

Edna Maria da  
Silveira Monteiro<sup>1</sup>  
Lucia Abelha<sup>2</sup>

# Prevalência de transtornos mentais e fatores de risco em adolescentes do sexo masculino privados de liberdade

*Prevalence of mental disorders and risk factors among male adolescents detained in custody*

## > RESUMO

**Objetivo:** Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns, de experiências de violência e eventos estressantes em adolescentes internados em unidade de medida socioeducativa no Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo seccional descritivo. Foram utilizados instrumentos que visavam obter informações sobre características sociodemográficas, traumas na infância e prevalência de transtornos mentais comuns como: abuso/dependência de cigarro, álcool e outras drogas, depressão, fobias, distímia e estresse pós-traumático. **Resultados:** Participação de 87 adolescentes privados de liberdade em Unidade de Medida Socioeducativa no Rio de Janeiro, em Janeiro de 2012. Média de idade: 16,05 anos; 98,85% cursavam o ensino fundamental; 83,91% se declararam não brancos (pardos ou negros). Quanto à presença de transtornos mentais, houve prevalência de, pelo menos, um transtorno em 70,11% dos entrevistados. A exposição a situações estressantes mostrou-se bastante frequente na amostra. Sobre lembranças de abusos sofridos na infância, destacou-se o abuso emocional, com média de 3,4 (dp=0,34), seguido do abuso físico (1,6 dp=0,68), e abuso sexual 1 (dp=0,14). **Conclusão:** Comparações com outros estudos revelaram que a alta prevalência de transtornos mentais na adolescência não é uma particularidade de adolescentes em medida de privação de liberdade, no entanto, a amostra apresentou índices elevados de exposição a fatores de risco, como estresse e exposição à violência na infância, o que pode desencadear problemas emocionais ou comportamentais.

## > PALAVRAS-CHAVE

Transtornos mentais, adolescente, estudos transversais, violência, delinquência juvenil.

## > ABSTRACT

**Objective:** To estimate the prevalence of common mental disorders, experiences of violence and stressful events in adolescents detained in a Custodial Education Institution in Rio de Janeiro. **Methods:** A descriptive cross-sectional study. Tools were deployed in order to obtain information on sociodemographic characteristics, childhood trauma and the prevalence of common mental disorders such as abuse/dependence on tobacco, alcohol and other drugs; depression, phobias, dysthymia and post-traumatic stress. **Results:** Participation of 87 adolescents incarcerated in a Custodial Education Institution in Rio de Janeiro, in January 2012. Average age: 16.05 years; 98.95% studying in elementary school classes; 83.91% self-declared as not white (mixed-race or black). For the presence of mental disorders, at least one mental disorder was found in 70.11% of the respondents. Exposure to stressful situations proved to be very frequent in the sample. Their main memories of childhood abuse are emotional abuse, with an average of 3.4 (SD=0.34), followed by physical abuse (1.6

<sup>1</sup>Mestrado em Saúde Coletiva. Professora Assistente. Graduação em Direito e Pedagogia - Faculdade CNEC Ilha do Governador. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ; Professora Adjunta II - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Edna Maria da Silveira Monteiro (emsmonteiro27@yahoo.com.br) - Rua Sargento Octavio Sodré, Casa 424, Ilha do Governador. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21941-410.

Recebido em 02/08/2015 - Aprovado em 26/09/2015

SD=0.68), and sexual abuse 1 (SD=0.14). **Conclusion:** Comparisons with other studies revealed that the high prevalence of mental disorders in adolescence is not specific to youngsters detained in Custodial Education Institutions; however, the sample showed high levels of exposure to risk factors such as stress and exposure to violence against children, which can trigger emotional or behavioral problems.

## > KEY WORDS

Mental disorders, adolescent, cross-sectional studies, violence, juvenile delinquency.

## > INTRODUÇÃO

A adolescência é um fenômeno singular que envolve um processo amplo de desenvolvimento biopsicossocial, atravessado por influências socioculturais que conduzem o sujeito a reformulações constantes em todos os aspectos de sua vida. No Brasil, compreende o período de vida entre 12 e 18 anos<sup>1</sup>.

Estudos têm evidenciado que condutas transgressoras na adolescência, como a prática de atos infracionais, frequentemente resultam da exposição a *fatores de risco*, tais como fatores biológicos e genéticos, fatores psicossociais, miséria, desigualdades e contrastes sociais, vitimização por violência, falta de suporte e vínculo familiar, perdas traumáticas, envolvimento com drogas, transtornos psiquiátricos e outros. Esses fatores podem elevar as chances da criança e do adolescente apresentarem disfunções emocionais ou de comportamento<sup>2, 3, 4</sup>.

Embora o adolescente seja considerado imputável pelas regras do Direito Penal Comum, ele deve responder às sanções impostas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sempre que cometer um ato infracional, submetendo-se às cabíveis medidas socioeducativas (MSE). São elas: advertência; obrigação de reparar dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade e, a mais severa de todas, *internação em estabelecimento educacional*. Sua duração deve ser por um período de, no máximo, três anos, e até a idade de 21 anos. Para aplicação de qualquer medida socioeducativa, o adolescente tem direito a passar pelo devido processo legal<sup>5</sup>.

Em 2010, a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) estimou que aproximadamente 18 mil adolescentes cumpriam MSE no Brasil e, destes, 12 mil estavam em medidas de internação provisória, semiliberdade ou internação. As medidas socioeducativas objetivam a reinserção do adolescente nas regras sociais vigentes, sendo necessário, para isso, que o mesmo reflita sobre a infração cometida. A MSE deve ser capaz de lhe proporcionar novas referências de conduta social<sup>6</sup>.

## OBJETIVO <

O presente artigo tem como objetivo apresentar resultados de estudo realizado sobre a prevalência de transtornos mentais e exposição a violência e eventos estressantes, em adolescentes internados em medida socioeducativa, no Rio de Janeiro.

## MÉTODOS <

Foi realizado estudo seccional descritivo, com dados primários obtidos através de entrevistas (aplicação de instrumentos) com adolescentes internados em unidade do Departamento Geral de Ações Socioeducativas do Rio de Janeiro (DEGASE). À época do estudo, a unidade apresentava capacidade para até 120 internos, do sexo masculino, com idades entre 12 e 21 anos, oriundos dos diferentes municípios do Estado.

A população do estudo consistiu em 87 adolescentes, durante o mês de janeiro de 2012,

significando uma amostra representativa da população de adolescentes em medida de privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro.

Os participantes do estudo foram entrevistados em um único momento, dentro da unidade. As entrevistas, realizadas pela própria pesquisadora, duraram cerca de 50 minutos. Agentes de disciplina conduziam o adolescente a uma sala da equipe técnica, onde esse encontrava a pesquisadora para exposição de informações sobre o estudo. Aqueles que consentiram foram entrevistados com relativa privacidade, com a porta da sala entreaberta por solicitação da instituição.

#### *Instrumentos utilizados:*

*Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; versão 2.1) – para avaliação de transtornos mentais - Instrumento estruturado e padronizado, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar transtornos mentais, dos últimos 12 meses e durante a vida. É validado em diversos países, inclusive no Brasil ( $k=0,97$ )<sup>7</sup>, permitindo comparação com estudos internacionais. A pesquisadora foi treinada pelo Centro de Treinamento do CIDI/Escola Paulista de Medicina (40 horas/treinamento), seguindo as normas estabelecidas pela OMS. O diagnóstico é dado de acordo com as definições e critérios da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10), da OMS<sup>8</sup> e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, quarta edição (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana<sup>9</sup>, a partir de um algoritmo computadorizado. Para este estudo foram utilizadas as seguintes seções: **A** - dados sociodemográficos; **B** - Transtorno devido ao uso de nicotina; **D** - Transtorno Fóbico; Transtorno de Pânico e Transtorno de Ansiedade Generalizada; **E** - Transtorno Depressivo e Distímia; **J** - Transtorno devido ao uso do álcool; **K** - Transtorno de Estresse Pós-Traumático; e **L** - Transtorno devido ao uso de substâncias psicoativas.

*Seção K (área F43) do CIDI* - Para verificar a presença de Eventos de Vida Estressantes (EVE).

São 32 itens em uma lista de acontecimentos considerados estressantes.

*Seção A do CIDI*<sup>7</sup> - e perguntas elaboradas pelos pesquisadores – Para variáveis sociodemográficas através de dados sobre idade, estado civil, escolaridade, cor e cidade de moradia.

*Critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)* – Para estratificação socioeconômica – Informações sobre o grau de instrução do chefe da família e número de eletrodomésticos na casa. Essa classificação estratifica os entrevistados em cinco categorias diferentes (de A a E). Agrupou-se a variável em três categorias: alta (A e B), média (C) e baixa (D e E)<sup>10</sup>.

*“Childhood Trauma Questionnaire” (CTQ)*<sup>11</sup>, com a denominação *“Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)”* - Para avaliar experiências de violência e de traumas na infância - Esse instrumento tem sido bastante utilizado em pesquisas forenses e clínicas, como uma ferramenta importante na investigação de lembranças de maus-tratos na infância. Pode ser aplicado em adolescentes maiores de 12 anos e adultos. A escala tem 28 questões com respostas do tipo *Likert* variando de 1 (nunca) a sempre (5), apresentando escore total de 28 a 140. O instrumento avalia cinco aspectos da violência: abuso físico; negligência física; abuso emocional; negligência emocional e abuso sexual; considera também uma possível tendência do respondente a minimizar ou negar situações de abuso.

#### *Análise de Dados*

Foi calculada a prevalência de transtornos mentais comuns na população entrevistada, definindo os casos de acordo com a classificação da CID-10. A associação entre os transtornos mentais e as demais variáveis foi estudada na análise bivariada. Foram utilizados o Teste do Qui-quadrado e o Teste de Fischer para variáveis categóricas, além do Teste t para variáveis contínuas, sendo considerado estatisticamente significativo quando o p-valor foi igual ou me-

nor que 0,05. Para análise do QUESI, utilizou-se, além do escore total da escala, a média do escore dos fatores identificados na escala no estudo de validação para amostras não clínicas. Em todas as análises estatísticas utilizou-se o programa SPSS versão 11.0.1 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

#### Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Processo nº 64/2011), pela Direção da Escola de Gestão Socioeducativa do DEGASE e pela Vara de Infância e Juventude (Processo nº 0074544-05.2010.8.19.0001) do Estado do Rio de Janeiro. Todos os adolescentes que participaram do estudo foram informados quanto aos objetivos do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem entrevistados. Aqueles diagnosticados com algum transtorno mental foram encaminhados à equipe técnica da unidade, para o devido acompanhamento.

## > RESULTADOS

A população do estudo contou com 87 adolescentes (três adolescentes se recusaram sem apresentar qualquer justificativa); taxa de participação de 96,66%.

Conforme ilustrado na Tabela 1, entre os atos infracionais cometidos, houve predominância de roubo e tráfico de drogas, seguidos pelos homicídios. A frequência geral encontrada, de acordo com classificação do Código Penal Brasileiro<sup>12</sup>: Art. 157 – roubo (48,27%); Art. 121 – homicídio (9,20%); Art. 155 – furto (6,90%); Art. 180 – receptação (1,15%); Art. 217 – estupro de menor de 18 anos (1,15%) e Art. 217/A – estupro de incapaz (1,15%). Art. 33 – tráfico de drogas (31,03%); Art. 14 – porte ilegal de arma (1,15%).

#### Características Sociodemográficas

Os entrevistados tinham idade entre 13 e 19 anos, com média de 16,05 e desvio padrão igual a 1,247. A faixa etária de maior proporção foi de 15 a 17 anos (79,31% da amostra). Em relação ao estado civil, cinco jovens entrevistados (5,75%) alegaram viver maritalmente. Aproximadamente 11,49% relataram ter pelo menos um filho. Em relação à cor/etnia, predominaram pardos (47,13%) e negros (36,78%). A estratificação social mais encontrada, de acordo com os critérios de contagem do número de eletrodomésticos, veículos, etc., foi a classe média, com 83,90% dos casos. Dentre os responsáveis pela moradia dos adolescentes, 56,00% não haviam concluído o ensino fundamental, e quanto à escolaridade dos entrevistados, 98,85% cursavam o ensino fundamental. Conforme determina o Art. 124 do ECA, todos os adolescentes frequentavam a escola que funciona na Unidade. Apenas um deles estudava antes de ser apreendido (Tabela 2).

#### Traumas na Infância

Dentre as informações levantadas pelo QUESI destacaram-se itens como: já ter apanhado de cinto, vara, corda ou outras coisas que machucavam (70,11%); acreditar que não teve sempre uma ótima infância (68,96%); achar que havia algo para mudar na família (41,37%); e outros. Três fatores foram identificados: abuso emocional, abuso físico e abuso sexual, analisados através da média dos escores das questões pertencentes a cada fator. Os valores próximos a 5 representam o indicativo do máximo de abuso; aqueles próximos a 1 significam o mínimo de abusos, ou sua total ausência. O abuso emocional foi o mais presente, com média de 3,4 (dp=0,34), seguido do abuso físico 1,6 (dp=0,68), e abuso sexual 1 (dp=0,14). O somatório total da escala, que poderia variar de 28 a 140, foi de 69,1 (dp=8,2). Não houve grande variação das médias em relação às diferentes faixas etárias (Tabela 3).

**Tabela 1.** Distribuição da frequência dos atos infracionais cometidos pelos adolescentes do sexo masculino em medida socioeducativa de internação, na cidade do Rio de Janeiro – 2012.

<b>Atos infracionais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Roubo	42	48,27
Furto	6	6,90
Homicídio	8	9,20
Tráfico de drogas	27	31,03
Porte ilegal de armas	1	1,15
Estupro de menor de 18 anos	1	1,15
Receptação	1	1,15
Estupro de incapaz	1	1,15
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos adolescentes do sexo masculino em medida socioeducativa de internação, na cidade do Rio de Janeiro, 2012.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	87	100,00
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	82	94,25
Vive maritalmente	5	5,75
<b>Filhos</b>		
Sem filhos	77	88,51
Pelo menos 1 filho	10	11,49
<b>Cor/etnia</b>		
Branco	13	14,94
Pardos	41	47,13
Negros	32	36,78
Indígena	1	1,15
<b>Escolaridade</b>		
Nível fundamental incompleto	86	98,85
Nível médio incompleto	1	1,15
<b>Classe Social</b>		
Alta	4	4,59
Média	73	83,90
Baixa	10	11,49
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>

**Tabela 3.** Distribuição da frequência do resultado do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI), segundo idade, pelos adolescentes do sexo masculino em medida socioeducativa de internação, na cidade do Rio de Janeiro - 2012.

Idade em anos	MÉDIA			Pontuação Total da Escala (28 a 140)
	Abuso emocional	Abuso sexual	Abuso físico	
13 a 14 n = 8	3,3 (dp=0,29)	1,2 (dp=0,41)	1,8 (dp=0,89)	69,7 (dp=8,2)
15 n = 23	3,4 (dp=0,36)	1,0 (dp=0,0)	1,7 (dp=0,8)	70,7 (dp=9,2)
16 n = 22	3,3 (dp=0,37)	1,0 (dp=0,0)	1,7 (dp=0,55)	68,2 (dp=7,0)
17 n = 24	3,5 (dp=0,41)	1,0 (dp=0,09)	1,5 (dp=0,59)	69,5 (dp=9,5)
18 a 19 n = 10	3,3 (dp=0,10)	1,0(dp=0,0)	1,3(dp=0,68)	66,5 (dp=4,3)
Total n = 87	3,4 (dp=0,35)	1,0 (dp=0,14)	1,6 (dp=0,68)	69,1 (dp=8,2)

#### *Transtornos Mentais Comuns*

O total de adolescentes com pelo menos um transtorno foi de 70,11%. Os diagnósticos mais frequentes foram de transtornos por uso de substâncias psicoativas (SPA) - 51,7% - a exceção de álcool e nicotina. O uso da maconha representou 78,16%, pela cocaína (43,67%); transtorno devido ao uso de nicotina (31,03%); por uso de álcool (23,00%); por uso de mesclado – mistura de maconha e crack (20,00%); transtorno de estresse pós-traumático (14,94%); depressão e transtorno fóbico (12,64%, cada). Todos os adolescentes com 17 anos de idade apresentaram algum tipo de transtorno mental e, entre entrevistados com 16 anos, apenas transtorno de pânico não foi identificado. A depressão apresentou significância estatística para a idade de 16 anos (31,8% vs. 16,7%;  $\chi^2 = 13,609$ ;  $p=0,009$ ). Nenhum entrevistado apresentou transtorno de ansiedade generalizada ou transtorno afetivo-maníaco. As comorbidades apresentaram significância estatística para

as idades de 13 a 15 anos, representando aproximadamente 52,87% dos adolescentes. Aquelas comorbidades com maior frequência foram o uso de nicotina e de substâncias psicoativas (5,70%) e uso de álcool e de substâncias psicoativas (5,70%). O uso da maconha e inalantes foi frequente em todas as idades; a cocaína se sobressaiu nas idades de 16 e 17 anos. O uso de psicodélicos apresentou significância estatística para a idade de 18-19 anos (Tabela 4).

#### *Eventos Estressantes*

A exposição a situações estressantes mostrou-se bastante frequente para as situações investigadas: ter visto cadáver (sem ser em funeral) (87,36%); presenciar tiroteio (83,90%); ter perdido pessoa próxima por morte repentina (79,31%); presenciar alguém sofrer agressões graves ou ser assassinado (75,86%); ser ameaçado de morte (71,26%); apanhar muito de não familiar (67,82%); ter a casa invadida quando ausente (54,02%); ter sido ameaçado

Tabela 4. Prevalência dos transtornos mentais e comportamentais e de uso de substâncias utilizadas, segundo idade, pelos adolescentes do sexo masculino em medida socioeducativa de internação, na cidade do Rio de Janeiro – 2012.

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	IDADE												Total (n= 87)	p-valor
	13 - 14 anos (n= 8)		15 anos (n= 23)		16 anos (n= 22)		17 anos (n= 24)		18 - 19 anos (n= 10)		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Pelo menos um transtorno	4	50,00	15	65,21	16	72,72	19	79,17	7	70,00	61	70,11	0,60	
Transtorno devido ao uso de substâncias psicoativas (exceto álcool e nicotina)	3	37,50	14	60,86	10	45,50	12	50,00	6	60,00	45	51,72	0,70	
Transtorno devido ao uso de nicotina	3	37,50	5	21,73	8	36,36	10	41,67	1	10,00	27	31,03	0,30	
Transtorno devido ao uso de álcool	-	-	7	30,43	5	22,72	4	16,67	4	40,00	20	23,00	0,30	
Transtorno de estresse pós-traumático	-	-	2	8,69	4	18,18	6	25,00	1	10,00	13	14,94	0,30	
Transtorno fóbico	1	12,50	1	4,34	4	18,18	5	20,83	-	-	11	12,64	0,30	
Transtorno depressivo	-	-	-	-	7	31,82	4	16,67	-	-	11	12,64	0,00	
Agorafobia	-	-	-	-	2	9,10	2	8,33	1	10,00	5	5,75	0,60	
Transtorno de pânico	-	-	-	-	-	-	1	4,20	1	10,00	2	2,30	0,40	
Comorbidades	8	100,00	23	100,00	13	59,10	2	8,33	-	-	46	52,87	0,00	
SUBSTÂNCIAS UTILIZADAS														
Maconha	8	100,00	21	91,30	16	72,72	15	62,5	8	80,00	68	78,16	0,08	
Inalantes	2	25,00	2	8,69	1	4,54	3	12,5	1	10,00	9	10,34	0,60	
Cocaína	2	25,00	9	39,13	11	50,00	13	54,2	3	30,00	38	43,67	0,50	
Mesclado	-	-	2	8,69	6	27,27	6	25,0	4	40,00	18	20,69	0,10	
Estimulante	-	-	5	21,73	3	13,63	4	16,7	1	10,00	13	14,94	0,60	
Sedativo	1	12,50	4	17,40	3	13,63	3	12,5	2	20,00	13	14,94	0,90	
Psicodélicos	-	-	-	-	1	4,55	3	12,5	3	30,00	7	8,04	0,04	
Outros	3	37,50	14	60,96	10	45,50	12	50,0	6	60,00	45	51,72	0,70	

Sinais convencionais utilizados: (-) Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

com arma (52,87%); ter contato com guerra urbana (51,72%); ter visto atrocidades como chacinas (49,42%); ter presenciado, quando criança, na família, brigas com agressão física (45,33%); ter sofrido acidente de carro ou moto com risco de vida (41,38%); ter sido torturado (39,08%); apanhar muito de familiar (31,03%); ter sido ameaçado por telefone (22,98%); ter

sido vítima de guerra de gangues ou traficantes (22,98%); ver alguém ser assaltado (18,39%); e outros. Estupro e abuso sexual apresentaram significância estatística para a idade de 13-14 anos (12,50% vs. 0%;  $\chi^2 = 9,990$ ;  $p=0,04$ , respectivamente). O estudo revelou que 29,9% dos adolescentes sofreram grande abalo por estresse (Tabela 5).

**Tabela 5.** Prevalência de eventos estressantes segundo idade, pelos adolescentes do sexo masculino em medida sócio-educativa de internação, na cidade do Rio de Janeiro - 2012.

Situações de violência	Idade												p-valor
	13-14 anos (n= 8)		15 anos (n= 23)		16 anos (n= 22)		17 anos (n= 24)		18-19 anos (n=10)		Total (n= 87)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Viu cadáver (não em funeral)	6	75,00	19	82,60	18	81,82	23	95,83	10	100,00	76	87,36	0,30
Viu tiroteio	7	87,50	21	91,30	18	81,82	18	75,00	9	90,00	73	83,90	0,60
Morte repentina de pessoa próxima	6	75,00	16	69,60	17	77,27	22	91,66	8	80,00	69	79,31	0,40
Viu agressão ou assassinato	5	62,50	17	73,91	17	77,27	18	75,00	9	90,00	66	75,86	0,70
Ameaçado de morte	5	62,50	15	65,22	15	68,18	19	79,17	8	80,00	62	71,26	0,70
Apanhou muito de não familiar	8	100,00	15	65,22	14	63,64	13	54,17	9	90,00	59	67,82	0,08
Ausente quando casa invadida	4	50,00	13	56,52	10	40,45	14	58,33	6	60,00	47	54,02	0,90
Ameaçado c/ arma	3	37,50	11	47,83	11	50,00	12	50,00	9	90,00	46	52,87	0,10
Contato com guerra	2	25,00	14	60,87	14	63,64	10	41,67	5	50,00	45	51,72	0,30
Viu atrocidades	3	37,50	11	47,83	10	45,45	13	54,17	6	60,00	43	49,42	0,80
Viu agressão na família	1	12,50	9	39,13	10	45,45	15	62,50	4	40,00	39	45,33	0,10
Acidente carro/moto	3	37,50	5	21,74	9	40,90	13	54,17	6	60,00	36	41,38	0,10
Vítima de tortura	2	25,00	8	34,78	8	36,36	10	41,67	6	60,00	34	39,08	0,60
Presente quando casa invadida	-	-	7	30,43	7	31,82	9	37,50	4	40,00	27	31,03	0,30
Apanhou muito de familiar	2	25,00	7	30,43	7	31,82	9	37,50	2	20,00	27	31,03	0,90
Desastre natural	4	50,00	7	30,43	3	13,64	9	37,50	3	30,00	26	29,88	0,50
Acidente outro	1	12,50	8	34,78	6	27,3	10	41,67	1	10,00	26	29,88	0,30

continua

continuação da Tabela 5

Situações de violência	Idade												p-valor
	13-14 anos (n= 8)		15 anos (n= 23)		16 anos (n= 22)		17 anos (n= 24)		18-19 anos (n=10)		Total (n= 87)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Vítima de guerra	-	-	6	26,09	7	31,82	3	12,50	4	40,00	20	22,98	0,20
Ameaçado por telefone	1	12,50	3	13,04	6	27,27	6	25,00	4	40,00	20	22,98	0,40
Viu assalto	1	12,50	4	17,39	6	27,27	2	8,30	3	30,00	16	18,39	0,40
Desastre causado por outros	2	25,00	3	13,04	3	13,64	5	20,8	3	30,00	16	18,39	0,70
Atacado sem arma	1	12,50	1	4,34	4	18,18	3	12,5	-	-	9	10,34	0,400
Doença grave	1	12,50	1	4,34	3	13,64	2	8,33	1	10,00	8	9,19	0,9
Agredido por cônjuge	1	12,50	2	8,70	-	-	2	8,33	3	30,00	8	9,19	0,10
Vítima de rapto	1	12,50	1	4,34	-	-	3	12,50	1	10,00	6	6,89	0,50
Doença de filho	-	-	3	13,04	1	4,54	-	-	1	10,00	5	5,76	0,30
Vítima de sequestro	-	-	1	4,34	-	-	-	-	-	-	1	1,15	0,60
Estupro	1	12,50	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,15	0,04
Molestado	1	12,50	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,15	0,04
Abalado por estresse	-	-	4	17,39	3	13,64	3	12,50	-	-	10	11,50	0,50
Grande abalo por estresse	1	12,50	7	30,43	7	31,82	10	41,67	1	10,00	26	29,88	0,30

Sinais convencionais utilizados: (-) Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

## > DISCUSSÃO

O principal achado desse estudo foi a alta prevalência de transtornos mentais (70,11%) entre os entrevistados. O transtorno mais prevalente (51,72%) foi por uso de substância psicoativa (SPA), presente em quase todas as idades, com exceção de 13 (n=2) e 19 anos (n=1). Mais da metade da amostra estudada (52,87%) apresentou transtornos em comorbidades. As frequências encontradas para o percentual total de transtornos são semelhantes àquelas observadas tanto nos estudos internacionais quanto no estudo nacional encontrado; no entanto, a prevalência de transtorno por uso de SPA, na população estudada, mostrou-se elevada em relação aos outros estudos<sup>13, 14, 15, 16</sup>.

Diversos adolescentes alegaram que, após a internação, passaram a ter dificuldades para dormir e, por isso, utilizavam medicamentos. Foi evidenciado que 25,60% dos entrevistados usavam o benzodiazepínico *Diazepam*, com prescrição médica, e outros 24,10% utilizavam o mesmo medicamento, por decisão própria. Os adolescentes relataram a prática de troca de cigarros por *Diazepam* com aqueles que recebiam, diariamente, as doses prescritas. Comumente pediam cigarros aos familiares, nos dias de visita, para usá-los como “moeda de troca” pelo medicamento. Estudos apontam que ansiedade e depressão podem se apresentar em pessoas privadas de liberdade, devendo-se ter cautela em diagnosticar, nesses casos, tais manifestações como transtornos mentais<sup>16, 17</sup>.

O uso de nicotina e álcool também mostrou resultados importantes. Na idade de 17 anos, a prevalência de transtornos por uso de álcool (40%) e de nicotina (41,67%) chamou atenção. A frequência encontrada, de transtornos por uso de álcool (23,00%), foi similar ao estudo conduzido, em 2002, por Teplin e colaboradores<sup>14</sup> (25,90%). O transtorno por uso de nicotina teve a segunda maior prevalência na análise geral. Pesquisa realizada com adultos, na Califórnia (EUA)<sup>18</sup>, sobre início precoce (aproximadamente aos 14 anos) do tabagismo, revelou forte associação entre experiências adversas na infância, como abuso emocional, físico, sexual, separação dos pais e encarceramento de familiar, e o início do tabagismo. Outro estudo, realizado em municípios do interior do Rio Grande do Sul (Brasil)<sup>19</sup> sobre o uso de substâncias psicoativas em escolares do ensino médio, mostrou que o consumo de maconha apresentava maior prevalência nas idades entre 14 e 19 anos, com índice significativamente maior entre os adolescentes que estudavam no turno da noite (26,30%), em relação àqueles que estudavam no turno da manhã (6,40%).

Para estabelecer políticas públicas que se ocupem da prevenção ao comportamento “delinquente” e da eficácia da privação de liberdade, é necessário dar atenção a condições estimuladoras para que a conduta de transgressão, comumente experimentada na adolescência, venha a exceder os limites legais aceitos na sociedade, colocando o adolescente nas malhas do ato infracional e nos prejuízos que a ele se sobrepõem.

Os adolescentes relataram, em sua maioria, que evitavam falar aos técnicos sobre quaisquer dificuldades iniciadas, ou não, após a internação, como insônia, sentimentos de tristeza, pensamentos suicidas, ou mesmo situações de conflitos nos alojamentos, por considerarem que os relatórios de tais profissionais avaliadores poderiam prejudicá-los junto à autoridade judiciária. Apesar disso, todos que falaram sobre dificuldades à pesquisadora deram-lhe autorização para informar as questões de saúde à equipe técnica,

a fim de que fossem providenciados os atendimentos necessários.

No que se refere aos tipos de infrações cometidas, verificou-se que o roubo apareceu com maior representatividade (48,30%), seguido pelo tráfico de drogas (31,00%). Em geral, os entrevistados não demonstraram avaliar a experiência da internação como algo importante para seu progresso pessoal ou social, porém alguns relataram que a internação os ajudou a perceber o quanto estiveram sem limites no uso de SPA, e mencionaram planos para conduzirem suas vidas de forma diferente após a MSE. Muitos se mostraram revoltados com o tratamento recebido na unidade de internação, referindo-se aos agentes de disciplina como “os polícias”. Os agentes se dirigiam aos adolescentes chamando-os pelos seus números de matrícula, já os profissionais das equipes técnicas usavam os nomes próprios para chamá-los.

Ao responderem questões que remetiam às suas famílias, os adolescentes frequentemente declaravam sentimentos de arrependimento e culpa, especialmente em relação às suas mães, pelos atos infracionais cometidos, por causarem sofrimento a elas com sua apreensão, e por elas terem que se submeter aos procedimentos de revista íntima nos dias de visita, considerados humilhantes pelos adolescentes.

A avaliação de eventos estressantes e violência revelou que todos os entrevistados tinham vivenciado mais de um tipo de situação estressante, situações de exclusão social e violência estrutural entre a infância e a adolescência, resultando em um percentual de 11,50 adolescentes abalados por estresse em algum momento da vida, e de 29,90% apresentando grande abalo por estresse.

Estudos revelam que a exposição de crianças a maus-tratos e estresse grave pode provocar uma série de reações neurobiológicas capazes de afetar o desenvolvimento do cérebro em diversos níveis, podendo ocasionar desde aumento da irritabilidade até o desencadeamento de perturbações psiquiátricas. Os castigos físicos severos podem levar a comprometimentos também na

vida adulta, como comportamento agressivo, atos criminosos, depressão e alcoolismo<sup>20</sup>.

Alguns aspectos metodológicos que podem ter afetado os resultados desse estudo devem ser considerados. Por ser um estudo seccional, no qual fator e efeito são observados no mesmo momento histórico, não se pode estabelecer relação causal entre os fatores estudados. Além disso, é preciso considerar que o tamanho da amostra pode ter comprometido a análise da associação entre as variáveis estudadas, e o fato da mesma pertencer a um único estabelecimento para cumprimento de MSE de internação restringe a generalização dos resultados encontrados.

Quanto à classe econômica, o critério de classificação econômica da ABEP classificou 83,90% de adolescentes como oriundos da classe média, pontuação fortemente influenciada pela contagem de eletrodomésticos no domicílio. No entanto, o mesmo instrumento aferiu que mais da metade (54,00%) dos responsáveis pela casa do adolescente tinha baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), o que sugere não ser um bom indicativo de classe socioeconômica para este estudo.

## CONCLUSÃO

Índices elevados de exposição a fatores de risco podem levar crianças e adolescentes a apresentar problemas emocionais e/ou comportamentais. Contudo, a alta prevalência de transtornos mentais na adolescência, a exemplo dos transtornos por uso de substâncias psicoativas aqui apresentados, não é algo que se apresente, particularmente, em adolescentes em conflito com a lei.

É necessário que outros estudos se aprofundem no tema, fornecendo mais dados para a compreensão sobre causas e consequências do ato infracional, e sobre os resultados das práticas socioeducativas, especialmente as de privação de liberdade.

## NOTA

Edna Maria da Silveira Monteiro recebeu bolsa de estudos de mestrado, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito dos adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Cien Saude Colet*. 2009;14(2):349-61.
3. Maia JMD, Williams LCA. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*. 2005;13(2):91-103.
4. Minayo MCS, Assis SG. Saúde e violência na infância e na adolescência. *J Pediatr*. 1994;70(5):263-6.
5. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 1990.
6. Brasil. Presidência da República. Levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a Lei – 2009 [Internet]. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2010 [citado 2011 Mai 15]. Disponível em: [http://jjj.tj.rs.gov.br/jjj\\_site/docs/FASE/SOCIOEDUCATIVO2010.PDF](http://jjj.tj.rs.gov.br/jjj_site/docs/FASE/SOCIOEDUCATIVO2010.PDF)
7. Quintana MI, Gastal FL, Jorge MR, Miranda CT, Andreoli SB. Validade e limitações da versão brasileira do Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Rev Bras Psiquiatr*. [Internet]. 2007 [citado 2011 Out 10];29(1):18-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000024>.

8. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
9. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 1994.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de classificação econômica [Internet]. 2008 [citado 2011 Out 15]. Disponível em: [www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07](http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07)
11. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do childhood trauma questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):249-55.
12. Brasil. Decreto-Lei n. 2848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1999.
13. Karnik SN, Soller M, Redlich A, Silverman M, Kraemer HC, Haapanem R, et al. Prevalence and of genders differences on psychiatric disorders among juvenile delinquents incarcerated for nine months. *Psichiatri Serv* [Internet]. 2009 [cited 2010 Jul 10];60(6):838-41. Available from: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=100532>
14. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2002 [cited 2010 Out 25];59(12):1133-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861992/>
15. Doreleijers TAH, Moser F, Thijs P, Engeland H, Beyaert FHL. Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands. *J Adolesc* [Internet]. 2000 [cited 2011 Jan 02];23(3):263-75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10837106>.
16. Pinho SR, Dunningham W, Aguiar WM, Andrade Filho AS, Guimarães K, Guimarães K, et al. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(2):126-30.
17. Machado K. Muito longe da reforma psiquiátrica. *Radis Comunicação e Saude*. 2010; 99:15-9.
18. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* [Internet]. 1999 Nov 3 [cited 2011 Out 04];282(17):1652-8. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192056>
19. Sengik AS, Scortegagna SA. Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. *PSIC*. 2008; 9(1):73-80.
20. Bordin IA, Duarte CS, Peres CA, Nascimento R, Curto BM, Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2009 [cited 2010 Jun 22];87(5):336-44. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/5/07-043125/en/index.html>