

A SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE ADICTO E AUTOR DE ATO INFRACIONAL

Autora Leiliane Rodrigues Rocha Ribeiro; Co-autora Halline Iale Barros Henriques

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –UNIFAVIP-DEVRY

E-mail:leilyrochapsi@hotmail.com / hhenriques@unifavip.edu.br

RESUMO: A adolescência é atravessada por períodos de mal-estar como depressão, sentimentos de perda, de angústia, de abandono, desenvolvimento de identidade, exatamente por se caracterizar um período de constantes transformações. Este contexto individual somado, principalmente a questões de vulnerabilidade social, fomenta, no adolescente, condutas de risco, como transgressões e uso de drogas. O presente artigo relata uma experiência de estágio básico, em psicologia jurídica, realizado na CASEM-Casa de Semiliberdade, do interior de Pernambuco, que atende adolescentes do sexo masculino que são autores de atos infracionais, na idade de 12 a 21 anos. Durante o estágio foi elaborado um plano de atividades, tendo como objetivo geral, a promoção do protagonismo dos adolescentes, através de ações de enfrentamento à drogadição, com foco na saúde biopsicossocial e na participação das famílias. Os objetivos específicos visavam discutir com os adolescentes os fatores de riscos provenientes do uso e do envolvimento com as drogas; incentivar o envolvimento do adolescente no seu projeto de vida, por meio de discussões sobre a valorização pessoal e a autonomia. Foi perceptível no discurso dos participantes a associação das substâncias químicas com as práticas delituosas, tendo em vista que, a maioria dos assaltos, homicídios e atos violentos era cometida sob o efeito ou motivada pela aquisição da droga. De acordo com os relatos, a relação dos adolescentes com as drogas tentava ocultar uma infância e adolescência de violência, de abuso, de situações de extrema vulnerabilidade social; ou seja, um processo de vitimização vivenciado em ciclos diferentes de vida.

Palavras-chave: adolescentes, ato infracional, drogadição, saúde mental.

De acordo com a OMS (2016), a saúde mental refere-se ao estado de bem-estar no qual o indivíduo atinge as suas capacidades, consegue enfrentar o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, contribuindo para a comunidade na qual está inserido. Segundo o Atlas de Saúde Mental (2014), publicado pela OMS, 1 em cada 10 pessoas no mundo, ou seja, 10% da população mundial, sofre de algum distúrbio de saúde mental. A OMS (2003) especificava que, a nível mundial, cerca de 20% de crianças e

adolescentes apresentam algum problema de saúde mental.

Pesquisas realizadas no Brasil revelam um percentual de 10,8% e 12,7% de crianças e adolescentes que apresentam algum tipo problema de saúde mental. Os tipos de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes mais frequentes são ansiedade (5,2% a 6,2%), problemas relacionados a conduta/comportamento (4,4% a 7,0%), hiperatividade (1,5% a 2,7%) e depressão (1,0% a 1,6%) (FLEITLICH-BILYK;

GOODMAN, 2004; ANSEMI et al., 2009 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) aponta que o adolescente é um sujeito em desenvolvimento e que necessita de cuidados protetivos e promotores de saúde. O adolescente é percebido por diversos autores como indivíduo inacabado, em processo de desenvolvimento. Para Mateus (2007), a adolescência é caracterizada por um momento de crise, no qual o adolescente vivencia angústias e experiência até mesmo um estado de fragmentação do seu corpo, do seu psiquismo e de suas referências morais. Aberastury e Knobel (1981) consideram a adolescência como uma etapa decisiva na vida do sujeito, além de ser uma fase dolorosa marcada por contradições interiores e constantes transformações. Na concepção de Bock (2001) o adolescente é percebido em uma perspectiva sócio histórica, é compreendido a partir da inserção numa totalidade social, sendo constituído pela cultura. Nesta perspectiva Palácios e Oliva (2004), afirmam que a adolescência é uma experiência tanto pessoal como também um fenômeno cultural, e alguns fatores individuais e sociais podem produzir empecilhos na trajetória de alguns adolescentes.

O inacabamento do adolescente não soa como uma negatividade e nem o coloca como

sujeito de menos direitos, muito pelo contrário, o ECA o percebe como aquele que, por estar “inacabado”, indica a necessidade de direitos específicos, deve ser priorizado e ter o seu porvir valorizado de forma positiva e potencializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Conforme o Ministério da Saúde (2013), é recente o reconhecimento de que os problemas de saúde mental atingem crianças e adolescentes e de que estes podem ser tratados. Esta concepção trouxe o retardo na elaboração de políticas públicas e diretrizes voltadas a esse público, acarretando prejuízos consideráveis, pois no Brasil, somente no início do século XXI, através do Sistema único de Saúde (SUS), foram estabelecidas responsabilidades e diretrizes voltadas ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, ficando ao encargo de entidades filantrópicas e educacionais o cuidado oferecido anteriormente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Assim, no Brasil, até o ano de 2002 a criança e o adolescente não eram assistidos devidamente no âmbito da saúde mental, isto representou uma lacuna na assistência destes, pois conforme, Benetti et al. (2010), os problemas de saúde mental, quando não tratados, podem acarretar efeitos negativos a curto e longo prazo na trajetória de desenvolvimento dos indivíduos.

De acordo com a OMS (2013), os determinantes de transtornos de saúde mental não incluem somente características individuais como biológicas e psicológicas; mas múltiplos fatores social, cultural, econômico, político e ambiental, incluindo as políticas nacionais, normas sociais de vida, condições de trabalho e de apoio social na comunidade, como determinantes para a saúde mental.

No mesmo documento a OMS (2013) coloca que há alguns indivíduos ou grupos de indivíduos que apresentam maior vulnerabilidade diante de circunstâncias e ambientes nos quais estão expostos, ou seja, dependendo do contexto social algumas pessoas ou grupos sociais podem apresentar risco maior de sofrerem de problemas de saúde mental, são os chamados grupos vulneráveis. Indivíduos que vivem num baixo nível socioeconômico, situação de pobreza, com baixos níveis de educação, os adolescentes expostos pela primeira vez ao abuso de substâncias e em situação de exclusão social, etc., normalmente fazem parte destes grupos.

Segundo Baumkarten (2001, apud Pereira; Sudbrack, 2008), a adolescência é atravessada por períodos de mal-estar como depressão, sentimentos de perda, de angústia, de abandono, desenvolvimento de identidade, exatamente por se caracterizar um período de

constantes transformações, como sobredito. Este contexto individual somado, principalmente a questões de vulnerabilidade social, fomenta no adolescente condutas de risco, como transgressões e uso de drogas.

A população brasileira dos adolescentes em conflito com a lei, quase em sua totalidade, conforme Castro (2002), é composta por excluídos sociais que vivem na miséria, geralmente oriundos de famílias com fragilidade de vínculos, com histórico de alcoolismo, maus tratos, abandonos, baixo nível escolar, falta de perspectiva, entre outros. Esta realidade socioeconômica, segundo Zamora (2008), também contribui diretamente para o uso da droga na adolescência. Em sua pesquisa a autora apontou que nove em dez adolescentes que cumprem medida socioeducativa de privação de liberdade, estavam drogados no momento que cometeram as infrações. A maioria dos internos usavam maconha (67,1%), álcool (32,4%), crack (31,3%).

Segundo Martins e Pillon (2007), o uso de drogas pode estar diretamente relacionado com problemas graves de comportamento, porém a associação do uso da maconha e o comportamento delinquente apresenta-se muito mais evidente. A relação do uso de drogas e o ato infracional, na maioria das vezes é percebida entre os adolescentes em conflito com a lei. Todavia, o Ministério da

Saúde (2014) salienta que a droga não é um determinante causal na prática de atos delituosos ou o centro dos problemas do adolescente. Assim adverte que os profissionais devem trabalhar com as diversas dimensões da vida do sujeito, e não se prender aos fatos relacionados com o ato infracional, “mas às circunstâncias, ao modo e ao estilo de vida que o adolescente leva ou levava quando praticou o ato.” (Ibidem, p. 46).

O ECA (1990) avalia o “ato infracional” como sendo uma conduta descrita como criminosa ou transgressão penal, e ressalta que os adolescentes entre 12 e 18 anos incompletos são inimputáveis. Quando comprovado que o adolescente cometeu algum ato infracional, dois tipos de Medidas Socioeducativas (MSEs) poderão ser aplicadas: I) Sem privação de liberdade: i) advertência que se refere à repreensão verbal por uma autoridade do judiciário; ii) obrigação de reparar o dano que está voltada para atos infracionais que trouxeram danos ao patrimônio; iii) prestação de serviços à comunidade, o adolescente terá que realizar tarefas gratuitas à entidades assistenciais, hospitais, programas comunitários ou governamentais, por um período de até seis meses, com a carga horária de oito horas semanais; iv) liberdade assistida, o adolescente será acompanhado, orientado e auxiliado por uma pessoa capacitada ligada a

alguma entidade ou programa de atendimento ao adolescente, designada pelo judiciário. II) Medidas restritivas de liberdade i) semiliberdade, nesta o adolescente permanece na unidade socioeducativa, porém durante o dia poderá trabalhar e estudar, pois a escolarização e profissionalização são obrigatórias; ii) internação, consiste na restrição total da liberdade, todavia o período máximo de internação não poderá exceder três anos (CASTRO, 2002; ECA, 1990).

Na perspectiva do ECA (1990), as MSEs são baseadas em dois aspectos fundamentais: a defesa social (aspecto coercitivo) e a intervenção educativa (aspecto educacional). Independente da medida socioeducativa que for aplicada ao adolescente, segundo o CFP (2010) a **proteção** é uma prioridade absoluta, uma vez que este, no seu histórico de vida, normalmente foi alvo de muitos fatores de risco que contribuíram para sua conduta infracional e o uso e dependência de drogas, o que pode levar a problemas de saúde mental.

De acordo com Ministério da Saúde (2013), a ampla maioria dos problemas de saúde mental é originada por diversos fatores, que abrangem o social, psicológico e o biológico, que interagem num processo dinâmico. Os fatores são classificados como de *proteção e de risco*. Os fatores de proteção são aqueles de grande relevância para o

desenvolvimento saudável do adolescente, como: vínculos familiares saudáveis, protagonismo social, oportunidade de envolvimento na vida escolar, habilidades sociais, desenvolvimento físico apropriado à idade, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O ECA estabeleceu a *Proteção Integral* como doutrina na intervenção com crianças e adolescentes, ressaltando que estes são sujeitos de direitos, merecedores de prioridade, de atenção e de cuidados. Porém, o Ministério da Saúde (2004, p. 14), enfatiza que esta proteção integral “não invalida ou desqualifica a compreensão de crianças e adolescentes como sujeitos autônomos capazes de estabelecer suas próprias regras.”

Conforme Schenker; Minayo (2004, p. 708), “*fatores de risco* designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social.” (grifo dos autores); por exemplo: violência doméstica, pais ou cuidadores com transtornos mentais, atraso escolar, redes de sociabilidade frágeis, abuso (sexual, físico e emocional), exposição a substâncias tóxicas na gestação, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) . Quando uma situação que é considerada social, intrapsíquica e biologicamente perigosa se concretiza, vários fatores de risco destes três âmbitos normalmente aparecem combinados

(SCHENKER; MINAYO, 2004), sendo responsáveis pelo desencadeamento de transtornos mentais em adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com os estudos realizados por Brook e colaboradores (1990 apud Schenker; Minayo 2004), os fatores de proteção reduzem o risco do uso de drogas pelo adolescente, pois a exposição aos fatores de risco é moderada quando os fatores de proteção estão presentes. Dentro desta premissa, os profissionais que realizam intervenções em saúde mental de crianças e adolescentes, segundo Ministério da Saúde (2013), devem elaborar projetos terapêuticos que contemplem três dimensões fundamentais: intervenções psicossociais, suporte psicológico e medicação (se necessário), e ainda deve envolver a família, a escola e a comunidade na execução de cada projeto.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Lei N ° 12.594, de 18 de Janeiro de 2012, que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, defende que deve ser oferecida atenção integral à saúde do adolescente no sistema de atendimento socioeducativo, visando a implementação de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, doenças e recuperação da saúde, como também cuidados

especiais em saúde mental, inclusive os que estão relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

A lei nº 10.216, de 06/04/2001, que propõe a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, indica que ações e serviços de cuidados em saúde mental devem ser realizados através de uma rede articulada, sendo norteadas pela diretriz central de reinserção social.

Na experiência de estágio básico realizado na CASEM- Casa de Semiliberdade, do interior de Pernambuco, que atende adolescentes do sexo masculino que são autores de Ato Infracional, na idade de 12 a 21 anos que estão em cumprimento de Medida Socioeducativa de Semiliberdade, pôde-se perceber que a equipe técnica da unidade buscava trabalhar no âmbito da saúde mental de acordo como que circunscreve as duas leis sobreditas. As atividades desenvolvidas na unidade, durante o estágio, se deram a partir de um trabalho grupal e individual com os 24 adolescentes e jovens. As dinâmicas aconteciam com grupos de 8 a 10 adolescentes por vez, sendo no total 2 grupos por dia de estágio. Também disponibilizamos um período de cerca de 1 hora para atendimentos individuais, nos quais adolescentes e familiares que apresentavam

demandas bem particulares solicitavam essa escuta.

A CASEM realiza várias intervenções junto aos adolescentes, uma delas refere-se ao GOD - GRUPO DE ORIENTAÇÃO À DROGADIÇÃO, que visa prevenir o consumo e reduzir a dependência, especialmente das drogas ilícitas. Os grupos são compostos por 10 a 12 participantes, acontecem três vezes por semana, com a coordenação da psicóloga da unidade, buscando atingir todos os adolescentes, porém eles têm a livre escolha de participar.

Pelo fato dos adolescentes estarem impossibilitados de serem alcançados pela saúde básica, devido às dificuldades de traslado e pelo fato da atenção básica do município não disponibilizar de grupos voltados ao adolescente com histórico de ato infracional e situação de drogadição, é que se pensou no GOD, que funciona como um dispositivo para a saúde mental, uma vez que possibilita ao adolescente a oportunidade de trabalhar vários aspectos concernentes à saúde mental, pois se configura num espaço onde este expõe suas questões familiares, da comunidade, da própria unidade e principalmente, questões pessoais.

A cada encontro as dinâmicas realizadas levantaram questionamentos vivenciados no cotidiano dos adolescentes, levando-os a

reflexões sobre a vida e, principalmente a uma reflexão introspectiva, implicando-os em alterações de pensamentos, atitudes e comportamentos. O foco do grupo não estava no combate às drogas, mas na implicação dos adolescentes com o seu projeto de vida, o que possibilita o perpasso pelo caminho da saúde mental. Percebemos algum tipo de influência positiva em relatos como estes:

“Nossa, tia, nunca havia parado pra castelar (pensar) sobre a vida desse jeito. Gostei demais, vou dormir pensando nesta parada”. (Sandro*, 14 anos).

“A vida é parada dura, só pensava em vingança. Este grupo levou meu crânio (cabeça) pra castelar (pensar)... Bom saber que posso fazer alguma por mim e que a droga não é o minha única opção”. (Samuel*, 17 anos).

Durante todo o estágio surgiram demandas diferenciadas, mas algumas foram mais latentes e impactava-os fortemente, como: envolvimento com as drogas desde tenra idade; agressão física na família, na comunidade e nas unidades de regime fechado e semiaberto que já haviam passado; assassinato de amigos, pais e irmãos; crises de identidade; valorização de si; percepção da própria imagem; problemas com culpa e vergonha; relacionamento com os pais; solidão; a necessidade de serem ouvidos, etc.

Essas demandas impactam diretamente na saúde mental dos adolescentes, por isso que, em cada encontro grupal e individual, não era focado somente o aspecto da droga, mas todo o contexto de vida do adolescente. Cada intervenção escolhida buscava trazer a reflexão sobre uma ou mais temáticas que se entrelaçavam, trazidas no encontro anterior. Buscávamos sempre analisar qual a queixa principal daquele grupo, sempre pensando no mesmo como um sistema composto por pessoas parecidas e diferentes que alimentavam sintomas e realizavam intervenções umas à outras.

Durante o estágio fora elaborado um plano de atividades que abarcasse as finalidades propostas pelo programa, tendo como objetivo geral a promoção do protagonismo dos adolescentes através de ações de enfrentamento à drogadição, com foco na saúde biopsicossocial e na participação das famílias. Os objetivos específicos visavam discutir com os adolescentes os fatores de riscos provenientes do uso e do envolvimento com as drogas; incentivar o envolvimento do adolescente no seu projeto de vida, por meio de discussões sobre a valorização pessoal e a autonomia.

Por ser um estágio básico, os encontros aconteciam de uma a duas vezes por semana, e em cada oficina abordamos temáticas referentes ao contexto das drogas e outros

eixos expostos nos objetivos, através de dinâmicas, filmes, músicas, teatro do oprimido e rodas de conversas com temas propostos previamente pelos adolescentes.

Foi perceptível no discurso dos participantes a associação das substâncias químicas com as práticas delituosas, tendo em vista que, a maioria dos assaltos, homicídios e atos violentos era cometida sob o efeito ou motivada pela aquisição da droga. De acordo com os relatos, a relação dos adolescentes com as drogas tentava ocultar uma infância e adolescência de violência, de abuso, de situações de extrema vulnerabilidade social; ou seja, um processo de vitimização vivenciado em ciclos diferentes de vida. Mesmo diante desta realidade eles expunham o desejo de mudança e aspiravam por algo melhor; como não tinham perspectiva e estavam desesperançados, buscavam na droga um alento.

A carga horária de 68 horas fora insuficiente para realizar todas as pretensões planejadas, todavia tornou-se perceptível que o foco das intervenções junto a esses adolescentes não deve ser direcionado ao uso da droga em si, pois ela não é a causa principal e exclusiva da violência, dos crimes cometidos e do adoecimento mental. Portanto, programas e projetos de atenção psicossocial voltados para o adolescente infrator não devem priorizar o combate a substâncias

psicoativas ilícitas, mas levantar a discussão de métodos que viabilizem a compreensão da drogadição de forma mais ampla, ou seja, a relação do homem com a droga, inclusive a origem das motivações do uso e as suas reverberações na vida do sujeito, na saúde mental.

CONSIDERAÇÕES

Os relatos de experiências corroboraram com o enfoque teórico utilizado, que compreende que a relação do uso de drogas e o ato infracional, na maioria das vezes, sendo percebido entre os adolescentes autores de ato infracional. Salienta ainda que a droga não é um determinante causal na prática de atos delituosos ou o centro dos problemas do adolescente advertindo assim, que “os profissionais devem trabalhar com as diversas dimensões da vida do sujeito, e não se prender aos fatos relacionados com o ato infracional, “mas às circunstâncias, ao modo e ao estilo de vida que o adolescente leva ou levava quando praticou o ato”, conforme preconiza o Ministério da Saúde (2014, p.46).

*Nome fictício.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**- um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

BENETTI S. P. C.; PIZETTA A.;
SCHWARTZ C. B.; HASS R. A.; MELLO V.
L. **Problemas de saúde mental na
adolescência: características familiares,
eventos traumáticos e violência.** Disponível
em: <[http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/
v15n3a06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a06.pdf)> Acesso em: 11 mai. 2016.

BOCK, Ana Maria Mercês Bahia.
Adolescência: tornar-se jovem. In: BOCK,
A.M.M.B. *Psicologias: uma introdução ao
estudo de psicologia.* São Paulo: Saraiva,
2008.

BRASIL. **Lei N ° 12.594, de 18 de Janeiro
de 2012.** Institui o Sistema Nacional de
Atendimento Socioeducativo (Sinase),
regulamenta a execução das medidas
socioeducativas destinadas a adolescente que
pratique ato infracional. Brasília, 18 de
janeiro de 2012. Disponível em:
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20
11-2014/2012/lei/112594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm)> Acesso em: 25
mai. 2016.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de
1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do
Adolescente e dá outras providências.
Disponível em:
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/
L8069.htm#art267](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art267)> Acesso em: 10 mai.
2016.

_____. **Lei nº 10.216, de 3 de abril de 2001.**
Dispõe sobre a proteção e os direitos das
pessoas portadoras de transtornos mentais e
redireciona o modelo assistencial em saúde
mental. Disponível em: <[http://www.planalto.
gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>.
Acesso em: 10 mai. 2016.

CASTRO, A. L. S. Os Adolescentes em
conflito com a lei. In: **Adolescência &
Psicologia: Concepções, práticas e reflexões
críticas.** Coordenação Maria de Lourdes
Jeffery Contini; Organização Sílvia Helena
Koller.- Rio de Janeiro. Conselho Federal
de Psicologia, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA.
**Referências técnicas para atuação de
psicólogos no âmbito das medidas
socioeducativas em unidades de internação**
/ Conselho Federal de Psicologia. —Brasília:
CFP, 2010.

MATEUS, T. C. **Adolescência: História e
política do conceito na psicanálise.** São Paulo:
Casa do psicólogo, 2007.

MARTINS M. C. ; PILLON S. C. **A relação
entre a iniciação do uso de drogas e o
primeiro ato infracional entre os
adolescentes em conflito com a lei.** 2007
Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/
csp/v24n5/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/18.pdf)> Acesso em: 17 mai. 16.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção
Psicossocial a crianças e Adolescentes no
SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos.**
Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.
saude.gov.br/bvs/publicacoes /atencao
psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)>
Acesso em: 10 mai. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de
Atenção Básica: Saúde Mental – 34.** Brasília,
2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.
gov.br/bvs/publicacoes/ cadernos_ atencao_
basica_34_saude_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)> Acesso em: 10
mai. 2016.

OMS. **World Health Organization.** Fact
sheet Updated April 2016. Disponível em:
<[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/f
s220/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/)> Acesso em: 12 mai. 2016.

_____. **Mental Health Atlas 2014.** Disponível
em: <[http://www.who.int/mental_ health/
evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en)>
Acesso em: 12 mai. 2016.

_____. **Mental Health Action Plan 2013 –
2020.** Disponível em: <[http://www. who.
int/mental_health/publications/action_plan/en
/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)> Acesso em: 12 mai. 2016.

PALÁCIOS J.; OLIVA, A. **A adolescência e seu significado evolutivo.** In: COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALÁCIOS Jesús. Desenvolvimento Psicológico e Educação. Psicologia Evolutiva, v.1. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 309-322.

PEREIRA, S. E. F. N.; SUDBRACK, M. F. **O. Drogadição e atos infracionais na voz do adolescente em conflito com a lei.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília , v. 24, n. 2, p. 151-159, Junho 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000200004&lng=em&nrm=iso>. Acesso em: 23 mai. 2016.

SCHENKER M. ; MINAYO M. C. S. **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>> Acesso em: 12 mai. 2016.

ZAMORA M. H. **Adolescentes em conflito com a lei: Um breve exame da produção recente em psicologia.** Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/228356029_Adolescentes_em_conflito_com_a_lei_Um_breve_exame_da_producao_recente_em_psicologia> Acesso em: 23 de mai. 2016