

Você está com algum problema de pele agora?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Que tipo de problema de pele você está apresentando agora?

1. Mancha

2. Coceira
3. Descamação
4. Outro
5. Não sei
6. Não quero responder

Você já ouviu falar de hanseníase?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Algum profissional de saúde já lhe informou que você tem hanseníase?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Você conhece alguém que tem hanseníase?

1. Não
2. Sim
3. Não sei

4. Não quero responder

[C45≠ 1, finalizar componente]

Se sim, Quantas pessoas?

1. Uma
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Mais de cinco
7. Mais de dez
8. Não sei
9. Não quero responder

Quem era/eram essa (s) pessoa (s)? (Marque quantas opções forem necessárias)

1. Parente (com quem convive freqüentemente)
2. Parente (com quem tem pouca convivência)
3. Vizinho
4. Amigo
5. Conhecido
6. Colega de trabalho
7. Outro
8. Não sei

9. Não quero responder

Alguma dessas pessoas vivia ou ainda vive com você na mesma casa?

1. Não
2. Sim
3. Não sei
4. Não quero responder

Quanto tempo durou o contato com esta pessoa que tinha hanseníase?

1. De 1 a 6 meses
2. De 6 meses a 1 ano
3. De 1 a 2 anos
4. De 2 a 3 anos
5. De 3 a 4 anos
6. De 4 a 5 anos
7. De 5 a 6 anos
8. De 6 a 7 anos
9. De 7 a 8 anos
10. De 8 a 9 anos
11. De 9 a 10 anos
12. 10 anos ou mais
13. Não lembro
14. Não sei

15. Não quero responder

Com quantas pessoas com hanseníase você vive ou viveu?

1. Uma
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Mais de cinco
7. Mais de dez
8. Não sei
9. Não quero responder

Componente D–Doenças Não Transmissíveis

De um modo geral, em comparação com as pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?

1. Muito bom
2. Bom

3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sei / Não quero responder

Alguma vez um médico lhe informou que teve ou tem hipertensão arterial (pressão alta)?

1. Não(saltar para questão 4)
2. Sim
3. Não sei / Não quero responder

Você recebe acompanhamento médico para hipertensão arterial (pressão alta)?

1. Não
2. Sim
3. Não sei / Não quero responder

Alguma vez um médico lhe informou que teve ou tem diabetes?

1. Não(pular para questão 10)
2. Sim
3. Não sei / Não quero responder

Você recebe acompanhamento médico para diabetes?

1. Não

2. Sim

3. Não sei / Não quero responder

Você faz uso de insulina?

1. Não

2. Sim

3. Não sei / Não quero responder

Alguma vez um médico lhe informou que teve ou tem doença cardíaca

1. Não

2. Sim

3. Não sei / Não quero responder

Alguma vez um médico lhe informou que teve ou tem asma (bronquite asmática)?

1. Não

2. Sim

3. Não sei / Não quero responder

Você recebe acompanhamento médico para asma (bronquite asmática)?

1. Não

2. Sim

3. Não sei / Não quero responder

Você já realizou alguma cirurgia?

1. Não
2. Sim
3. Não sei / Não quero responder

Quantas cirurgias você já realizou?

1. Uma
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Mais de 5
9. Não sei / Não quero responder

Qual tipo de cirurgia que você realizou?

Você fuma cigarros atualmente?

1. Não
2. Sim
3. Não sei / Não quero responder

Com que idade (em anos) começou a fumar?

Em geral, quantos cigarros por dia você fuma (ou fumava)?

Você convivia com pessoas que fumavam no mesmo ambiente que você estava?

1. Não
2. Sim
3. Não sei / Não quero responder

Componente E– Violência

Você sofreu violência alguma vez na vida antes de ser recluso?

1. Não (siga para a questão E.2)
2. Sim (siga para a questão E1.1)
3. Não sabe/Não quer responder (siga para a questão E.2)

Se sim, você sofreu violência em qual fase da vida, ou seja, com qual idade?

1. () Em todas as fases da vida
2. () Infância [entre 0 e 10 anos]
3. () Adolescência [entre 11 e 19 anos]
4. () adulta jovem [entre 20 e 24 anos]
5. () Adulta [entre 25 e 59 anos]
6. () Idosa [com 60 anos ou mais]

1.1 Na fase da vida atual

Qual foi o tipo ou os tipos de violência que você sofreu durante toda a sua vida?

1. () Beliscões
2. () Empurrões
3. () Murros ou socos
4. () Chutes ou pontapés
5. () Surras
6. () Queimaduras
7. () Choque Elétrico
8. () Arma de fogo
9. () Foi ferida com faca ou outro objeto cortante
10. () Sofria ameaças constantes
11. () Sofria chantagem
12. () Sofria humilhações
13. () Prendiam você em casa
14. () Recebia carícias íntimas contra a sua vontade
15. () Forçavam você a manter relações sexuais contra a sua vontade
16. () Ofendiam você com palavras que considera vergonhosas ou palavrões
17. () Roubavam ou destruíam seus objetos pessoais
18. () Roubavam seu dinheiro
19. () Não sabe/Não quer responder

Se você sofreu violência durante todas as fases de sua vida, quem ou quais pessoas praticaram essa violência contra você?

- 1 () alguém da sua família
- 2 () Algum conhecido(a) da família

- 3 () Na escola e/ou creche
- 4 () Em Abrigo e/ou Instituição
- 5 () Por estranhos na rua
- 6 () Pelo companheiro (a)
- 7() Não sabe/Não quer responder

Com qual frequência você sofria essa(s) violência(s)

- 1. () Raramente
- 2.() Às vezes
- 3. () Frequentemente
- 4.() Não sabe/Não quer responder

Infância [0-10 anos]

Qual foi o tipo ou os tipos de violência que você sofreu na infância?

- 1.() Beliscões
- 2. () Empurrões
- 3. () Murros ou socos
- 4.() Chutes ou pontapés
- 5.() Surras
- 6.() Queimaduras
- 7. () Choque Elétrico
- 8() Arma de fogo
- 9. () Foi ferida com faca ou outro objeto cortante
- 10. () Sofria ameaças constantes

11. () Sofria chantagem
12. () Sofria humilhações
13. () Prendiam você em casa
14. () Recebia carícias íntimas contra a sua vontade
15. () Forçavam você a manter relações sexuais contra a sua vontade
16. () Ofendiam você com palavras que considera vergonhosas ou palavrões
17. () Roubavam ou destruíam seus objetos pessoais
18. () Roubavam seu dinheiro
19. () Não sabe/Não quer responder

Se você sofreu violência na infância, quem ou quais pessoas praticaram essa violência contra você?

1. () alguém da sua família
2. () Algum conhecido(a) da família
3. () Na escola e/ou creche
4. () Em Abrigo e/ou Instituição
5. () Por estranhos na rua
6. () Pelo companheiro (a)
7. () Não sabe/Não quer responder

Com qual frequência você sofria essa(s) violência(s)

1. () Raramente
2. () Às vezes
3. () Frequentemente

4.() Não sabe/Não quer responder

Você já sofreu violência em unidades socioeducativas anteriores ou estabelecimentos prisionais?

1. Não
2. Sim
3. Nunca estive no socioeducativo anteriores
4. Não sabe/Não quer responder

Se sim, qual ou quais tipos de violência você sofreu?

- 1.() Beliscões
2. () Empurrões
3. () Murros ou socos
- 4.() Chutes ou pontapés
- 5.() Surras
- 6.() Queimaduras
7. () Choque Elétrico
- 8() Arma de fogo
9. () Foi ferida com faca ou outro objeto cortante
10. () Sofria ameaças constantes
11. () Sofria chantagem
12. () Sofria humilhações
- 13.() Prendiam você em casa

- 14. () Recebia carícias íntimas contra a sua vontade
- 15. () Forçavam você a manter relações sexuais contra a sua vontade
- 16. () Ofendiam você com palavras que considera vergonhosas ou palavrões
- 17. () Roubavam ou destruíam seus objetos pessoais

- 18. () Roubavam seu dinheiro
- 19. () Não sabe/Não quer responder

Quem praticou essa (s) violência(s) contra você?

- 1.1 () Adolescentes do mesmo dormitório
- 1.2 () Socioeducadores
- 1.3 () Policiais
- 1.4 () Outros funcionários da unidade
- 1.5 () Outro
- 1.6 () Não sabe/Não quer responder

Com qual frequência você sofria essa(s) violência(s)

- 1. () Raramente
- 2. () Às vezes
- 3. () Frequentemente
- 4. () Não sabe/Não quer responder

Por algum motivo, você pratica ou praticou violência contra alguém?

- 10. Não
- 2. Sim (**siga para 4.1**)
- 3. Não sabe/Não quer responder

Se sim, qual ou quais tipos de violência você já praticou?

1. () Beliscões
2. () Empurrões
3. () Murros ou socos
4. () Chutes ou pontapés
5. () Surras
6. () Queimaduras
7. () Choque Elétrico
8. () Arma de fogo
9. () Feriu alguém com faca ou outro objeto cortante
10. () Fazia ameaças a alguém
11. () Fazia chantagem
12. () Humilhava alguém
13. () Prendia alguém em casa
14. () Fazia carícias íntimas em alguém contra a vontade da pessoa
15. () Forçava alguém a manter relações sexuais contra a vontade
16. () Ofendia alguém com palavras vergonhosas ou palavrões
17. () Roubava ou destruía seus objetos pessoais de alguém
18. () Roubava dinheiro
19. () Não sabe/Não quer responder

Contra quem ou quais pessoas você praticou essa(s) violência(s)?

- 1.1 () alguém da sua família

- 1.2 () Algum conhecido(a) da família
- 1.3 () Na escola ou creche
- 1.4 () Em Abrigo ou Instituição
- 1.5 () Por estranhos na rua
- 1.6 () Pelo companheiro (a)
- 1.7 () Adolescentes do dormitório
- 1.8 () Socioeducadores
- 1.9 () Policiais
- 1.10 () Outros funcionários da prisão
- 1.11 () Outro
- 12. () Não sabe/Não quer responder

Com qual frequência você pratica ou praticou essa(s) violência(s)?

- 1. () Raramente
- 2. () Às vezes
- 3. () Frequentemente
- 4. () Não sabe/Não quer responder

Componente J–Percepções e Representações Sociais

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1. Fale-me como se sente ao estar ingressando no socioeducativo?
- 2. Como percebe o direito a saúde nesse ambiente atual?

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE SAÚDE

Pesquisador: ELIANA RODRIGUES FREITAS NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15814418.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.428.320

Apresentação do Projeto:

O estudo tem por finalidade promover a saúde da população confinada e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a saúde, e estabelecer entre suas prioridades a implantação de ações para a prevenção em saúde.

Tratar-se-á de estudo observacional, transversal, do tipo descritivo, construído a partir do ingresso dos adolescentes do sexo masculino que obtiveram medida de internação ou internação provisória decretada por órgão judicial no período de Setembro a Novembro de 2018 em Unidade de Recepção Socioeducativa. Para tanto terá uma amostra aleatória da população do ingresso no Socioeducativo Cearense, os adolescentes responderão um questionário com informações epidemiológicas e de saúde. A meta é inferir, a partir dos resultados obtidos, sobre a natureza da verdade no universo da população em estudo.

Critério de Inclusão:

Adolescente após decisão judicial de cumprimento de medida socioeducativa em Internação ou Internação Provisória.

Critério de Exclusão:

Adolescentes que possuem problemas mentais ou estarem sobre efeito de substância ilícita;

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodofo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.428.320

Adolescentes que estejam impossibilitados de participar da pesquisa por motivos diversos tais como: agitação, impossibilidade de atividade por cronograma de atividades da instituição, dentre outras.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a população de adolescentes que irão cumprir medidas socioeducativa no Ceará.

Objetivos Secundários:

Descrever o perfil epidemiológico e clínico do socioeducando cearense. Estimar a prevalência de doenças transmissíveis no Socioeducativo Cearense;

Estimar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no Socioeducativo Cearense;

Descrever a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes cearenses que irão cumprir medidas socioeducativas no Estado do Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário;
- constrangimento ao realizar os exames e avaliação de saúde;
- constrangimento ao se expor durante a realização dos testes;
- desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante as perguntas;

Benefícios:

Para se traçar intervenções é necessário conhecer o adolescente antes do ingresso dele ao Sistema Socioeducativo, suas rotinas, suas vulnerabilidades, além de ter o conhecimento sobre as expectativas ou experiências anteriores no Sistema tomam o plano de cuidado mais direcionado e holístico.

Ainda existe o preconceito e a negação dessa população como parcela da Sociedade, porém sabemos que eles assim como seus familiares estão inseridos na população, sendo sujeito de transformação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante e factível cuja hipótese é o perfil epidemiológico de adolescentes cumprindo

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.428.320

medidas sócio educativas no estado do Ceará é peculiar e se distingue dos outros estados brasileiros em alguns aspectos epidemiológicos e de seu perfil de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de inserção do projeto ao COMEPE_UFC.

Recomendações:

Projeto aprovado salvo melhor juízo do COMEPE_UFC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovada pesquisa: ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE SAÚDE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1202157.pdf	02/06/2019 15:04:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	02/06/2019 15:04:30	ELIANA RODRIGUES FREITAS NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	02/06/2019 15:02:13	ELIANA RODRIGUES FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	02/06/2019 15:01:13	ELIANA RODRIGUES FREITAS NOGUEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/04/2019 22:25:28	ELIANA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_eliana.pdf	29/01/2019 16:09:16	ELIANA RODRIGUES	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/01/2019 14:08:36	ELIANA RODRIGUES	Aceito
Outros	APRECIACAO_DO_PROJETO_COMMIT E.pdf	23/01/2019 14:08:22	ELIANA RODRIGUES	Aceito
Outros	COMPROMISSO_DE_UTILIZACAO_DO S_DADOS.pdf	23/01/2019 14:06:54	ELIANA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico /	Fiel_depositario.pdf	23/01/2019 14:03:47	ELIANA RODRIGUES FREITAS	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.428.320

Biorepositório / Biobanco	Fiel_depositario.pdf	23/01/2019 14:03:47	ELIANA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA. pdf	23/01/2019 13:51:15	ELIANA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional.pdf	23/01/2019 13:38:40	ELIANA RODRIGUES FREITAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 01 de Julho de 2019

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

