

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO**

Cláudia Alves de Sena

**CONDUTAS DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES EM CONFLITO  
COM A LEI**

CAMARAGIBE  
2006

CLÁUDIA ALVES DE SENA

**CONDUTAS DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES EM CONFLITO  
COM A LEI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Hebiatria, da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, da Universidade de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Viviane Colares

CAMARAGIBE  
2006

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes  
Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

S474c Sena, Cláudia Alves de

Condutas de saúde entre adolescentes em conflito com a lei / Cláudia Alves de Sena; orientadora: Viviane Colares; – Camaragibe, 2006.

70 p. –

Dissertação (mestrado) – Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2006.

1 CONDOTA DE SAÚDE - ADOLESCENTE 2 CONFLITO COM A LEI – ADOLESCENTE I Colares, Viviane (orient.) II Título

CDD 17<sup>th</sup> ed.– 614.44  
Manoel Paranhos – CRB4/1384

**CLÁUDIA ALVES DE SENA**

**CONDUTAS DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES EM CONFLITO  
COM A LEI**

Universidade de Pernambuco  
Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Data de Aprovação: 21 de dezembro de 2006

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Regina Célia de Oliveira ( FENSG/UPE)

---

Profª Drª Eliane Alvim ( FOP/UPE)

---

Profª Drª Thayza Stamford ( FOP/ UPE)

***Aos meus pais,  
Werbert Sena e Erinete Sena,  
que me incentivaram desde de criança o  
desejo de saber e a solidariedade.***

***Ao meu esposo amado,  
Aderson Viana,  
pelo incentivo, pela paciência, pelo carinho e afeto em todos  
os momentos dessa jornada.***

***Ao meu filho muito amado,  
Lucas Sena Viana,  
pelos momentos de amor e compreensão.***

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus presença real em nossas vidas, pois Sois fonte primeira de toda inspiração e Pai de todas as idéias.

À professora Viviane Colares, pela orientação, generosidade e dedicação. Seu acolhimento foi fundamental para estimular-me a enfrentar as dificuldades.

Aos adolescentes do Centro de Atendimento Socioeducativo de Abreu e Lima, da Fundação da Criança e do Adolescente, pela valiosa colaboração e participação efetiva na realização da pesquisa.

À direção da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - FENSG na pessoa da diretora Vera Rejane Gregório e vice-diretora Viviane Tannury pelo apoio e incentivo em todos os momentos de desenvolvimento dessa pesquisa.

À Coordenação do Centro de Atendimento Socioeducativo de Abreu e Lima na pessoa do seu coordenador geral Marcelo Martins Rodrigues, e aos demais funcionários do centro pela receptividade e presteza no meu acompanhamento junto aos adolescentes.

À todos que colaboraram direta e indiretamente com a realização desta pesquisa.

***Dizem por ai que o amor já se acabou.***

*Será que falta de amor é deixar a natureza ser devastada?  
Será que falta de amor é condenar crianças e jovens ao abandono?  
Se tua resposta for sim, então o amor já se acabou.*

*(Aderson, filósofo).*

## **SUMÁRIO**

	<b>PÁGINA</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b>	
<b>RESUMO</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	16
<b>2.1</b> Conceito de Adolescência	16
<b>2.2</b> O Adolescente no Contexto Brasileiro	18
<b>2.3</b> Situação dos Adolescentes em Conflito com Lei no Brasil	20
<b>2.4</b> As Condutas de Saúde dos Adolescentes	26
<b>2.5</b> As Condutas de Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei	28
<b>3. OBJETIVOS</b>	30
<b>3.1</b> OBJETIVO GERAL	30
<b>3.2</b> OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	31
<b>4.1</b> Tipo de Estudo	31
<b>4.2</b> Local de Estudo	31
<b>4.3</b> População	34
<b>4.4</b> Coleta dos Dados	35
<b>4.5</b> Fluxograma	36
<b>4.6</b> Plano de Descrição dos Dados	37
<b>4.7</b> Considerações Éticas	38
<b>5. RESULTADOS</b>	39
<b>6. DISCUSSÃO</b>	51
<b>7. CONCLUSÕES</b>	59
<b>REFERÊNCIAS</b>	60
<b>ANEXOS</b>	63



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

TABELA 1	Levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei.	23
TABELA 2	Número de Unidades por modalidade e Gênero	24
FIGURA 1	Unidades de Atendimento da FUNDAC do estado de Pernambuco	33
GRÁFICO 1	Distribuição da amostra segundo a faixa etária	39
TABELA 3	Caracterização da amostra quanto ao comportamento de trânsito, segundo a faixa etária.	40
TABELA 4	Caracterização da violência contra si e terceiros segundo a faixa etária	41
TABELA 5	Relação entre o consumo de substância (tabaco e álcool), segundo a faixa etária.	43
TABELA 6	Relação entre o consumo de substância (inalantes e maconha), segundo a faixa etária.	45
TABELA 7	Caracterização da prática sexual e informações sobre AIDS, segundo a faixa etária.	47
TABELA 8	Caracterização da percepção do peso da amostra, segundo a faixa a etária	49
TABELA 9	Associação entre o consumo de bebida alcoólica, uso de maconha nos últimos 12 meses e relação sexual segundo o uso de tabaco	50

## **RESUMO**

O objetivo desse estudo foi investigar as condutas de saúde entre adolescentes em conflito com a lei, considerando comportamentos de risco, como segurança no trânsito, situação de violência, consumo de substâncias, prática sexual desprotegida e outros que podem comprometer sua saúde. Esta pesquisa é um estudo epidemiológico de coorte transversal, realizado no Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE Abreu e Lima, da Fundação da Criança e do Adolescente. De uma população de 285 adolescentes de 12 a 18 anos do sexo masculino, 241 adolescentes aceitaram participar, constituindo a amostra desse estudo. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, através de questionário auto-aplicativo. Os dados foram digitados na planilha Excel, utilizou-se os programas SAS (Statistical Analysis System) na versão 8. Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariada e as medidas estatísticas média, desvio padrão e coeficiente de variação da variável idade (técnica da estatística descritiva) e o teste de Qui-quadrado de independência ou teste de Exato de Fisher. De acordo com informações fornecidas pelo CASE, ao chegar à instituição, 51,8% dos jovens tinham o ensino fundamental I e 41,4% o ensino fundamental II incompleto, 5,8% eram analfabetos e 0,9% cursavam o ensino médio e procediam da capital do estado. A média de idade foi de 15,8 anos. Dentre os comportamentos de risco a saúde dos adolescentes em conflito com a lei, verificou-se que a maioria não faz uso do cinto de segurança ao andar de carro e não faz uso do capacete ao andar de moto ou de bicicleta. A maioria dos adolescentes relataram envolvimento em brigas com agressão física e 79,7% utilizaram arma tipo revolver, faca ou pau. Observa-se elevado consumo de tabaco (87,6%) e álcool (64,7%). Os jovens afirmaram já terem experimentado algum produto inalante na vida (68,9%) e 51,5% inalou produto nos últimos 12 meses. Quando utilizaram essas substâncias estavam em companhia de amigos. O uso da maconha na vida representou 81,3% e o uso no último ano de 62,7%, sendo o percentual mais elevado entre os mais jovens. Verificou-se que a maioria dos jovens já haviam recebido informações sobre AIDS, 95,4% já tinham tido relação sexual, sendo a maioria com mais de um parceiro, e 64,7% usou preservativo na última vez que teve relação sexual. Em relação a seu peso os jovens não se consideram nem gordos, nem magros; e estão tentando ganhar peso. De modo geral, os jovens em situação de conflito com a lei apresentaram vários comportamentos de risco para a saúde em percentuais elevados.

**Palavras Chaves:** Conduta de Saúde, Adolescente, Conflito Com a Lei

## **ABSTRACT**

This research aims at investigating health-related behaviors among adolescents in conflict with the law. The study took into consideration risk behaviors, such as traffic safety, violence situations, substance consumption, unprotected sex and others that can compromise their health. This research is a cross-sectional epidemiological study which was carried out in a Social and Educational Assistance Center - Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE Abreu e Lima) run by FUNDAC – Foundation of the Child and Adolescent . From a population of 285 male adolescents with ages ranging from 12 to 18 years, 241 adolescents agreed to participate, constituting the study sample. The data was collected by the researcher herself by means of a self-applied questionnaire. It was entered in an Excel document and the Statistical Analysis System Version 8 was used. The data was analyzed using absolute distributions as well as uni- and bivariate percentages. The average statistical measurement, standard detour and the varying age coefficient (statistic description technique) were applied together with the chi square or Fisher's Exact test. According to the information provided by CASE, 51.8% of the teenagers had basic education, 41.4% had incomplete basic education II, 5.8% were illiterate and 0.9% were attending high school at the time. Most were from the state capital. The average age of the youths was 15.8 years. Amongst the health risk behaviors of the adolescents in conflict with the law, it was noted that the majority do not use a seat belt when traveling by car and do not wear a helmet when riding a bicycle or motorcycle. The majority of the teenagers reported they have been involved in fights with physical aggression and 79.7% had used weapons such as guns, knives or even wooden sticks. A high consumption of tobacco (87.6%) and alcohol (64.7%) was observed. 68.9% of the teenagers also stated that they had already tried some inhaled product at some time in their life and 51.5% had done so in the last 12 months, usually with their friends, the percentages being highest among the youngest. The majority of the adolescents have already received information on Aids. 95.4% had already had sexual intercourse, most of them with more than one partner, and 64.7% had used a condom the last time. In relation to weight, the adolescents do not consider themselves fat or thin; they are actually trying to gain weight. To sum up, in general, the teenagers in conflict with the law presented a high percentage of health risk behaviors.

**Key Words:** Health-related Behaviors, Adolescents, Conflict with the Law.

## 1-INTRODUÇÃO

Os problemas sócio-econômicos e culturais que o Brasil vem enfrentando, atinge segmentos importantes da população, como os adolescentes, onde concentração de renda, baixos salários e desemprego são fatores que afetam seriamente a vida das pessoas.

O fenômeno da adolescência, segundo Becker (1994), está presente em todas as sociedades, porém seu conceito é hegemônico e universal, sendo constituído a partir das influências históricas sociais e políticas. O conceito de adolescente está relacionado ao processo de industrialização e modernização das próprias sociedades ocidentais contemporâneas. Onde o grande interesse pelo estudo da adolescência advém da explosão demográfica pós-guerra, que teve como consequência o aumento da população jovem no mundo.(OSÓRIO 1998, apud FAUSTINI, et al, 2003).

O adolescente sente a necessidade de se confrontar, de experimentar limites, mesmo os transgredir, constituindo estes um espaço de conquista e de afirmação, que deve ser vivido individualmente ou em grupo. O desejo de ter experiências novas coexiste com sentimento de invulnerabilidade e com o desejo de testar limites.(SILVA, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é compreendida entre 10 e 19 anos de idade, enquanto que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990).

Ainda do ponto de vista jurídico, adolescente é um indivíduo entre 12 anos completos e 18 anos incompletos que se encontra em condição peculiar de desenvolvimento. E estar em conflito com a lei significa ser reconhecido como autor de ato infracional previsto no Código Penal (Brasil, 1990).

A adolescência é uma das etapas da vida, decisiva na formação da personalidade do indivíduo, sendo uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, onde as transformações físicas, biológicas, psicológicas e sociais estão presentes. O indivíduo é surpreendido por internos processos conflituosos, isolados em busca de sua identidade e auto satisfação.

Segundo Levantamento estatístico da Secretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do adolescente da Secretaria Especial de Direitos Humanos (MURAD, 2004) existiam no Brasil cerca de 39.578 adolescentes no sistema socioeducativo. Este quantitativo representa 0,2% do total de adolescentes na idade de 12 a 18 anos residentes no Brasil. Em 2006, o número total de internos no sistema socioeducativo de meio fechado no Brasil é de 15.426 adolescentes, sendo a maioria (10.446) na internação, seguidos da internação provisória (3.746) e da semiliberdade (1.234). Observa-se um aumento expressivo na taxa de crescimento da lotação do meio fechado no país entre os anos de 2002-2006, correspondendo a 28% - muito embora 18 estados apresentaram uma média superior. Nas instituições de privação de liberdade, existe cerca de 10 mil adolescentes cumprindo medida sócioeducativa de internação. Este número é muito pequeno quando comparado ao total de jovens na faixa etária entre 12 e 18 anos existentes no Brasil, que é em torno de

25.001.051 adolescentes. Isto significa que para cada 10.000 Adolescentes brasileiros, existem menos de três adolescentes privados de liberdade (SEDH, 2004)

Em Pernambuco dados referentes a setembro de 2006, mostram que o Estado mantém atualmente, 1.016 adolescentes nesse sistema cumprindo medida sócioeducativa em regime de internação (SEDH, 2006), o que corresponde a 8,21% da população de jovens de Pernambuco que é de 1.238.020 (IBGE,2000).No entanto, apesar de representar uma pequena parcela dos jovens brasileiros, a situação de risco em que se encontram esses adolescentes trazem sérias repercussões à qualidade de vida, sendo uma preocupação da sociedade como um todo.

O problema da violência e da criminalidade praticadas por adolescentes e jovens tem como causa a desigualdade econômica e social brasileira, que impede o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, que se vêem em situações de privações de direitos fundamentais como alimentação, moradia, educação e saúde. Essa é uma questão que merece toda a atenção, pois é um problema muito complexo e, por se apresentar mais visível, torna-se preocupante para as autoridades e a sociedade.

Segundo Assis (2005), alguns fatores podem ser considerados de risco, como ser do sexo masculino, apresentar determinadas características biológicas e psicológicas, como ter danos neurológicos sutis, impulsividade, hiperatividade, precário controle de frustrações, deficiência de atenção e incapacidade de planejamento e fixação de metas, assim como baixos níveis de inteligência. Ainda segundo esse autor, situações de negligência e de abandono, pobreza, criminalidade e violência na família, escola, comunidade e sociedade em geral são usuais entre adolescentes em conflito com a lei. Ainda segundo esse mesmo autor,

pensar a saúde do adolescente no contexto da ação socioeducativa exige uma reflexão acerca da definição de “saúde”.

Cunha (2000), ao adotar a definição da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, partiu da perspectiva de que a saúde é uma resultante de condições diversas, entre elas alimentação, educação, renda, meio ambiente, lazer, acesso a serviço de saúde, entre outros, abrangendo dimensões muito mais amplas que a estrita “ausência de doença”. Sob esta perspectiva, a saúde do adolescente infrator transcende o diagnóstico, tratamento e prevenção de quadros específicos, apoiando-se no paradigma da promoção da saúde.

De acordo como o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA), o adolescente acusado de prática de um ato infracional pode ficar internado provisoriamente em unidade específica até que seja proferida a sentença referente a seu processo. Essa internação provisória, segundo o ECA, não pode exceder o período de 45 dias. Ao longo do processo, caso seja confirmada a prática do ato infracional e a necessidade de responsabilização do adolescente, o Juiz poderá aplicar uma medida socioeducativa, sendo a internação a mais rigorosa. Esta medida de privação de liberdade deve estar sujeita aos princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar da pessoa em desenvolvimento, onde em nenhuma hipótese pode ultrapassar três anos, devendo ser reavaliada a cada seis meses (CURY; SILVA; MENDES, 2005).

Durante o período em que o adolescente estiver sob a tutela do Estado, deverão ser garantidos e respeitados diversos direitos previstos no ECA. Como forma de garantir esses direitos, em 14 de julho de 2004 foi instituída a Portaria Interministerial 1426/GM, que aprovou as diretrizes para implantação e implementação da Atenção a Saúde do Adolescente em conflito com a lei, que tem

um elenco de ações no âmbito da promoção a saúde, prevenção de riscos e assistência aos agravos em unidades de internação e de internação provisória, garantindo a esses adolescentes a integralidade e universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, bem como uma atenção a saúde humanizada e de qualidade(BRASIL, 2004).

Diante dessas questões e da falta de informações com relação ao comportamento relacionado à saúde entre jovens em conflito com a lei, esse estudo teve como objetivo investigar as condutas de saúde entre adolescentes que se encontravam em sistema sócioeducativo de internação em Pernambuco, considerando comportamentos de risco, como segurança no trânsito, situações de violência contra si e os outros, consumo de substâncias, prática sexual precoce e desprotegida e outros que podem comprometer sua saúde.



## **2- REVISTA DA LITERATURA**

### **2.1- CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA**

O conceito da adolescência é bastante recente, estando relacionado ao processo de industrialização, urbanização e modernização, próprio das sociedades ocidentais contemporâneas. O universal interesse pelo estudo da adolescência na atualidade advém tanto da explosão demográfica do pós-guerra, que teve como conseqüência imediata significativo crescimento percentual da população jovem no mundo, como a ampliação da faixa etária com as características da adolescência (OSÓRIO, 1998 apud FAUSTINI et al, 2003).

Do ponto de vista cronológico, a Organização Mundial da Saúde definiu a adolescência como sendo a faixa etária de 10 a 20 anos. De acordo com o critério físico, a adolescência abrange as modificações anatômicas e fisiológicas que transformam a criança em adulto, correspondendo ao período que vai desde o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e início da aceleração do crescimento, até o apogeu do desenvolvimento com a parada do crescimento (COLI, 1998 apud FAUSTINI et al, 2003).

Segundo o ponto de vista psicológico, o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas. Em nosso meio cultural, mostra períodos de elação, de introversão, alternando com audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse ou apatia, que se sucedem ou são concomitantes com conflitos afetivos, crises religiosas, nas quais se pode oscilar do ateísmo anárquico ao

misticismo fervoroso, intelectualizações e postulações filosóficas, ascetismo, condutas sexuais dirigidas para o heteroerotismo e até a homossexualidade ocasional. O que configura uma entidade semipatológica, que denominam “síndrome normal da adolescência”, que é perturbada e perturbadora para o mundo adulto, mas necessária, absolutamente necessária, para o adolescente, que neste processo vai estabelecer a sua identidade, sendo este o objetivo fundamental deste momento da vida (ABERASTURY, KNOBEL, 1992, apud FAUSTINI, et al, 2003). Para esses mesmos autores, o adolescente realiza três lutos fundamentais: a) o luto pelo corpo infantil perdido; b) o luto pelo papel e identidade infantis; e c) o luto pelos pais na infância.

Por fim, do ponto de vista social, a adolescência corresponde a um período da vida, no qual o indivíduo perde direitos e privilégios de criança e começa a assumir direitos e responsabilidades de adulto (COLI 1998, apud FAUSTINI, et al, 2003).

Para Donas, (1992), apud Faustini, (2003), na adolescência o processo de desenvolvimento adquire características muito especiais: a busca de identidade, de independência, criatividade, auto-estima, juízo crítico, sensibilidade, afetividade, elaboração de um projeto de vida, sexualidade e educação. O produto final do acontecer de todas as características leva o adolescente a definir o que considera um fato fundamental: o seu estilo de vida. Os jovens que desenvolvem um estilo de vida de alto risco, segundo Donas, (1992), apud Faustini, (2003), são aqueles que têm maiores probabilidades de padecer de Conflitos que julgamos os grandes problemas da adolescência, ou seja, os distúrbios de afetividade e de conduta, os distúrbios da aprendizagem, a gravidez indesejada, os problemas da violência social e ecológica, as doenças sexualmente transmissíveis, os acidentes que conduzem a seqüelas e mortes, suicídio drogas, entre outros. Enquanto os de baixo risco são

aqueles que não têm as características e as atividades que os expõem a desenvolver tais doenças, estados patológicos ou grandes distúrbios no processo da adolescência.

## **2.2- O ADOLESCENTE NO CONTEXTO BRASILEIRO**

Segundo dados do IBGE (2000), o Brasil possui 25 milhões de adolescentes na faixa de 12 e 18 anos, o que representa, aproximadamente, 15%(quinze por cento) da população. É um país repleto de contradições e marcado por uma intensa desigualdade social, reflexo da concentração de renda, tendo em vista que 01% da população rica detém 13,5% da renda nacional, contra os 50% mais pobres, que detém 14,4% desta. Essa desigualdade social, constatada nos indicadores sociais, traz conseqüências diretas nas condições de vida da população infanto-juvenil.

A maioria dos adolescentes brasileiros sobrevive miseravelmente e marginalizados, excluídos das estatísticas da educação e do mercado de trabalho. Muitos trabalham de forma ilegal na América Latina, sem benefícios da previdência social, baixos salários e más condições de trabalho, o que contribui para um alto risco à saúde. As sucessivas crises econômicas nos países da região têm como conseqüência a diminuição do tempo para as tarefas escolares e o abandono precoce da escola para iniciar no mercado de trabalho trabalhar (BENGUIGUI *et al.*, 1997 apud FAUSTINI, et al, 2003).

A desigualdade social apresentada nos remete a um aumento significativo da violência, aonde a população jovem vem sendo submetida a situações de vulnerabilidade. O abandono das crianças e adolescentes no Brasil, segundo

Marcílio (1998), sempre foi uma prática freqüente, com uma taxa de abandono que varia de acordo com o tempo e região. A autora referiu que no século XVIII, cerca de 5% das crianças livres eram abandonadas ao nascer.

Ainda, segundo essa autora, no século XVIII, foram criadas no país as primeiras instituições de amparo à criança abandonada, modelo esse copiado da Europa. Eram as Rodas dos Expostos, mecanismo em que a criança era depositada e com ajuda de uma engrenagem, era levada para dentro das Santas Casas, garantindo o anonimato da mãe. Segundo essa pesquisadora, foi a oficialização do abandono, estimulando a prática que levou a um grande aumento da taxa. Observa-se que quando as rodas foram fechadas, no começo e meados do século XX, o número de crianças abandonadas caiu.

Em seu estudo a autora considerou ainda, que a causa principal da prática de abandonar crianças era a pobreza e que era freqüente em zonas urbanas. E que em sociedade específica, como Minas Gerais, o abandono de filhos legítimos se dava pela dificuldade em formar família e fragilidade da própria família entre população mais carente.

Para Assis (2005), a história de atendimento a criança e ao adolescente no Brasil está dividida em três diferentes fases. A primeira refere-se ao período anterior à década de 20, caracterizado pelo filantropismo e assistencialismo, no qual a criança era tida como objeto de caridade e não sujeito de direitos. A segunda fase, entre as décadas de 20 e 80, teve como característica principal a criação de denso corpo jurídico /institucional corporificados pelo código de menores e pelas fundações assistenciais. A orientação básica era o atendimento ao menor em situação irregular, sendo este um “desviante”, quer seja por sua situação de orfandade, abandono, maus tratos ou cometimento de ato infracional. E a terceira fase reflete o momento

atual tendo como características o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos independentes da situação a qual se encontre e a atribuição de responsabilidade à sociedade ampla, onde família, sociedade e Estado, visa aplicação integral da nova lei, orientado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil,1990).

### **2.3- SITUAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM LEI NO BRASIL**

O termo delinqüente utilizado por pesquisadores na América do Norte é considerado pejorativo em nossa cultura. Sendo preferível o uso do termo adolescentes em conflito com a lei, pois ele implica em uma condição temporária (está em conflito) e não uma condição permanente como no caso do termo adolescente infrator (PEREIRA;MESTRINER, 1999 apud GALLO 2005)

Percebe-se que privação de direitos da criança e do adolescente apresenta-se ao longo da história demonstrado pela desigualdade econômica e social, o que dificulta o pleno crescimento e desenvolvimento de milhões de adolescentes, que se vêem aprisionados em comunidades em moradias inadequadas, restrições a bens de consumo e serviços, estigmas e preconceitos, má qualidade do ensino, relações familiares e interpessoais conflituosas e fragilizadas e violência em todas as esferas de convivência. Diante de todos esses fatos observa-se o aumento da prática de infrações por jovens, sendo reflexo da frágil condição da infância e da juventude no cenário do nosso país (ASSIS, 2005).

Os processos histórico e social das crianças e jovens brasileiros nos mostram que existe uma seqüência de privação de direitos essenciais à vida, alimentação, educação, saúde e lazer. A ausência desses direitos produz um

aumento de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, criminalidade, fome, abuso sexual, extermínio e mortalidade precoce (ASSIS, 2005).

A pobreza, a iniquidade e a discriminação produzem e mantêm uma população em risco de padecer dos chamados “grande problemas da adolescência”. O consumo de drogas é um dos principais problemas que a sociedade enfrenta atualmente e vem aumentando consideravelmente nas últimas décadas. Essa população está na mira do tráfico de drogas, pois é grande o espaço para o desenvolvimento dos que vivem dessa indústria e desse comércio. O uso excessivo de álcool aumentou na década de 1980. O consumo de tabaco, em contraste com a diminuição nos países desenvolvidos, está aumentando entre mulheres jovens. A droga ilícita mais usada é a maconha, que freqüentemente é consumida junto com o álcool e tabaco. Estima-se que de 10 a 30% dos adolescentes tenham tido a experiência de consumo. O uso de cocaína está aumentando na América Latina (BENGUIGUI *et al.*, 1997 apud FAUSTINI, *et al.*, 2003).

O Levantamento estatístico da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial dos Direitos Humanos de 2006 revela que o número total de internos no sistema socioeducativo de meio fechado no Brasil é de 15.426 adolescentes, sendo a maioria (10.446) na internação, seguidos da internação provisória (3.746) e da semiliberdade de (1.234). Observou-se um aumento expressivo na taxa de crescimento da lotação em meio fechado no país entre os anos de 2002- 2006, correspondendo a 28%, muito embora 18 estados apresentaram uma média superior. Os cinco estados com maior população de internos SP, RJ, RS, PE e PR (SEDH, 2006).

A Tabela 1 detalha por estado e região a lotação e a capacidade das unidades de atendimento socioeducativo por modalidade de internação e gênero.

Tabela 1: Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei-2006.

ESTADO E REGIÃO	LOTAÇÃO TOTAL	INTERNAÇÃO			
		MASCULINO		FEMININO	
		CAPACIDADE	LOTAÇÃO	CAPACIDADE	LOTAÇÃO
MG	833	437	289	15	15
RJ	1.159	406	615	40	0
SP	6.059	4.422	4.627	132	179
ES	331	137	121	10	7
<b>SUDESTE</b>	<b>8.382</b>	<b>5.402</b>	<b>5.652</b>	<b>197</b>	<b>201</b>
RN	186	86	119	10	4
AL	83	60	56	0	0
SE	130	40	56	10	4
PI	94	60	42	8	7
PE	1.016	343	691	10	29
PB	267	139	181	2	6
MA	113	55	75	10	7
CE	669	240	362	30	17
BA	257	150	93	10	7
<b>NORDESTE</b>	<b>2.815</b>	<b>1.173</b>	<b>1.675</b>	<b>90</b>	<b>81</b>
GO	224	359	154	56	10
MS	245	142	173	34	22
MT	253	126	151	10	6
DF	512	470	303	20	17
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>1.234</b>	<b>1.097</b>	<b>781</b>	<b>120</b>	<b>55</b>
PR	895	322	348	0	23
RS	1.110	612	878	33	13
SC	272	90	90	0	0
<b>SUL</b>	<b>2.277</b>	<b>1.024</b>	<b>1.316</b>	<b>33</b>	<b>36</b>
AP	137	40	70	10	-
PA	321	164	204	10	9
TO	49	58	28	0	0
AC	195	49	47	6	4
AM	109	81	61	15	1
RO	255	218	218	35	21
RR	17	30	9	4	0
<b>NORTE</b>	<b>1.083</b>	<b>640</b>	<b>637</b>	<b>80</b>	<b>35</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15.426</b>	<b>9.336</b>	<b>10.061</b>	<b>520</b>	<b>385</b>

Levantamento realizado pela SPDC/SEDH/PR em agosto de 2006<sup>a</sup> partir de dados enviados pelos gestores estaduais.

Segundo Rocha em 2002, havia no país 9.555 adolescentes em cumprimento de medida sócioeducativas de internação e internação provisória. Destes, 90% eram do sexo masculino; 76% tinham idade entre 16 e 18 anos; 63% não eram brancos e destes 97% eram afrodescendentes; 51% não freqüentavam a escola; 90% não concluíram o Ensino Fundamental; 49% não trabalhavam; 81% viviam com a família quando praticaram o ato infracional; 12,7% viviam em famílias que não possuíam renda mensal; 66% em famílias com renda mensal de até dois salários mínimos, e 85,6% eram usuários de drogas.

É longa a tradição assistencial-repressiva no âmbito do atendimento à criança e ao adolescente, principalmente para aqueles em conflito com a lei.

Segundo dados do Levantamento 2006 existiam 170 Unidades de atendimento socioeducativo que executam a medida de internação (Tabela 2).

TABELA 2: Número de Unidades por Modalidade e Gênero

MODALIDADE	ATÉ 40 LEITOS		MAIS DE 40 LEITOS		TOTAL	
	MACULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO
INTERNAÇÃO	52	31	85	2	137	33
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA	69	14	21	1	90	15
SEMILIBERDADE	74	12	5	-	79	12
SUBTOTAL	195	57	111	3	306	60
TOTAL	252		114		366	

Levantamento realizado pela SPDCA/SEDH/PR em agosto de 2006 partir de dados enviados pelos gestores estaduais.



As Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção de Jovens Privados de Liberdade estabelece o princípio - ratificado pelo ECA (artigos 94 e 124) - que o espaço físico das Unidades de privação de liberdade devem assegurar os requisitos de saúde e dignidade humana. Entretanto, 71% das direções das entidades e/ou programas de atendimento socioeducativo de internação pesquisadas em 2002 (ROCHA, 2002) afirmaram que o ambiente físico dessas Unidades não estavam adequados às necessidades da proposta pedagógica estabelecida pelo ECA.

Em estudo realizado por Cunha (2000), verificou-se que dentro do contexto socioeducativo, essas situações se confirmam, pois o ambiente como um todo é “adoecedor”, agravando a saúde do adolescente já prejudicada pelo processo de “institucionalização”, que, por si só prejudica o desenvolvimento do adolescente.

Ainda, segundo a mesma autora a história de vida dos adolescentes em conflito com a lei já vem tragicamente marcada por processos “adoecedores”. A desvalorização da vida faz parte do cotidiano, tornando-se visível em processos de automutilação, na falta de auto cuidado consigo mesmo, na agressividade das relações e no adormecimento dos sonhos e desejos.

Em Pernambuco, a situação de internamento de jovens revela uma supremacia não somente em relação aos vizinhos nordestinos, como também a outros locais do Brasil. Dados referentes a setembro de 2006, mostram que o Estado mantém, atualmente, 1.016 adolescentes nesse sistema e perde o posto de primeiro lugar apenas para São Paulo (com 6.059), Rio de Janeiro (com 1.159) e Rio Grande do Sul (com 1.110). Segundo dados da Secretaria de Direitos Humanos (SEDH), o internamento em Pernambuco corresponde a, cerca de 6.5 % da entrada em todo o País.

O fenômeno do adolescente envolvido com a prática de ato infracional é multideterminado e se inscreve no cenário da violência que tem inúmeras faces, expressões, sendo o crime apenas a face mais descarada e dramatizada. Existem muitos fatores de ordem econômica, histórica, política, social, cultural, psico-social e psicológica que o produzem numa combinação de aspectos, que se concretizam de modo absolutamente singular em cada história de vida, em cada biografia do adolescente. Portanto, a determinação da prática do ato infracional não é exclusivamente econômica (a pobreza), cultural (o consumismo), social (organização familiar) ou psicológica (perda de vínculos significativos) (GALLO, 2005).

Os fatores de risco que podem levar um adolescente à situação de conflito com a lei são condições e variáveis que estão associadas à alta probabilidade de ocorrências de resultados negativos ou indesejáveis ao desenvolvimento humano, sendo que dentre tais fatores encontram-se os comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo (WEBESTER-STRATTON, 1998 apud GALLO, 2005).

## **2.4 – AS CONDUTAS DE SAUDE DOS ADOLESCENTES**

A expressão comportamento de risco são fatores do estilo de vida que afetam negativamente a saúde e sobre as quais podemos ter controle, porque dependem da nossa vontade. São eles: o hábito o uso de drogas, o consumo de álcool, o sedentarismo, dietas insalubres, entre outras (BEM, 2003).

Carlini;Gazal;Gouveia(2000), afirmou que padrões do uso de cigarro, do álcool e de outras substâncias, hábitos alimentares, prática de exercícios físicos,

condutas violentas e comportamento no trânsito vêm sendo estudados na literatura por constituírem fatores contribuintes para o evento desses quadros.

As pesquisas sobre comportamentos de saúde entre jovens ainda são escassas e se concentram em questões ligadas à gravidez precoce, ao uso de anticoncepcionais (BORUCHOVITCH,1992; CAMARANO 1998 apud CARLINI-COTRIN; GAZAL-CARVALHO; GOUVEIA, 2000).

Estudos como de Carlini-Cotri;, Gazal-Carvalho; Gouveia, (2000) realizados na região metropolitana de São Paulo, evidenciaram que , entre os comportamentos de risco, o de maior prevalência foi na área de trânsito, em função de os motoristas não usarem cinto de segurança.

Os acidentes de trânsito acontecem na adolescência, em grande parte entre os estudantes do Ensino Médio. Assim, faz-se necessário um trabalho educacional para orientar esse nível de ensino (RODRIGUES, 2001 apud BEM, 2003).

Uma pesquisa realizada em 788 escolas de 283 municípios de São Paulo apontou que 72% dos estudantes sofriam de algum tipo de violência (WEISS; PADILHA, 1999 apud BEM, 2003).

Em um estudo realizado pela UNESCO (2003), as escolas e suas mediações deixam de ser áreas protegidas ou preservadas, tornando-se espaço incorporado a violência cotidiana.

Uso de arma e comportamentos violentos também são encontrados em estudos com estudantes americanos (LOFTIN et al., 1991; PATRICK et al, 1997; USDHHS, 2003 apud BEM, 2003).

O álcool é a substância mais ligada às mudanças de comportamento provocadas por efeitos psicofarmacológicos que têm como resultante a violência. Há evidências também de que a cocaína, os barbitúricos, as anfetaminas e os

esteróides têm propriedades que podem motivar atitudes, comportamentos e ações violentas (MINAYO 1998, apud BEM, 2003).

O estudo de Barros (1999), apud, Bem (2003), verificou associação entre o hábito de fumar e o uso de drogas, principalmente o álcool, onde seu uso varia de acordo com a idade, sexo e tipo de substância utilizada.

Um recente estudo, realizado por Marques,(2000), apud Bem( 2003) do qual participaram 3.139 estudantes da quinta série do ensino fundamental à terceira série do Ensino Médio de escolas públicas, possibilitou comparar as taxas de uso experimental do consumo de drogas ao longo da vida com as de uso habitual (últimos 30 dias): respectivamente, 77,7% e 19,5% para álcool, 34,9% e 4,6% para tabaco, 9,2% e 2,8% para inalantes, 7,1% e 1,6% para tranqüilizantes, 6,3% e 2,0% para maconha e 1,9% e 0,6% para cocaína.

No Brasil, outros estudos epidemiológicos a respeito do consumo de substâncias psicoativas foram realizados, e deles consta que as bebidas alcoólicas e o tabaco são as duas substâncias mais consumidas pela população de adolescentes escolares (CARLINI et al., 1989; GODOI et al., 1991; MUZA, 1991 apud BEM, 2003).

Os comportamentos sexuais de risco podem acarretar impacto na vida reprodutiva dos jovens, resultando em aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, como no caso de infecção pelo HIV (BEM, 2003).A primeira relação sexual é considerada um marco na vida do indivíduo e observa-se que tem ocorrido cada vez mais precoce. Essa antecipação da primeira relação sexual esta presente em diferentes extratos sociais sendo admitida como uma tendência generalizada (BORGES, 2005).

Em estudo realizado por Borges (2005) demonstrou que a primeira relação sexual ocorria em média aos 13,15 anos de idade. E ambos os sexos iniciaram sua vida sexual com parceiros (as) mais velhos (as).

Estudando a percepção da imagem corporal em adolescentes escolares de três grupos com diferentes níveis de atividade física (leve, moderado e intenso), Vasconcelos (2000), apud Bem (2003), verificou que 72% percebiam-se gordos.

## **2.5 – AS CONDUTAS DE SAUDE DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI**

Peres et al (2002), realizaram um estudo sobre a prevenção da aids com 275 adolescentes encarcerados em São Paulo, e verificou que 35% dos jovens já tinham sido feridos por arma de fogo ou faca, 12% experimentaram algum tipo de droga, e com relação ao álcool, 17% dos garotos afirmaram ter feito uso durante pelo menos 20 dias durante a internação. Com relação ao comportamento sexual, 98% dos garotos já tinham tido relação sexual, e 35% referiram 15 ou mais parceiros sexuais, 23% dos garotos eram pais, apesar de 97% considerar que a camisinha era um bom método para evitar a gravidez. Os jovens mostraram ter um bom nível de informação: 86% sabia que não havia cura para a AIDS. Porém com relação a prevenção, verificou-se que 72% dos jovens afirmaram já ter tido relação sexual com preservativo, porém apenas 9% afirmou que usou camisinha com todas(os) as(os) parceiros sexuais, e 30% a usaram na ultima relação sexual.

Em pesquisa sobre a prevalência do uso de drogas na FEBEM, em Porto Alegre, Ferigolo et al (2004), relataram que o consumo na vida de drogas lícitas, álcool e tabaco foi relatado respectivamente por 81,3% e 76,8% das 402 crianças e adolescentes com idades entre 10 a 20 anos entrevistadas. O tabaco apresentou prevalência mais elevada que o álcool nas categorias de uso no ano, no mês e consumo pesado. Dos entrevistados, 80,9% afirmaram já terem tido experimentado alguma droga ilícita. Entre as drogas de uso ilícito a maconha ocupou o primeiro lugar (69,2%), seguida pela cocaína(54,6%), solventes(49,2%), ansiolíticos(13,4%), alucinógenos(8,4%), anorexígenos(6,5%) e barbitúricos (2,4%). Em relação ao uso no ano, no mês e pesado, a prevalência seguiu o mesmo padrão do uso experimental para a maioria das drogas ilícitas. O estudo detectou uma associação positiva entre o uso de drogas lícitas e ilícitas. Dos entrevistados que utilizaram álcool pelo menos uma vez na vida, 84,6% afirmaram já ter utilizado tabaco, 80,1% maconha, 64,3% cocaína e 58,4% solventes. A autora afirmou que a probabilidade de um usuário de álcool usar experimentalmente o tabaco, maconha, cocaína ou solventes foi oito a 11 vezes maior do que entre os não usuários de álcool.

Ainda no referido estudo a autora relatou que entre os usuários de tabaco, 90% já usaram álcool, 86,6% maconha, 96,5% cocaína e 61,3% inalantes. A chance de um usuário de tabaco usar experimentalmente álcool, maconha, cocaína ou solventes foi de seis a 10 vezes maior do que a de um não-usuário de tabaco. Os entrevistados relataram outros problemas decorrentes do consumo de álcool, como, por exemplo; envolvimento com brigas (64%), faltas na escola(19%), faltas no trabalho(8,5%) envolvimento em algum tipo de acidente(5,5%), e infração no trânsito ao dirigir sob efeito do álcool(3,5%).

### **3 – PROPOSIÇÃO**

#### **3.1- OBJETIVO GERAL:**

- Investigar a conduta de saúde entre adolescentes em conflito com a lei.

#### **3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- descrever o comportamento no trânsito dos jovens pesquisados;
- verificar situações de violência contra si e contra terceiros entre os jovens pesquisados;
- determinar a prevalência de consumo de substâncias (tabaco, álcool, maconha e inalantes);
- descrever a prática sexual dos jovens pesquisados;
- avaliar a percepção do peso pelos jovens pesquisados.

## **4- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1- Tipo de Estudo**

Este é um estudo epidemiológico de corte transversal conduzido entre adolescentes em conflito com a lei, internos em instituições de atendimento socioeducativo.

### **4.2- Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada na Região Metropolitana do Recife - PE, com Adolescentes em Conflito com a Lei de Centros de Atendimento Sócioeducativos da Fundação da Criança e do Adolescente – FUNDAC.

A FUNDAC presta assistência à criança e ao adolescente em situação de vulnerabilidade pessoal e social no estado de Pernambuco, teve suas raízes no então “Serviço Social do Menor” (PERNAMBUCO, 2004).

Em 14 de junho de 1966, através da Lei nº 5.810, foi criada para fins específicos a Fundação do Bem Estar do Menor / FEBEM, entidade com personalidade jurídica de Direito Privado, a qual assumiu a responsabilidade pela assistência ao “menor abandonado ou infrator”, ligada à Secretaria de Justiça. Em



1975, passou a ser vinculada, para efeito de supervisão e fiscalização de suas ações à extinta Secretaria de Trabalho e Ação Social, ampliando no ano seguinte seu atendimento, através da implantação de Núcleos de Prevenção ao público do grande Recife e interior do Estado (PERNAMBUCO, 2004).

A FEBEM passou a denominar-se Fundação da Criança e do Adolescente (FUNDAC), através da Lei Complementar nº 03, art. Nº 17, de 22 de agosto de 1990, voltando a se vincular com a Secretaria da Justiça e de Cidadania, constituindo-se em pessoa jurídica de direito público, com natureza de fundação, regida por Estatuto, aprovado pelo Decreto nº 23.723, de 24 de outubro de 2001 (PERNAMBUCO, 2004).

Em 2003, vinculou-se à secretaria de Cidadania e Políticas Sociais, que devido à Reforma Administrativa do Estado deixou de ser denominada Secretaria da Justiça e Cidadania em vista do disposto na Lei Complementar nº 49, de 31 de janeiro de 2003. Atualmente, a secretaria da qual a FUNDAC é órgão integrante, denomina-se Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania (PERNAMBUCO, 2004).

A FUNDAC atua no âmbito do Estado de Pernambuco, de forma regionalizada, através de 15 unidades descentralizadas, responsáveis pelo atendimento de adolescentes em conflito com a lei, em 06 Regiões de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco, que são: Região de Desenvolvimento Metropolitano, Região de Desenvolvimento do Agreste Meridional, Região de desenvolvimento do Agreste Central, Região de Desenvolvimento Moxotó, Região de Desenvolvimento São Francisco e Região de Desenvolvimento da Mata Norte, nos municípios de: Recife, Cabo de Santo Agostinho, Abreu e Lima, Garanhuns, Arcoverde, Petrolina, Caruaru e Timbaúba (Figura 1).



Figura 1- Unidades de atendimento da FUNDAC do estado de Pernambuco

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atendimento Sócioeducativo – (CASE) de Abreu e Lima, município da região metropolitana do Recife, que atende adolescentes em conflito com a lei, que estão cumprindo pena em regime de privação de liberdade. Escolheu-se o CASE Abreu e Lima por este abrigar jovens de menor faixa etária.

O Diretor do CASE de Abreu e Lima informou que a capacidade atual da Unidade é de 90 adolescentes, embora estejam lotados 285 internos, dos quais alguns estão fora da faixa de idade, que seria de 12 a 17 anos. O maior problema da Unidade é a superlotação, pois lá se abriga um número quase três vezes maior do que sua capacidade. Os adolescentes são colocados nas celas sem se considerar a faixa etária, compleição física, gravidade da infração, tempo de internação e região de origem (urbana ou rural). Os alojamentos são divididos em 8 alas, distribuídas em torno de um pátio central, cada ala com, em média, 10 celas e, aproximadamente, cinco a sete adolescentes por cela, onde permanecem trancados na maior parte do tempo. A alimentação é disponibilizada no refeitório juntamente

com os funcionários. Os internos saem em número de seis, no máximo, por cela, para participarem de atividades físicas no pátio, ou para as atividades pedagógicas em sala de aula.

Há pouca ventilação e iluminação em todas as alas, tornando o ambiente propício para o desenvolvimento de doenças. Devido o grande número de adolescentes observa-se uma ociosidade permanente; falta de sistematização dos serviços técnicos; falta de colchões e colchonetes, tendo os adolescentes de dormirem no chão.

A equipe técnica é formada por cinco assistentes sociais; cinco psicólogas; três advogadas; uma nutricionista; dois médicos; dois cirurgiões-dentista; seis professoras; dois pedagogos; um professor de Educação Física e três auxiliares de Enfermagem.

#### **4.3- População**

A população deste estudo foi constituída por 285 adolescentes do sexo masculino, na faixa etária de 12-18 anos que cumpriam medida Sócioeducativa de Internação (privação de liberdade), em Centro de Atendimento Sócioeducativa – CASE, localizado no município de Abreu e Lima. Durante o período de coleta de dados essa população sofreu variações ao longo do desenvolvimento da pesquisa, devido à saída e entrada de adolescentes.

#### **4.4- Coleta dos Dados:**

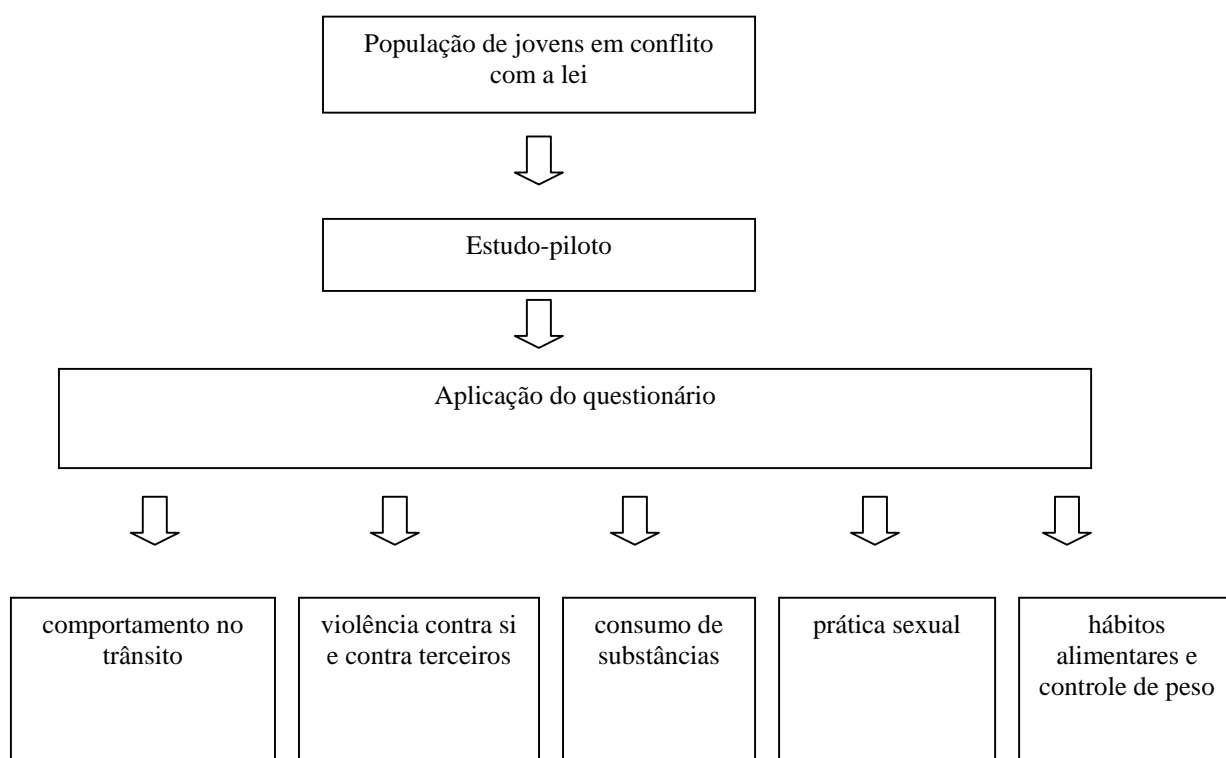
A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora, após autorização do Juiz de Direito da 3ª Vara da Infância e da Juventude da Capital e encaminhamento da mesma para a presidência da Fundação da Criança e do Adolescente – FUNDAC (Anexo 1) e agendamento com a direção do CASE - Abreu e Lima que disponibilizou os dias de 3ª e 5ª feira para que fosse realizada a pesquisa. A direção do CASE orientou para que fosse colocado em sala um número máximo de seis adolescentes. A coleta ocorreu logo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, no período de agosto a outubro de 2006. Antes da aplicação dos questionários, a própria pesquisadora foi em cada ala explicar o objetivo da pesquisa e da liberdade em participar, pois a mesma não tinha relação com dados que iriam para a equipe técnica do CASE. Como os menores estão sob a guarda do Estado não houve a necessidade de autorização dos pais, já que havia a autorização do Juiz, onde deixa claro a livre participação do adolescente.

##### **4.4.1- Instrumento de coleta de dados**

Para a coleta de dados foi utilizada uma versão reduzida do questionário de autopreenchimento utilizado pelo “Centers for Disease Control” para monitorar comportamentos de risco entre jovens americanos, traduzido e validado para jovens brasileiros por Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000) (Anexo 2). Este

questionário é composto de 84 perguntas, do tipo aberta e fechada, que procuram investigar as condutas relacionadas à: comportamento no trânsito; agressão contra si ou terceiros; consumo de substâncias tóxicas; consumo de álcool; comportamento sexual e controle de peso.

#### 4.5- Fluxograma



## **4.6 - Plano de Descrição dos Dados**

### **4.6.1 - Fase descritiva**

Na fase descritiva dos dados, foram obtidas distribuições absolutas, percentuais das variáveis nominais ou categóricas e medidas estatísticas das variáveis numéricas, como a média, mediana, desvio-padrão, coeficiente de variação. A verificação de possíveis erros de digitação dos dados brutos foi feita através da distribuição das freqüências no programa SPSS 11.0, pelo pesquisador, durante todo o processo da pesquisa.

### **4.6.2 - Fase analítica**

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas média, desvio padrão e coeficiente de variação da variável idade (Técnicas de estatística descritiva) e utilizado o teste Qui-quadrado de independência ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas.

Os dados foram digitados na planilha Excel. Para a obtenção dos cálculos estatísticos foram utilizados os programas SAS (Statistical Analysis System) na versão 8. A margem de erro ou nível de significância utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%.

#### **4.7- Considerações Éticas**

Para trabalhar com adolescentes menores de 18 anos é necessário segundo os princípios éticos de condução de pesquisas com seres humanos, além do consentimento do próprio adolescente, a autorização paterna para realização da intervenção. Como os adolescentes encontravam-se cumprindo medidas sócio educativas de internação, o pátrio poder encontrava-se temporariamente com o Estado, sendo este representado pelo Juiz da Vara da Infância e da Juventude (ECA, artigo 24 e 125). De acordo com a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, “toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa” (BRASIL, 1996). Sendo assim em maio de 2006, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, que após apreciação, o aprovou (Protocolo nº 079/06) (Anexo 3).

## 5- RESULTADOS

A população constou de 285 jovens, dos quais concordara em participar do estudo 241 adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos, correspondendo a um percentual de 84,26% do total dos sujeitos. De acordo com informações fornecidas pelo CASE, ao chegar à instituição, 51,8% tinham o ensino fundamental I e 41,4% o ensino fundamental II incompletos, 5,8% eram analfabetos e 0,9% cursavam o ensino médio. No CASE os jovens estão inseridos em atividades de ensino de acordo com sua escolaridade.

Quanto à procedência, 66,0% eram da capital do Estado, e 34,0% da região metropolitana do Recife e do interior.

O gráfico 1 mostra a distribuição da faixa etária dos sujeitos pesquisados.

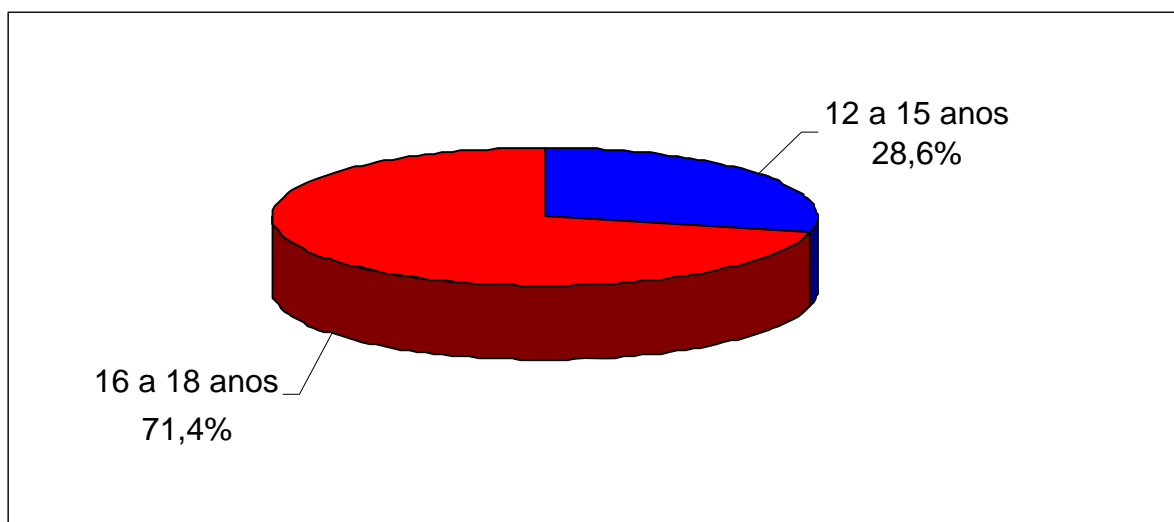


Gráfico 1- Distribuição dos jovens por faixa etária

Na Tabela 3, descreve-se a freqüência, dos comportamentos de risco a saúde dos jovens em conflito com a lei. Verifica-se que muitos dos adolescentes relataram



utilizar o cinto de segurança (30,3%), que (8,2%) faz uso sempre do capacete ao andar de moto. Chama-se atenção na população estudada a utilização da bicicleta foi de 92,1%, porém 88,8% referiram nunca usar o capacete ao utilizar esse transporte.

**Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto ao comportamento no trânsito segundo faixa etária**

Variável –	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		N	%	
	n	%	n	%			
<b>• Freqüência do uso cinto de Segurança ao andar de carro</b>							
Não andou de carro nos últimos 12 meses	9	13,0	24	14,0	33	13,7	p <sup>(1)</sup> = 0,829
Nunca	12	17,4	27	15,7	39	16,2	
Raramente	3	4,3	17	9,9	20	8,3	
Às vezes	13	18,8	31	18,0	44	18,3	
A maioria das vezes	10	14,5	22	12,8	32	13,3	
Sempre	22	31,9	51	29,7	73	30,3	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>Freqüência do uso de capacete andando de Motocicleta</b>							
Não andou de moto nos últimos 12 meses	10	14,5	27	15,7	37	15,4	p <sup>(1)</sup> = 0,977
Nunca	13	18,8	34	19,8	47	19,5	
Raramente	6	8,7	11	6,4	17	7,1	
Às vezes	13	18,8	28	16,3	41	17,0	
A maioria das vezes	6	8,7	14	8,1	20	8,3	
Sempre	21	30,4	58	33,7	79	32,8	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Freqüência do uso de capacete andando de bicicleta</b>							
Não andou de bicicleta nos últimos 12 meses	3	4,3	16	9,3	19	7,9	p <sup>(2)</sup> = 0,042*
Nunca	61	88,4	153	89,0	214	88,8	
Raramente	1	1,4	-	-	1	0,4	
Às vezes	2	2,9	-	-	2	0,8	
A maioria das vezes	-	-	-	-	-	-	
Sempre	2	2,9	3	1,7	5	2,1	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Andar em carro dirigido por alguém que havia tomado bebida alcoólica nos últimos 30 dias</b>							
Não andou de carro nos últimos 30 dias	31	44,9	85	49,4	116	48,1	p <sup>(2)</sup> = 0,469
Nenhuma	34	49,3	67	39,0	101	41,9	
Uma vez	1	1,4	8	4,7	9	3,7	
Duas ou 3 vezes	2	2,9	5	2,9	7	2,9	
4 ou 5 vezes	1	1,4	2	1,2	3	1,2	
6 ou mais vezes	-	-	5	2,9	5	2,1	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(\*) – Associação significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

Como mostra a Tabela 4, que 79,7% dos adolescentes relataram utilizar uma arma do tipo revolver, faca ou pau. A maioria dos adolescentes relataram algum envolvimento em brigas com agressão física.

Tabela 4 – Caracterização da violência contra si e contra terceiros segundo faixa etária

Variável –	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Frequência do porte de arma, tipo revolver, faca ou pau</b>							
Nenhuma	14	20,3	35	20,3	49	20,3	p <sup>(1)</sup> = 0,282
1 vez	12	17,4	35	20,3	47	19,5	
2 a 3 vezes	9	13,0	22	12,8	31	12,9	
4 a 5 vezes	2	2,9	13	7,6	15	6,2	
6 a 7 vezes	3	4,3	5	2,9	8	3,3	
8 a 9 vezes	-	-	1	0,6	1	0,4	
10 a 11 vezes	4	5,8	1	0,6	5	2,1	
12 vezes ou mais	25	36,2	60	34,9	85	35,3	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Envolvimento em briga com agressão física</b>							
Nenhuma	36	52,2	78	45,3	114	47,3	p <sup>(1)</sup> = 0,964
1 vez	8	11,6	29	16,9	37	15,4	
2 a 3 vezes	8	11,6	20	11,6	28	11,6	
4 a 5 vezes	2	2,9	7	4,1	9	3,7	
6 a 7 vezes	1	1,4	4	2,3	5	2,1	
8 a 9 vezes	1	1,4	3	1,7	4	1,7	
10 a 11 vezes	2	2,9	3	1,7	5	2,1	
12 vezes ou mais	11	15,9	28	16,3	39	16,2	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Envolvimento com briga com, com agressão física da qual saiu machucado e precisou de cuidados ou curativos</b>							
Nenhuma	50	72,5	140	81,4	190	78,8	p <sup>(1)</sup> = 0,166
1 vez	7	10,1	18	10,5	25	10,4	
2 a 3 vezes	4	5,8	6	3,5	10	4,1	
4 a 5 vezes	3	4,3	1	0,6	4	1,7	
6 ou mais vezes	5	7,2	7	4,1	12	5,0	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Com quem brigou na última vez</b>							
Nunca entrou numa briga com agressão física	32	46,4	74	43,0	106	44,0	p <sup>(1)</sup> = 0,476
Desconhecido	17	24,6	37	21,5	54	22,4	
Alguém que conheço ou amigo(a)	14	20,3	44	25,6	58	24,1	
Namorada	-	-	2	1,2	2	0,8	
Pais, irmão, irmã ou outros familiares	3	4,3	2	1,2	5	2,1	
Outras pessoas não citadas	2	2,9	4	2,3	6	2,5	
Mais do que uma das pessoas citadas	1	1,4	9	5,2	10	4,1	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste Exato de Fisher.

Continua Tabela 4 na página seguinte.

## Continuação da Tabela 4

Tabela 4 – Caracterização da violência contra si e contra terceiros segundo faixa etária

Variável – PERG. 10, 11, 12	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>• plano de como suicídio nos últimos 12 meses</b>							
Sim	6	8,7	16	9,3	22	9,1	p <sup>(1)</sup> = 0,882
Não	63	91,3	156	90,7	219	90,9	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Tentativa suicídio nos últimos 12 meses</b>							
Nenhuma	65	94,2	160	93,0	225	93,4	p <sup>(2)</sup> = 0,594
1 vez	1	1,4	7	4,1	8	3,3	
2 a 3 vezes	3	4,3	4	2,3	7	2,9	
4 a 5 vezes	-	-	-	-	-	-	
6 vezes ou mais	-	-	1	0,6	1	0,4	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Tentativa suicídio nos últimos 12 meses Que exigiu cuidados médicos</b>							
Não tentou suicídio nos últimos 12 meses	62	89,9	159	92,4	221	91,7	p <sup>(2)</sup> = 0,233
Sim	-	-	4	2,3	4	1,7	
Não	7	10,1	9	5,2	16	6,6	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

A Tabela 5 mostra a prevalência do consumo das substâncias tabaco e álcool. Observa-se elevado consumo de tabaco (87,6%) e álcool (64,7%)

Tabela 5 – Relação entre o consumo de substâncias, tabaco e álcool segundo faixa etária

Variável	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		n	%	
	n	%	n	%			
<b>• Experimentou Cigarro</b>							
Sim	65	94,2	146	84,9	211	87,6	p <sup>(1)</sup> = 0,048*
Não	4	5,8	26	15,1	30	12,4	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Fumou cigarro nos últimos 12 meses</b>							
Sim	63	91,3	137	79,7	200	83,0	p <sup>(1)</sup> = 0,030*
Não	6	8,7	35	20,3	41	17,0	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Número de dias que fumou cigarro nos Últimos 30 dias</b>							
Nenhum	9	13,0	37	21,5	46	19,1	p <sup>(2)</sup> = 0,731
1 a 2 dias	3	4,3	6	3,5	9	3,7	
3 a 5 dias	2	2,9	6	3,5	8	3,3	
6 a 9 dias	1	1,4	1	0,6	2	0,8	
10 a 19 dias	3	4,3	8	4,7	11	4,6	
20 a 29 dias	1	1,4	4	2,3	5	2,1	
Nos 30 dias	50	72,5	110	64,0	160	66,4	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Tentativa de parar de fumar?</b>							
Nunca fumou	5	7,2	28	16,3	33	13,7	p <sup>(1)</sup> = 0,118
Sim	48	69,6	99	57,6	147	61,0	
Não	16	23,2	45	26,2	61	25,3	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses</b>							
Nenhum dia	17	24,6	68	39,5	85	35,3	p <sup>(1)</sup> = 0,004*
1 dia	17	24,6	19	11,0	36	14,9	
2 dias	11	15,9	14	8,1	25	10,4	
3 a 5 dias	11	15,9	14	8,1	25	10,4	
6 a 9 dias	3	4,3	7	4,1	10	4,1	
10 a 19 dias	2	2,9	10	5,8	12	5,0	
20 dias ou mais	8	11,6	40	23,3	48	19,9	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias</b>							
Nenhum dia	54	78,3	135	78,5	189	78,4	p <sup>(2)</sup> = 0,951
1 a 2 dias	11	15,9	22	12,8	33	13,7	
3 a 5 dias	2	2,9	4	2,3	6	2,5	
6 a 9 dias	1	1,4	6	3,5	7	2,9	
10 a 19 dias	-	-	2	1,2	2	0,8	
20 a 29 dias	-	-	1	0,6	1	0,4	
Nos 30 dias	1	1,4	2	1,2	3	1,2	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(\*) – Associação significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

Continua Tabela 5 na página seguinte.

### Continuação da Tabela 5

Tabela 5 – Relação entre o consumo de substâncias, tabaco e álcool segundo faixa etária

Variável –	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		n	%	
	n	%	n	%			
<b>• Companhia na última ocasião que consumiu</b>							
<b>Bebida alcoólica</b>							
Nunca bebeu uma dose de bebida	13	18,8	52	30,2	65	27,0	p <sup>(1)</sup> = 0,188
Estava sozinho, sem ninguém conhecido por perto	8	11,6	11	6,4	19	7,9	
Estava com amigos	33	47,8	69	40,1	102	42,3	
Estava com a namorada	8	11,6	25	14,5	33	13,7	
Estava com pais, irmãos e outros parentes	6	8,7	8	4,7	14	5,8	
Mais de uma alternativa	1	1,4	7	4,1	8	3,3	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Onde consumiu bebida alcoólica na última vez</b>							
Nunca bebeu uma dose de bebida	13	18,8	50	29,2	63	26,3	p <sup>(2)</sup> = 0,569
Num bar, lanchonete ou padaria	26	37,7	50	29,2	76	31,7	
Na rua, praça, teatro ou outros espaços públicos	12	17,4	32	18,7	44	18,3	
Em casa, na casa de amigos ou da namorada	13	18,8	27	15,8	40	16,7	
Na escola	1	1,4	4	2,3	5	2,1	
Outros	4	5,8	8	4,7	12	5,0	
<b>TOTAL<sup>(3)</sup></b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>171</b>	<b>100,0</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>	
(3) – Para um pesquisado não se dispõe desta informação.							
<b>• Nas ocasiões em que entrou em uma briga com agressão, você havia tomado bebida alcoólica</b>							
Não me envolvi em briga com agressão física nos últimos 12 meses	33	47,8	82	47,7	115	47,7	p <sup>(2)</sup> = 0,345
Sim, todas as vezes	1	1,4	12	7,0	13	5,4	
Sim, algumas vezes	7	10,1	22	12,8	29	12,0	
Sim, algumas vezes	28	40,6	55	32,0	83	34,4	
Não, não havia bebido nenhuma vez	-	-	1	0,6	1	0,4	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

Observa-se na Tabela 6 que, 68,9% dos adolescentes afirmaram já terem experimentado algum produto inalante na vida e 51,5% inalou algum produto nos últimos 12 meses. Quando utilizaram essas substâncias, os jovens estavam com amigo (43,2%) e estavam na rua, praça, terreno ou outro espaço público (52, %). O uso na vida da maconha representou um percentual de 81,3% e o uso no ano de 62,7%. Quando comparadas a faixa etária observou-se que os jovens de 12 a 15 anos obtiveram um percentual maior, tanto de uso na vida quanto no ano.

Tabela 6 – Relação do uso de outras substâncias (inalantes e maconha) segundo faixa etária

Variável	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		n	%	
	n	%	n	%			
<b>• Usou produto inalante na sua vida,</b>							
Sim	52	75,4	114	66,3	166	68,9	p <sup>(1)</sup> = 0,169
Não	17	24,6	58	33,7	75	31,1	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Usou produto inalante nos últimos 12 meses</b>							
Sim	40	58,0	84	48,8	124	51,5	p <sup>(1)</sup> = 0,200
Não	29	42,0	88	51,2	117	48,5	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Usou produto inalante nos últimos 30 dias</b>							
Nenhum	57	82,6	144	83,7	201	83,4	p <sup>(2)</sup> = 0,875
1 a 2 dias	5	7,2	11	6,4	16	6,6	
3 a 5 dias	5	7,2	10	5,8	15	6,2	
6 a 9 dias	2	2,9	3	1,7	5	2,1	
10 a 19 dias	-	-	1	0,6	1	0,4	
20 a 29 dias	-	-	-	-	-	-	
Nos 30 dias	-	-	3	1,7	3	1,2	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Companhia na última ocasião que fez uso de produto inalante</b>							
Nunca usou inalantes	18	26,1	61	35,5	79	32,8	p <sup>(2)</sup> = 0,186
Estava sozinho, sem ninguém conhecido por perto	13	18,8	31	18,0	44	18,3	
Estava com um amigo(a)	33	47,8	71	41,3	104	43,2	
Estava com a namorada	2	2,9	4	2,3	6	2,5	
Estava com pais, irmão ou outros parentes	3	4,3	1	0,6	4	1,7	
Mais de uma alternativa	-	-	4	2,3	4	1,7	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Local Onde você usou produto inalantes na última ocasião</b>							
Nunca usou inalantes	17	24,6	60	34,9	77	32,0	p <sup>(2)</sup> = 0,297
Na rua, praça, terreno ou outro espaço público	42	60,9	85	49,4	127	52,7	
Em casa, na casa de amigo(a) ou namorada	7	10,1	12	7,0	19	7,9	
Na escola	-	-	3	1,7	3	1,2	
Outros	3	4,3	12	7,0	15	6,2	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

Continua Tabela 6 na página seguinte.

### Continuação da Tabela 6

Tabela 6 – Relação do uso de outras substâncias (inalantes e maconha) segundo faixa etária

Variável –	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Experimentou maconha</b>							
Sim	60	87,0	136	79,1	196	81,3	p <sup>(1)</sup> = 0,156
Não	9	13,0	36	20,9	45	18,7	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Fumou maconha nos últimos 12 meses</b>							
Sim	46	66,7	105	61,0	151	62,7	p <sup>(1)</sup> = 0,415
Não	23	33,3	67	39,0	90	37,3	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Fumou maconha nos últimos 30 dias</b>							
Sim	13	18,8	39	22,7	52	21,6	p <sup>(1)</sup> = 0,513
Não	56	81,2	133	77,3	189	78,4	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na tabela 7 verificou-se que a maioria dos jovens já haviam recebido informação sobre AIDS, porém quando questionados se já haviam conversado sobre AIDS com seus pais ou outros adultos da família, a maioria respondeu negativamente. Verificou-se que 95,4% dos adolescentes já tinham tido relação sexual, sendo a maioria com mais de um parceiro, e 64,7% usou preservativo na última vez que teve relação sexual. O método utilizado pelo adolescente ou sua parceira para prevenir a gravidez foi o preservativo ou camisinha em 41,9% dos casos e apenas 29,8% tem certeza que fez alguém ficar grávida.

Tabela 7– Caracterização da prática sexual e informação sobre AIDS, segundo faixa etária

Variável –	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Já recebeu informações sobre AIDS</b>							
Sim	36	52,2	101	58,7	137	56,8	p <sup>(1)</sup> = 0,187
Não	33	47,8	66	38,4	99	41,1	
Não me lembro	-	-	5	2,9	5	2,1	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Já conversou sobre AIDS com seus pais ou outros adultos da sua família</b>							
Sim	15	21,7	59	34,3	74	30,7	p <sup>(2)</sup> = 0,127
Não	52	75,4	106	61,6	158	65,6	
Não se lembra	2	2,9	7	4,1	9	3,7	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Já teve relação sexual com alguém</b>							
Sim	62	89,9	168	97,7	230	95,4	p <sup>(1)</sup> = 0,014*
Não	7	10,1	4	2,3	11	4,6	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Na vida, com quantas pessoas você já teve relação sexual</b>							
Nunca teve relação sexual	6	8,7	3	1,7	9	3,7	p <sup>(1)</sup> = 0,021*
1 pessoa	8	11,6	19	11,0	27	11,2	
2 pessoas	11	15,9	13	7,6	24	10,0	
3 pessoas	5	7,2	12	7,0	17	7,1	
4 pessoas	5	7,2	13	7,6	18	7,5	
5 pessoas	5	7,2	6	3,5	11	4,6	
6 pessoas ou mais	29	42,0	106	61,6	135	56,0	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Usou preservativo na última vez que teve relação sexual</b>							
Nunca teve relação sexual	5	7,2	3	1,7	8	3,3	p <sup>(2)</sup> = 0,067
Sim	40	58,0	116	67,4	156	64,7	
Não	24	34,8	53	30,8	77	32,0	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Tomou alguma bebida alcoólica ou droga antes de ter relação sexual na última vez</b>							
Nunca teve relação sexual	5	7,2	3	1,7	8	3,3	p <sup>(2)</sup> = 0,097
Sim	28	40,6	72	41,9	100	41,5	
Não	36	52,2	97	56,4	133	55,2	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(\*) – Associação significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste Exato de Fisher.

(2) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Continua Tabela 7 na página seguinte.



### Continuação da Tabela 7

Tabela 7 – Caracterização da prática sexual e informação sobre AIDS segundo faixa etária

Variável	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Método para prevenir a gravidez na última vez que você teve relação sexual</b>							
Nunca manteve relação sexual	6	8,7	3	1,7	9	3,7	p <sup>(1)</sup> = 0,145
Nenhum método foi usado	21	30,4	50	29,1	71	29,5	
Pílulas anticoncepcionais	3	4,3	19	11,0	22	9,1	
Preservativo ou camisinha	28	40,6	73	42,4	101	41,9	
Coito interrompido	3	4,3	5	2,9	8	3,3	
Outros métodos	-	-	1	0,6	1	0,4	
Não tenho certeza	8	11,6	21	12,2	29	12,0	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Frequência com que fez alguém ficar grávida</b>							
Nenhuma	46	66,7	87	50,6	133	55,2	p <sup>(2)</sup> = 0,131
1 vez	10	14,5	40	23,3	50	20,7	
2 vezes ou mais	6	8,7	16	9,3	22	9,1	
Não tem certeza	7	10,1	29	16,9	36	14,9	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste Exato de Fisher.

(2) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A tabela 8 mostra a percepção que o adolescente tem do seu corpo em relação ao seu peso. Observa-se que 49,4% não se considera nem gordo, nem magro e que 39,0% estão tentando ganhar peso, seguido de 36,5% que não estão tentando fazer nada.

Tabela 8 – Caracterização do peso corporal da amostra segundo faixa etária

Variável	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	12 a 15		16 a 18		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Descrição do corpo em relação ao peso</b>							
Muito gordo	2	2,9	5	2,9	7	2,9	p <sup>(1)</sup> = 0,762
Um pouco gordo	10	14,5	25	14,5	35	14,5	
Não é gordo, nem magro	32	46,4	87	50,6	119	49,4	
Um pouco magro	12	17,4	34	19,8	46	19,1	
Muito magro	13	18,8	21	12,2	34	14,1	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• O que vem tentando fazer em relação ao próprio peso</b>							
Perder peso	4	5,8	10	5,8	14	5,8	p <sup>(1)</sup> = 0,927
Ganhar peso	28	40,6	66	38,4	94	39,0	
Manter o mesmo peso	23	33,3	65	37,8	88	36,5	
Não está tentando fazer nada	14	20,3	31	18,0	45	18,7	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Fez alguma dieta para perder ou para controlar o peso nos últimos 12 meses</b>							
Sim	3	4,3	14	8,1	17	7,1	p <sup>(2)</sup> = 0,409
Não	66	95,7	158	91,9	224	92,9	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Tomou algum laxante ou provocou vômito com a intenção de perder ou controlar seu peso nos últimos 30 dias</b>							
Sim	-	-	-	-	-	-	**
Não	69	100,0	172	100,0	241	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Tomou pílulas para dieta afim de perder ou controlar seu peso nos últimos 30 dias</b>							
Sim	-	-	-	-	-	-	**
Não	69	100,0	172	100,0	241	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(\*\*) – Não foi possível determinar devido a ocorrência de frequência nula para uma das categorias.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

Observou-se associação entre o uso de tabaco e maconha entre os jovens (p<0,001) Tabela 9.

Tabela 9 – Associação entre consumo de bebida alcoólica, uso de maconha nos últimos 12 meses e prática sexual com o uso do tabaco

Variável – PERG. 17, 28, 32	Uso do Tabaco				Grupo Total		Valor de p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
<b>• Consumo de bebida alcoólica</b>							
Nenhum dia	64	32,0	21	51,2	85	35,3	p <sup>(1)</sup> = 0,152
1 dia	28	14,0	8	19,5	36	14,9	
2 dias	21	10,5	4	9,8	25	10,4	
3 a 5 dias	22	11,0	3	7,3	25	10,4	
6 a 9 dias	10	5,0	-	-	10	4,1	
10 a 19 dias	11	5,5	1	2,4	12	5,0	
20 dias ou mais	44	22,0	4	9,8	48	19,9	
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Usou maconha</b>							
Sim	136	68,0	15	36,6	151	62,7	p <sup>(2)</sup> < 0,001*
Não	64	32,0	26	63,4	90	37,3	
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Prática de relação sexual</b>							
Sim	191	95,5	39	95,1	230	95,4	p <sup>(1)</sup> = 1,000
Não	9	4,5	2	4,9	11	4,6	
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	

(\*) – Associação significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste exato de Fisher.

(2) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

## **6- DISCUSSÃO**

A discussão deste estudo foi organizada para uma melhor sistematização em itens distribuídos conforme a análise dos dados obtidos através do instrumento utilizado, informações adicionais e sugestões.

### **6.1- Análise dos Dados obtidos através do instrumento utilizado**

No presente estudo, foram analisados adolescentes do sexo masculino, na faixa etária de 12 a 18 anos, que cumpriam medidas sócio educativa de privação de liberdade no Centro de Atendimento Sócio Educativo – CASE, no município de Abreu e Lima, segundo as condutas de saúde. A taxa de participação das adolescentes foi de 84,26%.

A média de idade onde se concentra o maior número de adolescente em conflito com a lei foi 15,8 anos. A média encontrada neste estudo está em consonância com a encontrada de outros estados do Brasil no Levantamento Nacional do atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei (SEDH, 2006) e (ASSIS,1999).

Trabalhar as questões para a promoção da saúde de adolescentes em conflito com a lei se torna um desafio, uma vez que, a vida desses jovens é marcada pela violência, uso e convivência com usuários de álcool ou outras drogas além das dificuldades da própria adolescência que é um momento de adaptação ao processo de mudanças.

O uso de cigarro, consumo de álcool e de outras substâncias, condutas violentas, comportamento no trânsito, e comportamento sexual de risco são alguns dos tópicos mais estudados no Departamento de saúde dos Estados Unidos e Estudos da Rede Européia. No Brasil os estudos são apenas regionais (BEM, 2003).

Em relação às condutas de saúde do adolescente em conflito com a lei, os estudos são ainda mais escassos. Alguns estudos no Brasil, como os de: Miranda;Zago (2001), Peres (2002), Carvalho (2003), Ferigolo;Barbosa;Arbo(2004) e Peres (2006), referiam avaliação isolada de alguns comportamentos de risco desses jovens.

Neste sentido, avaliou-se as condutas de saúde do adolescente em conflito com a lei quanto ao comportamento no trânsito, violência contra si e contra terceiros, consumo de substâncias, prática sexual e percepção do seu corpo em relação a seu peso.

Os comportamentos adotados pelos adolescentes, associados a um quadro precário quanto às condições físicas, materiais e humanas das unidades de internação, assim como da população acima de sua capacidade de atendimento, podem prejudicar o processo de crescimento e desenvolvimento desses jovens.

Dentre as condutas de risco a que estão expostos os adolescentes inclui-se a violência no trânsito. Apenas 30,3% dos adolescentes deste estudo relataram sempre usar o cinto de segurança.

Esse estudo revelou que a locomoção em bicicletas é uma prática comum, 88,8% da população, e que é realizada sem o uso do capacete. Com relação ao uso do capacete ao andar de moto foi relatado por apenas 32,8%. Ressalta-se que o uso elevado do capacete nesta população se dá pelo fato do capacete ser uma proteção para o cometimento de atos delitivos para que o mesmo não seja reconhecido.

O fenômeno da violência, causadas pelo envolvimento em brigas dentro e fora do ambiente escolar (UNESCO, 2003), é outro comportamento que coloca em risco a vida e a saúde dos adolescentes. Envolvimento em brigas com agressão física foi relatado pela maioria dos adolescentes. Os dados encontrados foram semelhantes aos de Carlin-Cotrim; Gazal-Carvalho; Gouveia (2000).

Os dados do estudo indicaram que a proporção do porte de arma do tipo revolver, faca ou pau foi bastante elevado, 79,7% se comparados com os encontrados por Carlin-Cotrim; Gazal-Carvalho; Gouveia (2000), de 7,9% para escolares de São Paulo. Considerando os adolescentes em conflito com a lei como uma população vulnerável a esse tipo de comportamento, pois estão mais expostos a incidentes violentos.

Comportamentos de risco acompanham a vida dos adolescentes. CARLIN-Carlin-Cotrim; Gazal-Carvalho; Gouveia (2000), apontaram tentativa de suicídio com uma maior frequência em mulheres. Talvez por se tratar de uma população masculina de jovens em conflito com a lei, a amostra desse estudo apresentou uma baixa frequência quanto à tentativa de suicídio.

Grande parte dos agravos que provocam morbidade e mortalidades entre a população de adolescentes está relacionado com seus hábitos e costumes (alimentação, consumo de tabaco, álcool, drogas, conduta sexual e outros) o qual confirma que o estilo de vida é um dos principais determinantes de saúde.

Com relação ao consumo de tabaco e álcool, o resultado deste estudo, indicou que entre as drogas consideradas lícitas, a de maior consumo foi o tabaco (87,6%), enquanto que o álcool foi consumido por 64,7% dos adolescentes. Analisando a literatura sobre o tema observa-se que o tabaco é o principal fator de risco para a saúde. Dados da OMS (2003), estima que no Brasil o número de

fumantes é de 35 milhões e que desse total, 3 milhões está na faixa etária de 10 a 19 anos. Assis (2005) afirmou que quem começa a fumar nessa fase da vida tem mais chances de fumar por mais tempo.

Neste estudo, observou-se maior consumo de tabaco (91,3%) entre os mais jovens. No entanto, outro estudo indicou que o uso do tabaco vem crescendo conforme a idade (HORTA, 2001).

Apesar da legislação brasileira proibir a venda de bebidas alcoólicas e tabaco a menores de 18 anos a maioria dos adolescentes não tem dificuldades para conseguir essas substâncias por Pechasky (1998), apud Ferigolo;Barbosa;Arbo(2004)

A violência cresce a cada dia em todo país e nos mais diversos locais, reflexo das diferenças socioeconômicas que estabelece relação entre violência e a pobreza, vadiagem e marginalidade. Com isso, observa-se que consumo de substâncias ilícitas utilizadas pelo adolescente é anterior a sua institucionalização. Neste estudo, as drogas ilícitas investigadas foram os inalantes e a maconha, que apresentaram seu uso na vida respectivamente 68,9% e 81,3%. Entre os inalantes a “loló” e a “cola” foram os mais citados, a cola é a droga de iniciação dos adolescentes em conflito com a lei, seguida pela maconha. Ferigolo;Barbosa;Arbo(2004) afirmaram que o uso de drogas é parte de um problema de atos infracionais e de violência envolvendo crianças e adolescentes.

Para melhor compreender os comportamentos adotados pelos adolescentes é preciso esclarecer a definição de saúde que “é muito mais a que ausência de doença”, como relatou a OMS. Considera-se saúde resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego,

lazer, liberdade, acesso à posse da terra e aos serviços de saúde, conceito esse dado pela VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986.

É na adolescência que o indivíduo adota condutas, estilo de vida ou comportamentos que vão colocar em risco sua saúde. Esse comportamento adotado no dia-dia representa um dos moduladores dos níveis de saúde e qualidade de vida das pessoas.

Os comportamentos sexuais de risco podem acarretar impacto na vida reprodutiva dos jovens resultando em aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, como de infecção pelo HIV. A primeira relação sexual é considerada um marco na vida do indivíduo e observa-se que tem ocorrido cada vez mais precoce. Essa antecipação da primeira relação sexual esta presente em diferentes extratos sociais sendo admitida como uma tendência generalizada.

A maioria dos adolescentes pesquisados relataram ter acesso a informações sobre os riscos da AIDS e estratégias para diminuir os riscos, no entanto não adotaram medidas de sexo seguro. Neste estudo, verificou-se que 95,4% dos adolescentes em conflito com a lei já tiveram relação sexual, e a maioria com mais de um parceiro, sendo considerado fator de risco para aquisição de HIV sendo esta porcentagem, superior à encontrada em outros trabalhos (BAILEY, 1998 FORSTE, 1998, apud RIGATO, 2002).

Entre os adolescentes com vida sexual ativa incluídos neste estudo apenas 64,7% relataram usar preservativos na última relação sexual. Peres (2002) afirmou que o uso do preservativo ficou mais popular, e sua frequência de uso cresceu entre os jovens desde 1993, devido às campanhas educativas e a mídia. E que os jovens de 16 a 25 anos de idade, 87% afirmaram usar camisinha conscientemente com parceiros casuais, 24%, em todas as relações sexuais, e 90% declarou que não



teriam relação sexual com alguém que conhecessem recentemente e se recusasse a usar o preservativo. A relação entre o uso de drogas e comportamento sexuais de risco é resultado de uma complexa confirmação de fatores culturais, comportamentais e circunstâncias.

## **6.2- Informações Adicionais**

Faz-se necessário refletir sobre o modo de como se comportaram os adolescentes do presente estudo em relação às condutas de saúde adotadas. Os jovens em conflito com a lei vivem em um contexto de altíssima vulnerabilidade social, frente a comportamentos ou estilos de vida que colocam em risco sua vida e sua saúde.

A unidade de internação que abriga esses jovens é um ambiente caótico e violento, com poucos recursos para se trabalhar a promoção da saúde de forma adequada.

Durante as visitas para a coleta de dados desse estudo foram observadas as condições dos jovens na instituição, assim foi possível obter algumas informações em conversas informais.

Em relação à situação de violência, de acordo com o relato dos jovens, é um comportamento vivenciado pela grande maioria na família de forma rotineira. Em muitos casos, o pai ou a mãe encontra-se privado de liberdade, por homicídio, roubo, tráfico de drogas, entre outros. Evidencia-se um processo de desagregação familiar.

Quando respondiam as questões relativas ao plano de suicidar-se, foi de chamar a atenção os comentários, do tipo “que isso tia, agente se matar?. Agente pensa em matar os outros”. Observa-se a banalização da morte.

Com relação aos aspectos ligados à saúde há visível presença de lesões de pele na maioria dos jovens, provocadas por “escabiose”. Observou-se grande número de adolescentes com tatuagens, algumas com características de processo inflamatório, pois as mesmas são realizadas pelos próprios adolescentes, utilizando-se de agulhas em condições suspeitas de conservação e higiene.

Observou-se, durante a aplicação dos questionários, que alguns jovens já apresentavam tremores de extremidades, provavelmente devido ao alto grau de comprometimento que algumas drogas exercem no seu organismo. Os jovens comentaram que, além de utilizar os inalante loló e a cola, utilizam também comprimidos, como rohipinol e astanio, que são medicações controladas, referindo fácil acesso de compra dos mesmos quando estão na rua.

As questões quanto às práticas sexuais, repercutiram vários comentários em todos os grupos. “Se a relação sexual seria só com mulheres ou com homens”, expondo práticas homossexuais, como também uso de animais, como “gatos”, para práticas sexuais. Os jovens queixaram-se pela ausência de visitas íntimas na instituição.

Quanto o conhecimento do preservativo, a maioria comentou conhecer e saber a importância do uso. Mas referiam a dificuldade de aquisição, fazendo uso de “saco de picolé” como substituto.

Os adolescentes também comentaram dificuldades de acesso aos cuidados de saúde.

A promoção da saúde destes adolescentes se torna um grande desafio, uma vez que, além das dificuldades sociopolíticas e econômicas, a própria adolescência é um momento de adaptação ao processo interno de mudanças biopsicológicas. As necessidades de saúde do adolescente se relacionam intimamente com as peculiaridades de crescimento e desenvolvimento, assim como as influências do meio ambiente. Ao nível dos comportamentos de risco promoção da saúde não pode se desligar da atual problemática da adolescência. Esta deverá ser trabalhada, estimulando participação dos adolescentes a modificação de seus hábitos de vida e a própria noção de risco.

### **6.3 Sugestões**

Mediante a análise dos resultados recomenda-se que:

- Sejam realizados mais estudos com a população de adolescentes em conflito com lei, em instituições no estado;
- Sejam implantados programas de intervenção para a promoção da saúde desses adolescentes;
- Sejam planejados projetos de extensão relacionados à saúde do adolescente em instituições de atendimento socioeducativo;
- Sejam desenvolvidas mais pesquisas nas áreas de: fatores e condutas de risco, comportamento da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

## 7- CONCLUSÃO

De um modo geral, os jovens em situação em conflito com a lei apresentaram vários comportamentos de risco para a saúde, como o não uso do cinto de segurança ao andar de carro e não uso do capacete ao andar de bicicleta. Condutas relacionadas com a violência, como porte de arma ou envolvimento em briga física foram relatados pela maioria dos jovens. Observou-se também elevado consumo de tabaco e outras drogas; assim como prática sexual desprotegida. A maioria dos jovens afirmaram que tentavam ganhar ou manter o peso.

O contexto socioeducativo exige atenção do Estado e evidencia a necessidade de uma agenda de urgências no sentido de se efetivar políticas públicas e sociais e, sobretudo, amplia os desafios para a efetiva implementação da política de atendimento socioeducativa.

Trabalhar a promoção da saúde do adolescente em conflito com a lei é buscar as atividades preconizadas pelo Programa de Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente –PROSAD de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde reprodutiva, saúde bucal, prevenção de acidentes, cultura, esporte e lazer.

## REFERÊNCIAS

- ALTMAN, D.G. **Practical Statistics for Medical Research**.1991. Great Britain: Champman, 1991.
- ASSIS, Simone Gonçalves; CONSTANTINO, Patrícia. Prespectivas on the prevention of juvenile masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 81-90, jan./mar. 2005.
- ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Criando Caim e Abel: pensando na prevenção juvenil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 131-144, 1999.
- BARROS, M.V.G. et al. Comportamento de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da industria.**Revista de Saúde Pública**.Dez 2001, v.35, n.6,p.554-563.
- BECKER, D. **O que é adolescência**.13. ed. .São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BEM, M. F. L. **Estilo de vida e comportamento de risco de estudantes trabalhadores do ensino médio de Santa Catarina, Brasil. 2003**. 158f. Tese (Engenharia de Produção-Ergonomia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- BORGES,A.L.V.et al.Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil,2002.**Caderno de Saúde Pública**,Rio de Janeiro,21(2):499-507,mar-abr,2005.
- BRASIL. **Lei federal 8.069/90**: disposição do estatuto da criança e do adolescente. Brasília: [s.n.], 1990.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretária de Estado dos Direitos Humano. Departamento da Criança e do Adolescente. **Descrição do sistema de atendimento aos adolescentes cumprindo medida privativa de liberdade**. Brasília: Ipea-Dicod, 2002<sup>a</sup> . Caderno 4.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BRASIL. Portaria Interministerial n.1426/GM de 14 de julho de 2004. Ministério da saúde. **Atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei**. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/portarias>>. Acesso em: 16 de julho de 2005.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos - SEDH. **Levantamento Nacional do atendimento socioeducativo**. Brasília, 2006.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.6, p.636-645, 2000.

CARVALHO, H. B. et al. Vulnerabilidade às infecções pelo HIV, Hepatites B e C e sífilis entre adolescentes infratores institucionalizados na cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, [S.l.], v.15, n. 3, p.41-45, 2003

CUNHA, J.M. A saúde do adolescente no contexto da ação socioeducativa. In: BRITO, L.T. (Coord.). **Jovens em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2000.

CURY, M.; SILVA, A.F.A; MENDES, E.G (Coord.) **Estatuto da criança e do adolescente comentado**: comentários jurídicos e sociais. São Paulo: Malheiros, 2005.

FAUSTINI, D.M.T. et al. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: Conhecimentos adquiridos sobre temas abordados por uma equipe multidisciplinar. **Ciência e saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.783-790, 2003.

FERIGOLO, M.; BARBOSA, F.S; ARBO, E. et al. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.1, p. 10-16, mar.2004.

GALLO, A.E. et al. Adolescente em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para conduta infracional. **Psicologia Teoria e Prática**, [S.l.], v.7, n. 1, p. 81-95, 2005.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

HORTA, P.L. et al. Tabagismo em adolescentes na área urbana na região sul do **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, p.150-158, n.2, abr.2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**: características gerais da população. Rio de Janeiro: 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de população e indicadores sociais. **Pnad**: Síntese d Indicadores Sociais, 200. Rio de Janeiro, 2001.

IPEA/MJ-DCA. Mapeamento Nacional das Unidades de Aplicação de Medidas de Privação de Liberdade ao Adolescente em Conflito com a Lei. Apresentado no XXXIII FOFONACRIAD, 2003, Brasília.

MARCILIO, M.L. **A História social da Criança Abandonado**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MIRANDA, A.E.; ZAGO, A.M. Prevalência de infecção pelo HIV e sífilis em sistema correccional para adolescentes. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, [S.l.], v.13, n.4, p. 35-39, 2001.

MURAD, Juliana. G. P.; ARANTES, Rafael S.; SARAIVA, A.L.R. Levantamento estatístico sobre o sistema socioeducativo da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. (SPDCA/SEDH-PR), 2004, Brasília.

PERES, C.A. et al. Prevenção da Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, ago. 2002.

PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania. **Relatório de Atividades**: FUDAC 2004. Recife, 2004.

RIGATO, F. D. **Descrição do perfil sócio-demográfico e avaliação de comportamento de risco de crianças e adolescentes atendidos pelo projeto Quixote**. 2002. 183f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ROCHA, E. **Mapeamento nacional da situação das unidades de execução da medida socioeducativa de privação de liberdade ao adolescente em conflito com a lei**. Brasília: IPEA/DPCA-MJ, 2002.

SILVA, A.S. et al. Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. **Revista Análise Psicológica**. 2005, v.2p. 151-172.

UNESCO. Violência na escola. In: Abramovay, Miriam et al. Brasília: UNESCO, Coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, p.400., 2003

ZAR, J.H. **Biostatistical Analysis**. 4.ed. NeW Jersey: PrenticeHall - USA, 1999.

**ANEXOS**



## ANEXO 1



PODER JUDICIÁRIO DE PERNAMBUCO  
 TERCEIRA VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DA CAPITAL  
 RUA JOÃO FERNANDES VIEIRA, 405, BOA VISTA, RECIFE CEP 50050-200  
 FONE: (081) 221-3498 - (081) 421-7725 - FAX (081) 421-5080- Ramal: 217  
 E-MAIL: [hcvj@tjpe.gov.br](mailto:hcvj@tjpe.gov.br) - [vinfjuv1@tjpe.gov.br](mailto:vinfjuv1@tjpe.gov.br)

Ofício nº 59/2006 -JTJ

Recife, 23 de março de 2006.

À Presidente da FUNDAC:

Sirvo-me do presente, para autorizar que a aluna de Mestrado da FOP/PE: CLÁUDIA ALVES DE SENA, que realize entrevistas com adolescentes que cumprem medida sócio educativa de Internação no CASE/Abreu e Lima e Cabo de Santo Agostinho e Santa Luzia, devendo estar acompanhada e com a anuência da coordenação ou da equipe técnica, na estrita forma requerida, respeitados os limites estatutários, observando-se, para tanto, o segredo de justiça e a livre e consciente participação do adolescente, de acordo com o disposto nos arts. 143 e 144 da Lei 8.069/90.

Atenciosamente,

Dr. Paulo Roberto de Souza Brandão  
 Juiz de Direito da 3ª VIJ

Ilma. Sra. Mirtes Cordeiro  
 DD. Presidente da FUNDAC  
 Nesta

Gabinete/Presidência-FUNDAC  
 Recebido por [assinatura]  
 Data 23/03/2006  
 Hora 14:25h

Processo 201/106

## ANEXO 2 : QUESTIONÁRIO

### 1. Que idade você tem?

Idade \_\_\_\_\_anos.

### 2. Com que frequência você coloca o cinto de segurança quando está andando de carro, dirigido por você ou outra pessoa?

1. Não andei de carro nos últimos 12 meses
2. Nunca coloquei o cinto
3. Raramente coloquei o cinto
4. Às vezes coloquei o cinto
5. Na maioria das vezes coloquei o cinto
6. Sempre coloquei o cinto

### 3. Quando você andou de moto nos último doze meses, com que frequência você usou capacete?

1. Eu não andei de moto nos últimos doze meses
2. Nunca usei capacete
3. Raramente usei capacete
4. Algumas vezes usei capacete
5. Na maioria das vezes usei capacete
6. Sempre usei capacete

### 4. Quanto você andou de bicicleta nos últimos doze meses, com que frequência você usou capacete?

1. Eu não andei de bicicleta nos últimos doze meses
2. Nunca usei capacete
3. Raramente usei capacete
4. Algumas vezes usei capacete
5. Na maioria das vezes usei capacete
6. Sempre usei capacete

### 5. Durante os últimos trinta dias, quantas vezes você andou de carro ou outro veículo dirigindo por alguém que havia tomado bebida alcoólica?

1. Não andei de carro nos últimos 30 dias
2. Nenhuma
3. 1 vez
4. 2 a 3 vezes
5. 2 a 5 vezes
6. 6 vezes ou mais

A violência da cidade grande tem levado pessoas de diferentes cidades a começarem a andar armadas. Por este motivo incluímos as perguntas abaixo:

### 6. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você levou consigo uma arma tipo revólver, faca ou pau?

1. Nenhuma
2. 1 vez
3. 2 a 3 vezes
4. 4 a 5 vezes
5. 6 a 7 vezes
6. 8 a 9 vezes
7. 10 a 11 vezes
8. 12 vezes ou mais

### 7. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você entrou numa briga com agressão física?

1. Nenhuma
2. 1 vez
3. 2 a 3 vezes
4. 4 a 5 vezes
5. 6 a 7 vezes
6. 8 a 9 vezes
7. 10 a 11 vezes
8. 12 vezes ou mais

### 8. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você entrou numa briga com agressão física da qual saiu machucado e precisou de cuidados ou curativos?

1. Nenhuma
2. 1 vez
3. 2 a 3 vezes
4. 4 a 5 vezes
5. 6 vezes ou mais

**9. Na última vez que você brigou com agressão física, com quem foi?**

1. Eu nunca entrei numa briga com agressão física
2. Desconhecido
3. Alguém que conheço ou amigo(a)
4. Namorando, namorada
5. Pais, irmão, irmã ou outras pessoas da família
6. Outras pessoa não citada
7. Mais do que uma das pessoas citadas

As pessoas às vezes se sentem tão deprimidas e sem esperança no futuro que chegam a pensar em se matar, As próximas três questões perguntaram sobre tentativa de suicídio.

**10. Nos últimos 12 meses, você fez algum plano sobre como suicidar-se?**

1. Sim
2. Não

**11. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você realmente tentou se matar?**

1. Nenhuma
2. 1 vez
3. 2 a 3 vezes
4. 4 a 5 vezes
5. 6 vezes ou mais

**12. Se você tentou se matar nos últimos 12 meses, alguma tentativa exigiu cuidados médicos ou de enfermagem?**

1. Eu não tentei suicídio nos últimos doze meses
2. Sim
3. Não

As próximas quatro questões perguntaram sobre o uso de tabaco.

**13. Você já tentou fumar cigarro, mesmo dando uma ou duas tragadas?**

1. Sim
3. Não

**14. Nos últimos 12 meses você fumou cigarro?**

1. Sim
2. Não

**15. Nos últimos trinta dias em quantos dias você fumou cigarro?**

1. Nenhum
2. 1 a 2 dias
3. 3 a 5 dias
4. 6 a 9 dias
5. 10 a 19 dias
6. 20 a 29 dias
7. nos 30 dias

**16. Você já tentou parar de fumar?**

1. Nunca fumei
2. Sim
3. Não

As próximas perguntas sobre o uso de bebidas alcoólicas, isto é sobre beber cerveja, vinho “cooler”, ou destiladas como rum, wodka, conhaque, pinga, batida ou whiskey.

**17. Nos últimos doze meses, você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?**

1. Nenhum
2. 1 dia
3. 2 dias
4. 3 a 5 dias
5. 6 a 9 dias
6. 10 a 19 dias
7. 20 dias ou mais

**18. Nos últimos trinta dias, em quantos dias você chegou a ficar embriagado, sentir-se bêbado?**

1. Nenhum
2. 1 a 2 dias
3. 3 a 5 dias
4. 6 a 9 dias
5. 10 a 19 dias
6. 20 a 29 dias
7. Nos 30 dias

**19. Com quem você estava nesta última ocasião?**

1. Nunca bebi uma dose de bebida.
2. Estava sozinho, sem ninguém conhecido por perto
3. Estava com amigo(a)
4. Estava com namorado(a)
5. Estava com pais, irmão ou outros
6. Mais de uma alternativa:  
\_\_\_\_\_ especifique

**20. Onde você bebeu nesta última ocasião?**

1. Nunca bebi uma dose de bebida
2. Num bar, lanchonete ou padaria
3. Na rua, praça, teatro ou outros espaço público
4. Em casa, na casa de amigos ou do(a) namorado(a)
5. Na escola
6. Outros: \_\_\_\_\_  
(especifique)

**21. Nos últimos doze meses, nas ocasiões em que você entrou numa briga com agressão física, você havia tomado bebida alcoólica?**

1. Não me envolvi numa briga com agressão física, nos últimos doze meses
2. Sim, todas as vezes
3. Sim, algumas vezes
4. Não, não havia bebido nenhuma vez

**As próximas questões se referem ao uso de inalantes (Acetona, benzina, cola, corretor de texto, esmalte, éter, gasolina, lança perfume, loló, tinta /revelador de tinta /thinner/água raz ou 'sprays'/aerosóis)**

**22. Na sua vida, você já inalou/cheirou/aspirou algum produto inalante para ficar alto ou legal?**

1. Sim
2. Não

**23. Nos últimos 12 meses você inalou/cheirou/aspirou algum produto inalante (Acetona, benzina, cola, corretor de texto, esmalte, éter, gasolina, lança perfume, loló, tinta /revelador de tinta/thinner/água raz ou 'sprays'/aerosóis)**

1. Sim
2. Não

**24. Nos últimos 30 dias em quanto dias você inalou/cheirou/aspirou algum produto inalante para ficar legal?**

1. Nenhum
2. 1 a 2 dias
3. 3 a 5 dias
4. 6 a 9 dias
5. 10 a 19 dias
6. 20 a 29 dias
7. Nos 30 dias

**25. Com quem você estava nessa última ocasião em que cheirou o inalante?**

1. Nunca usei inalantes
2. Estava sozinho(a), sem ninguém conhecido por perto
3. Estava com amigo(a)
4. Estava com namorado(a)
5. Estava com pais, irmão ou outros parentes
6. Mais de uma alternativa  
\_\_\_\_\_ (especifique)

**26. Onde você usou inalantes nessa última ocasião?**

1. Nunca usei inalantes
2. Na rua, praça, terreno ou outro espaço público
3. Em casa, na casa de amigo(a) ou do(a) Namorado(a)
4. Na escola
5. outro: \_\_\_\_\_ (especifique)

**27. Na sua Vida Você já fumou maconha?**

1. Sim
2. Não

**28. Você fumou maconha nos últimos doze meses?**

1. Sim
2. Não

**29. Você fumou maconha nos últimos trinta dias?**

1. Sim
2. Não

**As próximas duas questões trataram da educação e informação sobre AIDS.**

**30. Você já recebeu informações sobre AIDS ?**

1. Sim
2. Não
3. Não me lembro

**31. Você já conversou sobre AIDS com seus pais ou outros adultos da sua família?**

1. Sim
2. Não
3. Não me lembro

**As próximas questões perguntaram sobre relação sexual; para este questionário queremos que você só considere as relações sexuais com penetração.**

**32. Você já teve relação sexual com alguém? (considere somente relações sexuais com penetração)**

1. Sim
2. Não

**33. Na sua vida, com quantas pessoas você já teve relação sexual?**

1. Eu nunca tive relação sexual
2. 1 pessoa
3. 2 pessoas
4. 3 pessoas
5. 4 pessoas
6. 5 pessoas
7. 6 pessoas ou mais

**34. Você (ou seu parceiro) usou preservativo “camisinha” na última vez que teve relação sexual?**

1. Eu nunca tive relação sexual
2. Sim
3. Não

**35. Você tomou alguma bebida alcoólica ou droga antes de ter relação sexual na última vez?**

- a. Eu nunca tive relação sexual
- b. Sim
- c. Não

**36. Na última vez que você teve relação sexual, que método você ou seu parceiro usou para prevenir a gravidez? (escolha apenas uma resposta)**

- a. Eu nunca mantive relação sexual
- b. Nenhum método preventivo para gravidez foi utilizado
- c. Pílulas anticoncepcionais
- d. Preservativo ou ‘camisinha’
- e. Coito interrompido (“tira na hora H)
- f. Outros método
- g. Não tenho certeza

**37. Quantas vezes você já ficou ou fez alguém fica grávida?**

- a. Nenhuma
- b. 1 vez
- c. vezes ou mais
- d. Não tenho certeza

As próximas questões perguntara sobre o peso corpo

**38. Como você descreve seu corpo em relação ao peso?**

- a.Sou muito gordo(a)
- b.sou um pouco gordo(a)
- c.Não sou gordo(a) nem magro(a)
- d.Sou um pouco magro(a)
- e.Sou muito magro(a)

**39. Em relação ao próprio peso o que você vem tentando fazer?**

- a.Perde peso
- b.Ganhar Peso
- c.Manter o mesmo peso
- d.Não estou tentando fazer nada em relação a meu peso

**40. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dieta para perde ou para controlar seu peso?**

- a.Sim
- b.Não

**41. Nos últimos trinta dias, você tomou algum laxante ou provocou vômito com a intenção de perde ou controlar seu peso?**

- a. Sim
- b.Não

**42. Nos últimos trinta dias você tomou pílulas para dieta afim de perde ou controlar seu peso?**

- a.Sim
- b.Não

**O questionário chegou ao fim, muito obrigada por sua colaboração.**

## ANEXO 3

REITORIA DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO



Recife, 15 de agosto de 2006.

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
GERÊNCIA DE PROJETOS DE PESQUISA**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UPE**

O Comitê em reunião do dia **14/08/06** considerou **APROVADO**, o Projeto de pesquisa de N° **079/06**, intitulado:

**CONDUTAS DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI**, que tem como pesquisadora principal:

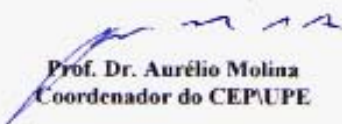
**Profª: VIVIANE COLARES SOARES DE ANDRADE AMORIM**

**RESUMO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UPE.**

Atendidas as exigências do CEP/UPE. O estudo não apresenta maiores riscos de agravos Éticos e está em consonância com as Resoluções do Conselho Nacional da Saúde, referentes às pesquisas que envolvem seres humanos, com a Declaração de Helsinque e com o Código de Nurenberg. Lembramos que o pesquisador principal tem por obrigação:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após a análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Manter por 5 anos, para possível auditoria dos órgãos competentes, os dados individuais de todas as etapas da pesquisa.
4. Apresentar relatórios parcial /fevereiro/2007.
5. Apresentar relatórios final /agosto/2007.
6. Apresentar resultado final no local da coleta de dados.

Atenciosamente,

  
**Prof. Dr. Aurélio Molina**  
Coordenador do CEP/UE

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO-UPE  
Av. Agamenon Magalhães, s/n, Santo Amaro - Recife - PE  
CEP - 50100-010 - Fone: (81) 34464009 - site: www.upe.br  
CNPJ: 11.022.997/0001-91