

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo deste trabalho será disponibilizado somente a partir de 29/02/2019.



**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

A Deus pelo dom da vida e pela força de nunca desistir mesmo diante das dificuldades. A 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 Livia 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

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”⁽¹⁾

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 experiencia 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)⁽²⁾ 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⁽³⁾, 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⁽⁴⁾. 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⁽⁵⁾.

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 ⁽⁶⁾.

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 ⁽⁶⁾.

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 ⁽⁷⁾.

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

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 ⁽⁹⁾.

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 ⁽¹⁰⁾. As causas externas como acidentes e violências são atualmente, um dos maiores problemas de Saúde Pública, com maior expressão nas mais jovens ⁽¹¹⁻¹²⁾.

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 ⁽¹³⁾. 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 ⁽¹⁴⁾.

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) ⁽¹⁵⁾.

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” ⁽¹⁶⁾.

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 ⁽¹⁵⁾.

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 ⁽¹⁷⁾.

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 ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

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 ⁽²⁰⁾.

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 ⁽²⁰⁾.

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 ⁽²¹⁾.

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 ⁽²²⁾.

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 ⁽²³⁾.

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 ⁽⁴⁾.

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 ⁽²⁴⁾.

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.

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
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
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
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).