



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Fernanda Augusta Penacci**

**Perfil das adolescentes privadas de liberdade no  
interior do Estado de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Fernanda Augusta Penacci

Perfil das adolescentes privadas de liberdade no  
interior do Estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof (a). Dr (a). Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Botucatu  
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Penacci, Fernanda Augusta.

Perfil das adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo / Fernanda Augusta Penacci. - Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani  
Capes: 40602001

1. Adolescentes. 2. Comportamento do adolescente.  
3. Adolescente Institucionalizado. 4. Assistência médica.  
5. Saúde Pública. 6. Estudos transversais.

Palavras-chave: Adolescente; Assistência integral à saúde; Comportamento do adolescente; Saúde Pública; Saúde do adolescente institucionalizado.

## *Dedicatória*

*À Deus pelo dom da vida e pela força de nunca desistir mesmo diante das dificuldades. À Santa Teresinha do Menino Jesus, por conseguir atingir mais esta etapa da minha vida!*

*Aos meus pais Fernandes e Celina que me transferiram a educação, caráter e humildade, dons imprescindíveis do ser humano!*

*As minhas amadas filhas Lívia Maria e Maria Fernanda. Riquezas e anjos que Deus colocou na minha vida!*

## *Agradecimentos*

Agradeço imensamente à Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani, minha querida orientadora, pela paciência, conhecimento e por acreditar que eu poderia alcançar mais esta meta em minha vida. Imensa honra tê-la como minha orientadora por sete anos. Seus ensinamentos serão eternos!

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade;

Às docentes do Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, Albina e Ana Teresa pelos ensinamentos e pelo incentivo no desenvolvimento do projeto;

À Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente-Fundação CASA/SP, que autorizou e confiou a realização da pesquisa;

À equipe de enfermagem e aos diretores dos Centros de Atendimento Femininos de Cerqueira César Graziela, Mauricio e Robson pela colaboração na coleta de dados;

Ao Hélio pela análise estatística;

À Luciene do Departamento de Saúde Pública pelo auxílio quando eu mais necessitei;

À Bibliotecária Luciana pelo auxílio na revisão bibliográfica.

Enfim, às adolescentes dos Centros Femininos de Cerqueira César, pois mesmo sem vê-las pessoalmente conheci a história de cada uma. Vocês são a razão principal do estudo!

## SUMÁRIO

Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Quadros.....	x
Lista e Siglas e Abreviações.....	xi
Apresentação.....	xii
1. Introdução	
1.1. Aspectos conceituais da adolescência e sua relação com a saúde e as morbidades.....	1
1.2. Ato infracional e a Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente-Fundação CASA/SP.....	8
1.3. Assistência à saúde da mulher.....	13
2. Objetivos.....	21
3. Método	
3.1. Campo do estudo.....	22
3.2. Delineamento do estudo, população e amostra.....	23
3.3. Procedimento da coleta de dados.....	24
3.4. Variáveis analisadas.....	24
3.5. Aspectos éticos da pesquisa.....	28
4. Resultados e discussão.....	30
4.1. Perfil sociodemográfico de adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo.....	33
4.2. Perfil epidemiológico de adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo.....	76
4.3. Perfil infracional e uso de substâncias psicoativas por adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo.....	109
5. Conclusão.....	149
6. Referencias.....	151
Apêndice.....	158
Anexos.....	159

## RESUMO

**Objetivo.** Descrever o perfil sociodemográfico da população adolescente feminina privada de liberdade no interior do Estado de São Paulo. Descrever o perfil epidemiológico da população adolescente feminina privada de liberdade no interior do Estado de São Paulo. Descrever o perfil infracional e uso de substâncias psicoativas por adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo. **Método.** Estudo transversal com base de dados secundários desenvolvido no período de janeiro a dezembro do ano de 2015 e janeiro e fevereiro de 2016. Foi realizada uma descrição da população por meio de medidas resumo: mediana, mínimo e máxima e estimativa de percentuais. Para análise estatística foi utilizado o Software SPSS ® versão 21.0. A amostra foi composta por 374 adolescentes em privação de liberdade na faixa etária de 12 a 21 anos incompletos dos Centros de Atendimento Socioeducativos do município de Cerqueira César. **Resultados.** A média de idade foi de 17anos, com predominância da cor parda. Em relação à escolarização preponderou o ensino fundamental (69,8%) e evidente evasão escolar (92%). Observou-se grande quantidade de adolescentes com atendimento pelo Conselho Tutelar (64,7%) e o maior contingente de procedência das adolescentes pertence à Rede Regional de Atenção à Saúde-RRAS 12. Referente às condições de saúde, as morbidades de maior prevalência foram relacionadas às geniturinárias (27,8%) seguida das morbidades em saúde mental (24,3%). As condições de moradia e

família revelaram que a média de membros na família foram 04; a maioria vive com pai e mãe (53%) e 31,4% vive em união estável. A renda familiar média foi de R\$1.576,00. Quanto ao ato infracional, o tráfico de drogas se destaca com 65.5% e a taxa de reincidência é baixa com 4,0%. As substâncias psicoativas mais consumidas são o tabaco (59,6%) e a maconha (57,8%) e para estas, a intervenção breve foi indicada para prevenir morbidades e a instalação de quadro crônico decorrente do uso.

**Conclusão.** A evolução do conhecimento a prática de delitos das adolescentes, seus problemas associados e fatores de risco e de proteção, a avaliação dos contextos familiares e de inserção social da adolescente poderão subsidiar programas preventivos visando à promoção do cuidado necessário ao desenvolvimento positivo e efetivo dessa população.

**Descritores:** Adolescente, Comportamento do adolescente, Assistência integral à saúde, Saúde do adolescente institucionalizado, Políticas públicas, Saúde Pública.



## ABSTRACT

**Objective.** To describe the sociodemographic profile of the adolescent female population deprived of liberty in the State of São Paulo. To describe the epidemiological profile of the adolescent female population deprived of liberty in the State of São Paulo. To describe the infraction profile and use of psychoactive substances by adolescents deprived of their liberty in the State of São Paulo. **Method.** Cross-sectional study with secondary data base developed from January to December of the year 2015 and January and February of 2016. A description of the population was carried out by means of summary measures: median, minimum and maximum and percentage estimates. For statistical analysis SPSS ® Software version 21.0 was used. The sample was composed of 374 adolescents in deprivation of liberty in the age group of 12 to 21 years incomplete of the Centers of Socio-educational Assistance of the municipality of Cerqueira César. **Results.** The mean age was 17 years old, with a predominance of brown breed. In relation to schooling, primary schooling (69.8%) and evident school dropout (92%) prevailed. A large number of adolescents were attended by the Tutelary Council (64.7%) and the largest contingent of adolescents came from the Regional Network for Health Care-RRAS 12. Regarding health conditions, the morbidities with the highest prevalence were Related to genitourinary diseases (27.8%) followed by mental health morbidities (24.3%). Housing and family conditions revealed that the

average number of members in the family was 4; The majority live with father and mother (53%) and 31.4% live in stable union. The average family income was R \$ 1576,00. As for the infraction, drug trafficking stands out with 65.5% and the recidivism rate is low with 4.0%. The most commonly consumed psychoactive substances are tobacco (59.6%) and marijuana (57.8%), and for these, brief intervention was indicated to prevent morbidities and the establishment of a chronic condition resulting from use. **Conclusion.** The evolution of knowledge about adolescent crime, its associated problems and risk and protection factors, the evaluation of the family contexts and the social insertion of the adolescent may support preventive programs aiming at the promotion of the necessary care for the positive and effective development of this population.

**Descriptors:** Adolescent behavior, Adolescent behavior, Integral health care, Institutionalized adolescent health, Public policies, Public Health.

## Lista de Tabelas

### Artigo 1

Tabela 1.	Distribuição das adolescentes segundo características sociodemográficas.....	43
Tabela 2.	Distribuição das adolescentes segundo condições sociais.....	45
Tabela 3.	Distribuição das adolescentes segundo condições de moradia.....	46

### Artigo 2

Tabela 1	Distribuição das adolescentes segundo características sociodemográficas.....	86
Tabela 2	Distribuição das doenças segundo a CID das adolescentes. .....	87
Tabela 3	Distribuição das adolescentes segundo morbidades.....	88

### Artigo 3

Tabela 1	Distribuição das adolescentes segundo características sociodemográficas.....	118
Tabela 2	Infrações cometidas pelas adolescentes.....	120

Tabela 3	Uso de substâncias pelas adolescentes de acordo com o Questionário ASSIST.....	121
Tabela 4	Score do uso de substâncias e pontuação para cada droga de acordo com o Questionário ASSIST.....	122

## Lista de Quadros

- Quadro 1. Descrição dos atos infracionais praticados pelas adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, de acordo com o Código Penal Brasileiro.....26
- Quadro 2. Categorização de artigos resultantes do projeto “Perfil das adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo” .....32

### **Artigo 1**

- Quadro 1. Distribuição das adolescentes por município de residência conforme a RRAS no interior do Estado de São Paulo.....48

## Lista de Siglas e Abreviações

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial de Saúde-OMS
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
CASA/SP	Centro de Atenimento Socioeducativo ao Adolescente de São Paulo
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Art.	Artigo
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
FEBEM	Fundação do Bem Estar do Menor
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ASSIST	Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CID	Classificação Internacional de Doenças
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
SPA	Substância psicoativa

## **APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO PELO ESTUDO**

A investigação pelo tema ocorreu no transcorrer da minha trajetória profissional, após sete anos de trabalho como diretora da Unidade de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Servidor na Fundação CASA/SP, pertencente à Divisão Regional Sudoeste do Estado, composta por doze Centros de Atendimento onde, dois deles são destinados ao atendimento de adolescentes do sexo feminino que cumprem medida socioeducativa, autoras de atos infracionais, também denominadas adolescentes em conflito com a lei.

O momento me levou a reflexão de compreender melhor quem são as adolescentes em privação de liberdade, por representarem um extrato populacional pouco estudado no Brasil, em especial no interior do Estado de São Paulo. O propósito é de colaborar na implantação, implementação e monitoramento da atenção à saúde, ampliando e fortalecendo relações com os parceiros externos e mantendo a acessibilidade no atendimento aos adolescentes nos municípios onde estão inseridas.

Diante de suas facetas como a discriminação, a falta de oportunidades e escassez de trabalhos encontrados na literatura sobre a adolescência feminina e a prática de atos infracionais, a discussão se faz necessária para desvelar esse grupo populacional, sobre o qual os estudos devem estar focados para fornecer subsídios cientificamente válidos para a definição de intervenções individuais e de políticas públicas, garantindo adequada atenção e acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade.

Ressalta-se que as pesquisas com esse grupo populacional não foram esgotadas. Há muito para se investir visando conhecer este público e favorecer a inclusão destas adolescentes em políticas públicas.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Aspectos conceituais da adolescência e sua relação com a saúde e as morbidades

*“Apaixonados, irascíveis e inclinados a se deixarem levar por seus impulsos”<sup>(1)</sup>*

A adolescência constitui-se em uma fase de diversas mudanças corporais e psicossociais e, além disso, trata-se de um período em que o indivíduo incorpora paradigmas, de acordo com o que experencia e o meio social em que vive com seus pares, o que infere no modo de agir e pensar.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>(2)</sup> considera adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, aplicando-se excepcionalmente às pessoas entre dezoito a vinte e um anos de idade. Segundo o critério cronológico proposto pela Organização Mundial de Saúde-OMS<sup>(3)</sup>, essa é uma etapa da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade. Esse critério cronológico também tem sido adotado pelo Ministério da Saúde<sup>(4)</sup>. Mas, tais tentativas de definição apenas estabelecem parâmetros numéricos específicos e fragiliza o estabelecimento de um limite desenvolvimental por ter como base apenas um parâmetro etário. Afinal, o ciclo vital do ser humano está em constante processo de mudança, independentemente da idade<sup>(5)</sup>.



Em um sentido amplo, pode-se considerar como fase inicial da adolescência o período que se estende dos 10 aos 14 anos de idade. Em geral, é nessa etapa que começam as mudanças físicas, normalmente com uma aceleração repentina do crescimento, seguida pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias. Essas mudanças externas frequentemente são bastante óbvias e podem ser motivo de ansiedade, assim como de entusiasmo ou orgulho para o indivíduo cujo corpo está passando pela transformação. O desenvolvimento físico e sexual mais adiantado da menina – que, em média, entra na puberdade de 12 a 18 meses mais cedo do que o menino – é refletido em tendências semelhantes no desenvolvimento cerebral. O lobo frontal – a parte do cérebro que governa o raciocínio e as tomadas de decisão – começa a desenvolver-se durante a fase inicial da adolescência. Uma vez que esse desenvolvimento começa mais tarde e é mais prolongado nos meninos, sua tendência a agir impulsivamente e a pensar de forma acrítica permanece por mais tempo do que nas meninas. Esse fenômeno contribui para difundir a percepção generalizada de que meninas amadurecem muito antes do que meninos <sup>(6)</sup>.

As evidências mostram que a puberdade está começando cada vez mais cedo – a idade da puberdade para meninas e meninos diminuiu em três anos completos ao longo dos dois últimos séculos, o que se deve amplamente a padrões mais altos de saúde e nutrição. Isso significa que as meninas estão chegando à puberdade e vivenciando algumas

mudanças fisiológicas e psicológicas básicas associadas à adolescência, antes de serem considerados adolescentes <sup>(6)</sup>.

A adolescência implica desconstrução do infantil, para permitir que o sujeito se estruture. Esse tempo psíquico inclui a experiência do limite. Aqui o limite é espacial e identitário, ligado às representações de um si mesmo que se modifica. De fato, a adolescência é uma fase de mudanças: de início, pelas transformações somáticas; depois, por aquelas que dizem respeito à atividade fantasística e, enfim, pelas modificações que intervêm no conjunto da vida psíquica. O limite, colocado em termos de identidade é indissociável da questão da identidade corporal. A identidade se fundamenta em experiências retomadas e aperfeiçoadas ao longo da vida inteira <sup>(7)</sup>.

É ainda considerado um período de contradições, ambivalências; turbulento, repleto de paixões, dorido, caracterizado por conflitos relacionais com o meio familiar e social <sup>(8)</sup>.

Na perspectiva da saúde considera-se que em geral, os adolescentes são um grupo sadio. Muitos morrem de forma prematura devido a acidentes, suicídio, complicações relacionadas com a gravidez e enfermidades preveníveis e tratáveis. Muitas morbidades da fase adulta têm seu início na adolescência, como por exemplo: consumo de tabaco e doenças infecciosas de transmissão sexual (entre elas o HIV). A cada ano morre mais de 2,6 milhões de jovens na faixa etária de 10 a 24 anos de idade, por causas preveníveis; 16 milhões de adolescentes de 15 a 19

anos a cada ano dão a luz; no período de um ano aproximadamente 20% dos adolescentes sofrem um problema de saúde mental como depressão e ansiedade e se estima que 150 milhões de jovens consumam tabaco <sup>(9)</sup>.

A vulnerabilidade de adolescentes e jovens às causas externas atinge proporções mais significativas do que no restante da população. Desde o ano de 2006, as chamadas causas externas ocupam o primeiro lugar na mortalidade desse grupo populacional <sup>(10)</sup>. As causas externas como acidentes e violências são atualmente, um dos maiores problemas de Saúde Pública, com maior expressão nas mais jovens <sup>(11-12)</sup>.

No tocante à violência, a morte violenta de jovens no Brasil cresce em marcha acelerada desde os anos 1980. O custo de bem-estar associado à violência letal que acomete a juventude alcança 1,5% do Produto Interno Bruto (PIB) a cada ano <sup>(13)</sup>. O problema é ainda mais crítico, quando consideramos que a partir de 2023 o país sofrerá uma imensa diminuição na proporção de jovens na população em geral <sup>(14)</sup>.

Desde 1980 está vigente no país, um processo gradativo de vitimização letal da juventude, em que os mortos são jovens cada vez mais jovens e, o homicídio gira em torno de 21 anos. Em 2015, 4.621 mulheres foram assassinadas no Brasil, o que corresponde a uma taxa de 4,5 mortes para cada 100 mil mulheres (a base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) não permite identificar as vítimas de feminicídio) <sup>(15)</sup>.

Chama a atenção o fato de que, na última década, a violência contra jovens e negros tenha aumentado ainda mais. Salienta-se que, mais do que “violentadores”, os adolescentes brasileiros são majoritariamente “violentados”<sup>(16)</sup>.

Para além do assunto sobre violência temos também as questões sociais que abarcam os adolescentes e perpassam por diversos fatores, estando estes inter-relacionados.

O drama da juventude perdida possui duas faces: a perda de vidas humanas e do outro lado à falta de oportunidades educacionais e laborais que condenam os jovens a uma vida de restrição material e de anomia social, que terminam por impulsionar a criminalidade violenta. Isso se repete há décadas e escancara a nossa irracionalidade social. Não se investe adequadamente na educação infantil e posterga-se à criança e ao jovem em condição de vulnerabilidade social, um processo de crescimento pessoal sem a devida supervisão e orientação e uma escola de má qualidade, que não se remete aos interesses e valores desses indivíduos. Quando há revelia ou é expulso da escola faltam motivos para uma adesão e concordância deste aos valores sociais vigentes e sobram incentivos em favor de uma trajetória de delinquência e crime<sup>(15)</sup>.

As meninas em vulnerabilidade social como pobreza, a baixa escolaridade, o fato de ser mãe e ter que contribuir com a renda familiar, de alguma maneira representa o retrato da exclusão social no nosso país. Refletir sobre o lugar das meninas no imaginário social e trabalhar as

questões de gênero desde a infância são percursos apontados pelos estudos e pesquisas para a busca da equidade de gênero e para o enfrentamento das violências e vulnerabilidades que acometem esse público <sup>(17)</sup>.

Essas vulnerabilidades não são vivenciadas de modo isolado, mas sim, se articulam entre si e, apesar de atingirem adolescentes de todas as classes sociais tendem a causar maior prejuízo e riscos para os adolescentes pobres, pois são agravadas pelas condições precárias de vida, pela privação de renda, pelas dificuldades de acesso aos serviços públicos e pelas diversas "desigualdades" da sociedade brasileira, derivadas dos nossos processos de colonização, escravidão e abandono de muitas populações <sup>(18-19)</sup>.

Ser adolescente e negro, morar em comunidade popular na periferia dos grandes centros urbanos, possuir vínculos homoafetivos, dentre outras possibilidades, podem limitar o acesso dos adolescentes aos direitos à saúde, educação, esporte, lazer e cultura. Da mesma forma, frequentemente, o adolescente em conflito com a lei e a sua família, enfrentam diversas vulnerabilidades sociais, por exemplo: privações decorrentes do contexto de pobreza, poucas alternativas de empregabilidade e o enfraquecimento dos vínculos comunitários <sup>(20)</sup>.

É preciso considerar também, no universo das adolescentes, que a gravidez é um fenômeno complexo, multicausal e com diferentes consequências. Ela pode estar associada a uma trajetória de exclusão

social ou mesmo a uma opção em se tornar mãe, na busca ativa da menina por autonomia e por reconhecimento social <sup>(20)</sup>.

É notório que os jovens pertencentes a classes marcadas pelo signo da pobreza e marginalidade se encontram mais expostos às influências de seu meio e do mundo exterior. Estão abrangidos pelas classes excluídas, que se encontram à margem da sociedade <sup>(21)</sup>.

A ideia de exclusão social assinala um estado de carência ou privação material, de segregação, de discriminação, de vulnerabilidade em alguma esfera. À exclusão associa-se um processo de desvinculação social/espacial e o excluído não escolhe a sua condição; ela se dá numa evolução temporal como resultado das mudanças na sociedade como as crises econômicas. A segregação étnica traz consigo consequências, como o desemprego, a falta de alimento, dificuldade de acesso a serviços de saúde, de moradia adequada e de recursos que possibilitem desempenhar bem os papéis na comunidade <sup>(22)</sup>.

Ao argumentarmos as questões relacionadas à área da saúde temos que, o maior impacto na saúde do adolescente pode ser alcançado pelo aumento dos fatores de proteção, evitando-se vários comportamentos que os colocam em risco adverso <sup>(23)</sup>.

Há de se considerar que, hoje demandam a atenção do setor saúde novas sintomatologias que estão na fronteira entre os problemas de vida e as patologias, como aquelas trazidas pela violência em geral, pela exploração sexual, pelas síndromes de confinamento, a gravidez na

adolescência, dentre outras, que atingem sobremaneira as pessoas jovens, e que desafiam o arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina e a maneira de trabalhar com a severidade da medicina, demandando investigação e inovação nos cuidados em saúde, tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade <sup>(4)</sup>.

Consideram-se os dados de morbidade uma fonte imprescindível de informações para a compreensão da magnitude desse fenômeno, seu impacto nos serviços de saúde e rede de suporte social, e para a formulação de políticas públicas e de promoção/prevenção em saúde <sup>(24)</sup>.

Em consonância ao exposto é indispensável correlacionar o período da adolescência às situações vulneráveis à saúde e às morbidades. É fundamental que as ações à saúde se tornem mais diretas ao público designado, sendo a prevenção o principal foco das políticas de saúde, além do registro correto e confiável de dados sobre a assistência visando subsidiar o diagnóstico e planejamento das metas na área da saúde da adolescente.

## **1.2. Ato infracional e a Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente-Fundação CASA/SP**

O Estatuto da Criança e do Adolescente trata que, quando a adolescente comete um ato infracional caracterizado por conduta

envolvendo crime ou contravenção penal<sup>1</sup> será aplicada por autoridade competente, uma medida socioeducativa. Ressalta-se que são penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às medidas previstas na Lei com o cumprimento de medidas socioeducativas, sendo elas: advertência (consistirá em admoestação verbal, que será reduzida a termo e assinada), obrigação de reparar o dano (a autoridade poderá determinar, se for o caso, que o adolescente restitua a coisa, promova o ressarcimento do dano, ou, por outra forma, compense o prejuízo da vítima), prestação de serviços à comunidade (consiste na realização de tarefas gratuitas de interesse geral, por período não excedente a seis meses, junto a entidades assistenciais, hospitais, escolas e outros estabelecimentos congêneres, bem como em programas comunitários ou governamentais), liberdade assistida (será adotada sempre que se afigurar a medida mais adequada para o fim de acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente o qual será inserido em programa de atendimento), regime de semiliberdade (pode ser determinado desde o início, ou como forma de transição para o meio aberto, possibilitada a realização de atividades externas, com recursos da comunidade independentemente de autorização judicial) e medida de internação<sup>(2)</sup>. O Art. 121 do ECA<sup>(2)</sup> refere que a internação constitui

---

<sup>1</sup> Crime e contravenção, na essência, não diferem um do outro, pois a distinção é apenas subjetiva, ou seja, se a figura típica e antijurídica prevista, abstratamente, como crime ou contravenção estiver sendo praticada por um adolescente configurar-se-á ato infracional<sup>(25)</sup>.



medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. A medida não comporta prazo determinado, devendo sua manutenção ser reavaliada, mediante decisão fundamentada, no máximo a cada seis meses e em nenhuma hipótese o período máximo de internação excederá a três anos. A liberação será compulsória aos vinte e um anos de idade. O Art. 122 afirma que a medida de internação só poderá ser aplicada quando: I - tratar-se de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência a pessoa; II - por reiteração no cometimento de outras infrações graves; III - por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta (o prazo de internação na hipótese do inciso III deste artigo não poderá ser superior a 3 (três) meses, devendo ser decretada judicialmente após o devido processo legal-denominada internação sanção). Já no Art. 108, a adolescente poderá permanecer em privação de liberdade pelo prazo máximo de 45 (quarenta e cinco dias), antes da sentença, que é denominada de internação provisória.

De acordo com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) <sup>(26)</sup>, a população adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos incompletos soma pouco mais de 20 milhões de pessoas. Menos de um adolescente em cada mil (0,094%) cumpre medidas socioeducativas. Em números absolutos, em 2011 havia 19.595 adolescentes cumprindo medida em regime fechado e 88.022, em meio aberto (prestação de

serviços à comunidade ou liberdade assistida). Os dados do Levantamento Anual do SINASE indicam que aumentou a taxa de restrição e privação de liberdade: de 4,5% em 2010 para 10,6%, em 2011. Também cresceram os atos infracionais relacionados ao tráfico de drogas (de 7,5% em 2010 para 26,6% em 2011). Esses dados indicam, por um lado, que os principais motivos de internação estão diretamente relacionados à vulnerabilidade social a que estão expostos os adolescentes. Por outro, deixam claro que os atos cometidos não são contra vida. Ao contrário, entre 2010 e 2011, apontam a redução de atos graves contra a pessoa: homicídio (14,9% para 8,4%), latrocínio (5,5% para 1,9%), estupro (3,3% para 1,0%) e lesão corporal (2,2% para 1,3%).

O histórico processo de exclusão/inclusão dos adolescentes autores de ato infracional no Brasil e a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento coloca aos agentes envolvidos na operacionalização das medidas socioeducativas a missão de proteger, no sentido de garantir o conjunto de direitos e educar oportunizando a inserção do adolescente na vida social. Esse processo se dá a partir de um conjunto de ações que propiciem a educação formal, profissionalização, saúde, lazer e demais direitos assegurados legalmente <sup>(27)</sup>.

Neste contexto surge a Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente- Fundação CASA/SP<sup>2</sup>, cuja trajetória institucional inicial foi marcada como Fundação Paulista de Promoção

---

<sup>2</sup>Denominação atual, desde o ano de 2006.

Social do Menor – Pró Menor e no ano de 1976 ficou conhecida como Fundação Estadual do Bem Estar do Menor – FEBEM/SP. Vinculada ao Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania possui objetivo primordial de aplicar em todo o Estado as diretrizes e normas dispostas no Estatuto da Criança e do Adolescente, promovendo estudo e planejando soluções direcionadas ao atendimento de adolescentes autores de atos infracionais, na faixa de 12 a 18 anos, e excepcionalmente, até 20 anos e 11 meses, nos Centros de Atendimento para adolescentes do sexo masculino e feminino que cometeram ato infracional <sup>(2,28)</sup>.

Conforme estudo promovido pela Fundação CASA nos anos 2015 e 2016 <sup>(29)</sup> referente ao gênero feminino, os principais fatores que leva uma adolescente a infracionar são problemas individuais como: uso e abuso de drogas lícitas e /ou ilícitas, histórico de comportamento delinquente ligado a excessiva agressividade, dificuldade de “gerenciamento” de impulsividade e ações desafiadoras, déficit de habilidades sociais, iniciação sexual precoce e sofrimento por “*bullying*” de qualquer natureza (cor da pele, peso, cabelos, etc.); problemas familiares: negligência familiar gerando abandono total ou parcial, abuso sexual por parte de familiares, companheiros ou vizinhos; familiares ligados ao crime organizado e/ou em situação de aprisionamento, abandono do lar, ausência de vínculo familiar gerados por pais separados e/ou muito jovens e/ou sem autoridade, e/ou com uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas,

e/ou com autoridade excessiva sem dialogo, com atitudes violentas, brigas e agressões constantes; diferenças de gerações entre avós que exercem a paternidade/maternidade e situação familiar de extrema pobreza; nos fatores ligados a comunidade onde vivem e no relacionamento com grupos sociais: associação com grupos ligados a trafico e/ou uso de drogas, e/ou praticantes de pequenos furtos, brigas, uso de armas; local de moradia de pobreza extrema, com altas taxas de criminalidade, violência, abusos de toda ordem, de desemprego, com moradias de baixa qualidade, sem serviços básicos.

Ao longo da história, em muitas sociedades diferentes, o típico infrator é um jovem do sexo masculino. A maioria dos estudos sobre os fatores relacionados ao crime se concentraram nesse gênero. No entanto, os dados indicam que a proporção de mulheres encarceradas está a crescer a um ritmo mais rápido do que os homens <sup>(30)</sup>.

### **1.3. Assistência à saúde da mulher**

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde <sup>(31)</sup>.

Nas primeiras décadas do século XX, as políticas nacionais de assistência à mulher eram limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua

especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares <sup>(32)</sup>.

Foi a partir do ano de 1983 que o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM, por mudanças na política de saúde e dos movimentos de mulheres em busca da plenitude de seus direitos enquanto cidadãs. A implementação do programa de atenção pré-natal com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em meados da década de 80 determinou mudanças significativas com o aumento da cobertura e da média do número de consultas, assim como ao início mais precoce do pré-natal. Impulsionou mudanças significativas quanto à cobertura, ao número de consultas e à procura precoce do atendimento no pré - natal com o intuito de obter conhecimento técnico-científico e tecnológico, a fim de garantir e proteger a saúde não só do recém-nato como da mulher. O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres <sup>(32)</sup>.

Na proposta do PAISM, a integralidade significou colocar em pauta que a saúde das mulheres precisava ser abordada em todos os ciclos de vida e significou o desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de

saúde, que deveriam abordar os cuidados com o corpo numa perspectiva de fortalecimento da autonomia das mulheres <sup>(33)</sup>.

Importante destacar que, as adolescentes por serem consideradas pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva <sup>(34)</sup>.

A população feminina acima de 10 anos foi estimada, no Censo Geográfico de 2011, em 73.837.876 pessoas distribuída nas seguintes faixas etárias <sup>(31)</sup>:

- 10 a 14 anos – 8.091.022;
- 15 a 19 anos – 8.433.904;
- 20 a 29 anos – 16.524.472;
- 30 a 39 anos – 13.934.024;
- 40 a 49 anos – 11.420.987;
- 50 anos e mais – 15.505.461.

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas <sup>(31)</sup>.

Historicamente, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) na década de 90, os adolescentes passaram a ser considerados sujeitos sociais e autônomos, devendo ser inseridos nas decisões do Estado. Já no período entre 1995 e 2002 houve um aumento das políticas públicas para esta população, com programas executados de

forma isolada e voltadas para a criminalidade, a partir de uma perspectiva de salvação da adolescência dos riscos a que estavam expostos, como o crime, o tráfico e a violência. E por fim, em 2006, o Ministério da Saúde realizou o levantamento dos dados e informações sobre esta população, bem como as necessidades específicas. Ou seja, a construção de políticas públicas perpassou por um período histórico, mas com pouca visibilidade nos desenhos e conteúdos teóricos e metodológicos ocasionando a falta de incentivo do protagonismo de adolescentes e jovens, sem a participação deste público na construção, execução e avaliação dos programas <sup>(35)</sup>.

Referente à saúde da adolescente em situação de privação de liberdade, não há programa específico na área de saúde da mulher na Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente-Fundação CASA, no Estado de São Paulo.

Com esta área estagnada até os dias atuais emerge a necessidade de direcionarmos ações mais específicas a este grupo, pois em consonância ao nosso trabalho, a possibilidade de modificar hábitos está atrelada às políticas públicas, em especial, às ações voltadas à prevenção em saúde, incluindo ações de redução ao consumo de substâncias psicoativas, muito presente na população atendida na Fundação.

Na área da saúde coletiva são desenvolvidas estratégias e articulações para o desenvolvimento das políticas públicas, dentro das diretrizes e programas em âmbito governamental e emerge a necessidade

de atingir todos os grupos populacionais, sendo necessárias ações mais atualizadas e abrangentes direcionadas a este grupo.

Quanto ao atendimento em saúde nos Centros da Fundação CASA, a Portaria Nº 1.082 de 23 de maio de 2014 <sup>(36)</sup> define que, ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado será garantida a atenção à saúde no SUS, no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados: o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, a saúde sexual e a saúde reprodutiva, a saúde bucal, a saúde mental, a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, a prevenção e controle de agravos, a educação em saúde, e os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas.

Nos Centros de Atendimento existe uma área física onde é realizada a assistência à saúde e a equipe é composta por um dentista,



dois enfermeiros, três assistentes sociais e três psicólogos que realizam atendimentos em atenção primária à saúde. A assistência à média e alta complexidade é realizada no SUS, conforme pactuação <sup>(37)</sup>. O planejamento das ações à saúde é realizado a partir do levantamento e análise das demandas e morbidades que acometem as adolescentes, desde a sua admissão até a extinção da medida socioeducativa.

Na Fundação CASA, a preocupação em construir um programa institucional que englobe a questão de gênero - público feminino - surge da necessidade de garantir às adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade ou de internação (provisória ou não), um atendimento diferenciado que considere as demandas específicas apresentadas por essa população em restrição/ privação de liberdade. Devem ser consideradas as relações que se inscrevem nessa condição e o manejo profissional perante as mesmas. O ambiente onde o indivíduo está inserido, bem como suas relações sociais define sua condição de saúde, cabendo ao Estado a promoção deste contexto para a efetivação da saúde das adolescentes inseridas na medida socioeducativa. Nesta perspectiva, a restrição de liberdade integral ou parcial pode contribuir ou gerar uma situação de doença para a adolescente <sup>(29)</sup>.

Nesta direção são elencadas diretrizes da Atenção Integral à Saúde da Adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, atendidas as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher <sup>(32)</sup>:

- ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde executadas nos diferentes níveis de atenção (da básica à alta complexidade);
- promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de doenças mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde;
- elaboração, execução e a avaliação das ações de saúde das adolescentes “norteadas pela perspectiva de gênero, de cor e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher”.

Diante do contexto depreende-se uma questão importante a refletir: quem é a população adolescente feminina privada de liberdade no interior do Estado de São Paulo?

O presente estudo justifica-se pela necessidade de fomentar discussões sobre o perfil epidemiológico, socioedemográfico, os atos infracionais praticados e o uso de substâncias psicoativas pelas adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo considerando escassez de estudos sobre o assunto. A experiência acumulada pela pesquisadora na assistência a esta população na Fundação CASA visa também promover o diálogo sobre o gênero feminino, dado o desafio que representa.

O campo da pesquisa reúne os únicos Centros de Atendimento no interior do Estado de São Paulo que atendem adolescentes do sexo

feminino privadas de liberdade, não havendo nenhum trabalho específico sobre a população e a relação com a saúde.

No âmbito da saúde coletiva pretendemos colaborar no diagnóstico, para possível implementação e efetivação de políticas públicas específicas na área da saúde da mulher privada de liberdade, sensibilizando gestores da instituição estudada e corroborando em ações e estratégias dirigidas à assistência à adolescente, a partir do conhecimento da população estudada.

Inferimos também que, o fortalecimento das políticas públicas com ênfase às questões de melhoria da qualidade da atenção prestada e promoção da saúde favorecerá a atuação da rede pública de saúde e melhorará o acesso ao serviço pelas usuárias e ainda, a articulação no âmbito da RAS.

## **2. OBJETIVOS**

2.1. Descrever o perfil sociodemográfico da população adolescente feminina privada de liberdade do interior do Estado de São Paulo.

2.2. Descrever o perfil epidemiológico da população adolescente feminina privada de liberdade do interior do Estado de São Paulo.

2.3. Descrever os atos infracionais e uso de substâncias psicoativas por adolescentes privadas de liberdade do interior do Estado de São Paulo.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1. Campo do estudo**

O presente estudo foi realizado no Centro de Atendimento Socioeducativo “Anita Garibaldi” e Centro de Atendimento Feminino de Cerqueira César, que atendem adolescentes do sexo feminino no interior do Estado de São Paulo. Ambos estão localizados no município de Cerqueira César.

Como os Centros são referencia para atendimento no interior do Estado de São Paulo, a área de abrangência é extensa e atende municípios pertencentes às circunscrições judiciárias de: Andradina, Araçatuba, Araraquara, Assis, Avaré, Barretos, Batatais, Bauru, Botucatu, Catanduva, Dracena, Fernandópolis, Franca, Itapetininga, Itapeva, Itu, Ituverava, Jaboticabal, Jales, Jau, Lins, Marília, Ourinhos, Pirassununga, Presidente Prudente, Presidente Venceslau, Ribeirão Preto, São Carlos, São José do Rio Preto, Sorocaba, Tupã e Votuporanga.

Observou-se efetivação pelo poder judiciário, do Art.121 do ECA <sup>(2)</sup>, quanto ao princípio de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento na aplicação da medida socioeducativa de internação. Desta forma, a presteza nas decisões proferidas pelo Poder Judiciário vem possibilitando a inclusão social da socioeducanda de modo mais célere. Isso infere na maior rotatividade de

adolescentes nos Centros de Atendimento.

### **3.2. Delineamento do estudo, população e amostra**

Estudo transversal com base de dados secundários desenvolvido no período de janeiro a dezembro do ano de 2015 e janeiro e fevereiro de 2016. Foi realizada uma descrição da população por meio de medidas resumo: mediana, mínimo e máxima e estimativa de percentuais.

A população foi composta por 376 adolescentes em privação de liberdade na faixa etária de 12 a 21 anos incompletos. A amostra estatisticamente descrita foi de 374 adolescentes.

#### **3.2.1. Critérios de inclusão**

Adolescentes, cujas pastas de atendimento da saúde e da psicologia continham informações completas e existência de relatórios da equipe multiprofissional no Sistema da Fundação.

#### **3.2.3. Critérios de exclusão**

Adolescentes, cujas pastas de atendimento da saúde, da psicologia e no Sistema da Fundação CASA, não continham nenhuma

informação. Duas adolescentes foram excluídas considerando curto tempo de permanência na Instituição, que foram sete dias e a ausência de informações.

### **3.3. Procedimento para a coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada por meio das pastas de atendimento da área da saúde, das pastas de psicologia e de um Sistema específico utilizado pela Fundação CASA para registro dos atendimentos multiprofissionais visando subsidiar as ações do poder judiciário e Ministério Público. Foram incluídos os registros das adolescentes que já se encontravam no sistema no ano de 2015 mais aqueles correspondentes à admissão no mesmo ano. Em caso de readmissão, a entrada foi computada, mantendo uma observação a respeito.

Os dados foram transportados para o instrumento, uma planilha Excel® elaborada para esta pesquisa.

Para análise estatística foi utilizado o Software SPSS ® versão 21.0.

### **3.4. Variáveis analisadas**

#### **Morbidades:**

Foi elaborado um instrumento (Apêndice 1) para os registros de morbididades presentes nas adolescentes constando: condição do sistema

neurológico, saúde mental, endócrino, respiratório, cardiovascular, gastroenterológico, geniturinário, musculoesquelético, oftalmológico e dermatológico, identificando a morbidade relacionada aos respectivos sistemas, de acordo com o diagnóstico médico registrado na pasta de saúde da adolescente, por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), tanto pela médica com especialidade em clínica geral que atendia no Centro, quanto pelos médicos da rede de atenção à saúde.

### **Infração cometida:**

Todos os atos infracionais cometidos por adolescentes são de natureza grave e possuem a mesma definição de acordo com o Código Penal Brasileiro <sup>(38)</sup>. Assim, a descrição dos atos infracionais investigados encontra-se sumarizada no Quadro 1:



Quadro 1: Descrição dos atos infracionais praticados pelas adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, de acordo com o Código Penal Brasileiro <sup>(38)</sup>.

<b>Ato infracional</b>	<b>Definição</b>
Homicídio simples	Eliminação da vida de uma pessoa por outra.
Homicídio qualificado	Elimina outra pessoa intencionalmente com requintes de crueldade, por motivo fútil.
Roubo	Subtrair coisa móvel alheia para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.
Latrocínio	Subtrair coisa móvel alheia para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência que resulta lesão corporal grave, reduzido à impossibilidade de resistência.
Lesão corporal	Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.
Incêndio	Causar incêndio, expondo a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem.
Dano	Destruir, inutilizar ou deteriorar coisa alheia.
Desacato	Desacatar funcionário público no exercício da função ou em razão dela.
Extorsão	Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, e com o intuito de obter para si ou para outrem indevida vantagem econômica, a fazer, tolerar que se faça ou deixar de fazer alguma coisa.
Furto	Subtrair para si ou para outrem, coisa alheia móvel.
Ameaça	Ameaçar alguém por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico de causar-lhe mal injusto e grave.
Tráfico de drogas	Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas ainda que gratuitamente sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar <sup>(29)</sup> .
Porte de droga	Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar <sup>(39)</sup> .

O descumprimento de medida judicial implica em não cumprir a medida imposta pelo juiz perante a prática de algum ato infracional.

A reincidência ocorre quando a adolescente pratica mais de um ato infracional.

### **Uso de substâncias psicoativas**

Para o envolvimento com substâncias psicoativas, a Fundação CASA optou pelo uso do questionário denominado Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST (Anexo 1). É aplicado pela psicóloga de referencia da adolescente dentro do prazo de sete dias, após a admissão.

As propriedades psicométricas do ASSIST identificam o uso das substâncias psicoativas e os problemas associados no primeiro contato com o sujeito. É composto por oito questões, sendo a questão 8 voltada ao uso de drogas sob a forma injetável. Algumas drogas adicionais, que não fazem parte dessa lista, podem ser investigadas na categoria outras drogas. Cada questão do questionário apresenta respostas estruturadas e cada resposta apresenta um valor numérico. Rastreia a utilização das seguintes substâncias: tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, hipnóticos/sedativos, inalantes, alucinógenos e opióides <sup>(40)</sup>. No rastreamento das substâncias, a interpretação do score obtido por meio da aplicação do questionário ocorre da seguinte maneira: com exceção do álcool, quando a soma das questões equivale de 0-3 pontos significa que o indivíduo não receberá nenhuma intervenção; quando a soma equivale a

4-26 pontos deverá receber intervenção breve e quando a soma total for de 27 ou mais deverá ser encaminhado para tratamento mais intensivo. No caso do álcool, quando a soma obtida for de 0-10, o indivíduo não receberá nenhuma intervenção, se for de 11-26 deverá ser submetido à intervenção breve e se a soma for 27 ou mais, assim como para as demais substâncias deverá ser encaminhado para tratamento mais intensivo <sup>(41)</sup>.

### **3.5. Aspectos éticos da pesquisa**

Considerando a garantia ao sigilo no atendimento ao adolescente respaldada pela legislação vigente, além do ECA <sup>(2)</sup> em seu Capítulo II, art. 17 que dispõe a respeito *“Do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade” da criança e do adolescente e prescreve: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”*, para obtenção dos registros das pastas de saúde e do sistema de gestão da Fundação foi protocolado um requerimento no Centro de Pesquisa e Documentação da Escola para Formação e Capacitação Profissional da Fundação CASA/SP obtendo deferimento (Anexo 2), assim como autorização pela Chefia de Gabinete da Fundação CASA (Anexo 3). Em seguida, o projeto foi submetido e aprovado pelo

Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, na data de 02/12/2014, com o numero Certificado de Apresentação para Apreciação Ética-CAAE 38539614.8.0000.5411 (Anexo 4).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade das 374 adolescentes em privação de liberdade no período de janeiro a fevereiro de 2016 foi de 17 anos. Deste total, 7 adolescentes pertenceram ao extrato menor da amostra com 13 anos de idade (1,9%), sendo a representatividade maior composta por 96 adolescentes com 17 anos de idade (25,7%), conforme a Tabela 1 .

Tabela 1. Distribuição das adolescentes conforme a idade. Cerqueira César, 2015/16.

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
13	7	1,9
14	19	5,1
15	65	17,4
16	78	20,9
17	96	25,7
18	74	19,8
19	25	6,7
20	10	2,7
Total	374	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

Frente aos resultados obtidos quanto a escolarização destaca-se que 135 adolescentes (37,4%) conseguiram concluir o ensino fundamental completo, enquanto 117 não concluíram os estudos (32,4%). Quanto ao ensino médio, a situação é mais preocupante, pois apenas 19 adolescentes (5,3) concluíram os estudos, ao passo que 90 adolescentes apresentaram o ensino médio incompleto (24,9). Das 374 adolescentes, 13 não souberam informar o nível de escolaridade ao setor pedagógico

durante o atendimento. Estes dados representativos serão retomados nas produções científicas elaboradas.

Tabela 2: Distribuição das adolescentes conforme a escolaridade. Cerqueira César, 2015/16.

<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fundamental incompleto	117	32,4
Fundamental completo	135	37,4
Médio incompleto	90	24,9
Médio completo	19	5,3
*Total	361	100,0

\* Sem dados da área pedagógica: 13 adolescentes.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

Os demais resultados estão organizados em conformidade com modelo para publicação científica e sintetizados no quadro abaixo (Quadro 2):

<b>Produções científicas elaboradas a partir do Projeto: “Perfil das adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo”.</b>	
Artigo 1: Perfil sociodemográfico de adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo	
Objetivo	Analisar o perfil sociodemográfico da população adolescente feminina privada de liberdade no interior do Estado de São Paulo.
Artigo 2: Perfil Epidemiológico de adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo	
Objetivo	Analisar o perfil epidemiológico da população adolescente feminina privada de liberdade no interior do Estado de São Paulo.
Artigo 3: Perfil infracional e uso de substâncias psicoativas por adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo	
Objetivo	Analisar os atos infracionais e uso de substâncias psicoativas por adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo.

Quadro 2. Categorização de artigos resultantes do projeto “Perfil das adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo”. Botucatu, 2017.

## 4.1. Perfil sociodemográfico de adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo

### Resumo

**Objetivo:** Descrever o perfil sociodemográfico da população adolescente feminina privada de liberdade no interior do Estado de São Paulo.

**Método:** Estudo transversal com base de dados secundários realizado nos dois Centros de Atendimento Socioeducativo Femininos no município de Cerqueira César, Estado de São Paulo totalizando 374 adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos incompletos. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro 2015 a fevereiro de 2016. Foi realizada uma descrição da população por meio de medidas resumo: mediana, mínimo e máxima e estimativa de percentuais. Para análise estatística foi utilizado o Software SPSS ® versão 21.0. **Resultados:** A idade média foi de 17 anos de idade com predominância da cor parda. Quanto à escolaridade observa-se que 69,8% das adolescentes possuem ensino fundamental e a evasão escolar é alta (92%). Poucas adolescentes exerciam atividade remunerada (21,4%) antes de entrarem na Fundação e a maioria possui passagens por Conselho Tutelar (64,7%). A média de membros na família é de 4; 53% delas vive com a mãe e pai e 31,4% possuem união estável sendo a renda familiar média de R\$1.576,00. A Rede Regional de Atenção à Saúde 12 concentra a maior parte das adolescentes seguida pela 13. **Conclusão:** No âmbito da saúde coletiva há necessidade da celeridade das políticas públicas e coesão com as necessidades da população feminina compulsando com a afirmação de que os programas de atendimento aos adolescentes em geral, os mantém distantes e passivos em suas noções de saúde, educação, desenvolvimento pessoal e social.

**Descritores:** Adolescentes, Assistência integral à saúde, Saúde do adolescente institucionalizado, Políticas públicas, Saúde Pública.

## 1.INTRODUÇÃO

A escassez de publicações que caracterizam condições sociais e demográficas de adolescentes privadas de liberdade nos estimularam a estudar essa relevante temática. Para melhor contextualizar a questão,



dois conteúdos são requeridos: as peculiaridades da fase da adolescência e aspectos relacionados à privação de liberdade.

A fase da adolescência é permeada por transformações físicas, biológicas e psicossociais, normais a todo indivíduo e, cada um perpassa por esta fase de maneira diferente, de acordo com suas concepções e percepção oriunda do ambiente familiar, social e de saúde.

É um período de transição e, os desafios enfrentados pelos adolescentes seriam desafios de desenvolvimento incluindo as adaptações às mudanças fisiológicas e anatômicas, relacionadas com a puberdade; envolvendo a integração de um amadurecimento sexual em um modelo pessoal de comportamento, ou seja, o afastamento progressivo dos pais e da família e o estabelecimento de uma identidade individual, sexual e social por meio da relação com seus companheiros, da utilização de uma habilidade individual enriquecida e do desenvolvimento dos potenciais para atividades ocupacionais e de desenvolvimento<sup>(1)</sup>.

Por diversas razões é difícil definir a adolescência em termos precisos. Em primeiro lugar é amplamente reconhecido que cada indivíduo vivencia esse período de modo diferente, dependendo de sua maturidade física, emocional e cognitiva, assim como de outras contingências. O início da puberdade, que pode ser considerada uma linha de demarcação clara entre infância e adolescência, não resolve a dificuldade de definição<sup>(2)</sup>.

A adolescência é um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento, que atravessa três

momentos fundamentais: o primeiro é o nascimento, o segundo surge ao final do primeiro ano com a eclosão da genitalidade, da dentição, da linguagem, da posição do pé e da marcha; o terceiro momento aparece na adolescência, que é considerado um período de contradições, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricções com o meio familiar e o ambiente circundante. Este quadro é com freqüência confundido com crise e estados patológicos, o que assusta o adulto e o leva a buscar soluções equivocadas, qualificando a adolescência como uma idade difícil, esquecendo-se de apontar que esta fase é difícil para ambos. A adolescência é o momento mais difícil da vida do homem e necessita uma liberdade adequada, com a segurança de normas que sigam ajudando-o a adaptar-se, sem entrar em conflitos graves com o seu ambiente e a sociedade <sup>(3)</sup>.

A busca pela identidade pessoal é um dos compromissos psicossociais mais decisivos para o adolescente. Ele possui necessidade de se destacar em seu grupo familiar e de pares; ser distinto, dotado de personalidade própria. Nessa etapa do ciclo vital ele busca dar sentido à vida e compreender aquilo que o cerca. Para tanto, precisa aprender a aceitar a si mesmo e aos demais, fortalecendo seu ego <sup>(4)</sup>.

O início da adolescência feminina é facilmente observável, pois num curto período de tempo, junto com o advento da puberdade ocorrem mudanças substanciais no corpo e na mente da, agora, adolescente. A puberdade diz respeito aos processos biológicos, que culminam com o

amadurecimento dos órgãos sexuais. A adolescência, por sua vez, compreende as alterações biológicas, mas também as psicológicas e sociais que ocorrem nessa fase do desenvolvimento. Há relativa discordância sobre o início da adolescência; se começa um pouco antes, durante ou logo após a puberdade, mas com certeza esta é a marca que permite calcular o seu início <sup>(5)</sup>.

Observando-se esta questão do ponto de vista do desenvolvimento feminino, além da dificuldade intrínseca de fixar uma imagem de si, mesmo que temporária, nesse corpo em transformação, a jovem, em nossa sociedade ocidental contemporânea, tem que lidar com novos desafios, trazidos pela globalização e forte influência dos meios de comunicação nos comportamentos humanos <sup>(6)</sup>.

A história singular de cada indivíduo só faz sentido na medida em que é determinada pela instância do particular. Daí a possibilidade de recorrer, com êxito, à história de vida, a fim de, ao lado da utilização de outras técnicas reconstituir períodos da história e seus nexos <sup>(7)</sup>.

Em relação à saúde das meninas, esta se caracteriza normalmente por baixos níveis de doenças e óbitos, sendo a fase da vida com menores taxas de mortalidade. Mas, em decorrência de grandes mudanças físicas, sociais e emocionais, em muitos casos, elas não recebem o apoio necessário para lidar com este estágio. As sociedades em que vivem não são capazes de oferecer condições propícias para seu desenvolvimento saudável e, como resultado, as meninas podem perder oportunidades

para progredir com êxito na transição para a vida adulta tornando-se vulneráveis a comportamentos de risco para a saúde<sup>(8)</sup>.

Atualmente, a adolescência é um período crucial para as meninas e influencia profundamente as mulheres e mães do amanhã. Os comportamentos desenvolvidos durante a adolescência são frequentemente determinados pelo ambiente social e econômico em que os adolescentes se desenvolvem, que são, muitas vezes, inseguros e desfavoráveis. Dessarte, são necessárias ações para assegurar que as sociedades e seus sistemas de saúde respondam adequadamente às necessidades de saúde e de desenvolvimento das adolescentes<sup>(8)</sup>.

Por outro lado, é relevante a inserção de adolescentes do sexo feminino em atos infracionais. Assim, torna-se necessário adentrarmos a segunda temática que traz aspectos relacionados à privação de liberdade.

Uma vez cometido um ato infracional definido como a conduta descrita como crime ou contravenção penal, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente uma medida socioeducativa<sup>(9)</sup>. E enquanto as penas possuem um caráter eminentemente retributivo/punitivo, as medidas socioeducativas têm um caráter preponderantemente pedagógico, com preocupação única de educar o adolescente acusado da prática de ato infracional evitando sua reincidência<sup>(10)</sup>.

A medida de internação é a mais rígida, privando a liberdade por até três anos. É aplicada na ocorrência de ato infracional mediante grave ameaça ou violência à pessoa, por reiteração no cometimento de outras

infrações graves e por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta. A medida de internação provisória é aplicada antes da sentença judicial e perdura pelo prazo máximo de quarenta e cinco dias. A de internação sanção é de até três meses <sup>(9-10)</sup>.

A medida socioeducativa a ser aplicada deve observar não somente o ato infracional praticado, mas também as circunstâncias pessoais do adolescente, pois a finalidade principal do Estatuto da Criança e do Adolescente é de reeducar e ressocializar o adolescente <sup>(10)</sup>.

Quando se aborda o sistema socioeducativo, em especial, que retira a adolescente de seu meio social, privando sua liberdade, ela que, já enquanto mulher pertence a um grupo vulnerável amplia sua vulnerabilidade. Sobre a mulher recai uma reprovação moral que vai além do ato que praticou tornando a sanção mais pesada para ela <sup>(11)</sup>.

Pensar nos fatores associados às condutas delituosas nos remete a aspectos socioiedemográficos como condições socioeconômicas desfavoráveis, dependência da assistência social, acesso precários a serviços públicos como educação, saúde e higiene <sup>(12)</sup>.

Em similaridade à situação de mulheres em situação de aprisionamento é prudente descrever as características e os fatores da trajetória de vida destas mulheres, diante do aumento do envolvimento com a criminalidade e a conseqüente elevação do número da população carcerária feminina <sup>(13-14)</sup>.

Apesar das diferentes teorias, a delinquência feminina deve manter

uma estreita relação com o enfoque social, ou seja, se deve observar em primeiro plano, em qual meio social essas mulheres estão inseridas, como a área de trabalho, ambiente doméstico e, num segundo plano, relevar as condições biológicas e psicológicas que podem ou não contribuir para a incidência e o grau dessa criminalidade <sup>(15)</sup>.

Quando consideramos o aprisionamento como uma construção social conjunta, não o fazemos com o intuito de isentar os indivíduos de suas responsabilidades e deveres para com a coletividade, mas com a intenção de demonstrar o quanto a contrapartida da sociedade e, especificamente, do Estado na garantia dos direitos dos cidadãos se faz ausente em inúmeras situações, resultando na substituição de políticas sociais por políticas policiais, ou seja, há a criminalização da pobreza, a culpabilização da condição social em que vivem milhares de brasileiros espalhados por todo território nacional <sup>(16)</sup>.

As mulheres encarceradas são afetadas pela criminalização da pobreza por serem provenientes de classes menos favorecidas, mas que recebem um agravante nesse processo condenatório que derivam do fato de serem mulheres, ou melhor, até mesmo na criminalidade a questão de gênero está presente para inferiorizar a mulher em relação ao homem <sup>(16)</sup>.

O trabalho de escuta e acompanhamento de adolescentes privados de liberdade permite conhecer aspectos da história e do contexto de vida que apontam para questões bastante diversas dessas que parecem constituir o imaginário social. Se trata de jovens que possuem em sua

trajetória de vida uma longa série de situações de risco pessoal e social, em que o sofrimento de violência parece ser um requisito quase indispensável para a prática da violência <sup>(17)</sup>.

No Estado de São Paulo, a instituição responsável por aplicar as medidas socioeducativas às adolescentes que cometeram ato infracional, de acordo com as diretrizes e normas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e demais legislações nacionais vigentes é a Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente-Fundação CASA <sup>(18)</sup>.

Assim, o estudo justifica-se por sua importância social e epidemiológica, além de ser original, inovador e abrangente, uma vez que engloba toda a população de adolescentes do sexo feminino privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo.

Conhecer aspectos de uma multidimensionalidade de fatores que envolvem a população de adolescentes atendidas nos dois únicos Centros da Fundação CASA no interior do Estado de São Paulo torna-se relevante. Sendo o envolvimento com o ato infracional considerado um fenômeno social crescente e as informações sobre as adolescentes privadas de liberdade pouco conhecidas, o conhecimento advindo da pesquisa assume grande importância. Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi de descrever o perfil sociodemográfico da população adolescente feminina privada de liberdade no interior do Estado de São Paulo.

## 2. MÉTODO

Estudo transversal com base de dados secundários realizado nos dois Centros de Atendimento Socioeducativo Femininos localizados no município de Cerqueira César, no interior do Estado de São Paulo. O CASA Anita Garibaldi possui capacidade para atendimento de 56 adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos incompletos em cumprimento de internação sanção com máximo de permanência de até 90 dias, internação provisória com a média de permanência de 40 dias e internação, com média de permanência de 15 meses. O Centro Feminino de Cerqueira César possui a mesma capacidade para atendimento e a faixa etária, porém atende somente a medida de internação, com média de permanência de 15 a 18 meses <sup>(11)</sup>. Ambos estão em funcionamento desde julho do ano de 2007. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2015 a fevereiro de 2016 com as adolescentes que já estavam nos Centros e as que foram admitidas neste período descrito, a fim de se obter um banco de dados mais amplo, o qual totalizou a amostra de 374 adolescentes. Os dados foram coletados da pasta de saúde das adolescentes, da pasta de atendimento psicológico e de um sistema da Fundação CASA utilizado pela equipe multiprofissional para lançamento dos atendimentos, bem como, encaminhamento ao poder judiciário visando avaliação do cumprimento da medida socioeducativa. Foi realizada uma descrição da população por meio de medidas resumo:



mediana, mínimo e máxima e estimativa de percentuais. Para análise estatística foi utilizado o Software SPSS ® versão 21.0. Para obtenção dos dados foi protocolado um requerimento no Centro de Pesquisa e Documentação da Escola para Formação e Capacitação Profissional da Fundação CASA/SP obtendo deferimento. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sendo aprovado em 02/12/2014, com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética-CAAE 38539614.8.0000.5411.

### **3. RESULTADOS**

Das 374 pastas e relatórios multiprofissionais pesquisados evidenciou-se maior envolvimento de adolescentes em atos infracionais, com idade média de 17 anos e a cor predominante autodeclarada na admissão na Instituição foi a parda com 58,1%, seguida da branca com 30,4%. Quanto à escolaridade observa-se na Tabela 1, que 32,4% das adolescentes possuem ensino fundamental incompleto, enquanto que 37,4% possuem o ensino fundamental completo. Outra constatação é de que 24,9% das adolescentes possuem o ensino médio incompleto e apenas 5,3% possuem o ensino médio completo. É perceptível a distorção entre idade e série.

Tabela 1. Distribuição das adolescentes segundo características sociodemográficas. Cerqueira César, 2015/16.

Variáveis	n	%
<b>Aspectos demográficos</b>		
<b>Idade (anos)</b>	17 (13-20)	
<b>Cor<sup>a</sup></b>		
Branca	111	30,4
Amarela	4	1,1
Parda	212	58,1
Preta	38	10,4
<b>Escolaridade<sup>b</sup></b>		
Fundamental incompleto	117	32,4
Fundamental completo	135	37,4
Médio incompleto	90	24,9
Médio completo	19	5,3

Não sabe/não respondeu: Cor<sup>a</sup>: 9. Escolaridade<sup>b</sup>: 13.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

Referente às condições sociais, 21,4% das adolescentes exerceram atividade remunerada antes de sua admissão na Fundação CASA. Em relação a gestação, 16,4% delas afirmaram histórico de gestação com um único filho, fenômeno que deverá ser considerado na compreensão de suas vivências. Quanto ao envolvimento com álcool e outras drogas verificou-se que 7,2% das adolescentes já estiveram internadas em Instituição para tratamento de dependência. Os dados apontaram que 11,9% das adolescentes referiram atendimento por Serviço de Acolhimento Institucional direcionado para crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por meio de medida protetiva de abrigo<sup>(9)</sup>, em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de

cuidado e proteção, até que seja viabilizado o retorno ao convívio com a família de origem ou, na sua impossibilidade, encaminhamento para família substituta <sup>(19)</sup>. Dos Programas Governamentais como Bolsa Família, 39,6% das adolescentes declararam fazer uso. No que tange a passagem por Conselho Tutelar, o contingente foi expressivo com 64,7%. Este órgão é responsável por atender as crianças e adolescentes e aplicar medidas de proteção, sempre que os direitos forem ameaçados ou violados <sup>(2)</sup>. Adolescentes e famílias culminaram em 55,9% de acompanhamento pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). O CREAS é uma unidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, decorrente de abandono, violência física e/ou psicológica, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua ou de trabalho infantil, entre outras <sup>(20)</sup>. O atendimento ao usuário no CRAS feito pela equipe profissional é organizado em duas dimensões articuladas que se associam ao território: a socioassistencial (apoio efetivo ao usuário e potencialização da rede de serviços para garantia do acesso aos direitos) e a socioeducativa (visão do usuário como sujeito sociocultural, visando à sua inserção na rede de serviços e a sua inclusão social) <sup>(21)</sup>.

Identificou-se grande índice de evasão escolar com 92,0% corroborando com os dados anteriores de que a maioria das adolescentes

(69,8%) possui ensino fundamental, sendo evidente a distorção entre idade e série.

Tabela 2. Distribuição das adolescentes segundo condições sociais. Cerqueira César, 2015/16.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Condições sociais/história</b>		
Atividade remunerada	77	21,4
História de gestação	59	16,4
Já teve internação por dependência	26	7,2
Já esteve em Serviço de Acolhimento Institucional	43	11,9
Participou de Programa Social	142	39,6
Passagem por Conselho Tutelar	233	64,7
Foi acompanhada pelo CREAS/CRAS	200	55,9
Evasão escolar	332	92,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

A contextualização das condições de moradia torna evidente que a média de membros na família foi de 04 pessoas, sendo que 53% citaram conviver com pai e mãe. A renda familiar bruta computando os valores recebidos por meio do Programa Bolsa Família foi de R\$ 1.576,00. Utilizando como parâmetro as faixas do Critério de Classificação Brasil <sup>(22)</sup> se expõe que pertenciam à classe C2. Foi observado que 31,4% das adolescentes vivem em união estável. A história familiar de doença resultou em 37,2%.

Tabela 3. Distribuição das adolescentes segundo condições de moradia. Cerqueira César, 2015/16.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Condições de moradia</b>		
Membros na família	4 (1-15)	
Vive com pai e mãe	199	53
Vive com padrasto ou madrasta	81	22
Vive com companheiro	16	4
Vive com outras pessoas	52	14
Renda familiar bruta	1.576(0-5260)	
Teve união estável	113	31,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

A procedência da população adolescente feminina abarca todo o interior do Estado de São Paulo, sendo que, para melhor visualização dos resultados foi utilizado como referência para divisão dos municípios, as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) <sup>(23)</sup>, conforme a Tabela 4. A RRAS 12 seguida da RRAS 13 concentra a maior parte das adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, com 22,73% e 21,39% respectivamente, ou seja, quase metade da população estudada. Há de se considerar que são municípios mais populosos se comparados aos demais. Na RRAS 12, o município de São José do Rio Preto representou 7,22% (27) das adolescentes. Em uma excepcionalidade, os Centros Femininos atenderam adolescentes provenientes de São Paulo e Guarulhos por não haver vaga nos Centros de Atendimento localizados nestes municípios, porém, a primazia é o cumprimento de medida no mesmo município de residência ou no Centro mais próximo ao domicílio familiar.

Também foram atendidas adolescentes de outros Estados como Mato Grosso do Sul com 2,95%, Bahia com 0,80%, Minas Gerais com 0,53%, Paraná com 0,27% e Espírito Santo com 0,27%.

Quadro 1. Distribuição das adolescentes por município de residência conforme a Rede Regional de Atenção à Saúde-RRAS no interior do Estado de São Paulo <sup>(23)</sup>.

<b>Rede Regional de Atenção à Saúde</b>	<b>Regiões de Saúde</b>	<b>Número de municípios</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>12</b>	Santa Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, Votuporanga, São José do Rio Preto, José Bonifácio, Catanduva, Dos Lagos do DRS II, Central do DRS II, Dos Consórcios do DRS II	142	85	22,73
<b>13</b>	Alta Mogiana, Três Colinas, Alta Anhanguera, Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani, Horizonte Verde, Centro Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Central do DRS III, Coração do DRS III, Sul de Barretos, Norte de Barretos	90	80	21,39
<b>9</b>	Lins, Bauru, Jau, Vale do Jurumirim, Polo Cuesta	68	74	19,79
<b>10</b>	Adamantina, Tupã, Assis, Marília, Ourinhos	62	63	16,84
<b>11</b>	Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Pontal do Paranapanema	45	27	7,22
<b>8</b>	Itapeva, Itapetininga, Sorocaba	48	16	4,28
<b>14</b>	Araras, Rio Claro, Limeira, Piracicaba	26	05	1,34
<b>6</b>	São Paulo	1	04	1,07
<b>2</b>	Guarulhos, Alto do Tiete	11	02	0,53

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

#### 4. DISCUSSÃO

Análises internas realizadas pela Fundação CASA e Conselho Nacional de Justiça–CNJ corroboram com o estudo em relação à média de idade das adolescentes que cumprem medida socioeducativa e, considerando o período máximo de internação que é de três anos, verifica-se que boa parte dos jovens infratores alcança a maioridade civil e penal durante o cumprimento da medida <sup>(11,19)</sup>. Isso também significa que as adolescentes cometem atos infracionais mais tardiamente, considerando a média de idade de 17 anos.

A discussão sobre a questão da cor nos remete a um indicador essencial, pois no Brasil, os indicadores de saúde com base nesta variável revelam desigualdades sociais persistentes no país e destacam os grupos mais vulneráveis. A análise destes indicadores oferece ao poder público, as informações que podem orientar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas às diferentes necessidades da população, contribuindo assim para a promoção da igualdade e da equidade <sup>(24)</sup>.

As políticas de ações afirmativas se colocam como um alento na busca por oportunidades iguais para estas jovens de cor parda, que são maioria na Fundação CASA. A configuração das desigualdades raciais, de cor e de gênero foram historicamente construídas na sociedade brasileira e, os movimentos sociais de condução dos direitos constituídos para a inclusão das mulheres negras na educação, no mercado de trabalho e



saúde ainda hoje fazem muito sentido suas ações frente ao desnível entre mulheres e homens sobretudo se aquelas forem negras <sup>(25)</sup>.

Com frequência, nas relações sociais brasileiras, determinadas características físicas, como cor de pele, tipo de cabelo, entre outras, influenciam, interferem e até mesmo determinam o destino e o lugar social dos sujeitos no interior da sociedade brasileira <sup>(26)</sup>.

As desigualdades raciais, resultantes dos efeitos da exclusão social são influenciadas pela prática de preconceitos e discriminações. A violência de cor e de gênero representa obstáculos para a equidade em saúde e uma violação dos direitos humanos, sendo fundamental a articulação de diversos setores para seu enfrentamento <sup>(27)</sup>.

Mudaram as aparências, mas a essência das relações sociais não mudou. A atitude do Estado para a situação do negro “liberto” sempre foi omissa: a miséria material, a discriminação e a humilhação vividas pelos afrodescendentes são reduzidas à culpa deles mesmos, por meio de uma manobra ideológica que transforma o que é da esfera das relações de poder em algo natural, inerente à cor <sup>(28)</sup>.

Enquanto a sociedade não encarar os problemas que ela mesma cria buscando mecanismos de humanização e inserção social de todos, por meio da redução da desigualdade social e econômica e de garantia de oportunidades dignas, o problema da violência continuará penalizando a todos, inclusive a esta mesma sociedade que se sente confortável em seu mundo de muros e câmeras de segurança, com medo de tudo que está

fora dele <sup>(29)</sup>.

A cada fase da evolução social da humanidade, se comparam raças antropologicamente distintas, correspondentes a uma criminalidade própria, em harmonia e de acordo com o grau do seu desenvolvimento intelectual e moral <sup>(30)</sup>. O problema reside, por conseguinte, na oposição simples entre igualdade e diferença, quando, na realidade, se trata de duas dimensões da sociabilidade democrática. Não somente a tolerância em relação à diferença como também sua vivência prazerosa só ocorrem num contexto social de igualdade. Isoladamente ou como um par dicotômico, igualdade e diferença conduzem a relações hierárquicas <sup>(31)</sup>.

A escolaridade das adolescentes é evidenciada pelo baixo desempenho ou o abandono escolar, que não concluem a formação básica. Dentre os diversos fatores, a experiência escolar negativa desponta na literatura como um dos preditores mais significativos do envolvimento infracional sério na adolescência. Variáveis escolares se sobrepõem às variáveis familiares na explicação oficial e na explicação dada pelos próprios adolescentes para o seu envolvimento com a atividade infracional. De modo geral, os adolescentes em conflito com a lei apresentam baixo desempenho e interesse pela escola e elevadas taxas de evasão escolar. Pouco estimulados e apoiados, algumas vezes pressionados a contribuir para a renda familiar, crianças e adolescentes iniciam um ciclo de repetências e acabam abandonando os estudos. O trabalho opera como um mecanismo conflitante com o sistema escolar,

promovendo defasagens e exclusão. À medida que as séries escolares avançam, aumentam os índices de distorção idade-série e de evasão <sup>(2, 11, 15-32)</sup>.

Se a experiência escolar é positiva, os adolescentes investirão boa parte de seu tempo diário participando de atividades educacionais que favorecem o desenvolvimento cognitivo, emocional e social <sup>(33)</sup>. No entanto há evidências de que, com o aumento da escolaridade dos jovens também há um aumento real do número de adolescentes praticando delitos, indicando que frequentar a escola, por si só, não é suficiente para prevenir a conduta infracional havendo necessidade de entender melhor a vivência escolar desses jovens <sup>(34)</sup>.

Os aspectos da vivência escolar mais fortemente associados à conduta infracional incluem o baixo desempenho, relação conflituosa com pares e professores, punições reiteradas e severas. O baixo desempenho pode ocasionar o enfraquecimento do vínculo escolar, mediante sentimentos de rejeição e de exclusão, decorrentes da frustração em relação à capacidade para a aprendizagem. Relações negativas entre o aluno e os professores e entre o aluno e seus pares pode impactar o desempenho escolar e o comportamento social, se tornando problemático. Com isso há incrementadas chances de ser sancionado, por não cumprir as regras escolares, fragilizando a vinculação escolar <sup>(35)</sup>.

O abandono da escola é encarado como nocivo para as sociedades e o indivíduo ocupará quase sempre empregos menos remunerados

devido a pouca habilitação. Alguns estudos têm incidido sobre a relação entre abandono escolar e delinquência, mas sem conclusões consistentes e definitivas. Existe a hipótese de que o abandono escolar aumenta os riscos de delinquência juvenil ou outras formas de conduta desviante; outros que os comportamentos delinquentes e o consumo de droga contribuem para o abandono escolar; outros ainda não encontram nenhuma relação significativa entre os dois fenômenos e, por último, há os que consideram o comportamento delinvente e o abandono escolar como duas manifestações diferentes de uma mesma tendência desviante subjacente, a qual poderá adotar, segundo as circunstâncias, expressões muito variadas <sup>(36)</sup>.

O afastamento da escola se configura, desse modo, em um marco importante, seja no tocante ao início de uma trajetória de envolvimento infracional, seja como ponto de que respeita a um agravamento nesta, com a intensificação do engajamento infracional, uma vez que os adolescentes, com a desvinculação escolar se tornam mais vulneráveis pelo tempo ocioso sem supervisão e, no período sem atividades, pela possibilidade aumentada de ligação a pares que apresentem problemas de comportamento ou conduta infracional. Ademais, sobre os adolescentes evadidos que não se integram ao mercado de trabalho, parece incidir uma maior vigilância da polícia, o que incrementa as chances de serem pegos em comportamentos de desobediência às normas de convivência social e infracionais e, por isso, apreendidos,

gerando um ciclo de consequências negativas que pode piorar a situação educacional desses jovens <sup>(37)</sup>.

É perceptível que a baixa escolaridade diminui as chances de se conseguir empregos mais bem remunerados e aumenta a de viver na pobreza e depender economicamente de benefícios sociais <sup>(38)</sup>.

Conhecer as trajetórias escolares dos adolescentes em conflito com a lei pode oferecer aporte para a instalação das condições adequadas à escolarização dos mesmos, desde o princípio e ao longo de todo o processo, com vistas a evitar rupturas ou mudanças na qualidade da experiência educacional <sup>(39)</sup>.

Para muitas adolescentes que ficam grávidas sua educação formal pode ser interrompida de forma parcial ou permanente. Ainda assim, existe a dificuldade em se estabelecer a relação causal entre gravidez de adolescentes e abandono precoce da escola. A escolarização tardia e truncada tem efeitos potenciais sobre a forma de inserção no mercado de trabalho e o rendimento destas jovens <sup>(40)</sup>. Mas enquanto em cumprimento da medida socioeducativa, as adolescentes retomam as atividades de escolarização, de acordo com a avaliação da área pedagógica da Instituição.

Quanto a característica econômica predominante das adolescentes, nos atentemos a uma discussão a respeito da população a que se destinam as medidas socioeducativas, uma vez que os atos infracionais não são cometidos apenas por adolescentes oriundos de famílias de baixa

renda. Observamos que a prática de delitos ocorre em todas as classes sociais e a resposta social é que é diferente para cada caso <sup>(41-42)</sup>.

A desigualdade de renda afeta de forma peculiar a criminalidade, principalmente se levarmos em consideração os ainda elevados índices de desigualdade observados no país. Remanesce, se esses resultados persistem quando os indicadores de criminalidade são desagregados por tipo de delito, conforme é a prática na literatura internacional <sup>(43)</sup>.

No que diz respeito a gestação detectamos que as experiências sexuais destas adolescentes se iniciam precocemente, sem qualquer tipo de orientação e/ou proteção. Muitas delas recebem orientação sobre o tema, dentro da Fundação, por parte da equipe de saúde do Centro.

Ressalta-se que as taxas nacionais de fertilidade entre adolescentes são normalmente usadas como um indicador da saúde de crianças e jovens e, apesar da taxa de natalidade ter caído mundialmente em anos recentes, a gravidez entre adolescentes continua sendo uma preocupação de saúde pública <sup>(44)</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), metade de todos os nascimentos de mães adolescentes ocorrem em apenas sete países, e o Brasil configura entre esses países <sup>(45)</sup>. A fecundidade adolescente no Brasil é próxima ao nível observado para a região da América Latina e Caribe (66,5 por mil para o período 2010-15) e abaixo dos níveis africanos (98,5 por mil), mas mais elevada se comparada à Europa (16,2 por mil) e América do Norte (28,3 por mil) <sup>(46)</sup>. É mais comum entre as adolescentes que vivem na pobreza, em

zonas rurais e entre aquelas com menos educação. Baixas condições socioeconômicas, comportamentos de risco, baixa aderência ao pré-natal e imaturidade biológica são possíveis explicações para desfechos obstétricos e perinatais adversos neste grupo <sup>(46-48)</sup>.

A maternidade afeta negativamente diversos níveis da trajetória de desenvolvimento da adolescente, principalmente no que se refere aos domínios educacionais, como abandono escolar ou menor progressão educativa, socioeconômico (pobreza), ocupacional (desemprego), social (monoparentalidade) e psicológico, como depressão, baixa autoestima e isolamento social. As mães adolescentes, em relação às adolescentes que não são mães estão particularmente em risco de abandono escolar precoce <sup>(49)</sup>.

Não é comum casos de adolescentes gestantes em cumprimento de medida socioeducativa e quando ocorre, ao completar 28 semanas de gestação, a adolescente será encaminhada para o Centro de Atendimento Socioeducativo- CASA Chiquinha Gonzaga, no município de São Paulo, onde é desenvolvido Programa Materno Infantil (PAMI), prestando assistência em todo Estado. As mães permanecem com seus bebês após o nascimento, que recebem toda atenção das próprias mães e servidoras da Instituição. O parto é realizado em Maternidades do SUS <sup>(11)</sup>.

Possuímos também a realidade de acolhimento institucional na história de vida de algumas das adolescentes.

O tema acolhimento de crianças e adolescentes em situações de

vulnerabilidade social vem ganhando espaços importantes de discussão tanto no âmbito do desenvolvimento de políticas públicas, quanto no meio científico-acadêmico <sup>(50)</sup>.

A realidade da infância em situação de risco e vulnerabilidade é ainda, nos dias de hoje, um desafio a ser enfrentado pela sociedade. A negligência, os maus-tratos, a exploração do trabalho infantil, a prostituição de crianças, o abandono delineiam um sombrio quadro, no qual uma parcela considerável da população mundial se insere <sup>(51)</sup>.

A institucionalização da criança em um abrigo ocorre por múltiplos fatores, sendo os principais: as condições de pobreza (principal motivo), o que descaracteriza o abrigo enquanto lugar temporário: a violência doméstica; o uso de entorpecentes e álcool por pais ou responsáveis; crianças moradoras de rua; crianças órfãs; encarceramento dos pais ou responsáveis e abuso sexual praticado por familiares <sup>(51)</sup>.

No momento em que uma criança chega ao abrigo, um longo processo de negligência, abandono, violência, ocorreu. Há algum tempo esta família está com dificuldade de prover, cuidar, acolher, preservar. Além disso, este processo está amplamente permeado por sentimentos de baixa autoestima, de crenças, muitas vezes bastante arraigadas sobre sua incompetência nesta relação parental, sobre as pouco otimistas perspectivas de futuro e a falta de recursos para reverter a situação <sup>(52)</sup>.

Uma quantidade expressiva de famílias é beneficiada pelo Programa Social Bolsa Família e, nesse contexto emergem algumas



questões a respeito.

As políticas sociais constituem um subconjunto das políticas públicas relacionadas a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado. Relacionam-se à distribuição de benefícios sociais para reduzir as desigualdades estruturais decorrentes da trajetória do desenvolvimento socioeconômico, usualmente nas áreas de educação, saúde, previdência, habitação, saneamento etc., e executadas sob a responsabilidade do Estado <sup>(53)</sup>.

O Programa Bolsa Família é um programa classificado como transferência de renda com condicionalidades, prevê benefícios básicos e benefícios variáveis, diferenciados pela situação de extrema pobreza e pobreza. Isso significa que as transferências são focalizadas com base em uma definição instrumental de pobreza. Um aparato técnico-burocrático para colocar em funcionamento o programa social com maior capilaridade nacional. Na dimensão social é eficaz no combate à pobreza a partir da focalização em grupos específicos e exigência de condicionalidades na área de saúde e educação <sup>(54)</sup>.

Dado obtido por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <sup>(55)</sup> referente ao ano de 2015 demonstra que a média de renda das adolescentes está acima da média de renda da população brasileira, que é de R\$1.113,00.

Uma quantidade expressiva de adolescentes que possuem atendimento pelo Conselho Tutelar. Este entrará em ação sempre que

houver suspeitas de ameaça ou violação dos direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente e poderá ser acionado por qualquer membro da sociedade e a qualquer momento através de denúncia do fato. A atuação do Conselho Tutelar (e dos demais integrantes do “Sistema de Garantias dos Direitos da Criança e do Adolescente”) deve ser sempre direcionada “*em favor*” da criança/adolescente no sentido de sua proteção integral <sup>(10)</sup>. Porém, o fato de ser esfera pública não significa que resolverá todos os problemas de democratização ou que impedirá a violação de direitos <sup>(56)</sup>.

A rede socioassistencial deve possuir como premissa, a proteção da criança, do adolescente e da família e promover um conjunto de ações articuladas que englobe as políticas públicas contribuindo para que o indivíduo seja capaz de lutar pelos ideários pessoais e da humanidade, de sustentar o nível de cidadão e de refletir sobre sua história como estratégia para evitar que se instaurem projetos de dominação" <sup>(57)</sup>.

Já o atendimento de adolescentes e de seus familiares pelo CREAS e CRAS é de fundamental importância para o diagnóstico das causas determinantes da conduta infracional e para a possível solução dos problemas. Também existe a necessidade de envolvimento de toda a rede socioassistencial para o entendimento e elaboração de um diagnóstico situacional e individualizado da adolescente.

No que concerne às questões familiares, a maioria das adolescentes atendidas pela Fundação CASA residem com pai e mãe.

Observamos que um grupo de adolescentes referiu união estável.

Nesta perspectiva é necessário analisarmos a maneira pela qual as pessoas concebem a família, considerarmos o sentido e a ideologia que as levaram escolher uma ou outra forma de organização e constituição familiar, assim como a forma de relacionamento intrafamiliar. Considerarmos a questão histórica, que não se encontra dissociada das circunstâncias do cotidiano <sup>(58)</sup>.

A família socialmente aprovada, entre um homem, uma mulher e seus filhos constitui fenômeno universal presente em todo e qualquer tipo de sociedade. Não obstante, o que se observa na atualidade é que existem várias possibilidades de novas configurações familiares, não ficando exclusivamente em um único modelo que era o tradicional. Os membros integrantes da família estão diferenciados, a composição não é mais a mesma <sup>(58-59)</sup>. Uma variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas é desenvolvida na busca de soluções para os desafios que a vida vai trazendo nesse mundo em processo de mudança. As diferentes maneiras de configurações familiares são, em sua maioria, devidas às circunstâncias da vida e não uma opção de vida. As famílias que habitam o território brasileiro são, em sua maioria, famílias que possuem meios escassos de sobrevivência e buscam no cotidiano da vida familiar, dividir não somente as emoções dos laços familiares, mas também as angústias que a própria vida cotidiana lhes apresenta <sup>(58)</sup>.

Partindo da realidade social, a família é conceituada como um conjunto de indivíduos aparentados, ligados entre si por aliança, casamento, filiação ou, excepcionalmente, por adoção (parentesco) vivendo sob o mesmo teto <sup>(60)</sup>. É a instituição responsável pelo processo de socialização primária das crianças e adolescentes, na maior parte do mundo, mas em especial no Ocidente, onde predomina o conceito político de família como célula inicial e principal da sociedade <sup>(58,61)</sup>. A família estabelece, na sociedade, maneiras de se viver, maneiras de construção de identidades sociais <sup>(58)</sup>.

No contexto da adolescente infratora, tem-se verificado uma prática recorrente de culpabilização da família pela situação de infração, principalmente com relação às famílias mais vulneráveis socialmente e que apresentam uma organização familiar “desestruturada”, contrapondo-se à ideia de existência de um modelo ideal de família, adequado aos padrões morais e sociais. É importante destacar que antes de pertencer a tal família, esses adolescentes são provenientes de uma sociedade desigual, que o exclui de diversos direitos sociais básicos, impossibilitando, pela segunda vez, esses jovens de constituírem-se enquanto cidadãos de direitos iguais aos demais <sup>(62)</sup>.

A presença da família é de suma importância durante o processo de ressocialização da adolescente, porém está cerceada a uma vasta região geográfica, impossibilitando muitas vezes, da realização das visitas para acompanhamento do cumprimento da medida socioeducativa. Há

mulheres que proveem o sustento da família e cuidam dos seus filhos. Outras estão sem situação de aprisionamento, o que inviabiliza a visita. Isso é discutido e refletido durante os atendimentos da adolescente pela equipe multiprofissional. Entretanto, o fortalecimento do vínculo familiar é mantido por meio de correspondência e ligações telefônicas.

Na concepção da Fundação CASA <sup>(11)</sup>, quando a infração é cometida por mulheres ganha uma conotação mais grave do que a cometida por homens. Elas sofrem por estarem excluídas da sociedade e pela própria família. Demonstram angústia no retorno para casa e relação com os pais, pela decepção por parte da família e outras pessoas com quem mantinham vínculo antes de serem privadas de liberdade.

Noutros termos há situações que a família se configura como um fator de risco para o ingresso no Centro, em face ao vetor de envolvimento com a criminalidade. Sua participação no processo socioeducativo, ainda que postulada pelo adolescente deva ser sopesada em face dos vínculos afetivos e da opinião da adolescente, ou excluída, conforme indicação da equipe multiprofissional de referência.

No contexto familiar, os fatores de risco para a eclosão da criminalidade estão na sua maior parte relacionados ao comportamento violento dos pais, bem como violência física, abandono, negligência e punições severas aplicadas pelos próprios pais <sup>(63)</sup>. A situação familiar seria um fator de força moderada ao desenvolvimento de conduta infracional na adolescência, tais como: a existência de problemas na

implementação de práticas disciplinares e/ou nos cuidados, no acompanhamento/supervisão e na qualidade relação pai/filho e/ou mãe/filho <sup>(64)</sup>.

Portanto, a família se destaca como fator de risco e proteção para as adolescentes.

A ligação harmônica entre a família é um fator importante que contribui para amenizar os efeitos das adversidades <sup>(65)</sup> pelas quais a adolescente é submetida. Relações familiares saudáveis, desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida, inclusive para o adolescente. A presença e o apoio familiar podem ser efetivos na redução do impacto da exposição do indivíduo a eventos de vida estressores. O vínculo e as interações familiares servem como apoio emocional, que é a base para o desenvolvimento pleno das potencialidades das crianças e adolescentes <sup>(61)</sup>.

## **5. CONCLUSÃO**

Os achados invocam a ampliação de conhecimentos que possam auxiliar na construção de políticas públicas e ações efetivas e em concordância com as particularidades desse grupo populacional. Há necessidade de investir em novos estudos sobre essa temática abordada.

Evidenciou-se que as adolescentes com 17 anos de idade são a maioria e, portanto, próximas à idade da maioridade e à jurisprudência

criminal. Mas independente da idade, os fatores que levam uma adolescente a se tornar infratora são muitas vezes complexos e variados envolvendo aspectos familiares, escolares, da comunidade, contato com drogas e filiação a pares com comportamentos delinquentes.

A continuidade da escolarização é importante e deverá ser amparada pela rede socioassistencial, tanto na inserção quanto acompanhamento. O processo de escolarização foi retomado pela Fundação CASA, mas precisa ter sequencia na rede para a melhoria das condições de vida e, inclusive oportunidades de trabalho remunerado.

No atendimento às adolescentes, cabe às Instituições, o fortalecimento do protagonismo juvenil, favorecendo os fatores de proteção, colaborando na possibilidade de ressignificação para sua vida.

Mesmo com a família distante, pela localização geográfica de muitos municípios, o vínculo com a adolescente necessita ser reestabelecido e será viabilizado por meio da área de serviço social dos municípios e profissionais da Fundação. Que possamos criar mecanismos que inibam a reincidência em atos infracionais e o fortalecimento dos laços familiares. Há de se considerar extrato importante de famílias acompanhadas pelo CRASS e CREAS. Não é somente a adolescente que precisa se fortalecer, mas a família também.

Como a procedência de adolescentes é predominantemente da RRAS 12 seguida da RRAS 13 é cabível que estas regiões despendam um esforço para elaborar um diagnóstico da situação e fomentem

discussões envolvendo toda a rede socioassistencial, sobre o envolvimento das adolescentes em atos infracionais elencando os motivos ou possíveis circunstâncias, as formas de expressão e os papéis destas mulheres em infrações. Cabe um olhar para as egressas do sistema socioeducativo.

No âmbito da saúde coletiva há necessidade da celeridade das políticas públicas e coesão com as necessidades da população feminina compulsando com a afirmação de que os programas de atendimento aos adolescentes em geral, os mantêm distantes e passivos em suas noções de saúde, educação, desenvolvimento pessoal e social.

## **6. REFERENCIAS**

1. Velho MTAC, Quintana AM, Rossi AG. Adolescência, autonomia e pesquisa em seres humanos. Rev. Bioét. 2014; 22 (1):76-84.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidade e superar desigualdades. Brasília: UNICEF; 2011.
3. Aberastury A. A adolescência. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
4. Garcia JJ, Pillon SC, Santos MA. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011; 19:753-61.



5. Calligaris C. A adolescência. São Paulo: Publifolha; 2000.
6. Campagna VN, Souza ASL. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. Bol Psicol. 2006;61(124):9-35.
7. Safiotti H. Diferença ou Indiferença: gênero, raça/etnia, classe social. In: Adorno S. A Sociologia entre a Modernidade e a Contemporaneidade. Porto Alegre: Ed. da Universidade UFRGS; 1995.
8. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde. Evidências de hoje agenda de amanhã. Geneva: World Health Organization Press Office; 2011.
9. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet] [citado 10 Ago 2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
10. Digiácomo MJ. Estatuto da criança e do adolescente: anotado e interpretado. In: Digiácomo MJ, Digiácomo IA. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente. 6a ed. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná; 2013. p. 163-85.
11. Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente. Atenção ao gênero feminino na Fundação CASA/SP. São Paulo; 2016.
12. Morgado AM, Vale-Dias MD. The antisocial phenomenon in adolescence: what is literature telling us? Aggress Violent Behav. 2013; 18 (4):436-443.

13. Canazaro D, Argimon ILL. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(7):1323-33.
14. Salmasso RC. Criminalidade e condição feminina: estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília/SP. *Rev Inicac Cient FFC*. 2004;4(3):16-31.
15. Leblanc M. Family, school, delinquency and criminality, the predictive power of an elaborated social control theory for males. *Crim Behav Ment Health*. 1994; 4(1):101-17.
16. Silva AD. Encarceramento e monoparentalidade feminina: as reclusas e suas famílias. In: *Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina* [Internet]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2015. p. 153-209.
17. Zappe JG, Ramos NV. Perfil de adolescentes privados de liberdade em Santa Maria/RS. *Psicol Soc*. 2010;22(2):365-73.
18. Fundação Casa. Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente. A Fundação CASA [Internet] [citado 1 Jan 2015]. Disponível em: <http://www.fundacaocasa.sp.gov.br/View.aspx?title=a-funda%C3%A7%C3%A3o&d=10>.
19. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional de Assistência Social (BR). Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes [Internet]. Brasília; 2009 [citado 01 Jun 2017]. Disponível em:

- <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/pdf/orientacoes-tecnicas.pdf>.
20. Moraes CA. Violência doméstica contra a criança e rede de proteção social: uma análise sobre articulação em rede. *Serv Soc Rev.* 2012; 14(2):119-44.
21. Romagnoli RC. Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. *Psicol Soc.* 2016;28(1):151-61.
22. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. 2015 [citado Jun 2014]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>
23. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde. Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS [Internet] [citado 01 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/destaques/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras>
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/cor, Brasil. *Bol Epidemiol.* 2017;48(4):1-35.
25. Melo MMP, coordenadora. Dos espaços aos direitos: a realidade da ressocialização na aplicação das medidas socioeducativas de internação das adolescentes do sexo feminino em conflito com a lei nas cinco regiões. Coord. Brasília: Conselho Nacional de Justiça;

2015. 216 p.
26. Cecchetto F, Ribeiro FML, Oliveira QM. Gênero, sexualidade e 'raça': dimensões da violência no contexto escolar. In: Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. Impactos da violência na escola: um diálogo com professores. Rio de Janeiro: Ministério da Educação, FIOCRUZ; 2010. p. 121-46.
27. Santos SM, Guimarães MJB, Araújo TVB. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde Soc.* São Paulo, v.16, n.2, p.87-102, 2007
28. Nunes SS. Racismo no Brasil: tentativas de disfarce de uma violência explícita. *Psicol USP.* 2006;17(1):89-98.
29. Cunha EL. Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino. *Cad Cedes.* 2010;30(81):157-78.
30. Rodrigues RN. As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social; 2011. 95 p.
31. Safiotti H. Diferença ou Indiferença: gênero, raça/etnia, classe social. In: Adorno S. A Sociologia entre a Modernidade e a Contemporaneidade. Porto Alegre: Ed. da Universidade UFRGS; 1995.
32. Volpi M, organizador. O adolescente e o ato infracional. 4 ed. São Paulo: Cortez; 2002. p. 7-25.
33. Maschia, Hatcher SS, Schawalbe CS, Rosato NS. Mapping the social service pathways of youth to and through the juvenile justice system: a

- comprehensive review. *Children Youth Serv Rev.* 2008; 30(12):1376-85, 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2008.04.006>
34. Toledo GW, Bazon MR. A delinquência juvenil no Estado de São Paulo: estudo de sua evolução entre 1950 e 2002. In: Biasoli-Alves ZMN, Mattiusso IMF, Carvalaes LHR, Duarte P, organizadores. Programa de Pós-Graduação em Psicologia: livro de artigos - Tomo II. Ribeirão Preto: Legis Summa; 2005. p. 299-309.
35. Janosz M, LeBlanc M. Abandono escolar na adolescência: factores comuns e trajectórias múltiplas. *Rev Port Pedagog.* 1999;34(1-3):341-403.
36. Drapela LA. Does dropping out of high school cause deviant behavior? An analysis of the national education longitudinal study. *Deviant Behav.* 2005;26:47-62.
37. Bazon MR, Komatsu AV, Panosso IR, Estevão R. Adolescentes em conflito com a lei, padrões de comportamento infracional e trajetória da conduta delituosa: um modelo explicativo na perspectiva desenvolvimental. *Rev Bras Adolesc Conflitualidade.* 2011;5(2):59-87.
38. Zhang D, Victor W, Katsiyannis A, Barrett D, Ju S, Wu J-Y. Truancy offenders in the juvenile justice system: a multicohort study. *Behav Dis.* 2010;35(3):229-42.
39. Bazon MR, Silva JL, Ferrari RM. Trajetórias escolares de adolescentes em conflito com a lei. *Educ Rev.* 2013;29(2):175-99.

40. Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: United Nations Populations Fund – UNFPA; 2013. 116 p [citado nov 2015]. Disponível em: <http://www.unfpa.org/publications/state-worldpopulation-2013>.
41. Sousa SMG. Adolescentes autores de atos infracionais: estudos psicossociais. Goiânia: Ed. da PUC Goiás; 2013. 202 p.
42. Volpi M, organizador. Sem liberdade, sem direitos: a privação de liberdade na percepção dos adolescentes. São Paulo: Cortez; 2001.
43. Resende JP, Andrade MV. Crime social, castigo social: desigualdade de renda e taxas de criminalidade nos grandes municípios brasileiros. *Estud Econ* [Internet]. 2011 [citado 2 Ago 2017];41(1):173-95. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-41612011000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612011000100007&lng=en&nrm=iso)
44. Souza ML, Lynn FA, Johnston L, Tavares ECT, Brüggemann OM, Botelho LJ. Fertility rates and perinatal outcomes of adolescent pregnancies: a retrospective population-based study. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 27 Maio 2017];25:e2876. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100325&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100325&lng=en).
45. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health: adolescent pregnancy [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado

- 14 Dez 2015]. Disponível em:  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/adolescent\\_pregnancy/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/)
46. World population prospects: the 2015 revision: key findings and advance tables [Internet]. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2015b. 59 p [citado Nov 2015]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.
47. Leppälahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ Open*. [Internet]. 2013 Aug [citado 14 Dez 2015];3(8):e003225. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e003225.full.pdf+html>.
48. Penman-Aguilar A, Carter M, Snead MC, Kourtis AP. Socioeconomic disadvantage as a social determinant of teen childbearing in the U.S. *Public Health Rep* [Internet]. 2013 [citado 14 Dez 2015];128 Suppl 1:5-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562742/pdf/phr128s10005.pdf>
49. Figueiredo B. Maternidade na adolescência: consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Anál Psicol* [Internet]. 2000 [citado 13 Maio 2009]; 4(18):485-98. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a05.pdf>  
Acesso em: 13 mai. 2009.

50. Costa NRA, Rossetti-Ferriera MC. Acolhimento familiar: uma alternativa de proteção para crianças e adolescentes. *Psicol Reflex Crit.* 2009;22(1):111-8.
51. Vectore C, Carvalho C. Um olhar sobre o abrigo: a importância dos vínculos em contexto de abrigo. *Psicol Esc Educ.* 2008;12(2):441-9.
52. Moreira JSS, Miranda VR. Reinserção familiar: sim ou não? Diferentes facetas de uma longa e difícil história familiar. In: *Psicologia jurídica: temas de aplicação.* Curitiba: Juruá; 2014. p. 61-78.
53. Castro HCO, Walter MIMT, Santana CMB, Stephanou MC. Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira. *Opin Publica [Internet].* 2009 [citado 2 Ago 2017];15(2):333-55. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-62762009000200003&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762009000200003&lng=pt&nrm=isso)
54. Arrais TA. O Bolsa Família e a tradução regional da questão social. *Rev Inst Estud Bras.* 2016;65:200-26.
55. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Renda familiar per capita 2015. Brasília; 2015 [citado 15 Jul 2017]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_continua/Renda\\_domiciliar\\_per\\_capita/Renda\\_domiciliar\\_per\\_capita\\_2015\\_20160420.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2015_20160420.pdf)
56. Sequeira VC, Monti M, Braconnot FMO. Conselhos tutelares e



psicologia: políticas públicas e promoção de saúde. *Psicol Estud* [Internet]. 2010 [citado 2 Ago 2017];15(4):861-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722010000400022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000400022&lng=pt&nrm=iso)

57. Souza Neto JC. Apontamentos para reflexão sobre concepções das práticas de atendimento à criança e ao adolescente. In: Souza Neto JC, Nascimento MLBP, organizadores. *Infância: violência, instituições e políticas públicas*. São Paulo: Expressão e Arte; 2006.
58. Oliveira NHD. *Recomeçar: família, filhos e desafios*. São Paulo: UNESP, Cultura Acadêmica, 2009.
59. Prado D. *O que é família*. São Paulo: Brasiliense; 1991. (Coleção Primeiros Passos).
60. Bourdieu P. *O espírito da família. Razões práticas – sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus; 1997.
61. Schenker M, Minayo MCS. A Implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2003 [citado 13 Maio 2014];8(1):707-17. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63010327.pdf>.
62. Sartório AT, Rosa EM. Novos paradigmas e velhos discursos: analisando processos de adolescentes em conflito com a lei. *Serv Soc Soc*. 2010;103:554-75.
63. Gallo AE, Williams LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional [Internet]. São

Paulo; 2005 [citado 12 Dez 2013]. Disponível em:  
[http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/  
ptp/article/viewFile/1028/745](http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/1028/745)

64. Andrews, DA, Bonta, J. The Psychology of criminal conduct . Canadá:  
Lexis Nexis; 2010.

65. Yunes MAM, Garcia NM, Albuquerque, BM. Monoparentalidade,  
pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as  
possibilidades da convivência familiar. *Psicol Reflex Crít* [Internet].  
2007 [citado 10 Ago 2017]; 20(3):444-453. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-  
79722007000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000300012&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0102-7972.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300012>.

## 4.2. Perfil epidemiológico de adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo

### Resumo

**Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da população adolescente feminina privada de liberdade no interior do Estado de São Paulo.

**Método:** Estudo transversal com base de dados secundários realizado nos dois Centros de Atendimento Socioeducativos Femininos no município de Cerqueira César, interior do Estado de São Paulo, totalizando 374 adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos incompletos. A coleta de dados compreendeu o período de janeiro de 2015 a fevereiro de 2016. Foi realizada uma descrição da população por meio de medidas resumo: mediana, mínimo e máxima e estimativa de percentuais. Para análise estatística foi utilizado o Software SPSS ® versão 21.0.

**Resultados:** A média de idade das adolescentes privadas de liberdade foi de 17 anos e a cor parda foi a predominante (58,1%). A maioria possui ensino fundamental (69,8%). A morbidade de maior prevalência com 27,8% foram as geniturinárias, seguida das morbidades de saúde mental com 24,3%.

Conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde prevalecem com 37,4%, seguida pelas doenças do aparelho geniturinário com 28,6%.

**Conclusão:** As adolescentes em privação de liberdade representam um contingente de sujeitos não conhecidos pela sociedade, sendo necessário conhecer e refletir sobre as condições de vida dessas mulheres. Compreender e discutir fatores que permeiam este universo torna-se indispensável aos profissionais que atendem a população feminina privada de liberdade.

**Descritores:** Adolescente, Assistência integral à saúde, Saúde do adolescente institucionalizado, Políticas públicas, Saúde Pública.

## 1.INTRODUÇÃO

O presente artigo contempla o conhecimento do perfil epidemiológico e algumas características sociais de adolescentes privadas de liberdade;

população a ser desvendada por ser desconhecida e pouco incluída em estudos na área da saúde e em políticas públicas.

Pouco se conhece sobre a realidade dos Centros de Internação Femininos no interior do Estado de São Paulo e, por isso ampliamos o olhar acerca dessa temática abordando inicialmente duas perspectivas: emergir na fase da adolescência e saúde, bem como conceituar os aspectos relacionados com a privação de liberdade.

O conceito cronológico da adolescência é de que engloba a idade entre 10 e 19 anos <sup>(1)</sup>.

O paradigma biomédico descreve a adolescência como uma fase de transição do desenvolvimento humano pela qual todos nós devemos passar. Ocorrendo na segunda década de vida, entre a infância e a vida adulta, esses anos são considerados cruciais para a maturação biopsicossocial dos indivíduos, dados os processos de definição de identidades social, sexual, profissional, política, de valores e entre outros; que o caracterizam. Por ser uma fase marcada por um turbilhão de hormônios e experiências se cria uma imagem desse período que apresenta limite frágil com o patológico <sup>(2)</sup>.

O período da adolescência, com efeito, adquirirá legitimidade e *status* de reconhecimento social que dará aquiescência aos sujeitos para adquirirem um comportamento específico da idade, colocando em discussão, o conceito de que ela é simplesmente uma interface entre dois universos bem definidos: o infantil e o adulto <sup>(3)</sup>. O processo do adolescer é um período de intensas passagens vivenciadas pelos jovens durante esse período do

seu desenvolvimento. Nas meninas ficou evidenciado o aumento da maturidade, responsabilidade, mudanças de ideias, sensações e sentimentos <sup>(4)</sup>. Esta fase é um momento importante para a adoção de novas práticas e comportamentos, o ganho de autonomia, a exposição a diversas situações de risco presentes e futuros para a saúde <sup>(5)</sup>.

Os sentimentos adversos advindos das modificações corporais tornam-se comuns entre os adolescentes, os quais experimentam essas passagens evolutivas possuindo uma mente infantil residente; entretanto em um corpo que vai aproximando-se do estereotipo adulto, levando ao surgimento de alternância de fases que podem ser retratadas como períodos de negação, fuga, revolta, depressão, elaboração, aceitação, timidez, apatia, conflitos afetivos, crises religiosas e erotismo exarcebado, constituindo um conjunto de acontecimentos denominados de entidade quase patológica <sup>(6)</sup>.

A adolescência é um produto histórico-cultural das sociedades contemporâneas. Cada sociedade desdobra a seu modo a passagem da infância à idade adulta, da imersão na família à integração plena na sociedade. A adolescência se prolongou, se tornando gradualmente complexa e ocupado um lugar social cada vez mais destacado. Poderia se postular, quase como uma lei, uma estreita correlação entre as mudanças sociais e as características da adolescência: quanto mais mutante for uma sociedade, mais prolongado e complexo será o percurso adolescente <sup>(7)</sup>.

Há a necessidade de se admitir o conceito da adolescência como plural e em permanente evolução. O conceito de adolescente é ensinado

à criança no processo de socialização, assim, os fenômenos a ele ligados, tais como a duração, os comportamentos característicos, as formas de articulação com a família e outras organizações são social e culturalmente determinadas <sup>(8)</sup>.

Em maio do ano de 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou um relatório dedicado à saúde dos adolescentes atentando para a urgente necessidade de lhes garantir melhores condições de vida. Tal cenário invoca a ampliação de conhecimentos que possam auxiliar na construção de políticas públicas e ações afinadas com as particularidades desse grupo populacional <sup>(1)</sup>.

Há de se considerar, nesse sentido, um interesse crescente na produção de informações estatísticas relacionadas à saúde do adolescente, onde se inserem as concepções e investigações sobre os comportamentos de risco em saúde <sup>(1)</sup> que culminam no desenvolvimento de doenças.

A Organização Mundial da Saúde conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades <sup>(4)</sup>.

Porém, as discussões que têm sido travadas em torno do processo saúde-doença têm gerado, sob um enfoque reducionista, a tendência natural de se pensar que a saúde significa a ausência de doença, ou seja, a saúde como sinônimo de evidências objetivas, associadas à ideia de que o corpo físico funciona ou não adequadamente <sup>(5)</sup>. Diferentemente do que muitos acreditam, a saúde não pode ser apreendida como um fenômeno abstrato e

nem mesmo como algo concreto ou atingível. Enquanto um fenômeno ampliado, a saúde envolve modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade. Nessa perspectiva é preciso questionar os discursos que privilegiam o conceito de saúde somente pela sua dimensão biológica, assegurando uma concepção fragmentada do ser humano, bem como o caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades <sup>(6)</sup>.

O processo de viver com ou sem saúde não se reduz, portanto, a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver <sup>(7)</sup>.

As causas externas possuem impacto na vida de adolescentes sendo as responsáveis pelos anos potenciais de vida perdidos. Os acidentes e violências são, atualmente, um dos maiores problemas de Saúde Pública, atingindo praticamente todas as faixas etárias, com maior expressão nas mais jovens <sup>(8)</sup>, considerando o espírito de aventura, força para enfrentar o perigo, além do uso de álcool e drogas <sup>(9-10)</sup>, por curiosidade e experimentação. Outro fator que pode favorecer essa susceptibilidade é o processo desestruturado de urbanização e aumento da desigualdade social, que contribuem para a violência urbana e a exclusão da população de baixa renda <sup>(11-12)</sup>.

A violência de gênero afeta mulheres e adolescentes, onde os homens detêm o poder recebendo da sociedade, autorização para punir o que lhes representa como desvio. Mesmo que mulheres e adolescentes sigam as normas sociais, a dominação-exploração dos homens exige que sua ação seja permeada de violência <sup>(13)</sup>.

As manifestações normais da adolescência como as transformações corporais, a necessidade de definir uma identidade sexuada, a perda do lugar infantil sem que o mesmo seja substituído logo por outro lugar social, a saída para o casamento – todo o conjunto de mudanças que configuram o processo adolescente é passível de produzir conflitos e sintomas que, caso persistam ou se intensifiquem, podem agir como novos traumatismos e produzir novos pontos de vulnerabilidade para problemas maiores, ou ainda potencializar pontos de fragilidade colhidos em experiências anteriores <sup>(7)</sup>.

A adolescência leva a busca por novas experiências e curiosidade por novas sensações <sup>(14)</sup>. Condutas divergentes como pequenos delitos, trotes telefônicos, dirigir sem habilitação, experimentar substâncias psicoativas constituem eventos comuns a esta fase do desenvolvimento <sup>(15-16)</sup>.

Na compreensão da adolescência e sua sequência de mudanças é importante situar o contexto social como um dos fatores que influenciam no processo de formação da subjetividade. Na sociedade contemporânea se



preconiza o imediatismo, sendo que a razão e o pensar estão aquém dos princípios de prazer e de processos primários de funcionamento <sup>(17)</sup>.

Findando a conceituação de adolescência e saúde torna-se necessário adentrarmos a segunda temática que traz aspectos relacionados à privação de liberdade das adolescentes.

As relações sociais, culturais, históricas e econômicas da sociedade, estabelecidas dentro de um determinado contexto são decisivas na constituição da adolescência. Portanto, para o pleno desenvolvimento das pessoas que se encontram nessa fase da vida é essencial que sejam fornecidas condições sociais (ambientais) adequadas à consecução de todos os direitos a elas atribuídos. No caso dos adolescentes privados de liberdade, a realização desses direitos está prejudicada e, para que tal situação seja revertida, precisam ser satisfeitas as mesmas condições básicas que nos casos de normalidade. A contenção social é necessária e exercida no intuito de amparar o adolescente na retomada do seu crescimento pessoal e na reelaboração pessoal das relações ambientais <sup>(18)</sup>.

Dentro do panorama jurídico, os adolescentes autores de ato infracional são submetidos às medidas de finalidade social e educativa, que são as denominadas medidas socioeducativas, que podem ser mais rigorosas, como na privação de liberdade, disposta no Art. 112 do ECA <sup>(19)</sup>. O ato infracional é descrito ainda, como uma ação condenável, de desrespeito às leis, à ordem pública, aos direitos dos cidadãos ou ao patrimônio, cometido por crianças ou adolescentes. Somente haverá o ato infracional se

a conduta for correspondente a uma hipótese prevista em lei que determine sanções ao seu autor <sup>(20)</sup>.

Apesar de configurarem resposta à prática de um delito e apresentam um caráter predominantemente educativo e não punitivo, as medidas socioeducativas para as meninas apresentam uma conotação mais grave e a privação de liberdade se torna mais penosa <sup>(19,21)</sup>.

Nos Centros de Atendimento da Fundação CASA, a área da saúde é composta por enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e dentista, os quais desempenham papel de suma importância.

Na área da saúde, as adolescentes apresentam um desconhecimento muito grande sobre sexualidade, seu corpo e as necessidades de cuidados de forma geral. Dessa forma, a área da saúde enquanto compõe um programa de atendimento tem a missão de levar às adolescentes privadas de liberdade, não somente a assistência, como também informação e a educação na área <sup>(21)</sup>.

Diante do exposto, a construção deste estudo justificou-se por sua importância social e epidemiológica, além de ser original, inovador e abrangente, uma vez que engloba toda a população de adolescentes do sexo feminino privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo.

Sendo o envolvimento com o ato infracional considerado um fenômeno social crescente e as informações sobre saúde das adolescentes privadas de liberdade pouco conhecidas, o conhecimento advindo da pesquisa assume grande importância. Nessa perspectiva, o

objetivo do estudo foi de descrever o perfil epidemiológico da população adolescente feminina privada de liberdade no interior do Estado de São Paulo.

## **2. MÉTODO**

Estudo transversal com base de dados secundários realizado nos dois Centros de Atendimento Socioeducativos Femininos no município de Cerqueira César, interior do Estado de São Paulo. O CASA Anita Garibaldi possui capacidade para atendimento de 56 adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos incompletos em cumprimento de internação sanção com máximo de permanência de até 90 dias, internação provisória com a média de permanência de 40 dias e internação, com média de permanência de 15 meses. O Centro Feminino de Cerqueira César possui a mesma capacidade para atendimento e a faixa etária, porém atende somente a medida de internação, com média de permanência 15 a 18 meses<sup>(21)</sup>. Ambos estão em funcionamento desde o mês de julho de 2007. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2015 a fevereiro de 2016 com as adolescentes que já estavam nos Centros e as que foram admitidas neste período descrito, a fim de se obter um banco de dados mais amplo, o qual totalizou 374 adolescentes. Os dados foram coletados da pasta de saúde das adolescentes, da pasta de psicologia e de um sistema da Fundação CASA utilizado pela equipe multiprofissional para

lançamento dos atendimentos e encaminhamento ao poder judiciário visando avaliação do cumprimento da medida socioeducativa. Foi realizada uma descrição da população por meio de medidas resumo: mediana, mínimo e máxima e estimativa de percentuais. Para análise estatística foi utilizado o Software SPSS ® versão 21.0. Para obtenção dos dados foi protocolado um requerimento no Centro de Pesquisa e Documentação da Escola para Formação e Capacitação Profissional da Fundação CASA/SP obtendo deferimento. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sendo aprovado em 02/12/2014, com o numero Certificado de Apresentação para Apreciação Ética-CAAE 38539614.8.0000.5411.

### **3. RESULTADOS**

A média de idade das adolescentes foi de 17 anos. Entre as 374 pastas pesquisadas, a cor parda foi a predominante com 58,1% seguida da cor branca com 30,4%.

No intuito de contextualização, o nível de escolaridade das adolescentes é baixo, pois a maioria, 37,4% possui ensino fundamental completo e 32,4% possuem o ensino fundamental incompleto. Com relação ao ensino médio, 24,9% das adolescentes o apresentam incompleto e 5,3% delas possuem o ensino médio completo.

Tabela 1. Distribuição das adolescentes segundo características sociodemográficas. Cerqueira César, 2015/16.

Variáveis	n	%
<b>Aspectos demográficos</b>		
<b>Idade (anos)</b>	17 (13-20)	
<b>Cor<sup>a</sup></b>		
Branca	111	30,4
Amarela	4	1,1
Parda	212	58,1
Preta	38	10,4

Não sabe/não respondeu: Cor<sup>a</sup>: 9.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

Quanto às doenças da família, 37,2% das adolescentes referiram em atendimento de saúde, que possui algum membro da família acometido de doença.

Conforme as análises estatísticas considerando a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde-CID 10, os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde prevalecem com 37,4%. É quando uma pessoa que não está doente consulta os serviços de saúde para algum propósito específico, tais como receber assistência ou serviço limitado para uma afecção atual ou discutir um problema que não é em si uma doença ou um traumatismo <sup>(22)</sup>. É seguida pelas doenças do aparelho geniturinário com 28,6% considerando a CID 10.

Tabela 2. Distribuição das doenças segundo a CID das adolescentes.

Cerqueira César, 2015/16.

<b>Doenças segundo CID-10</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fatores que influenciam o estado de saúde, contato com os serviços de saúde	140	37,4
Doenças do aparelho geniturinário	107	28,6
Doenças do aparelho respiratório	84	22,5
Transtornos mentais e comportamentais	70	18,7
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	66	17,6
Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e de laboratório	52	13,9
Doenças do aparelho digestivo	39	10,4
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	37	9,9
Doenças do olho e anexos	26	7,0
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	13	3,5
Gravidez, parto e puerpério	11	2,9
Doenças do sistema nervoso	9	2,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	2,1
Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	5	1,3
Doenças do aparelho circulatório	4	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	0,8
Lesões, envenenamento e outras causas externas	3	0,8
Algumas infecções originadas no período perinatal	2	0,5
Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	0,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

A morbidade registrada de maior prevalência, com 27,8%, foi a relacionada às geniturinárias, seguida das morbidades de saúde mental com 24,3%, o que é pertinente para discussão, dado o contexto onde estas adolescentes são inseridas.

Tabela 3. Distribuição das adolescentes segundo morbidades. Cerqueira César, 2015/16.

<b>Morbidades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Geniturinárias	104	27,8
Saúde mental	91	24,3
Vias aéreas superiores e inferiores	86	23,0
Dermatológicas	82	21,9
Gastrointestinais	63	16,8
Endócrinas	33	8,8
Musculoesqueléticas	32	8,6
Respiratórias	13	3,5
Cardiológicas	12	3,2
Oftalmológicas	11	2,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/16.

#### **4. DISCUSSÃO**

O ambiente onde o indivíduo está inserido, bem como suas relações sociais define sua condição de saúde, cabendo ao Estado a promoção deste contexto para as adolescentes inseridas na medida socioeducativa. Nesta perspectiva, a restrição de liberdade integral ou parcial pode contribuir ou gerar uma situação de doença para a adolescente <sup>(21)</sup>.

Como a maior parte das adolescentes procurou atendimento à saúde, conforme a prevalência a partir da Classificação CID 10, a partir do pressuposto de que a adolescência é condição peculiar do desenvolvimento humano e transitória é importante o cuidado profissional em avaliar a intensidade e a frequência dos sinais e sintomas para

distinguir o que pode ser esperado para a fase da adolescência e o que pode ser considerado de natureza patológica <sup>(21)</sup>.

Na Fundação CASA, o atendimento à saúde está alicerçado nos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde sobre a Saúde da Mulher, sendo os princípios e diretrizes: ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde; levantamento das necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde; elaboração, execução e a avaliação das ações de saúde das adolescentes norteadas pela perspectiva de gênero, de cor e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher e o estabelecimento de dinâmica para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais <sup>(21,23)</sup>.

Importante citar que, a relação entre saúde e cor indica a existência de certas doenças que podem ser catalogadas como raciais, por surgirem com mais frequência ou com exclusividade em determinados grupos étnicos em razão de predisposições biológicas <sup>(24)</sup>.

Como a maioria das adolescentes pertencem à cor parda, este indicador precisa ser considerado no plano de atendimento da adolescente, além dos dados familiares.

A incorporação do quesito cor nos sistemas de informações de saúde possibilita evidenciar, mediante constatações empíricas, diferenças



raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença. Conhecer os perfis de morbimortalidade da população brasileira no que tange à autodeclaração étnico-racial permite subsidiar a objetivação de políticas e ações de saúde universais, destinadas à superação de iniquidades de grupos específicos <sup>(25)</sup>.

As práticas excludentes ocorrem cotidianamente na vida das adolescentes e suas famílias, expressas na precariedade dos serviços de saúde, educação, habitação, trabalho e lazer dentre outras, que podem ser compreendidas como formas de violência, e nessa perspectiva se inscrevem o “não acolhimento” <sup>(21)</sup>.

É evidente também, que a maioria das adolescentes apresenta baixo nível de escolaridade. Destacam-se como fatores: baixo desempenho escolar, dificuldades de aprendizagem, baixo compromisso ou respeito para com as proposições escolares e, conseqüentemente, a fraca vinculação escolar <sup>(26-27)</sup>. Isso pode estar associado a baixas condições socioeconômicas, mas este tipo de análise requer cuidados, uma vez que, não se pode afirmar haver uma relação direta entre essas duas variáveis: condições socioeconômicas e grau de escolaridade, em relação a um maior índice de criminalidade. Este tipo de associação pode reforçar o estigma imposto às populações pobres como indivíduos tendentes à violência e à criminalidade <sup>(28)</sup>.

No que concerne às doenças na família, embora muitas delas desconhecem as condições familiares, se torna imperativo o

conhecimento advindo das adolescentes para contribuir na assistência à saúde, como método de prevenção ao desenvolvimento de doenças.

Percebe-se, por meio dos registros de atendimento nas pastas de saúde, que a maior parte delas durante a admissão na Fundação CASA apresentam precárias condições de higiene. Dentre estas, se constata as doenças geniturinárias como vaginites e vulvovaginites e as infecções do trato urinário. Desconhecem hábitos de higiene e apresentam dificuldades de cuidado com o corpo, principalmente práticas de higiene íntima.

O corpo é uma construção social e não somente produto dos fatores biológicos que o constituem. Uma expressão de humanidade, pois traz em sua formação inúmeros valores e normas vigentes na cultura. Esse corpo cultural e histórico deve ser compreendido e atendido em suas diferentes especificidades, especialmente quando se tratam das questões de gênero sobre as quais se assenta a maneira como homens e mulheres aprendem a lidar com o corpo <sup>(29)</sup>.

Os avanços nos serviços de saúde ao longo dos anos aprimoraram as técnicas de intervenção sobre o corpo biológico sem considerar seus constituintes culturais e dos cuidados a ele prestado. É por meio da socialização e da interação entre os profissionais e seus pacientes que se estabelecem os processos educativos sobre os cuidados à saúde e, a eficácia dos cuidados preventivos e terapêuticos depende do entendimento que o indivíduo tem sobre o corpo e do cuidado em sua total complexidade <sup>(29)</sup>.

As condições de saúde do ser humano são um importante indicador para que a sociedade se conscientize da necessidade de ações mais eficazes junto à população feminina privada de liberdade, que representam atualmente, um grande contingente no nosso país <sup>(30)</sup>. Relacionam-se às circunstâncias de seu desenvolvimento, desde a gestação até as fases posteriores: crescimento pré-natal, condições da mãe e da criança no momento do parto, alimentação, higiene, estimulação do desenvolvimento psicomotor e cognitivo e suas relações afetivas e sociais. A ciência do desenvolvimento busca compreender os padrões de normalidade do desenvolvimento humano, mostrando que quando as diferenças nas trajetórias são conhecidas, podem revelar o momento no qual as desordens biológicas, psicológicas ou sociais passam a interferir prejudicialmente sobre o desenvolvimento do indivíduo. O conhecimento dessas trajetórias possibilita a criação de ações preventivas no combate à instalação de patologias crônicas <sup>(31)</sup>.

A partir de então se iniciam ações despendidas pela equipe de saúde no intuito de orientação de forma continua com metodologias e conteúdos diversificados que permitam a avaliação da efetividade destas ações, visando a mudança de comportamento e apreensão do autoconhecimento, incentivando as adolescentes a adotarem uma vida mais saudável, facilitando também o convívio com as demais dentro da Instituição. Enfim, conhecimento para sua própria vida.

Corroborando com o exposto, se tem a compreensão que a adolescência é o período onde vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, incorporados e possivelmente transferidos à idade adulta, tornando-se mais difíceis de serem alterados <sup>(2,3)</sup>. Nesse sentido, é importante incentivar o adolescente a se tornar sujeito ativo do seu cuidado, utilizando para isso estratégias de educação em saúde que visem à promoção da saúde, a prevenção de agravos e o autocuidado <sup>(32)</sup>.

O desenvolvimento de autonomia e a tomada de decisões sobre práticas de estilo de vida e comportamentos durante a adolescência podem contribuir ao estilo de vida de maneira positiva ou negativa <sup>(33)</sup> e o estabelecimento de ações que possam contribuir para mudar o cenário de estilo de vida são de extrema importância neste período de vida <sup>(34)</sup>.

Dentre estas ações está uma ferramenta importante que é a educação em saúde, que envolve a tríade ação-reflexão-ação, capacita as pessoas a aprenderem, evidenciando a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social superando as contradições <sup>(35)</sup>. Assim, a relação entre educação em saúde e a pedagogia libertadora, que parte de um diálogo horizontalizado entre profissionais e usuários, contribui para a construção da emancipação do sujeito para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva <sup>(36)</sup>.

Com o desenvolvimento de habilidades pessoais, se pode trabalhar a autonomia do indivíduo, estimulando sua capacidade com um variado rol de estratégias de educação em saúde, dando ênfase em programas

educativos voltados para os riscos comportamentais e hábitos passíveis de mudança <sup>(36)</sup> utilizando a escuta qualificada <sup>(37)</sup>.

Em arremate aos dados sobre a segunda doença mais prevalente entre as adolescentes, não poderíamos deixar de citar as morbidades em saúde mental.

É percebido o longo período de permanência da adolescente no cumprimento da medida socioeducativa e quando nos atentamos às especificidades femininas, em condição de restrição de liberdade, a significativa presença de questões relacionadas à saúde mental. Este ponto é imprescindível; os agravos à saúde mental incidem diretamente no comportamento das adolescentes, em alguns casos de forma mais severa, enquanto outros de modo temporário <sup>(21)</sup>.

O que se destaca na resposta do indivíduo às situações que enfrenta são os níveis de exposição e os limites individuais, ou seja, sua visão subjetiva, sua percepção, sua interpretação e o sentido atribuído ao evento estressor, o que o classifica ou não como condição de risco. Sendo assim, o que para um pode ser um perigo, para outro pode ser apenas um desafio <sup>(38)</sup>.

Os transtornos mentais destacam-se como principais desafios a serem enfrentados pelos serviços de saúde. Em adolescentes é possível encontrar, antes de um diagnóstico formal de um transtorno psiquiátrico, indícios de sofrimento psíquico. Assim, a identificação precoce de um

transtorno mental, bem como seus principais fatores de risco, pode ajudar na proposição de medidas de prevenção e controle mais específicos <sup>(39-40)</sup>.

A institucionalização é um dos fatores que aumenta o risco de transtornos mentais ao longo da vida, assim como aspectos genéticos, nutricionais, doenças, saúde mental dos pais ou responsáveis, ausência de lar estruturado, condições de extrema pobreza, ,maternidade na adolescência, abuso de substâncias, desastres naturais, violência e negligência <sup>(41)</sup>.

Os estudos sobre transtornos psiquiátricos em jovens infratores têm demonstrado prevalências particularmente elevadas em comparação à população geral em vários países. Essa constatação é de essencial importância para o planejamento e implantação de políticas de saúde pública que visem tanto à prevenção da infração quanto mesmo à recuperação destes jovens <sup>(42)</sup>.

É importante que a equipe de saúde (psicólogo, assistente social e enfermagem) realize discussão de caso e analise individualmente cada um deles elencando as necessidades e priorizando os que necessitam de atendimento especializado, sem desconsiderarmos a importância da aceitação e colaboração da adolescente neste cuidado.

O sofrimento é entendido a partir da relação com o outro e esta é, portanto, uma resposta que o sujeito dá ao pertencer ao espaço relacional e social. Ainda que os sintomas expressados pelo sujeito sejam semelhantes aos de outras pessoas, a manifestação subjetiva do

sofrimento é sempre exclusiva do indivíduo e irreduzível, ou seja, não se pode limitá-lo somente a uma classificação geral. Assim, a noção de sofrimento psíquico remete a uma noção de crise como sendo um momento de ruptura ou uma mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a desarticulações que podemos chamar de psicossociais da pessoa <sup>(43)</sup>.

Faz-se necessário compreender tais peculiaridades considerando a fase da adolescência e as diferenças de gênero no funcionamento psíquico e, conseqüentemente, comportamentais, a fim de propor ações assertivas à demanda apresentada.

A psiquiatrização das diferenças e a psicopatologização de comportamentos de minorias têm sido um obstáculo à delimitação prática entre saúde e doença e servido como elemento de coerção e repressão social. Outra questão preliminar que influi na diferenciação entre normal e patológica se refere aos conceitos de patológico, doença, enfermidade, deficiência, sofrimento, embora contenham elemento de abstração, somente podem ser exercidos sobre casos concretos e pessoas reais. É importante destacar o caráter relativo implícito na diferenciação entre o que é normal e patológico: que é normal em uma pessoa numa certa época de sua vida pode ser anormal noutra. Deve-se destacar, portanto, o fator sociocultural, o grau de instrução, a classe social, o sexo, o papel social e cultural e a subcultura a qual pertença o indivíduo, bem como o despreparo do profissional e a distorção de quem discorre sobre os limites

entre saúde e doença mental, influenciado pelo temor de ser ele mesmo um doente <sup>(44)</sup>.

Observar-se- a, que as ações de prevenção de agravos à saúde do adolescente, independentemente do cenário de práticas devem romper com as visões biomédica e tecnicista, que não consideram a integralidade do adolescente como ser em formação. Por isso as ações em saúde mental devem ser consideradas como algo transdisciplinar, pois os problemas psíquicos e emocionais que afetam o adolescente repercutem nas fases seguintes da sua vida <sup>(45)</sup>.

O cuidado pormenorizado e individualizado deve garantir que a adolescente que não possui condições de saúde para o cumprimento de medida socioeducativa receba o tratamento adequado. Adolescente que apresenta diagnóstico médico de doença mental que interfira no cumprimento da medida socioeducativa merece ser encaminhada para tratamento especializado e extinta a medida socioeducativa. O ambiente socioeducativo surtirá efeitos negativos sobre o tratamento.

Para isso contamos com o acesso e tratamento de qualidade, por meio da incompletude institucional, a qual revela a lógica presente no ECA quanto à concepção de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais para a organização das políticas de atenção à infância e à juventude. Assim sendo, a política de aplicação das medidas socioeducativas não pode estar isolada das demais políticas públicas. Os programas de execução de atendimento socioeducativo deverão ser



articulados com os demais serviços e programas que visem atender os direitos dos adolescentes, em especial à saúde <sup>(46)</sup>.

Os apelos à prevenção de riscos à saúde desse segmento populacional apoiam-se em dados estatísticos epidemiológicos e na disseminação de formulações produzidas por especialistas de áreas médicas e afins – psiquiatria, neurociência, nutrição, entre outras – fomentando argumentos para a deflagração de dispositivos de vigilância. Uma das diretrizes da saúde pública nesta direção tem sido o estudo de comportamentos de risco dos adolescentes (ou da possibilidade de ocorrerem), seu monitoramento e a consequente intervenção <sup>(47)</sup>.

Uma das principais preocupações relativas à atuação sobre os determinantes sociais em saúde é promover políticas intersetoriais que contenham na sua formulação, a preocupação com os impactos sobre a saúde e a diminuição das desigualdades sociais. Apesar de a epidemiologia ter contribuições para todas as políticas públicas em saúde, três questões emergem atualmente como compromissos da saúde pública, frente aos quais todas as disciplinas e saberes do campo da saúde coletiva devem se unificar: a redução das desigualdades sociais em saúde, a promoção da saúde e a regulação exercida pelo Estado sobre bens e serviços com consequências sobre a saúde. Retirar o foco dos indivíduos e buscar compreender a complexidade das mediações entre as diferentes dimensões da vida social é imperioso para a elaboração, implementação e avaliação de políticas de promoção à saúde <sup>(48)</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

Este artigo respondeu ao objetivo de traçar um perfil das adolescentes no que se refere às morbidades e, no âmbito da saúde coletiva pretendemos contribuir com o diagnóstico, implementação e efetivação de políticas públicas específicas na área da saúde da mulher, sensibilizando gestores da instituição estudada e corroborando em ações e estratégias dirigidas à assistência à adolescente, a partir do conhecimento dos determinantes de morbidade da população estudada.

As adolescentes procuram o serviço de saúde institucional com frequência, conforme visto nos dados, o que facilita traçar um plano de cuidados com a adesão dos sujeitos, em especial quanto aos cuidados com o corpo, pois se constatou alto índice de doenças geniturinárias. A partir da segurança advinda do sentimento de constância no cuidado, a adolescente pode adquirir autonomia e ampliar a rede social com a inclusão de novas práticas de cuidados sobre sua saúde.

Torna-se importante a compreensão da equipe de saúde, sobre o sofrimento mental destas adolescentes propondo alternativas que facilitem o cumprimento da medida socioeducativa e a perspectiva de futuro melhor.

As adolescentes em privação de liberdade representam um contingente de sujeitos pouco conhecidos pela sociedade, sendo necessário conhecer e refletir sobre as condições de vida dessas mulheres. Nesse contexto, compreender e discutir fatores que permeiam

este universo torna-se indispensável aos profissionais que atendem a população feminina privada de liberdade, tanto os da Fundação CASA, quanto os profissionais da rede de saúde.

Inferimos também que, o fortalecimento das políticas públicas com ênfase às questões de melhoria da qualidade da atenção prestada e promoção da saúde favorecerá a atuação da rede pública de saúde e melhorará o acesso ao serviço pelas usuárias.

## 6. REFERENCIAS

1. World Health Organization. Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade. Geneva; 2014.
2. Chimeli IV, Nogueira MJ, Pimenta DN, Schall VT. A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência. *Physis*. 2016; 26(2):399-415.
3. Quiroga FL, Vitalle MSS. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis*. 2013; 23 (3):863-78.
4. Brêtas JRS, Moreno RS, Eugenio DS, Sala DCP, Vieira TF, Bruno PR. Os rituais de passagem segundo adolescentes. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2008 [citado 10 Ago 2017]; 21( 3 ): 404-11. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

21002008000300004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300004>.

5. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Andrade SSAC, Neves ACM, Melo EM, et al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras–2009. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(9):2291-304.
6. Aberastury A, Knobel M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981
7. Leivi M. Vulnerabilidade na adolescência. *Rev Psicanál SPPA*. 2014;21(2):305-25.
8. Oliveira MAC, Egry EY. A adolescência como um constructo social. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum [Internet]*. 1997 [citado 3 Fev 2016]; 7(2):12-21. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/textos/339.htm>
9. Phebo L, Moura ATMS. Violência urbana: um desafio para o pediatra. *J Pediatr*. 2005; 815 Supl:189-96.
10. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Rev Bras de Epidemiol*. 2005; 8(2):194-204.
11. Souza ER, Mello Jorge MHP. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Assis SG, Deslandes SF, Santos NC. Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: Souza RE, Minayo

MCS. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

13. Saffioti, HB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cad. Pagu [Internet]. 2001 [Citado 10 Ago 2017]; (16)115-36. Disponível em: [//www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332001000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100007&lng=en&nrm=iso). ISSN 1809-4449. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007>.
14. Neves KC, Teixeira MLO, Ferreira MA. Consumo de álcool na adolescência. Escola Anna Nery Rev de Enfermagem. 2015; 19(2):286-91.
15. Morgado AM, Vale-Dias MD. The antisocial phenomenon in adolescence: what is literature telling us? Aggress Violent Behav. 2003; 18(4): 436-43.
16. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. Psicol Estud. 2005; 10(2): 209-16.
17. Macedo MMK, organizador. Adolescência e psicanálise: intersecções possíveis. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010.
18. Dias EO, Loparic Z. O Modelo Winnicott de atendimento ao adolescente em conflito com a lei. Winnicott E-prints Série 2; 2008:3(1/2):48-60.

19. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet] [citado 07 Out 2015]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
20. Aquino LG. Criança e adolescente: o ato infracional e as medidas socioeducativas. Âmbito Jurídico 2012 [citado 16 Jun 2014]. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11414](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11414)
21. Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente. Atenção ao gênero feminino na Fundação CASA/SP. São Paulo (SP); 2016.
22. Ministério da Saúde (BR). Informações de saúde [citado 16 Jan 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxcid10.htm>.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília; 2004. 82 p.
24. Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes, MHA, organizadores. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. 444 p [citado 10 Ago 2017]. Disponível em: <http://books.scielo.org>

25. Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. Saúde da população negra. 2a ed. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. (Coleção negras e negros: pesquisas e debates).
26. Bernat DH, Oakes JM, Pettingell SL, Resnick M. Risk and direct protective factors for youth violence results from the national longitudinal study of adolescent health. *Am J Prev Med.* 2012;43(2):S41-50.
27. Luciano BE. Adolescentes em conflito em lei: relações entre o comportamento delituoso e o uso de substâncias psicoativas [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2015.
28. Lima GMB, Pereira Neto AF, Amarante PDC, Dias MD, Ferreira Filha MO. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. *Saúde em Debate.* 2013; 37(98):446-56.
29. Valle TGM, Melchiori LE. Saúde e desenvolvimento humano [Internet]. São Paulo: UNESP, Cultura Acadêmica; 2010. 257 p. [citado 10 agosto 2017]. Disponível em: <http://books.scielo.org>>.
30. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Perez-Escamila R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(5):877-85.
31. Aspesi CC, Dessen MA, Chagas JF. A ciência do desenvolvimento humano: uma perspectiva interdisciplinar. In: Dessen MA, Costa-Junior

- ALA. A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed; 2005. P 19-36.
32. Sousa ZAA, Silva JG, Ferreira MA. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. Esc Anna Nery [Internet]. 2014; [citado 20 Abr 2017];18(3):[6 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en\\_1414-8145-ean-18-03-0400.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en_1414-8145-ean-18-03-0400.pdf)
33. Maria WB, Azevedo Guimarães AC, Matias TS. Estilo de vida de adolescentes de escolas públicas e privadas de Florianópolis-SC. Rev Educ Fís UEM. 2009; 20(4):615-23. Doi: 10.4025/reveducfis.v20i4.6943.
34. Veiro VSF; Farias JM. Educational actions for awareness of a healthier lifestyle in adolescents. J. Phys. Educ [Internet]. 2017 [citado 10 Ago 2017];28,e2812. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-24552017000100112&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-24552017000100112&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 01 set. 2017. Epub 26-Jun-2017. <http://dx.doi.org/10.4025/jphyseduc.v28i1.2812>
35. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
36. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(1): 224-30.



37. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann ITSB, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação e saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):307-14.
38. Yunes MAM, Garcia NM, Albuquerque, BM. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicol Reflexão e Crít [Internet]* 2007 [citado 10 Ago 2017]; 20 (3): 444-53. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722007000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000300012&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0102-7972. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300012>.
39. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KMB, Cunha CF et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Publica* 2016; 50 Supl 1:14s.
40. Vilarins NPG. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. *Ciên e Saúde Coletiva.* 2014; 19(3)891-8.
41. Anselmi L et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev de Saúde Pública.* 2008; 42 Supl 2: 26–33.
42. Andrade RC, Assumpção Junior F, Teixeira IA, Fonseca VAS. Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. *Ciên Saúde Colet.* 2011; 16(4):2179-88.

43. Costa I. Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. In: Anais da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental; 2006; Pará; 2006 [citado 28 Abr 2017]. Disponível em: [www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm](http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm).
44. Almeida APD. Quando o vínculo é doença: a influência da dinâmica familiar na modalidade de aprendizagem do sujeito. Rev Psicopedag [Internet]. 2011[citado 31 Maio 2017];28(86):201-13. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862011000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000200011&lng=pt&nrm=iso)
45. Pinto ACS, Luna IT, Silva AA, Pinheiro PNC, Braga VB, Alves e Souza AM. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(3):555-64.
46. Presidência da República (BR). Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE. Brasília-DF: CONANDA; 2006. 100 p
47. Lisboa MR, Lerner K. Sentidos de saúde, cuidado e risco para adolescentes residentes na favela da Maré, no Rio de Janeiro, Brasil. Interface (Botucatu). 2017. In press.
48. Barata, RB et al. Epidemiologia e políticas públicas. Rev Bras Epidemiol [Internet] 2013 [citado 18 Set 2017]; 16(1):3-17. Disponível

em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100003&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1415-790X.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100001>.

### 4.3. Perfil infracional e uso de substâncias psicoativas por adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo

#### Resumo

**Objetivo:** Descrever os atos infracionais e uso de substâncias psicoativas por adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo. **Método:** Estudo transversal com base de dados secundários realizado nos dois Centros de Atendimento Socioeducativo Femininos no município de Cerqueira César, interior do estado de São Paulo totalizando 374 adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos incompletos. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro 2015 a fevereiro de 2016. Foi realizada uma descrição da população por meio de medidas resumo: mediana, mínimo e máxima e estimativa de percentuais. Para análise estatística foi utilizado o Software SPSS ® versão 21.0. **Resultados:** Verificou-se que a faixa etária predominante é de 17 anos e a defasagem escolar é evidente (69,8%). A cor prevalente é a parda com 58,1%. As variáveis referente a criminalidade demonstraram envolvimento familiar no crime (45%), envolvimento familiar com a droga (47,5%) e envolvimento do companheiro com a droga (34,7%). Verificou-se que o ato infracional correspondente a tráfico de drogas foi o mais praticado pelas respondentes (65,5%). As substâncias psicoativas mais utilizadas são o tabaco (59,6%) e a maconha (42,1%) carecendo de intervenção breve para prevenir morbidades e a instalação de quadro crônico decorrente do abuso das substâncias psicoativas. **Conclusão:** A evolução do conhecimento sobre comportamentos delinquentes e prática de delitos das adolescentes, seus problemas associados e fatores de risco e de proteção, avaliação dos contextos familiares e de inserção social da adolescente poderão subsidiar programas preventivos visando à promoção do cuidado necessário ao desenvolvimento positivo e efetivo dessa população.

**Descritores:** Adolescente, Comportamento do adolescente, Assistência integral à saúde, Saúde do adolescente institucionalizado, Políticas públicas, Saúde Pública.

## 1.INTRODUÇÃO

A pesquisa que ora apresentamos partiu de uma inquietação científica de investigação acerca das condições socioedemográficas, do

aspecto criminal e uso de substâncias psicoativas pelas adolescentes inseridas em contexto socioeducativo, ou seja, privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo.

A adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto, marcada por mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais caracterizado pela necessidade de integração social, pela busca e desenvolvimento da personalidade, pela definição da identidade sexual e pela descoberta das próprias limitações. Ainda destacam-se, entre outras características, o crescimento emocional e intelectual, as relações interpessoais, a vivência da afetividade e a sexualidade <sup>(1-2)</sup>.

As transformações permeiam a vida social do indivíduo nesta etapa de construção da identidade. Pode-se inferir, a partir destes exemplos, como a representação social da adolescência passou a ser vinculada a um período de incertezas, caracterizado pelo que se poderia comparar a um período fronteiro entre a forma infantil e a forma adulta. Com efeito, é durante esse período de instabilidade que se configura uma concorrência de situações e experiências pelas quais o adolescente irá se confrontar até chegar à idade adulta. A busca pela emancipação e independência, no entanto, será fortemente marcada pelos condicionantes externos que impregnam a sociedade e o momento histórico em que o adolescente estiver situado <sup>(3)</sup>.

A adolescência é um estágio muito particular no desenvolvimento humano, durante o qual os sujeitos procuram adaptar-se a um ambiente cada vez mais complexo e diversificado, deparando-se também com a necessidade de construir a sua identidade, autonomia e relações significativas fora do contexto familiar. Assim, os comportamentos delinquentes verificados neste estágio não podem ser dissociados da complexidade e significância destas tarefas desenvolvimentais <sup>(4)</sup>.

São encontradas na literatura diversas terminologias utilizadas para se referir às manifestações consideradas negativas dos comportamentos sociais, de forma que um mesmo tipo de comportamento pode ser denominado como desviante, transgressivo, antissocial, delitivo ou delinquente, de acordo com a vertente de saber ou de práticas sociais envolvidas <sup>(5)</sup>.

Quando mencionamos comportamento delinquente, este é traduzido em ações agressivas, impulsivas e às vezes violentas que violam as regras, convenções e códigos estabelecidos de uma sociedade, tais como as leis que apoiam os direitos pessoais e de propriedade <sup>(6)</sup>.

No momento em que se espera a formação da identidade do adolescente, a sociedade impõe padrões de consumo e à busca de prazer; à posse de determinados bens. O ato de consumir se transforma em condição de reconhecimento social e, como isso não é assegurado aos adolescentes de classes populares destitui-se o sujeito do lugar de potencial consumidor para de não cidadão. Sem reconhecimento social,

eles têm a dimensão de futuro praticamente anulada, e partem para a busca de prazer imediato por meio da prática de atos transgressivos como uso de drogas, armas e violência <sup>(7)</sup>.

O período da adolescência constitui-se crucial no ciclo vital para o início do uso de drogas, seja como mera experimentação seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo. Lembrando que a utilização das drogas lícitas e ilícitas permeia a cultura da adolescência à velhice e, no caso do Brasil, notadamente por meio do consumo de álcool, fumo e maconha <sup>(8)</sup>.

As formas de responsabilização do adolescente são definidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que trata o comportamento delitivo, na delimitação de pessoas com menos de 18 anos, como 'ato infracional', aquele passível de julgamento e de sentenças relativas a medidas socioeducativas, que vão de advertência à restrição de liberdade. No ordenamento jurídico brasileiro, os crimes e as contravenções penais só podem ser atribuídas, para efeitos da respectiva pena, às pessoas imputáveis, que usualmente é a com mais de 18 anos de idade <sup>(9)</sup>.

A atribuição do ato infracional, o desencadeamento de processo jurídico e a aplicação de uma medida socioeducativa consistem em um produto histórico-social, onde a vida de adolescentes é marcada por situações de violência, violações, privações e de abuso. Estes indivíduos sofrem preconceitos, afastamento e destruição da possibilidade de

atenção para outras características e potencialidades que lhes são inerentes <sup>(10)</sup>.

A violência é um dos mais graves problemas de ordem social e na associação entre juventude e criminalidade, os jovens figuram tanto como vítimas quanto como autores da violência <sup>(11)</sup>.

A imposição de medidas socioeducativas ao invés de penas criminais se faz em função da finalidade pedagógica que o sistema deve oferecer, e resulta do conhecimento da condição peculiar de desenvolvimento na qual se encontra o adolescente <sup>(10)</sup>. O objetivo é responsabilizar o adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional, sempre que for possível incentivando a sua reparação. Sendo que, o adolescente é protagonista da sua história e, por consequência, sujeito de direitos.

Os impactos das construções culturais relacionadas ao feminino e ao masculino se tornam nítidas na análise das complexidades que envolvem o mundo do crime, pois, historicamente, mulheres e homens não estiveram envolvidos da mesma forma nas práticas ilícitas. A criminalidade sempre esteve fortemente associada aos homens, devido, principalmente, a associação do sexo masculino à violência, virilidade e transgressão, frutos de produções discursivas que reforçam habilidades masculinas associadas a essas práticas e características. Contudo, essa realidade está em transição, pois na sociedade contemporânea, há o



aumento da incidência de mulheres envolvidas no cometimento de atos ilícitos e práticas de violência <sup>(11)</sup>.

Diante do exposto, o estudo se justifica pela escassez de pesquisas sobre adolescente autora de ato infracional e, nessa mesma circunstância, demonstra uma série de características que nos leva a pensar como se dá a inserção dessas adolescentes no contexto de privação de liberdade.

Assim, tecemos como objetivo descrever os atos infracionais e uso de substâncias psicoativas por adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo.

## **2. MÉTODO**

Estudo transversal com base de dados secundários realizado nos dois Centros de Atendimento Socioeducativo Femininos no município de Cerqueira César, interior do Estado de São Paulo. O CASA Anita Garibaldi possui capacidade para atendimento de 56 adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos incompletos em cumprimento de internação sanção com máximo de permanência de até 90 dias, internação provisória com a média de permanência de 40 dias e internação, com média de permanência de 15 meses. O Centro Feminino de Cerqueira César possui a mesma capacidade para atendimento e a faixa etária, porém atende somente a medida de internação, com média de permanência 15 a 18 meses <sup>(12)</sup>. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro 2015 a

fevereiro de 2016 com as adolescentes que já estavam nos Centros e as que foram admitidas neste período descrito, a fim de se obter um banco de dados mais amplo, o qual totalizou 374 adolescentes. Os dados foram coletados das pastas de saúde das adolescentes e de um sistema da Fundação CASA utilizado pela equipe multiprofissional para lançamento dos atendimentos e encaminhamento ao poder judiciário visando avaliação do cumprimento da medida socioeducativa. Para a detecção do uso de substâncias psicoativas, a instituição optou pelo uso do instrumento para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas denominado Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-ASSIST; sendo validado no Brasil no ano de 2004 e orientado para uso na atenção primária. Suas propriedades psicométricas identificam o uso das substâncias psicoativas e os problemas associados no primeiro contato com o sujeito, com sua aplicação nos mais diversos ambientes, desde escolas a presídios <sup>(13)</sup>. Rastreia a utilização das seguintes substâncias: tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, hipnóticos/sedativos, inalantes, alucinógenos e opióides <sup>(14)</sup>. É composto por oito questões, sendo a questão 8 voltada ao uso de drogas sob a forma injetável. Cada questão do questionário apresenta respostas estruturadas e cada resposta apresenta um valor numérico. A interpretação do score do questionário aponta que, com exceção do álcool, quando a soma das questões equivale de 0-3 pontos significa que o indivíduo não receberá nenhuma intervenção; quando a soma equivale a

4-26 pontos deverá receber intervenção breve e quando a soma total for de 27 ou mais deverá ser encaminhado para tratamento mais intensivo. No caso do álcool, quando a soma obtida for de 0-10, o indivíduo não receberá nenhuma intervenção, se for de 11-26 deverá ser submetido à intervenção breve e se a soma for 27 ou mais, assim como para as demais substâncias deverá ser encaminhado para tratamento mais intensivo <sup>(15)</sup>. Foi realizada uma descrição da população por meio de medidas resumo: mediana, mínimo e máximo e estimativa de percentuais. Para análise estatística foi utilizado o Software SPSS ® versão 21.0. Para obtenção dos dados foi protocolado um requerimento no Centro de Pesquisa e Documentação da Escola para Formação e Capacitação Profissional da Fundação CASA/SP obtendo deferimento. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sendo aprovado em 02/12/2014, com o número Certificado de Apresentação para Apreciação Ética-CAAE 38539614.8.0000.5411.

### **3.RESULTADOS**

As informações sobre o perfil socioedemográfico permitiu verificar que das 374 adolescentes estudadas no interior do Estado de São Paulo, a faixa etária de maior concentração é de 17 anos. A cor prevalente é a

parda com 58,1% seguida da branca com 30,4%, conforme autotclassificação na admissão no Centro.

A defasagem escolar é bem evidente. No intuito de contextualização, o nível de escolaridade das adolescentes é baixo, pois a maioria, 37,4% possui ensino fundamental completo e 32,4% possuem o ensino fundamental incompleto. Com relação ao ensino médio, 24,9% das adolescentes o apresentam incompleto e 5,3% delas possuem o ensino médio completo.

Tabela 1. Distribuição das adolescentes segundo características sociodemográficas. Cerqueira César, 2015/16.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aspectos demográficos</b>		
<b>Idade (anos)</b>	17 (13-20)	
<b>Cor<sup>a</sup></b>		
Branca	111	30,4
Amarela	4	1,1
Parda	212	58,1
Preta	38	10,4
<b>Escolaridade<sup>b</sup></b>		
Fundamental incompleto	117	32,4
Fundamental completo	135	37,4
Médio incompleto	90	24,9
Médio completo	19	5,3
<b>Condições de moradia</b>		
Membros na família	4 (1-15)	
Vive com pai e mãe	199	53
Vive com padrasto ou madrasta	81	22
Vive com companheiro	16	4
Vive com outras pessoas	52	14
Renda familiar bruta	1576(0-5260)	
Teve união estável	113	31,4
História de envolvimento familiar no crime	162	45,0
Envolvimento de familiar com droga	171	47,5
Envolvimento do companheiro com droga	125	34,7

Não sabe/não respondeu: Cor<sup>a</sup>: 9. Escolaridade<sup>b</sup>: 13.

Fonte: Dados da pesquisa 2015/16.

Quanto às condições de moradia, a média de membros na família foi de 4, sendo que a maioria das adolescentes, 53% convive com pai e mãe. Poucas conviviam com o companheiro, sendo 4%, sem vínculo oficial e 31,4% viviam em união estável.

Referente à renda familiar bruta, a média foi de R\$1.576,00 incluindo valor proveniente de Programas Sociais, como o Bolsa Família.

Analisando-se a história de envolvimento familiar no crime chamamos a atenção, de que quase metade delas apresenta esta característica, com 45%. Por outro lado 47,5% referiram o envolvimento de algum familiar com droga e 34,7% o envolvimento de companheiro com a droga.

Na tabela 2 verifica-se que o ato infracional correspondente a tráfico de drogas foi o mais praticado pelas respondentes tendo obtido representação de 65,5%. O roubo qualificado apresentou-se também bastante expressivo com total de 8,3%. Às adolescentes pode ser imputado mais de um ato infracional, como por exemplo: tentativa de homicídio e tráfico de drogas. Quanto ao aspecto da reincidência, que é a prática persistente de atos infracionais <sup>(16)</sup>, observou-se que 4,0% das adolescentes apresentaram este comportamento. Deste modo, o índice de reincidência não é significativo, mas merece atenção.

Tabela 2. Infrações cometidas pelas adolescentes. Cerqueira César, 2015/16.

<b>Infração cometida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tráfico de drogas	245	65,5
Roubo qualificado	31	8,3
Descumprimento de medida judicial	19	5,1
Ameaça	13	3,5
Homicídio doloso qualificado	9	2,4
Lesão corporal dolosa	8	2,2
Furto	8	2,1
Roubo simples	7	1,9
Homicídio doloso qualificado tentado	4	1,1
Homicídio doloso tentado	4	1,1
Uso de droga	4	1,1
Porte de droga	4	1,1
Furto qualificado	4	1,1
Latrocínio qualificado pelo resultado de morte	3	0,8
Roubo qualificado tentado	2	0,6
Incêndio	2	0,5
Incêndio qualificado	1	0,3
Latrocínio/roubo qualificado	1	0,3
Lesão corporal dolosa grave	1	0,3
Dano	1	0,3
Desacato	1	0,3
Extorsão	1	0,3
Dano qualificado	1	0,3
Tentativa de homicídio	1	0,3
Roubo simples tentado	1	0,3
Homicídio doloso	1	0,3
	<b>n</b>	<b>%</b>
Reincidência	15	4,0

Fonte: Dados da pesquisa 2015/16.

Quando avaliamos o uso de substâncias psicoativas entre as adolescentes observamos que o tabaco apresentou o maior percentual com 59,6% seguido da maconha com 57,8%.

Tabela 3. Uso de substâncias pelas adolescentes de acordo com o Questionário ASSIST. Cerqueira César, 2015/16.

<b>Uso de substâncias pelo ASSIST</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tabaco	215	59,6
Maconha	215	57,8
Álcool	152	42,1
Cocaína	95	25,7
Inalantes	38	10,3
Anfetamina	15	4,1
Hipnóticos	5	1,4
Alucinógenos	3	0,8

Fonte: Dados da pesquisa 2015/16.

No que diz respeito às intervenções, essas são pautadas pela pontuação no questionário ASSIST fluando entre níveis de intervenção breve a tratamento intensivo, com objetivo de prevenir morbidades e a instalação de quadro crônico decorrente do abuso das substâncias psicoativas <sup>(15)</sup>. Conforme demonstrado na Tabela 5, o tabaco e a maconha obtiveram as maiores pontuações. A pontuação 6 para o tabaco e a 5 para a maconha indicam que as adolescentes deverão receber intervenção breve, que é uma modalidade de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente <sup>(14,17)</sup>.



Tabela 4. Score do uso de substâncias e pontuação para cada droga de acordo com o Questionário ASSIST. Cerqueira César, 2015/16.

<b>Escore ASSIST</b>	
Tabaco	6(0-39)
Maconha	5(0-39)
Cocaína	0(0-35)
Anfetamina	0(0-15)
Álcool	0(0-34)
Inalantes	0(0-20)
<b>Alucinógenos</b>	0(0-7)
Hipnóticos	0(0-22)

Fonte: Dados da pesquisa.

### 3. DISCUSSÃO

Os fatores associados às condutas delituosas referem-se a um lado a aspectos socioedemográficos, como as condições socioeconômicas desfavoráveis, relacionamento com grupos ligados ao tráfico e uso de drogas, praticantes de pequenos furtos, local de moradia de extrema pobreza e com altas taxas de criminalidade. Desemprego, dependência da assistência social, acesso precário a serviços públicos relativos à educação, à saúde, à higiene <sup>(4, 12, 18)</sup> fazem parte do universo destas adolescentes.

As difíceis conjugações teóricas entre pobreza, vulnerabilidade, seletividade e construção social da criminalidade ganham uma dimensão empírica fundamental a ser analisada <sup>(19)</sup>.

Os direitos fundamentais de crianças e adolescentes brasileiros, especialmente os provenientes de camadas menos favorecidas

economicamente são constantemente violados, vitimizados pela violência de todas as espécies (física, sexual, psicológica), em situações de risco social e vulneráveis a falhas morais diversas <sup>(20)</sup>.

Em todo o Estado de São Paulo existe 68% de adolescentes pardos na Fundação CASA <sup>(12)</sup>.

De fato, os grupos sociais compostos por determinadas características de cor, como pardos e também pobres estão mais expostos aos ambientes de criminalidade e violência, que restringem a ascensão social e intensificam as exclusões de toda espécie acentuadas pelas desigualdades, pelo preconceito e consumismo exacerbado <sup>(21)</sup>.

O baixo nível de escolaridade também é preocupante. A evasão escolar ocorre como consequência ao fracasso escolar com múltiplas repetências. Ir para a escola, mas não entrar na sala de aula, abandono escolar e pouco interesse em atividades ligadas a ensino e aprendizagem formal <sup>(12)</sup> são frequentemente descritos na trajetória de adolescentes infratoras. Sendo assim, conhecer as trajetórias escolares da adolescente pode oferecer pistas para a instalação das condições adequadas à escolarização, desde o princípio e ao longo de todo o processo, com vistas a evitar rupturas ou mudanças na qualidade da experiência educacional <sup>(22)</sup>.

Quando o desempenho escolar é bom e ocupa um papel central na vida da adolescente, ela aumenta o vínculo com a escola, prevenindo a desadaptação escolar e a conduta delinquente. No entanto, a baixa

escolaridade dos pais e o estresse psicológico que a escola pode fornecer, junto com o atraso escolar, afetam de modo negativo o desempenho e o vínculo com a escola, aumentando a probabilidade de o adolescente desistir dos estudos e comportar-se de modo inadequado <sup>(23)</sup>.

Corroborando com os dados obtidos, temos que os adolescentes com passagens pelo Sistema de Justiça no Brasil apresentam afastamento do ambiente escolar e um preocupante índice de analfabetismo <sup>(24)</sup>. Dados do Conselho Nacional de Justiça apontam que em 2011, um total de 57% dos adolescentes com medida de internação estava fora da escola no momento da apreensão e 8% não eram alfabetizados <sup>(19)</sup>.

A evasão escolar independentemente ou não de defasagem idade-série é considerada um fator de risco para a delinquência. Isso porque amplia o tempo ocioso e a influencia de modelos criminalizados para o adolescente. Fora da escola tornam-se objetos de vigilância policial, aumentando a probabilidade de serem apreendidos e classificados como infratores <sup>(18)</sup>.

É dentro da Fundação CASA que retornam aos estudos visando contribuir com a melhoria dos processos educacionais e possibilitando, a posterior inserção destas adolescentes no mercado de trabalho.

A alfabetização é, portanto, um dos meios para combater a exclusão de participação na sociedade, propondo que permita a quem a recebe significar, elaborar, modificar e construir seu próprio trajeto de vida.

Como os direitos humanos podem ter sido negados, a escola será o local onde exercitarão os valores e atitudes; que como sujeitos de direitos, devem aprender como trabalhar para sua própria libertação. A educação deixa de ser um momento para ocupar o tempo, para oportunizar a melhoria da conduta e hábitos para a inserção social positiva <sup>(25)</sup>.

O papel da família é essencial para o desenvolvimento, educação, construção moral de seus membros e promoção da convivência harmoniosa na sociedade.

As informações compiladas sobre a família das adolescentes sugerem importantes correlações. Adolescentes com poucos membros na família e que residem com pai e mãe foram a maioria a se envolverem em atos infracionais. Mas alguns esclarecimentos são importantes.

O ambiente familiar possui extrema importância na socialização primária do homem. A variância do comportamento infrator pode ser explicada por características familiares: número de irmãos, práticas educativas parentais, conflitos na família e violência <sup>(26)</sup>. As relações estabelecidas entre si pode ser um fator de risco à conduta delinquente do adolescente tais como: as condições da família com baixos níveis de afeto, pouca coesão, indiferença generalizada e pouco vínculo afetivo nas relações interpessoais <sup>(27)</sup>.

Para a Fundação CASA/SP <sup>(12)</sup>, as adolescentes apresentam similaridades com a história de vida das mães e, em alguns casos, repetem o ciclo vivido (ex.: submissão intrafamiliar ou emancipação); a

relação familiar é predominantemente centrada na figura materna (como dos adolescentes do sexo masculino), entretanto, na maioria das vezes a relação mãe-filha é conflituosa, existindo o abandono e a rejeição por parte da figura materna, culminando na ausência de intimidade e diálogo com a mesma ou ainda acirrando os conflitos pré-existentes; a dificuldade de educar as filhas, por ser a “chefe” da família, faz com que as mães as deixem desprotegidas, suscetíveis a situações de risco e vulnerabilidade; maior frequência de relatos das adolescentes de serem vítimas de violências de natureza psicológica, física e principalmente sexual, sendo esta última muitas vezes vivenciada no núcleo familiar.

A família, uma das três fontes de socialização primária, ao construir vínculos saudáveis, comunica normas sociais salutaras. Mas, famílias disfuncionais podem transmitir normas desviantes através do modelo de comportamento dos pais para os filhos. Os problemas de vinculação familiar advêm, em sua maioria, daqueles lares onde faltam habilidades para a criação dos filhos, reduzindo as chances de transmissão efetiva de normas sociais saudáveis <sup>(28)</sup>.

Não obstante, comumente há a influência dos companheiros no envolvimento infracional, de forma direta ou indireta <sup>(12)</sup>.

Por fim, os estudos indicam que as práticas parentais inadequadas e a exposição à violência na comunidade mostraram-se como variáveis que podem levar o indivíduo a se envolver em comportamentos divergentes e ilícitos, sendo que a relação entre exposição à violência e

comportamento infracional pode ser mediada por variáveis pessoais, relativas a características de personalidade, especialmente a frieza, o que sugere que essa é, em parte, modelada pelo ambiente <sup>(29)</sup>.

Quanto à prática de atos infracionais é importante discutirmos o que leva uma adolescente a infracionar.

Estudos realizados pela Fundação CASA <sup>(12)</sup> baseando-se na experiência dos diversos profissionais que acompanham as adolescentes, dispõe-se que os principais fatores que levam a adolescente a infracionar estão ligados a problemas individuais, familiares, escolares, da comunidade onde vivem e aos laços sociais que estabelecem, podendo ter preponderância de alguns sobre os outros ou associações entre eles. Como fatores individuais pode-se relacionar: uso e abuso de drogas lícitas e /ou ilícitas; histórico de comportamento inadequado ligado a excessiva agressividade; dificuldade de “gerenciamento” de impulsividade, ações desafiadoras; déficit de habilidades sociais; iniciação sexual precoce e sofrimento por “*bullying*” de qualquer natureza (cor da pele, peso, cabelos, etc.). Nos fatores ligados a família podemos enumerar: negligência familiar gerando abandono total ou parcial; abuso sexual por parte de familiares, companheiros ou vizinhos; familiares ligados ao crime organizado e/ou em situação de aprisionamento; abandono do lar; ausência de vínculo familiar gerados por pais separados, e/ou muito jovens e/ou sem autoridade, e/ou com uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, e/ou com autoridade excessiva sem dialogo, com atitudes

violentas, brigas e agressões constantes; diferenças de gerações entre avós que exercem a paternidade / maternidade e situação familiar de extrema pobreza.

Há de se considerar uma descrição que liga a delinquência à privação da vida familiar, no sentido da falta de um quadro de referência, a partir do qual a criança poderia se desenvolver e construir sua identidade pessoal, operando a distinção entre o eu e o não eu. A criança que transgrediu as normas da sociedade está buscando na sociedade o quadro de referência que necessita para transpor os primeiros estágios de seu desenvolvimento emocional, já que ela não o encontrou no meio familiar. A delinquência pode ser entendida como um pedido de socorro, com o controle de pessoas fortes, amorosas e confiantes <sup>(29)</sup>.

No imaginário social perpassa a concepção de que a adolescência é uma fase problemática e que os jovens que apresentam atos desviantes possuem má índole, falta de caráter ou vingança difícil de ser controlada. Essa ideia, advinda também dos profissionais de saúde que lidam com tal clientela, vem carregada de preconceito e acaba por enfraquecer a qualidade dos serviços sociais e de saúde destinados aos jovens em conflito com a lei, pois a culpabilização pelo problema do adolescente recai nele ou no meio (família e sociedade), de forma que os profissionais não veem muita possibilidade de mudança <sup>(30)</sup>.

A esse despeito, acredita-se que a prática do ato infracional não é incorporada como inerente a identidade do adolescente, mas sim como

uma circunstância de vida que pode ser modificada por ser entendida como um resultado de circunstâncias que podem ser transformadas e superadas. Somente com o respeito aos direitos do adolescente à convivência familiar e comunitária, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e lazer, e aos demais direitos universalizados será possível diminuir significativamente a prática de atos infracionais cometidos por adolescentes <sup>(31-32)</sup>.

Pelos dados apresentados podemos verificar que as adolescentes se envolvem prioritariamente no ato infracional equiparado a tráfico de drogas, cabendo-nos questionar: o que levou estas meninas a se envolverem neste meio ilícito?

O tráfico de drogas passa a representar uma real estrutura de oportunidade para as mulheres, não só pela possibilidade de um retorno financeiro imediato, mas também pela predominância da informalidade do mercado e a virtual ausência de barreiras ao ingresso de mão de obra feminina nesse mercado <sup>(33)</sup>.

A mulher atua muito mais como coadjuvante, sendo que o protagonista nessa situação geralmente é do sexo masculino e sempre estão ligados por laços de afetividade, como irmãos, parceiros, parentes <sup>(34)</sup>. Na maioria dos casos o fator motivador é sempre a complementação da renda ou até mesmo sua obtenção, face ao alto nível de desemprego na classe em que estas se inserem.



Várias adolescentes estão inseridas em âmbito informal, no tráfico de drogas, pois é a forma que encontram de sustentar a família.

Quanto à obtenção da substância, a fala das adolescentes durante atendimento à saúde é a de que comercializam a droga para manter seu próprio uso. Isso carece melhor compreensão: a diferenciação entre a usuária e traficante tomando-se como base as leis no Brasil. Percebemos nos atendimentos e até mesmo no processo judicial das adolescentes, alguns casos de adolescentes que estão em cumprimento de medida socioeducativa, por terem sido apreendidas com uma quantidade de substâncias ilícitas para uso próprio.

No que diz respeito aos laços de afetividade, as meninas acabam se envolvendo com rapazes inseridos no tráfico, que se tornam uma referência; mas que em algum momento de trajetória de vida da adolescência, corroboram com sua privação de liberdade. Para elas é o denominado “*amor bandido*”.

Isso é explicado pela forte ligação existente entre representações e práticas sociais. A forma como as mulheres compreendem os seus papéis nas relações afetivas as leva a não se reconhecerem como criminosas quando se tornam traficantes em nome do amor que sentem por seus companheiros e família. Assim, ao tratarmos do afeto feminino, neste contexto, estamos lidando com suas mais amplas expressões, entre elas o amor na dimensão mulher/homem <sup>(35)</sup>.

O roubo qualificado foi o segundo motivo que levou as adolescentes ao cumprimento de medida socioeducativa. Está correlacionado ao uso de substâncias ilícitas <sup>(12)</sup>, mas não só, pois na sociedade contemporânea, globalizada e capitalista existe a acentuada ideia de comercialização e consumismo veiculados pela mídia.

Neste interim, o consumo de substâncias psicoativas está presente e se torna uma epidemia dentre as adolescentes privadas de liberdade. A partir do uso de substâncias lícitas é que vão conhecendo outras substâncias e aumentando o repertório de possibilidades.

O uso de substâncias em jovens pode interromper períodos importantes de desenvolvimento cognitivo e emocional no cérebro. A adolescência é a vértice para início do uso de substâncias, como tabaco e álcool, que geralmente precedem o uso de drogas ilícitas <sup>(36)</sup>.

O uso de substâncias psicoativas por mulheres pode estar relacionado à grande mudança no perfil da mulher contemporânea, o que acarretou atividades em excesso, dificuldade em lidar com os problemas, principalmente problemas familiares, ansiedade e estresse. Estudo realizado com mulheres atendidas em um serviço para tratamento de álcool e outras drogas no município de São Paulo revelou dados similares com os resultados encontrados na pesquisa. As substâncias psicoativas mais experimentadas pelas respondentes foram as drogas lícitas álcool e tabaco e a ilícita maconha <sup>(37)</sup>.

A maconha (cannabis) é um problema de saúde pública que não cessa. O uso em curto prazo pode resultar em comprometimento da memória, coordenação motora e tomada de decisão. O uso a longo prazo pode afetar o desenvolvimento do cérebro, os resultados funcionais e a saúde mental <sup>(38)</sup>.

O tabagismo é considerado a maior causa de morbidade e mortalidade prematura no mundo. Quanto mais precoce o uso, maior será a gravidade da dependência e os problemas a ela associados <sup>(39-40)</sup>. Os adolescentes constituem uma parcela da população que tem elevado risco de consolidação do hábito de fumar, pois é exposta mais precocemente ao tabaco <sup>(41)</sup>.

É na adolescência que ocorre a iniciação do uso do tabaco, não somente pelo espírito de experimentação do novo, mas como fator de identificação com o grupo, pela associação do cigarro ao estilo de vida moderno, pela licitude e aceitação social da droga, assim como pelo fácil acesso à droga nos estabelecimentos de venda <sup>(42)</sup>.

A adolescência é a faixa etária de maior vulnerabilidade para experimentação e uso abusivo de drogas, e os motivos que levam ao aumento do uso dessas substâncias são diversos e complexos. Alguns fatores podem estar relacionados a essa fase da vida, como a sensação juvenil de onipotência, o desafio à estrutura familiar e social, e a busca de novas experiências <sup>(43)</sup>. Além disso, sabe-se que o uso de substâncias

psicoativas costuma produzir um efeito multiplicador, em que o consumo de uma substância aumenta o risco do consumo de outras <sup>(44)</sup>.

Muitos efeitos adversos de saúde e sociais foram associados a diferentes tipos de uso de substâncias. Além disso, os danos qualitativamente diferentes estão associados a diferentes substâncias, diferenças no estágio de vida quando ocorrem esses danos e a qualidade da evidência para diferentes substâncias. Os resultados de saúde variam substancialmente. A preponderância da evidência vem de alguns países de alta renda, portanto, se os mesmos resultados sociais e de saúde ocorreriam em outros países e culturas não está claro. No entanto, o número de danos causalmente relacionados ao uso de substâncias em jovens justifica intervenções de alta qualidade para prevenir ou melhorar esses danos <sup>(45)</sup>.

O consumo de substâncias psicoativas é um fato recorrente em vários países do mundo e seu uso abusivo constitui atualmente um grave problema de saúde pública em diversos países, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Em crianças e adolescentes é mais preocupante. A situação interfere diretamente na dimensão individual do jovem usuário, comprometendo seu relacionamento social, de modo que seus vínculos coletivos e familiares tendam a se fragilizarem e a se romperem, marginalizando-o progressivamente <sup>(46-47)</sup>. A literatura disponível indica prevalência e uso abusivo entre jovens em instalações correccionais excedendo o uso da população geral de adolescentes <sup>(48)</sup>.

Não são abundantes as investigações no contexto sociocultural brasileiro tendo por objeto a relação entre a conduta delituosa e de uso de álcool e outras drogas na adolescência. Assim, para o senso comum existe a concepção de que as drogas causam comportamentos delitivos ofuscando a problemática e dificultando a proposição mais complexa sobre a heterogeneidade que marca a delinquência juvenil e o uso de drogas <sup>(18)</sup>.

Em outra vertente é preciso não se esquecer de que as drogas cumprem funções importantes para os adolescentes, tanto do ponto de vista pessoal quanto social. Fumar, beber, dirigir perigosamente ou exercer atividade sexual precocemente podem ser atitudes tomadas pelo jovem visando a ser aceito e respeitado pelos pares; conseguir autonomia em relação aos pais; repudiar normas e valores da autoridade convencional; lidar com ansiedade, frustração e antecipação do fracasso; afirmação rumo à maturidade e à transição da infância para um status mais adulto. Não há nada de perverso, irracional ou psicopatológico nesses objetivos: eles são característicos do desenvolvimento psicossocial <sup>(49)</sup>.

O uso de drogas é uma questão complexa que perpassa inúmeros subsistemas da vida individual e social. As representações sociais que levam à adesão ou à condenação dependem do contexto sociocultural. Entre os fatores de risco apontam-se os aspectos culturais, as relações interpessoais e as questões psicológicas e biológicas. Nesse contexto, os

principais elementos são a disponibilidade da droga, os aspectos econômicos e sociais, os conflitos familiares graves, o baixo aproveitamento escolar, o início precoce, a susceptibilidade herdada e a vulnerabilidade ao efeito das substâncias <sup>(45, 50-51)</sup>.

O lado negativo do desejo juvenil de obter prazer com o uso de drogas é o risco que ele corre de se tornar dependente e comprometer a realização de tarefas normais do desenvolvimento; o cumprimento dos papéis sociais esperados; a aquisição de habilidades essenciais; a realização de um sentido de adequação e competência e a preparação apropriada para a transição ao próximo estágio na trajetória da vida: o adulto jovem <sup>(49)</sup>.

Portanto, os fatores que atravessa os processos de construção da subjetividade do indivíduo, como os marcadores de gênero, cor, cultura, desigualdade social, o incitamento ao consumo e a espetacularização e virtualização da vida social, dentre outros fatores, concorrem simultaneamente para o desenvolvimento de processos como a violência e aumento da criminalidade entre adolescentes. Pois, o movimento paradoxal das novas inserções do sexo feminino no crime é um caminho para refletir sobre os efeitos desses nos processos de subjetivação, afinal assim como alguns crimes cometidos por mulheres esclarecem melhor as ambiguidades de uma sociedade e seus conflitos <sup>(50)</sup>.

Por fim, a prática persistente de atos infracionais (reincidência) das adolescentes, nos leva a entender que este padrão de comportamento

não é uma tarefa simples, mas é indispensável para a proposição de políticas e programas de prevenção em meio a indivíduos considerados vulneráveis, bem como àqueles que já apresentam o problema. Existem fatores de risco mais fortemente associados à persistência da conduta infracional: atitudes (valores, crenças e racionalizações que servem de suporte para o comportamento infracional motivando ou justificando o referido comportamento); associação a pares que praticam infrações (associação estreita a pares envolvidos em atividades divergentes e ilícitas e um relativo isolamento de pares pró-sociais); história de comportamento delinquente (envolvimento precoce e contínuo em numerosos e variados atos infracionais, em uma variedade de cenários); e personalidade/comportamento (fraco controle dos impulsos, baixa autoestima, agressividade, insensibilidade e comportamento movido pela busca do prazer) <sup>(16)</sup>.

Possuímos como proposta de estratégia para tratamento do comportamento delinquente, as chamadas abordagens ecológicas, que lidam com contextos sociais múltiplos – família, amigos, escola, comunidade e sistema legal –, vistos como influenciando e sendo influenciados por tal comportamento. Tendo em vista que a família é a conexão dessas esferas sociais que se entrecruzam nas vidas das crianças e dos adolescentes <sup>(53)</sup>, as terapias de família aparecem como possibilidade para o tratamento de problemas de abuso de drogas e de transtornos de comportamento <sup>(54)</sup>.

Para usuários com uso abusivo ou de risco de álcool ou outras drogas poderá ser utilizada a intervenção breve, que é uma estratégia de intervenção estruturada, focal e objetiva, com procedimentos técnicos, que permitem estudos sobre sua efetividade. Seu objetivo é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas. Este tipo de intervenção para adolescentes usuários de risco de substâncias pode impedir a progressão de um estágio de uso de drogas para outro. Casos graves (dependentes) devem ser encaminhados para serviço especializado porque, em geral, esses indivíduos apresentam uma gama enorme de problemas relacionados ao uso de drogas, e uma Intervenção Breve pode não ser capaz de contemplar muitos aspectos, que poderiam ser importantes. Entretanto, a técnica ainda não é tão utilizada, devido à falta de capacitação dos profissionais da área da saúde <sup>(15)</sup>.

## **5.CONCLUSÃO**

A partir de todo o exposto concluímos que a fase da adolescência está sujeita à variações físicas, socioculturais e psicossociais, onde o individuo terá que se adaptar a estas mudanças e encontrar o seu lugar no ambiente onde vive. Se este ambiente propicia seu desenvolvimento saudável e há fatores de proteção, as chances de envolvimento em comportamentos que transgridam as normas sociais e uso de álcool e



outras drogas está reduzido. Porém, se exposto a condições familiares precárias e situações de risco, a probabilidade de envolvimento em atos infracionais aumenta.

Os achados socioedemográficos nos permitem apontar a necessidade de estreitar estudos e propôs intervenções para diminuir a disparidade entre cor e gênero. Principalmente em relação ao preconceito.

Os casos estudados demonstraram como o uso de substancias psicoativas podem modificar e prejudicar a vida de adolescentes, a ponto de praticar atos infracionais para manter o consumo. O papel do companheiro e a influencia que exercem sobre as atitudes da adolescente carecem de melhor compreensão.

A evolução do conhecimento sobre a prática de delitos, seus problemas associados e fatores de risco e de proteção e a avaliação dos contextos familiares e de inserção social da adolescente poderão subsidiar programas preventivos visando à promoção do cuidado necessário ao desenvolvimento positivo e efetivo dessa população.

No cerne deste tema, para se estabelecer qualquer programa ou projeto de trabalho com as adolescentes que cometeram atos infracionais é necessário conhecimento dos fatores de risco a que estão expostas e discutir qual a forma de enfrentá-los, pois, após a institucionalização se não houver programas de escolarização, trabalho, atividades de esporte, arte e cultura e atendimento à saúde dentro dos princípios do SUS, não

haverá possibilidade de alterar o cenário de vida da adolescente e, provavelmente, estará sujeita a prática persistente de atos infracionais.

Caberá à equipe multiprofissional em saúde, uma avaliação completa sobre o estado de saúde da adolescente, em especial ao uso de substâncias, pois assim, se consegue obter subsídios mais adequados para direcionamento dos casos e encaminhamento para tratamento, se necessário. As adolescentes não procuravam atendimento na rede de saúde, tanto por estarem inseridas em famílias com baixa instrução, tanto pelo acesso dificultoso aos serviços da rede.

Diante dos dados coletados e do histórico de vida das adolescentes em privação de liberdade sugerimos que quando a adolescente for admitida na Fundação CASA, os profissionais que realizarem acolhimento, façam dentro das primeiras 24 horas, uma avaliação completa do estado de saúde, em especial a área de saúde mental, incluindo história pregressa dela e dos membros da família. Os determinantes de saúde necessitam ser pesquisados junto aos demais dados das adolescentes em privação de liberdade, em especial o uso de substâncias psicoativas. O rastreio em saúde mental contará com apoio da rede de saúde, com profissionais capacitados nesta área.

Para a detecção do uso de álcool e/ou outras drogas em adolescentes aventamos a hipótese da Fundação CASA utilizar outro instrumento de avaliação, que é o DUSI- (Drug Use Screening Inventory),

adaptado e validado no Brasil por pesquisadoras da Universidade Federal de São Paulo <sup>(55)</sup> para ser utilizado com a população de adolescentes.

Os achados contribuem para a construção de estratégias em saúde direcionadas a essa população em privação de liberdade. Para isso, além das diretrizes da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, também outros aspectos da vida dessas adolescentes precisam ser considerados criando inclusive intervenções para impedir o uso de substâncias psicoativas.

Há necessidade de mais estudos com diferentes abordagens metodológicas que abordem o fenômeno crescente do envolvimento de meninas em atos infracionais e quais fatores poderão ameniza-los. No cerne desta questão está a necessidade urgente de investimento em políticas públicas inclusivas, que atraiam a atenção e o envolvimento de adolescentes. O tráfico de drogas não pode ser mais atrativo do que os programas ofertados aos adolescentes.

Promover um crescimento e desenvolvimento saudáveis, maior igualdade social e de oportunidades, atuar contra a pobreza e o racismo, voltar-se para o desenvolvimento do protagonismo juvenil são propostas que convergem para o cumprimento do ECA e a favor da democracia <sup>(49)</sup> .

## **6.REFERENCIAS**

1. Soares SM, Amaral MA, Silva LB, Silva PAB. Workshops on sexuality in adolescence: revealing voices, unveiling views students of the

- medium teaching glances. Esc Anna Nery [Internet]. 2008 [citado 20 Abr 2015];12(3):[7 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000300014&script=sci_arttext)
2. Sousa ZAA, Silva JG, Ferreira MA. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self-care. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 [citado 20 Abr 2015];18(3):[6 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en\\_1414-8145-ean-18-03-0400.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en_1414-8145-ean-18-03-0400.pdf)
  3. Quiroga FL, Vitalle MSS. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. Physis. 2013; 23(3):863-78.
  4. Morgado AM, Dias MLV. Comportamento antissocial na adolescência: o papel de características individuais num fenómeno social. Psicol Saúde Doenças. 2016;17(1):15-22. doi:<http://dx.doi.org/10.15309/16psd170103>
  5. Dias C, Oliveira-Monteiro NR, Aznar-Farias M. Comportamentos antissociais e delitivos em adolescentes. Aletheia [Internet]. 2014 Dez [citado 7 Jun 2017];(45):101-13. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942014000200008&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200008&lng=pt)
  6. Vandebos GR. Dicionário de Psicologia APA (American Psychological Association). Porto Alegre: Artmed; 2010.
  7. Zappe JG, Ramos NV. Perfil de adolescentes privados de liberdade

- em Santa Maria/RS. *Psicol Soc.* 2010;22(2):365-73.
8. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Cienc Saúde Colet.* 2005;10(3):707-17.
  9. Digiácomo MJ, Digiácomo IA. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado [Internet]. 6a ed. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente; 2013 [citado 7 Jun 2017]. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/caopca/eca\\_annotado\\_2013\\_6ed.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/caopca/eca_annotado_2013_6ed.pdf)
  10. Borba PLO, Lopes RE, Malfitano APS. Trajetórias escolares de adolescentes em conflito com a lei: subsídios para repensar políticas educacionais. *Ensaio: Aval Pol Publ Educ.* 2015; 23(89): 937-63.
  11. Sposato KB. A responsabilidade penal especial de adolescentes frente à função mítica do castigo, à redução da maioridade penal e outras banalizações. *Rev Bras Adolesc Conflitual.* 2013;8:1-12.
  12. Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente. Atenção ao gênero feminino na Fundação CASA/SP. São Paulo; 2016.
  13. Gorenstein C, Wang Y-P, Hungerbühler I, organizadores. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2016.
  14. Henrique IFS, Michelli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med*

- Bras [Internet]. 2004 [citado 10 Ago 2015];50(2):199-206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf>
15. Formigoni MLOS. Intervenção breve: módulo 4-6. 7a ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014. 124 p. (SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento).
16. Maruschi MC, Estevão R, Bazon MR. Conduta infracional na adolescência: fatores associados e risco de reincidência. Arq Bras Psicol [Internet]. 2014 [citado 22 Abr 2017];66(2):82-99. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672014000200007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000200007&lng=pt)
17. Fleming M, Manwell LB. brief intervention in primary care settings: a primary treatment method for at-risk, problem and dependent drinkers. Alcohol Res Health. 1999;23:128-37.
18. Bono EL. Adolescentes em conflito com a lei: relações entre o comportamento delituoso e o de uso de substâncias psicoativas [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2015.
19. Mello MMP, coordenadora. Dos espaços aos direitos: a realidade da ressocialização na aplicação das medidas socioeducativas de internação das adolescentes do sexo feminino em conflito com a lei nas cinco regiões. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015.

20. Monte FFC, Sampaio LR, Rosa Filho JS, Barbosa LS. Adolescentes autores de atos infracionais: psicologia moral e legislação. *Psicol Soc* [Internet]. 2011 [citado 10 Ago 2017]; 23(1):125-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a14v23n1.pdf>.
21. Cesar FJC, Martins MF. Perspectivas da educação não escolar no trato com jovens infratores. *Educ Real* [Internet]. 2017 [citado 10 Ago 2017];42(1):283-97. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-62362017000100283&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362017000100283&lng=en&nrm=iso). access on 10 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623654637>.
22. Bazon MR, Silva JL, Ferrari RM. Trajetórias escolares de adolescentes em conflito com a lei. *Educ Rev*. 2013;29(2):175-99.
23. Komatsu AV. Comportamentos antissociais em adolescentes do sexo masculino: um estudo exploratório na cidade de Ribeirão Preto – SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2014.
24. Assis SG, Constantino P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(1):81-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100014>.
25. Onofre EMC. Processos educativos em espaços de privação de liberdade. *Rev Educ PUC-Campinas*. 2009; 27:65-74.
26. Pacheco, JTB, Hutz CS. Variáveis familiares preditoras do comportamento antissocial em adolescentes autores de atos

- infracionais. *Psicol Teor Pesqui*. 2009; 25(2): 213-21.
27. Castro AMF, Teodoro MLM. Relações familiares de adolescentes cumprindo medida socioeducativa restritiva de liberdade: uma revisão narrativa da literatura. *Temas Psicol* [Internet]. 2014 [citado 10 Ago 2017];22(1):1-12, abr. 2014. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2014000100001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100001&lng=pt&nrm=iso)
28. Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Cienc Saúde Colet*. 2003;8(1):299-306.
29. Winnicott DW. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes; 1994. p. 122.
30. Pontes MLS. *A hora H: O imaginário coletivo de profissionais da saúde mental sobre a adolescência [dissertação]*. Campinas: Centro
31. Volpi M, organizador. *O adolescente e o ato infracional*. 4a ed. São Paulo: Cortez; 2002. 87 p.
32. Presidência da República (BR). Secretaria de Direitos Humanos (SDH). *Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo: diretrizes e eixos operativos para o SINASE*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2013. 39 p.
33. Moura MJ. *Porta fechada, vida dilacerada– mulher, tráfico de drogas e prisão: estudo realizado no presídio feminino do Ceará [dissertação]*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2005. p. 126.



34. Vergara F. O Perfil sócio-demográfico da mulher criminosa em Marília (1990 -1997) [monografia]. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista; 1998.
35. Pimentel E. Amor bandido: as teias afetivas que envolvem a mulher no tráfico de drogas. In: VI Congresso Português de Sociologia. Mundos sociais: saberes e práticas [Internet]; 25-28 Jun 2008; Lisboa, Portugal. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa; 2008 [citado 30 Mar 2017]. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/708.pdf>
36. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey N. The increasing global health priority of substance. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):265-79. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00508-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00508-8).
37. Vargas D, Soares J, Leon E, Pereira CF, Ponce TD. O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. *Saúde Debate*. 2015;39(106):782-91. doi: 10.1590/0103-1104201510600030018.
38. Hill KP. Recreational cannabis legalisation: details will determine mental health effects. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):798-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30137-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30137-7).
39. Nunes SOB, Castro MRP, Castro MSA. Tabagismo, comorbidade e danos à saúde. In: Nunes SOV, Castro MRP, organizadores. *Tabagismo: abordagem prevenção e tratamento* [Internet]. Londrina:

EDUEL, 2011. P.17-38 [ citado 10 Ago 2017]. Disponível em:  
<http://books.scielo.org>

40. Reveles CC, Segri NJ, Botelho C. Fatores associados à experimentação do narguilé entre adolescentes. *J Pediatría (Rio J)* [Internet]. 2013 [ citado 18 Set 2017];89(6):583-7. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n6/v89n6a11.pdf>
41. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37:1-7.
42. Giron MPN, Souza DP, Fulco APL. Prevenção do tabagismo na adolescência: um desafio para a enfermagem. *REME Ver Min Enferm*. 2010;14(4):587-94.
43. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saúde Publica*. 2004 dez;38(6):787-96.
44. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saúde Publica*. 2007;23(4):775-83.
45. Hall WD, Patton G, Stockings E, Weier M, Lynskey M, Morley KI, et al. Why young people's substance use matters for global health. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):265-79. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00013-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00013-4).

46. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2010. 44 p.
47. Nasi C, Oliveira GC, Lacchini AJB, Schneider JF, Pinho LB. Mental health care technologies for treating crack users. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 Mar [citado 10 Jan 2016];36(1):92-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000100092&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100092&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.45934>
48. Braverman PK, Adelman WP, Breuner CC, Levine DA, Marcell AV, Murray PJ, et al. Health care for youth in the juvenile justice system. *Pediatrics*. 2011;128(6):1219-35.
49. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Cienc Saúde Colet*. 2005;10(3):707-17.
50. Yur'yev A, Akerele E. Socio-demographic characteristics of individuals with history of crack cocaine use in the us general population. *Commun Mental Health J* [Internet]. 2015 Mar [citado 10 Jan 2016]; (Comunication):1-4. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-015-9860-x>. doi: 10.1007/s10597-015-9860-x.
51. Buxton JA, Omura J, Kuo M, Ross C, Tzemis D, Pursell R, et al. Genetic determinants of cocaine-associated agranulocytosis. *BCM Res Notes* [Internet]. 2015; [citado 10 Jan 2016]; 8(240):1219-4. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4467676/doi:10.1186/s13104-015-1219-4>.

52. Campos A, Trindade L. Mulheres criminosas na abordagem interdisciplinar. *Pesqui Debate*. 2008;5(2):2-16.
53. Hogue A, Liddle HA. Family-based preventive intervention: an approach to preventing substance use and antisocial behavior. *Am J Orthopsychiatry*. 1999;69(3):278-93.
54. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of controlled, comparative studies. *Psychol Bull*. 1997;122:170-91.
55. De Micheli D, Formigoni ML. Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). *Addict Behav*. 2000;25(5):683-91.

## **5. CONCLUSÃO**

Os achados contribuem para a construção de estratégias em saúde direcionadas a população em privação de liberdade. Para isso, além das diretrizes da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, também outros aspectos da vida dessas adolescentes precisam ser considerados criando inclusive intervenções para impedir o uso de substâncias psicoativas.

No âmbito da saúde coletiva há necessidade da celeridade das políticas públicas e coesão com as necessidades da população feminina compulsando com a afirmação de que os programas de atendimento aos adolescentes em geral, os mantêm distantes e passivos em suas noções de saúde, educação, desenvolvimento pessoal e social.

Há necessidade de mais estudos com diferentes abordagens metodológicas que abordem o fenômeno crescente do envolvimento de meninas em atos infracionais e quais fatores poderão ameniza-los. No cerne deste tema está a necessidade urgente de investimento em políticas públicas inclusivas, que atraiam a atenção e o envolvimento de adolescentes. O tráfico de drogas não pode ser mais atrativo do que os demais programas ofertados aos adolescentes.

Para se estabelecer qualquer programa ou projeto de trabalho com as adolescentes que cometeram atos infracionais é necessário conhecimento dos fatores de risco a que estão expostas e discutir qual a forma de enfrentá-los, pois, após a institucionalização se não houver programas de escolarização, trabalho, atividades de esporte, arte e cultura e atendimento à saúde dentro dos princípios do SUS, não haverá possibilidade de alterar o cenário de vida da adolescente e, provavelmente, estará sujeita a prática persistente de atos infracionais.

## 6. REFERENCIAS

1. Newcombe N. Desenvolvimento infantil. Abordagem de Mussen. Artmed: São Paulo; 1999.
2. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. [citado 10 Out 2015]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
3. World Health Organization. Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade. Geneva; 2014.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Habigzang ED, Diniz E, Koller SH. Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica. Artmed: Porto Alegre; 2014.
6. United Nation Children's Fund. The state of the world's children 2011. Adolescence an age of opportunity. New York: Unicef; 2011 [citado 17 Jan 2013]. Available from: [www.unicef.org/sowc2011](http://www.unicef.org/sowc2011)
7. Marty F, de Kernier N. La adolescencia como paradigma de límites. Actualidad Psicol. 2010;34:12-5.

8. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev Esc Enferm USP. 2008;42:312-20.
9. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes [Internet]. Geneva: OMS; 2013 [citado 30 Jul 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
10. Ministério da Saúde (BR). Prevenção de violências e cultura de paz. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. v. 3. (Painel de indicadores do SUS, nº 5).
11. Bueno ALM, Lopes MJA. Morbidade por causas externas em uma região do Município de Porto Alegre/RS. Cienc Cuid Saude. 2008;7:279-87.
12. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al. World report on child injury prevention. Geneva: WHO; 2008. p.145-56.
13. Cerqueira DRC. Mapa dos homicídios ocultos no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea; 2013. (Texto para discussão, nº 1848).
14. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011 [Internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2013 [citado 20 Jul 2013]. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2171/1/TD\\_1890.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2171/1/TD_1890.pdf)
14. Cerqueira D, Bueno SRLS, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS, coordenadores. Atlas da Violência 2017. Rio de Janeiro:

IPEA; 2017.

15. Petry H, Nascimento DM. “Tá com dó? Leva pra casa!” Discursos sobre a redução da maioridade penal. *Psicologia: Ciência e Profissão* Abr/Jun. 2016; 36 (2) 426-438.
16. Santos BR, Mora GG, Debique FA, coordenadores. Empoderamento de meninas: como iniciativas brasileiras estão ajudando a garantir a igualdade de gênero. Brasília: INDICA; 2016. 100 p. (Documentos técnicos, 4).
17. SEPLAN. Análise de vulnerabilidades da juventude negra no Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal; 2013.
18. Fundo das Nações Unidas para a Infância. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidade e superar desigualdades. Brasília: UNICEF; 2011.
19. Presidência da República (BR). Secretaria de Direitos Humanos (SDH). Adolescência e juventude: questões contemporâneas. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2015. 83 p.
20. Polga VS, Pereira AD. Ato infracional, exclusão social e mídia: ligando elos. In: 1º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade. Mídias e direitos da sociedade em rede; 2012; Santa Maria. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2012 [citado 21 Jul 2017]. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/congressodireito/anais/2012/2.pdf>.



21. Townsend P. Conceptualising poverty. In: The international analysis of poverty. Nova York: Harvester Wheatsheaf; 1979. p. 27-39.
22. Markham CM, Lormand D, Gloppen KM, Peskin MF, Flores B, Low B, et al. Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *J Adolesc Health*. 2010;46(3 Suppl):S23-41.
23. Cocco M, Lopes MJM. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. *Rev Eletronica Enferm*. 2010 [citado 30 Jul 2013];12(1):89-97. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a11.htm>
24. Bandeira MAS. Atos infracionais e medidas socioeducativas: uma leitura dogmática, crítica e constitucional. Ilhéus: Editus; 2006.
25. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. Crianças e adolescentes têm direitos: conheça o Sistema de Garantia de Direitos e saiba como participar. São Paulo: CONDECA, Manufaturadora de Idéias; 2013.
26. Volpi M. O adolescente e o ato infracional. São Paulo: Cortez; 2002.
27. Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente. A Fundação: história. [Internet]. São Paulo: Fundação Casa; 2010 [30 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.fundacaocasa.sp.gov.br/View.aspx?title=a-fundacao-historia&d=83>

28. Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente. Atenção ao gênero feminino na Fundação CASA/SP. São Paulo (SP); 2016.
29. Maua FHN, Baltieri D A. Criminal career-related factors among female robbers in the state of São Paulo, Brazil, and a presumed 'revolving-door' situation. *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 2012; 34( 2):176-184.
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
32. Souto KMB. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*. 2008;10:161-82.
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
34. Jager ME et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira. *Psicol. em Estudo*. 2014 [citado 15 jul 2017]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2871/287132426005/>.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.082 de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2014 maio 26; Seção 1. p. 60.
36. Fundação Casa Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente. Plano operativo para atenção integral à saúde do adolescente em regime de internação e internação provisória no Estado de São Paulo. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 2010.
37. Brasil. Casa Civil. Decreto-Lei Nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1940 dezembro 31. Seção 1. p. 04-28.
38. Brasil. Casa Civil. Lei Nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de

drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 agosto 24; Seção 1. p.02-06.

39. Henrique IFS, Michelli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2004 [citado 2015 ago. 10];50(2):199-206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf>
40. Formigoni MLOS. Intervenção breve: módulo 4-6. 7a ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014. 124 p. (SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento).

**Apêndice 1. Instrumento para registro de morbidades presentes nas adolescentes.**

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unidade de Atendimento: \_\_\_\_\_

Data de Internação na Fundação CASA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Município de origem: \_\_\_\_\_

Uso de substâncias psicoativas:

---

---

---

Resultado do ASSIST:

---

---

---

**Morbidades - Tipos de Agravos em saúde:**

- Saúde mental:
- Sistema neurológico:
- Endocrinologia:
- Vias aéreas superiores e inferiores:
- Cardiovascular:
- Respiratória:
- Gastroenterologia:
- Geniturinário:
- Musculoesquelético:
- Dermatológico:
- Oftalmológico:

## Anexo 1. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Teste

## ASSIST

## ASSIST - OMS Vs3.1

Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias

Nome \_\_\_\_\_ Sexo ( ) F ( ) M Idade \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Entrevistador \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**1. Na sua vida qual(is) desta(s) substância(s) você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)**

	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. anfetaminas ou êxtase	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opioides/opiáceos	Não	Sim
j. outras; especificar	Não	Sim

- Se "NÃO" em todos os itens, investigue: "Nem mesmo quando estava na escola?"
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista;
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões;
- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2, pule para a questão 6; com outras respostas continue com as demais questões;

**2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)**

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEM ANUALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opioides/opiáceos	0	2	3	4	6
j. outras; especificar	0	2	3	4	6

**3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)**

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opioides/opiáceos	0	3	4	5	6
j. outras; especificar	0	3	4	5	6

**4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?**

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opioides/opiáceos	0	4	5	6	7
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

**NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS**

a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)  
 b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermute, caninha, rum, tequila, gim)  
 c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)  
 d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)  
 e. estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)  
 f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da lolô)  
 g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)  
 h. alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)  
 i. opioides/opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, propoxifeno)  
 j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MESESALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opioides/opiáceos	0	5	6	7	8
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu?

	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?

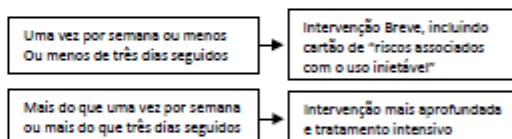
	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos três meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Somente uso não prescrito pelo médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses

#### Gua de Intervenção para Padrão de uso Injetável



#### PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

Anote aqui a pontuação para CADA droga. SOME APENAS as pontuações das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco	0-3	4-26	27 ou mais
Alcool	0-10	11-26	27 ou mais
Maconha	0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína, crack	0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas ou êxtase	0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes	0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos	0-3	4-26	27 ou mais
Opióides/opiáceos	0-3	4-26	27 ou mais
Outras; especificar	0-3	4-26	27 ou mais

#### Cálculo do escore de Envolvimento com Substância Específica

Para cada substância (de "a" a "j") some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua no cálculo as pontuações das questões 1 e 8. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c. ATENÇÃO: para tabaco a questão 3 não deve ser pontuada, sendo obtida pela soma de: Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.

- Adaptação e Validação para o Brasil por HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras 50:199-206 (2004).
- Versão original desenvolvida por WHO ASSIST WORKING GROUP (2002). Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html)>.
- Este instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso SUPERA, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, e executado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

## Anexo 2. Autorização da Escola de Formação e Capacitação profissional da Fundação CASA/SP para o desenvolvimento da pesquisa



### Projeto de Pesquisa

Ana Cristina do Canto Lopes Bastos

Para: ftorralbo

Cc: Monica Moreira de Oliveira Braga Cukierkorn

30/06/2014 17:02

Histórico

Esta mensagem foi respondida e encaminhada.

Prezado(a) pesquisador(a) Fernanda Augusta,

Informamos que seu projeto de pesquisa intitulado *Relação entre uso de substâncias psicoativas e o ato infracional em adolescentes privadas de liberdade: subsídio para políticas públicas* foi APROVADO por esta Fundação, para ser realizado nos **CASA Cerqueira César I e II**.

Ainda, dando continuidade a outros encaminhamentos previstos na PN 155/2008, faremos novo contato para agendarmos a reunião para assinatura do *Termo de Responsabilidade* em local, data e horário a ser definida pela instituição, antes de iniciar sua coleta de dados.

Por favor, manifeste ciência.

Att.,

Ana Cristina do Canto Lopes Bastos  
Coordenadora do CPDOC  
EFCP - Escola para Formação e Capacitação Profissional  
Fundação CASA - SP  
E-mail: acbastos@sp.gov.br  
Tel.: (11) 2927-2574

"Antes de imprimir esse e-mail, pense em seu compromisso com o Meio Ambiente. Verifique se o equipamento possui recursos como impressão frente e verso, modo econômico, entre outros."





## TERMO DE RESPONSABILIDADE – Nº 05/2014

<b>Nome Completo</b>			
Fernanda Augusta Penacci Torralbo			
<b>Nacionalidade</b>		<b>Data de Nascimento</b>	
<b>RG / RNE</b>	<b>Data da Emissão</b>	<b>Órgão Emissor</b>	
<b>Estado Civil</b>		<b>Profissão</b>	
<b>Endereço</b>			
<b>Cidade</b>		<b>Estado</b>	<b>CEP</b>
<b>Solicito visita na(s) Unidade(s)</b>	<b>Cerqueira Cesar I e II</b>		

Declaro, para todos os fins, assumir plena responsabilidade no âmbito civil e criminal por quaisquer danos morais ou materiais que possa causar a terceiros a divulgação de informações contidas em documentos por mim examinados ou por outra forma obtidas (entrevista, conversa informal, etc.) referentes a adolescentes que estejam cumprindo medidas sócio-educativas, sendo necessária autorização da Fundação CASA e, se necessário, do Poder Judiciário, ainda que para fins acadêmicos. Ficam, portanto, o Governo do Estado de São Paulo, a Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania e a Fundação Centro de Atendimento Sócio-Educativo ao Adolescente exonerados de qualquer responsabilidade relativa a esta minha solicitação.

Declaro, ainda, estar ciente da legislação em vigor atinente ao uso de documentos públicos e/ou informações obtidas por outros meios, em especial com relação aos artigos 138 e 145 (calúnia, injúria e difamação) do Código Penal Brasileiro e aos Artigos 143 e 144 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8069/90.

São Paulo, 14 de Julho de 2014.

*Fernanda A. Penacci*

Fernanda A. Penacci Torralbo  
RE 371890  
Diretor de Unidade

### Anexo 3. Autorização da Chefia de Gabinete da Fundação CASA/SP para o desenvolvimento da pesquisa



## FOLHA DE INFORMAÇÃO

ID 111.5627

Proc. nº

Rubrica

Fl. nº

Auditor

60

**Ref.:** Processo SDE 2177/2014.

**Int.:** FERNANDA AUGUSTA PENACCI TORRALBO

**Ass.:** Projeto de Pesquisa da Universidade Estadual Paulista – UNESP – CAMPUS Botucatu.

**Informação G.P. nº 1198/2014**

**CÓPIA**

Tendo em vista as informações contidas nos autos, e diante da manifestação favorável da Escola para Formação e Capacitação Profissional, Superintendência de Saúde e da Diretoria Técnica, **AUTORIZO**, nos termos do Artigo 8º da Portaria Normativa nº 155/2008, a servidora FERNANDA AUGUSTA PENACCI TORRALBO, RE. 37.189-0, Diretora de Unidade, lotada na UAISAS da Divisão Regional Sudoeste, aluna do Curso de Pós-Graduação *Strictu Sensu* - Doutorado em Saúde Coletiva da UNESP – CAMPUS Botucatu, a realizar pesquisa intitulada: "RELAÇÃO ENTRE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E ATO INFRACIONAL EM ADOLESCENTES PRIVADAS DE LIBERDADE: SUBSÍDIO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS".

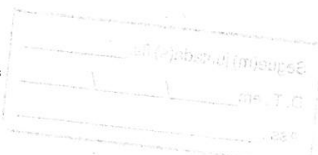
À **Escola para Formação e Capacitação Profissional**, em observância ao artigo 10, § 2º da mencionada Portaria, para acompanhamento, orientação e demais providências de sua competência, devendo atentar-se ao que reza o artigo 13, parágrafo único da mesma norma, bem como às recomendações propostas pela Senhora Diretora Técnica, a fls. 59.

Por cópia, à **Diretoria Técnica**, para ciência acerca do despacho exarado, e o que mais couber.

C.G.P., em 27 de junho de 2014.

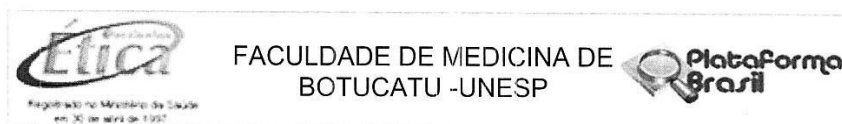
*Ana Claudia Marino Bellotti*  
**Ana Claudia Marino Bellotti**  
 Chefe de Gabinete

SPLSP/spls



SOL-41004

## Anexo 4. Protocolo de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Relação entre uso de substâncias psicoativas e o ato infracional em adolescentes privadas de liberdade: subsídio para políticas públicas

**Pesquisador:** Fernanda Augusta Penacci Torralbo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38539614.8.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Pública

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 894.412

**Data da Relatoria:** 30/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado orientado pela Profa Carmem Juliani, do Departamento de Enfermagem, porém, no programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva. O presente estudo tem como hipótese que quanto maior o uso de substância psicoativa maior o risco de se cometer um ato infracional grave.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Caracterizar o perfil epidemiológico e verificar a relação entre o uso de substâncias psicoativas e o ato infracional em adolescentes privadas de liberdade na Fundação CASA/SP, visando subsidiar ações para elaboração de políticas públicas.

**Objetivo Secundário:**

- Verificar e analisar o consumo de substâncias psicoativas pelas adolescentes;
- Caracterizar o perfil epidemiológico da população;
- Verificar e analisar a classificação do ato infracional cometido pela adolescente; - Relacionar se, quanto maior o uso de substâncias psicoativas, maior o risco de se cometer o ato infracional;

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1608

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 894.412

- Fornecer subsídios à Fundação CASA/SP e às regionais de saúde, visando subsidiar ações na área da saúde da mulher, considerando as morbidades, o uso de substâncias psicoativas e a ocorrência de ato infracional;
- Aumentar os fatores de proteção ao uso de substâncias psicoativas, a partir do perfil epidemiológico da população estudada.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: não referidos pelo autor.

Benefícios: a análise dos dados despertará nos gestores de saúde, a possibilidade de ações de políticas públicas mais direcionadas ao público alvo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo de dados secundários, já existentes. Serão incluídas 800 adolescentes do sexo feminino, entre 12 a 21 anos incompletos, em cumprimento de medida socioeducativa nos Centros de Atendimento I e II Cerqueira César, pertencentes à Fundação CASA/SP.

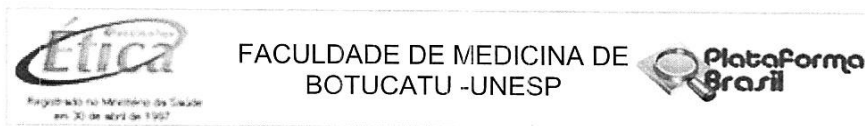
Variáveis a serem estudadas: intensidade do uso de droga; classificação do ato infracional; presença de doença no sistema neurológico. Será realizado levantamento dos indicadores referentes às morbidades das adolescentes, por meio de registro na pasta de saúde. Para análise do uso de substâncias psicoativas, a Fundação CASA aplica um instrumento (questionário estruturado) para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Após a aplicação deste instrumento, juntamente com demais dados diagnósticos da equipe multidisciplinar-saúde, segurança, equipe psicossocial e pedagógico é realizada a discussão de caso, traçando entre outras metas, o perfil da adolescente em privação de liberdade. A Fundação CASA possui um sistema informatizado onde consta a identificação da adolescente e a classificação do ato infracional, de acordo com a Portarias Vigentes.

A coleta de dados será realizada diariamente pela pesquisadora, considerando que o fluxo de entrada e saída de adolescentes do Centro de Atendimento é bem expressivo.

Cronograma com início em 1/12/14 e término em 31/07/2017. Financiamento próprio estimado em 700,00.

Os autores pedem dispensa da aplicação do TCLE uma vez que trabalharão com dados secundários, retrospectivamente e que nem todas as adolescentes envolvidas estarão presentes na

Endereço: Chácara Butignolli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 894.412

Fundação no momento da coleta. Serão recolhidos dados a partir dos registros institucionais, sem identificação das adolescentes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O trabalho é interessante pode contribuir para melhoria das políticas de saúde pública na área. Os termos de apresentação obrigatória foram anexados, entre eles a autorização da Diretora da FMB, da Chefe de Gabinete e da Diretora Técnica da Fundação Casa, do chefe do Departamento de Saúde Pública onde o projeto está vinculado. As autoras pedem dispensa do TCLE por ser estudo retrospectivo, com dados de arquivos e porque grande parte das adolescentes internadas não estarão mais cumprindo medidas sócio-educativas no momento da pesquisa.

As autoras pedem dispensa da autorização do chefe de Departamento da Enfermagem por entenderem que todo projeto foi idealizado na Saúde Pública.

**Recomendações:**

Sugiro que assim que finalizado o documento seja apresentado as autoridades competentes para ciência e providências caso seja pertinente, visando a melhoria da qualidade das políticas de saúde na área. Também recomendo o acerto da data do cronograma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado com recomendações:

- Ciência do resultado final aos órgãos competentes (Função Casa);
- Que seja feita uma comunicação formal ao Juízo da Execução em que o respectivo estabelecimento da Fundação Casa está vinculado.
- Rever a data do cronograma, para que a pesquisa possa iniciar a partir de 02/12/2014 e não em 01/12/2014 (data em que estava acontecendo a reunião deste colegiado).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

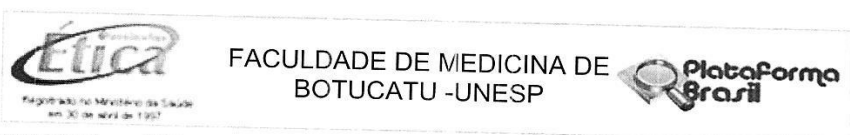
Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa APROVADO COM RECOMENDAÇÃO deliberado em reunião do CEP de 01 de Dezembro de 2.014, sem necessidade de envio à CONEP.

Solicitamos aos pesquisadores que apresentem ao CEP, o respectivo "Relatório Final de Atividades"

Endereço: Chácara Butignolli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 894.412

ao final do estudo.

**RECOMENDAÇÕES:**

- Dar Ciência do resultado final aos órgãos competentes (Fundação Casa);
- Que seja feita uma comunicação formal ao Juízo da Execução em que o respectivo estabelecimento da Fundação Casa está vinculado.
- Rever a data do cronograma, para que a pesquisa possa iniciar à partir de 02/12/2014 e não em 01/12/2014 (data em que estava acontecendo a reunião deste colegiado).

BOTUCATU, 02 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**UF:** SP

**Telefone:** (14)3880-1608

**Município:** BOTUCATU

**CEP:** 18.618-970

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

## Anexo 5. Mudança de Título em Projeto de Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Botucatu



### MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA\*

**Objetivo Acadêmico:** Tese de Doutorado

Título constante no parecer inicial de aprovação: Relação entre uso de substâncias psicoativas e o ato infracional em adolescentes privadas de liberdade: subsídio para políticas públicas.

Título final: Perfil das adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 02/12/2014.

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

Nome/assinatura original do Orientador(a)



Profa. Dra.  
Carmen M. C. M. Juliani  
COREN - SP 44.306

Nome/assinatura original do Orientado(a)

141512 28-07/2017 00000000 CONTE DE ETICA EM PESQUISA FMB - UNESP

\* Projetos submetidos via Plataforma Brasil: preencher o formulário, digitalizar e postar no sistema Plataforma Brasil (em Projeto Aprovado clicar em Notificação); a seguir protocolar o formulário no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação;

\* Projetos submetidos anteriormente a Plataforma Brasil: preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação.