



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE JOVENS EM MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE
INTERNAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL**

Manuella Costa da Silva

Brasília

2011



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

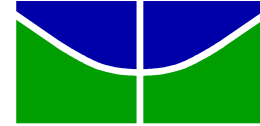
Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE JOVENS EM MEDIDA SOCIOEDUCATIVA
DE INTERNAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL**

Manuella Costa da Silva

Brasília, março de 2011



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PROCESSOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE JOVENS EM MEDIDA SOCIOEDUCATIVA
DE INTERNAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL**

MANUELLA COSTA DA SILVA

Orientador: Prof. Dr. Antonio Pedro de Mello Cruz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento do Departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Ciências do Comportamento – Área de Concentração: Cognição e Neurociências do Comportamento.

Brasília, março de 2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Antonio Pedro Mello Cruz – Presidente (orientador)

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Universidade de Brasília

Professor Dr. Francisco Martins – Membro externo

Departamento de Psicologia Clínica

Universidade de Brasília

Professor Dr. Vítor Augusto Motta Moreira

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Universidade de Brasília

Professor Dr. Sérgio Leme da Silva – Suplente

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho a meus avós,
Petrônio e Carmem, que são as
criaturas mais encantadoras que tive a
oportunidade de conviver e amar.*

Agradecimentos

Ao professor **Antonio Pedro**, por me acolher e me orientar nessa jornada de intenso aprendizado dos últimos dois anos da minha vida.

Ao professor **Francisco Martins**, o Chico, a pessoa que despertou minha paixão pela Psicologia nas primeiras aulas de Psicopatologia.

Ao professor **Vitor Motta**, pela disponibilidade em me orientar no estágio supervisionado em docência e aos alunos que cursaram Psicofisiologia 1 no segundo semestre de 2010, minha prova mais exigente e desafiadora deste período.

Aos funcionários da Secretaria do PPB, especialmente à **Joyce**, pela atenção dispensada e presteza em ajudar.

Aos meus colegas do CAJE, lugar que aprendo muito a cada minuto, uma experiência viva da diversidade e da realidade social de nosso país. A diretora, **Maria Beatriz Silva Carvalho**, pelo apoio à execução da pesquisa.

Aos funcionários e participantes da pesquisa com quem convivi durante vários dias no CIAP e que muito bem me acolheram, sendo essenciais para a realização do presente trabalho. Aos diretores desta unidade, **Cláudio Antônio da Silva** e **Tatiana de Paula Soares**, que autorizaram e viabilizaram a execução da pesquisa.

Aos seres humanos, jovens e adultos, com quem tive a oportunidade de descobrir muitas histórias, sentimentos, dores e alegrias e que, além de tudo, foram e são o instrumento de meu trabalho.

Ao meu pai e verdadeiro herói, **Pedro**, por me ensinar as bases de uma verdade profunda que poucos podem entender. Pela nossa ligação eterna onde ele estiver.

A minha mãe, **Maria Christina**, pela força, coragem, garra, determinação inigualáveis. Pelo amor, o cheiro e o colo de mãe.

Aos meus avós maternos, **Petrônio** e **Carmem**, por serem estas criaturas tão encantadoras que conseguem ser.

Ao meu irmão **Rafaello** por dividir comigo suas descobertas, ser um pilar de aconchego e segurança e um abraço sempre amigo.

A minha família do coração, **Nayara** e **Nena**, pelo carinho, paciência e cuidado.

Aos meus padrinhos, **Kátia** e **Eurico**, por serem minha segunda referência de família, amor e acolhimento.

Aos meus primos **Fabiano** e **Luciano**, minhas tias **Teresa** e **Lori**, minha família paterna de sangue e identificação.

Aos meus fiéis companheiros **Shiva** e **Eros**, os animais de minha total estimação.

Aos meus amigos do coração **Carol**, **Cecília**, **Emily**, **Flaviana**, **Igor**, **Karen**, **Laura**, **Maíra**, **Mariana**, **Mel**, **Patrick**, **Priscila**, **Roberta**, **Toninho**, pelo colo, pelo abraço ou conselho, em todas as horas.

Aos meus amigos e colegas psicólogos que muito admiro **Andréa**, **Daniela**, **Juliana**, **Luciane**, **Luiz** e **Rodrigo**, pela leve e agradável convivência e pelo compartilhar de risadas e conhecimentos.

Aos meus amigos e colegas assistentes sociais, **Alice**, **Denise**, **Júlia**, **Marlene**, **Nausa**, **Sérgio** e **Valéria** pelo contraponto e consciência social necessária em nosso trabalho.

Resumo

O presente trabalho investigou os níveis de ansiedade e depressão em 25 jovens sob medida socioeducativa de internação no Centro de Internação de Planaltina – CIAP, no Distrito Federal. Após aceitação e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram aplicados questionários livres e estruturados com intuito de delimitar características pessoais e familiares de cada participante, bem como colher sugestões para melhoria da unidade de internação e delimitar as perspectivas de futuro de cada interno. Imediatamente após, cada participante respondeu a 42 itens relacionados a estados de ansiedade e depressão de acordo com os Inventários de Beck. Foram encontrados níveis elevados destas medidas, quando comparados com a média da população de adolescentes brasileiros. Nos casos em que foram medidos níveis de depressão mais graves, foram aplicados, ainda, os Inventários Beck de desesperança e suicídio. Ao melhor de nosso conhecimento, trata-se de estudo pioneiro no Brasil na avaliação psicométrica de estados de ansiedade e depressão desta população. Os resultados encontrados indicam diretrizes para a atuação do psicólogo com esta clientela e trazem considerações a respeito de questões pedagógicas e institucionais importantes para a implementação concreta das diretrizes socioeducativas existentes. Além disso, é enfatizada a importância desta discussão no âmbito das políticas de saúde pública, numa perspectiva conjunta com as políticas de segurança, educação e assistência social.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, medida socioeducativa de internação, Inventários de Beck.

Abstract

This research has investigated the levels of anxiety and depression in a group of 25 youngsters who are submitted to social and educational measures at the juvenile detention of Planaltina, at the Federal District. After the youngsters consent, open and structured questionnaires were applied considering personal and family features, future perspectives and suggestions for improving the Facility. Following the questionnaires, another 42 anxiety and depressions related queries were asked, in accordance with Beck's Inventory. The results evidenced high levels of these indicators in comparison with the Brazilian youngster average. As for the most affected cases, a third questionnaire from Beck's Inventory was applied to assess levels of lack of hope and suicidal tendencies. As far as we are concerned this is a pioneer research in Brazil as it evaluated psychometric measures of anxiety and depression. The findings shed light on directives for psychologists who work on this area also including pedagogical and institutional matters to social and educative measures. In addition, it is shown that health public policy should be joined up with security, educational and social care policies.

Keywords: anxiety, depression, juvenile detention, Beck's Inventories.

Sumário

Introdução	
Estatuto da Criança e do Adolescente e as Medidas de Internação	1
O Sistema Socioeducativo no Distrito Federal	8
Saúde Mental, Adolescência e Diagnóstico para Ansiedade e Depressão	10
Objetivo	18
Materiais e Método	
Participantes	19
Instrumentos	19
Procedimentos	20
Resultados	
Questionário Livre e Estruturado	23
Inventários de Ansiedade e Depressão	28
Inventários de Desesperança e Suicídio	31
BAI, BDI e Questionários	
Discussão	32
Referências	44
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52
Apêndice B – Questionário Livre e Estruturado	53

Estatuto da Criança e do Adolescente e as Medidas de Internação

A Organização Mundial de Saúde define a violência como “o uso intencional de força ou poder físico, sendo somente uma intimidação ou ato efetivo contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte em ou tenha uma alta probabilidade de danos, mortes, prejuízos psicológicos, que comprometa o desenvolvimento ou que cause privação” (World Health Organization [WHO], 2002, p. 4).

A violência é usualmente entendida como ação impetrada através da força, que cause danos físicos, morais, emocionais ou espirituais a alguém. A violência urbana aumentou tanto em termos de frequência quanto de intensidade (Marty, 2006). Para entender este fenômeno, é necessária uma análise aprofundada sobre suas múltiplas causas (genéticas, neuroquímicas, neurohormonais, neurológicas, psicofisiológicas, históricas, contextuais, relacionais, políticas e sociais), além da atenção acerca de seus efeitos e estratégias de enfrentamento.

A desigualdade social e as condições de vida oferecidas pelo capitalismo possibilitam a materialização de diferentes formas de violência. Este cenário envolve diferentes conceitos passíveis de reflexão como democracia, cidadania, liberdade, autonomia, justiça, equidade, direitos e emancipação (Silva, 2008).

Podemos observar diversos perfis de juventude em nosso país. Por um lado nos deparamos com as infâncias das camadas privilegiadas e por outro, com uma outra infância, desamparada, abandonada e marginalizada. Nas ruas, estas crianças deixam de ser crianças, para se tornarem “menores” ou “delinqüentes” (Fleck, Korndörfer & Cadaviz, 2005). A adolescência é caracterizada por uma variação temporal e histórica de aspectos biológicos e sociais, na tentativa de uma habilitação plena das atividades da vida adulta (Martins & Pillon, 2008).

A violência vivenciada no local de moradia se relaciona com a construção da identidade dos adolescentes bem como com a significação que eles atribuem aos fenômenos sociais. As situações de vulnerabilidade a que estão sujeitos e a ausência de redes de apoio social refletem a privação do direito e da cidadania (Cocco & Lopes, 2010).

A realidade dos jovens da periferia brasileira indica a necessidade de estratégias de proteção em um contexto em que a violência gratuita, gera uma atmosfera de exclusão, privação, medo, desconfiança, desamparo, insegurança, privação emocional e incerteza (Araújo, 2001). Ao mesmo tempo, estamos tratando de um período de vida em que o reconhecimento de uma identidade e pertencimento se faz presente sendo que, em muitos casos, o reconhecimento social só existe após a execução do delito.

Deparamos-nos, então, a partir de toda esta ambigüidade apresentada, com garotos agressivos, impulsivos, atitudes irracionais e negações, aonde o “andar em grupo” se constitui em estratégia de sobrevivência, busca pelo poder e pela auto-estima (Guimarães & Campos, 2007). A aparente bravura esconde uma subjetividade frágil e desprotegida. Neste sentido, a violência é fundadora da subjetividade (Marty, 2006).

A juventude brasileira é a parcela da população que mais sofre e morre em decorrência de situações violentas. Os homicídios são a principais causas de mortalidade juvenil no Brasil. Dentro das unidades de internação ainda temos um antigo problema de rebeliões, maus tratos, mortes e preconceitos. Além disso, práticas do uso de medicação psiquiátrica como forma de contenção, isolamento como punições, falta de atividade e de atendimentos técnicos também continuam ocorrendo neste cenário (Castro & Guareschi, 2008). Os adolescentes infratores significam a medida de internação como prisão, manicômio, castigo e segregação.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2004 indicam que, no Brasil, existem 25 milhões de adolescentes na faixa de 12 a 18 anos (15 % dos

habitantes do país). O perfil destes jovens é bastante diferente, dependendo de fatores demográficos e ambientais. A desigualdade social é outro aspecto que influencia a realidade desta população: 1% de ricos com 13,5% da renda nacional e 50% da população mais pobre detém 14,4% desta renda (SINASE, 2004).

O levantamento estatístico da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial dos Direitos Humanos identificou, em 2002, uma população de cerca de 39.578 adolescentes no sistema socioeducativo (0,2% dos 25 milhões que vivem em nosso país). Deste grupo, 72% cumprem medida em meio aberto. Nas medidas de internação existe uma população de 9.555 de jovens: 90% do sexo masculino, 76% com idade entre 16 e 18 anos, a maioria afrodescendente, 51% não freqüentava escola, 90% não concluiu o Ensino Fundamental, 49% não trabalhava, 81% vivia com a família quando praticou o ato infracional, 12,7 % não possuía renda mensal, 66% tinham renda máxima de dois salários mínimos e 85,6% era usuário de drogas. O Brasil tinha, em 2002, 76 Unidades de Internação voltadas para o atendimento de adolescentes (SINASE, 2004).

O Sistema Socioeducativo tem mudado significativamente nos últimos anos, principalmente com a Lei nº. 8.069, de 13/7/1990, que institui o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA (Brasil, 2005), e com a elaboração do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, publicado em 2004. Antigamente, o que direcionava os direitos da criança e do adolescente era o Código Mello de Matos (Senado Federal, 1984) conhecido também como Código de Menores. Neste Código havia um caráter discriminatório que associava a pobreza à delinquência.

O ECA foi elaborado com a participação dos movimentos sociais, constituindo importante diferença. Uma segunda mudança que merece destaque é o caráter universal

dos direitos conferidos, que reside no reconhecimento legal do direito de todas as crianças e adolescentes à cidadania independente da classe social.

Na apresentação do ECA fica estabelecido que “crianças e adolescentes brasileiros, sem distinção de raça, cor, classe social, passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direito, considerados em sua condição de pessoas em desenvolvimento e a quem se deve prioridade absoluta, seja na formulação das políticas públicas e destinação privilegiada de recursos das diversas instâncias político-administrativas do país”.

O artigo 113 desta Lei fica estabelece que:

verificada prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas: I) advertência; II) obrigação de reparar o dano; III) prestação de serviços à comunidade; IV) liberdade assistida; V) inserção em regime de semiliberdade; VI) internação em estabelecimento educacional; VII) qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI (medidas protetivas).

A medida VI, internação em estabelecimento educacional, motivo do presente estudo, estabelece (artigo 121) que se trata de “medida privativa de liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”.

Ao longo desta seção os artigos expressam a possibilidade dos jovens realizarem atividades externas, ficando estabelecido um período máximo de três anos de internação (ou idade máxima de 21 anos) e devendo a medida ser avaliada a cada seis meses. Após o tempo máximo de internação e expedida a autorização judicial, o socioeducando poderá ser “liberado, colocado em regime de semiliberdade ou de liberdade assistida” (artigo 121, parágrafo 4).

Os critérios que determinam a necessidade da execução da medida de internação estão relacionados com atos infracionais cometidos mediante grave ameaça ou violência a pessoa, por reincidência em outras infrações graves ou por descumprimento de medida

imposta anteriormente (artigo 122). A internação deve ser cumprida em entidade exclusiva para adolescentes, seguindo critérios de “separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração” (artigo 123).

Outras características importantes firmadas nesta seção dizem respeito ao caráter pedagógico da medida e aos direitos dos adolescentes: acesso à interlocução com os serviços jurídicos (Ministério Público, Defensoria e demais autoridades), tratamento digno, internação próxima à moradia dos pais, direito à visitas semanais, à correspondências com amigos e familiares, higiene pessoal, condições adequadas de alojamento, escolarização, profissionalização, atividades culturais, esportivas, lazer, acesso aos meios de comunicação, assistência religiosa e guarda segura de documentos e materiais (artigo 124). Finalmente, em seu artigo 125 é firmado como “dever do Estado zelar pela integridade física e mental dos internos, cabendo-lhe adotar as medidas adequadas de contenção e segurança”.

A implementação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, em 2002, é fruto de construção coletiva (governo federal, representantes de entidades e especialistas da área e debates regionais do Sistema de Garantia de Direitos em todo país) e objetiva o desenvolvimento de uma ação socioeducativa sustentada nos princípios dos direitos humanos. Persegue, ainda, a idéia dos alinhamentos conceitual, estratégico e operacional, estruturado, principalmente, em bases éticas e pedagógicas, articulando responsabilidades para o governo, a família e a sociedade. Persegue, ainda, a priorização do cumprimento da medida em meio aberto, buscando reverter o quadro da tendência crescente de internação (SINASE, 2004).

Este documento é composto por nove capítulos: “marco situacional”, “conceito e integração das políticas públicas”, “princípios e marco legal do sistema de atendimento socioeducativo”, “organização do SINASE”, “gestão dos programas”, “parâmetros da

gestão pedagógica no atendimento socioeducativo”, “parâmetros arquitetônicos para unidades de atendimento socioeducativo”, “gestão do sistema e financiamento” e “monitoramento e avaliação”. Vamos ressaltar alguns aspectos dos capítulos 2, 4, 5 e 6 que trazem informações importantes para o contexto deste projeto.

O capítulo 2 traz a importância da integração das políticas públicas: Sistema Educacional, Sistema de Justiça e Segurança Pública, Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Único da Assistência Social – SUAS. O capítulo 4 estabelece que as entidades de atendimento devam elaborar seus programas de organização e funcionamento, prestar contas, inscrever seus programas com suas técnicas pedagógicas, estrutura material e de recursos humanos, plano individual de atendimento (PIA), detalhamento de atribuições e de sanções disciplinares e ações de acompanhamento de egressos. Além disso, devem estar previstas instalações adequadas, atividades de natureza coletiva, estratégias para a gestão de conflitos (vedada à previsão de isolamento) e a previsão de regime disciplinar justo, proporcional, coletivo e legal que assegure o direito à escola, profissionalização e saúde.

O capítulo 5 estabelece que a comunidade socioeducativa deva ter gestão participativa, diagnóstico situacional, assembleias, comissões temáticas e grupos de trabalho, avaliação participativa, rede interna institucional, rede externa de parcerias, equipes técnicas multidisciplinares, projeto pedagógico e rotina de horários e atividades (refeições, higiene, cuidados com vestuário e ambiente, escola, oficinas, lazer, esportes, cultura, atendimentos técnicos, visitas e atividades externas). No caso específico da internação prevê-se, para cada 40 adolescentes, uma equipe composta por 1 diretor, 1 coordenador técnico, 2 assistentes sociais, 2 psicólogos, 1 pedagogo, 1 advogado, profissionais responsáveis pela saúde, escola, esporte, cultura, lazer, profissionalização e administração e socioeducadores.

O capítulo 6 é subdividido em três enfoques: diretrizes pedagógicas, dimensões básicas do atendimento e parâmetros socioeducativos. Nas dimensões básicas fica recomendado que a ação socioeducativa exerça influência na vida do adolescente “de modo a favorecer a elaboração de um projeto de vida”, o pertencimento social e o respeito às diversidades. Desta forma “o desenvolvimento da autonomia, da solidariedade e de competências pessoais relacionadas, cognitivas e produtivas” são priorizados. O PIA, programa diagnóstico de atendimento deve levar em conta os aspectos jurídicos, da saúde física e mental, os aspectos sociais, pedagógicos e psicológicos: “(afetivo-sexual) dificuldades, necessidades, potencialidades, avanços e retrocessos”. Para compor a equipe técnica de saúde em regime de internação fica recomendada a presença de “médico, enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário”.

Neste mesmo capítulo, no enfoque dos parâmetros socioeducativos, ficam estabelecidos oito eixos de suporte: pedagógico, diversidade étnico-racial, de gênero e orientação sexual, educação, esporte, cultura e lazer, saúde, abordagem familiar e comunitária, profissionalização e segurança. O psicólogo desempenha importantes funções de suporte pedagógico, de apoio, intervenção e orientação voltados para as diversidades, além da atuação comunitária e voltada para a promoção da saúde.

No eixo da saúde destacamos algumas diretrizes encontradas no texto: consolidação de parcerias com a Secretaria de Saúde, tratamento adequado para jovens com transtornos mentais, encaminhamento adequados para usuários ou dependentes de drogas, além do acesso às ações e serviços do SUS ou ações internas voltados para temáticas de “auto-cuidado, auto-estima, auto-conhecimento, relações de gênero, relações étnico-raciais, cidadania, cultura de paz, relacionamentos sociais, uso de álcool e outras drogas, prevenção das violências, (...) desenvolvimento físico e psicossocial, saúde sexual,

saúde reprodutiva, prevenção e tratamento de DST e Aids, (...), saúde mental, controle de agravos e assistência a vítimas de violência”.

Com estes dois documentos as medidas mudam sua antiga perspectiva punitiva para um novo paradigma, onde o estado e a sociedade assumem a responsabilidade social pela marginalização dos menores de idade.

O Sistema Socioeducativo no Distrito Federal

No Distrito Federal, um total de 4192 jovens cumpre algum tipo de medida socioeducativa (internação provisória, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade ou internação estrita). Destes, 1232 deveriam cumprir prestação de serviços à comunidade (porém, por questões administrativas, apenas 51 cumprem esta medida), 164 estão cumprindo internação provisória, 2218 cumprem liberdade assistida, 86 cumprem a semiliberdade e 492 estão inseridos em unidades de internação estrita (Coordenação do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal [CORSIS], comunicação pessoal, fevereiro de 2011).

Existem quatro instituições responsáveis pela internação estrita destes jovens: Centro de Atendimento Juvenil Especializado - CAJE, Centro Socioeducativo Amigoniano - CESAMI, Centro de Internação de Adolescentes da Granja das Oliveiras - CIAGO e Centro de Internação de Adolescentes de Planaltina – CIAP, inaugurado em 2008.

O contexto do trabalho prático do psicólogo na Internação está voltado para o atendimento dos jovens e de suas famílias num trabalho conjunto com assistentes sociais e pedagogos. No Centro de Internação de Adolescentes de Planaltina – CIAP, a clientela tem idade que varia de 16 a 21 anos incompletos. Os atendimentos no CIAP são realizados em salas com esta finalidade, onde o jovem é conduzido por Agentes Sociais de Integração

(ATRS), que ficam aguardando o jovem do lado de fora enquanto os profissionais, psicólogo, pedagogo ou assistente social, realiza o atendimento.

A situação vivenciada dentro destas unidades é permeada pelo estresse, medo e agitação. Os internos estão privados da liberdade e da companhia de seus parentes e amigos. Além disso, encontram com outros jovens com possíveis desafetos e rixas.

Um estudo realizado em escolas públicas da periferia do Distrito Federal, que entrevistou 852 jovens para verificar fatores de risco psicossocial desta população, constatou que 22,3% dos participantes tinham algum familiar que já esteve ou estava preso, 85,4% sentiam-se inseguros nos locais de moradia, 75,7 % não se sentiam pertencentes a sua comunidade e 10,2% já haviam tentado suicídio (Brasil, Alves, Amparo & Frajorge, 2006).

Várias evidências, muitas delas baseadas em relatos pessoais ou em estatísticas externas (para revisão destes dados ver Heim & Andrade, 2008), apontam claramente para a utilização de diversas substâncias psicotrópicas desta população. Dentre as mais relatadas estão a maconha, o cigarro e o álcool. Neste sentido, muitos vivem os sintomas de abstinência pela falta de uma ou várias drogas lícitas ou ilícitas que, de um minuto para o outro perdem o acesso (o cigarro é a única destas substâncias que é permitido utilizarem dentro da unidade de internação).

Tal situação se caracteriza por um ambiente extremamente ansiogênico, do qual estes internos não podem evitar. Interessante notar que uma vastíssima literatura (para revisões ver Listonab, McEwenb, & Casey, 2009 e Pruessner, Hellhammer, Pruessner, & Lupien, 2003) descreve a íntima relação entre o estresse crônico e inescapável e o surgimento de quadros depressivos. Assim, somos levados a questionar sobre os sintomas pelos quais estes jovens estão apresentando: extrema agitação ou apatia, dificuldade para dormir, angústia, falta de apetite, desânimo, agressividade, dentre outros.

Saúde Mental, Adolescência e Diagnóstico para Ansiedade e Depressão

Dados da Organização Mundial de Saúde alertam para o fato de que as doenças como depressão e cardiopatias estão substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição. Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000). Os transtornos mentais entre a população de 10 a 19 anos acometem aproximadamente 20% destes indivíduos.

Sugere-se a necessidade de priorizar as situações de depressão, suicídio, psicoses, ansiedade, transtornos de conduta, abuso de substâncias, transtornos alimentares e condições médicas associadas (Benetti, Ramires, Schneider, Rodrigues & Tremarin, 2007). Estes autores advertem que a depressão na adolescência é três vezes mais freqüente do que em adultos. Além disso, ressaltam a importância de diferenciar as características comportamentais desta fase do desenvolvimento (agressividade, alterações do humor e sono) daquelas referentes às manifestações clínicas propriamente ditas. Estima-se que até 10% da população pediátrica possa apresentar algum quadro patológico de ansiedade durante a infância ou adolescência (Asbahr, 2004).

A literatura aponta sobre a importância do diagnóstico bem definido, além da coexistência de mais de um diagnóstico (comorbidade). Dada a inexistência de escalas nacionais específicas para a avaliação da ansiedade em adolescentes, um estudo (Batista & Sisto, 2005) para construção de uma escala própria revelou a prevalência dos seguintes aspectos geradores deste transtorno nesta população: futuro, o desconhecido, o novo, sentimentos de menos valia, irritação, nervosismo, baixa resistência a cobranças, sexualidade, medos sociais e medo do envolvimento com drogas.

Bahls (2002) reúne algumas características típicas dos sintomas depressivos em adolescentes: “irritabilidade e instabilidade, humor deprimido, perda de energia,

desmotivação e desinteresse importante, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e/ou culpa, alterações do sono, isolamento, dificuldade de concentração, prejuízo no desempenho escolar, baixa auto-estima, idéias e tentativas de suicídio e problemas graves de comportamento” (p. 361). Este autor também evidencia o risco de tentativas de suicídio (causado, na maioria das vezes, por quadros de depressão) considerando que esta população é mais vulnerável a este grave problema. Como fatores de risco cita a idade, presença de tentativas de suicídio anteriores, história familiar de transtornos psiquiátricos, ausência de apoio familiar, presença de arma de fogo em casa, doença física grave ou crônica, sentimento de desesperança, depressão e comorbidade com transtornos de conduta e abuso de substâncias.

Martins (2003) define a ansiedade como:

sensação de um perigo iminente, totalmente indeterminado. Esta sensação pode ser acompanhada de elaboração de fantasias trágicas e de todas as imagens que são proporcionais a um drama; atitude de expectativa ante um perigo, verdadeiro estado de alerta que invade inteiramente o sujeito e o impulsiona de maneira irremediável à idéia de uma catástrofe imediata; confusão produto de um sentimento de impotência, sensação de desorganização e aniquilamento frente ao perigo. Soma-se a isto tudo que foi dito reações neurovegetativas. As crises ansiosas podem revestir diversos aspectos, tais como: afânise, estupor, agitação, estado confusional onírico, perplexidade (p. 340).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR

(Associação Americana de Psiquiatria, 2002, texto revisado), divide os transtornos de ansiedade em transtorno de pânico sem agorafobia, transtorno de pânico com agorafobia, agorafobia sem histórico de transtorno de pânico, fobia específica, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade devido a uma condição

médica geral, transtorno de ansiedade induzido por substância e transtorno de ansiedade sem outra especificação (p.419).

O ataque de pânico é caracterizado por súbita apreensão, temor ou terror. A agorafobia é relacionada com a ansiedade vivida em lugares ou situações em que se torna difícil fugir ou ter auxílio no caso de ter sintomas de pânico. A fobia específica surge em contextos ou frente a objetos claramente discerníveis, como medo de animais, tempestades, sangue, elevadores, dentre outros. A fobia social é o medo persistente vivido em situações sociais ou de desempenho. O transtorno obsessivo-compulsivo é caracterizado por obsessões e/ou compulsões. A obsessão causa ansiedade, sofrimento acentuado, perda de tempo e prejuízos significativos. O transtorno de estresse pós-traumático acontece em situações em que o indivíduo fica exposto ou vive recordações ligadas a um evento traumático que causou medo, horror ou impotência. O transtorno de estresse agudo “caracteriza-se por sintomas similares àqueles do transtorno de estresse pós-traumático, ocorrendo logo após um evento extremamente traumático” (p.419).

O transtorno de ansiedade generalizada é uma ansiedade ou preocupação excessiva que ocorre em período mínimo de seis meses. Está relacionada com diversas atividades ou eventos e envolve pelo menos três dos seguintes sintomas: fatigabilidade, inquietação, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. O indivíduo tem dificuldade em controlar estes sintomas, o que acaba interferindo em seu cotidiano.

O transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral e o transtorno de ansiedade induzido por substância, têm as mesmas características do transtorno do humor devido a uma condição médica geral e induzido por substância, porém ao invés dos sintomas depressivos, têm-se aqui sintomas de ansiedade (incluindo ataques de pânico obsessões, compulsões e sintomas fóbicos). O transtorno de ansiedade induzido por

substância tem códigos específicos para as mesmas substâncias do transtorno do humor induzido por substância, incluindo além daqueles a cafeína e a maconha.

Martins (2003) se remete a definição da depressão ansiosa enquanto “fase depressiva em meio a constante estado aflitivo de ansiedade e inquietação” (p.345). Neste quadro clínico o autor cita como sintomas o retardamento, a falta de iniciativa e a apatia.

O DSM-IV-TR classifica os transtornos de humor em “transtornos depressivos” (transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno sem outra especificação), “transtornos bipolares”, “transtornos do humor devido a uma condição médica geral” e “transtorno de humor induzido por substância” (p. 345).

No episódio depressivo maior o Manual apresenta como características observadas um período mínimo de duas semanas, humor deprimido ou “perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades” (p. 348) O episódio é acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo. Além disso, são acrescentados mais quatro sintomas adicionais extraídos de uma lista que inclui alterações de peso ou apetite, sono, diminuição de energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldade de pensamento, concentração ou de tomada de decisões, ideação ou tentativa de suicídio.

No caso de crianças e adolescentes observa-se que “o humor pode ser irritável em vez de triste”. O Manual também associa transtornos do comportamento disruptivo, transtornos de déficit de atenção, transtornos relacionados a substâncias, transtorno de ansiedade e transtornos de alimentação ao quadro depressivo maior, quando se trata de adolescentes.

O transtorno depressivo maior está associado, ainda, com alta mortalidade, é mais comum em mulheres do que em homens não costuma ter relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil. A média de início do transtorno situa-se em torno de 24 anos,

e frequentemente se segue a um “estressor psicossocial grave” (p.368). Condições médicas e dependências químicas (em geral, álcool ou cocaína), podem contribuir para a existência do transtorno.

Os transtornos distímicos são caracterizados por humor deprimido na maior parte do dia, pelo período mínimo de dois anos para adultos e um ano para crianças e adolescentes (neste caso também aparece a possibilidade de humor irritável). Para o diagnóstico, é necessária a presença de pelo menos duas, das seis características seguintes: “apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa auto-estima, fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões, sentimentos de desesperança” (p.376).

No caso do transtorno do humor induzido por substância, incluem-se aqueles casos de humor eufórico ou depressivo em que no uso de medicamento ou droga de abuso, a intoxicação ou a abstinência são diretamente relacionadas com o quadro. Existem códigos diferentes para categorias de álcool, amfetamina, cocaína, alucinógeno, inalante, opióide, fenciclidina, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e “outras substâncias” (p.401).

Cabe destaque nesta última classificação para o alto relato de abuso de drogas na clientela que cumpre medida socioeducativa de internação. Graeff (1989) associa o uso de álcool, cocaína e seus derivados e maconha (principais drogas relatadas pelos jovens internos) com alterações de humor e de ansiedade. Este autor afirma que:

em certos casos, como, por exemplo, o dos chamados guetos urbanos das grandes cidades norte-americanas ou o dos menores abandonados pelos pais que vivem nas ruas das cidades brasileiras, as pressões ambientais e sociais que levam ao uso de drogas são tantas, que é até de se admirar que alguns indivíduos consigam escapar ao seu uso habitual (p.102).

O perfil destes jovens aponta que 85,6% eram usuários de drogas antes da apreensão. Além disso, a impulsividade, hiperatividade, precário controle diante de

frustrações, deficiência de atenção, incapacidade de planejamento e de fixação de metas e baixos níveis de inteligência e de escolaridade são características observadas nesta clientela (Martins & Pillon, 2008).

O estabelecimento de contato com novos amigos e a formação de grupos de identificação pode conduzir a comportamentos inadequados, como o uso de drogas e a delinqüência. No Brasil, o álcool, o tabaco e a maconha são as drogas mais usadas pelos adolescentes (Martins & Pillon, 2008).

Estudos norte-americanos têm demonstrado a relevância de levantamentos acerca da saúde mental de jovens detidos em unidades de internação. Neste país foi desenvolvido, inclusive, um instrumento específico para triagem de dados acerca da saúde mental desta população, o “Massachusetts Youth Screening Instrument – MAYSI-2” (Ford, Chapman, Pearson, Borum & Wolpaw, 2008 e Kerig, Moeddel & Becker, 2010). Tal ferramenta possibilita a avaliação do uso de álcool e drogas, raiva, irritabilidade, depressão, ansiedade, queixas somáticas, ideação suicida, perturbação de pensamento e incidência de experiências traumáticas destes internos.

Kerig *et al.* (2010) relacionam as experiências traumáticas com a delinqüência juvenil, sugerindo a necessidade de programas de saúde mental, planejamento, reabilitação e tratamentos apropriados dentro das unidades, além de um diagnóstico confiável. Os dados destes autores demonstram que 66% dos meninos e 74% de meninas sob medida de internação apresentam um ou mais transtornos psiquiátricos. Cerca de metade destes jovens apresentam transtorno por uso de substância.

Tennyson (2009) afirma que esta clientela apresenta dificuldades de aprendizagem e distúrbios do desenvolvimento, incidência de traumas, problemas odontológicos e médicos (infecções, problemas dermatológicos), condições psiquiátricas, reações toxicológicas (overdose e desintoxicação, abstinência). De acordo com sua pesquisa, os

internos apresentam duas a quatro vezes maiores incidência de transtornos mentais que outros jovens não internos. Os quadros mais prevalentes são os transtornos afetivos, transtornos relacionados com uso de drogas, transtornos de ansiedade e esquizofrenia. Este estudo chama atenção para o elevado custo econômico envolvido no cuidado desta população.

Rogers, Pumariega, Atkins e Cuffe (2006) analisam a falta de diagnóstico bem definido para as psicopatologias desta população, além das comorbidades encontradas. Defendem que o ambiente das internações aumenta o risco de distúrbios emocionais, sintomas de ansiedade e depressão que, muitas vezes, não são externalizados e nem identificados. Estes autores destacam uma maior prevalência de mulheres com transtornos, afetivos e a grande incidência do uso de álcool e maconha destes jovens. Salientam que existem diferentes perfis de atendimento dependendo da unidade de internação. Discutem o impacto da internalização a longo prazo, devida a constatação de queixas de saúde mental que não são atendidas. Dentre as mais comuns, aparecem a ansiedade, as desordens afetivas e comorbidas.

Abrantes, Hoffmann e Anton (2005) coletaram informações acerca do uso de substâncias, condições de saúde mental e experiências relacionadas com a delinquência, em 252 jovens internos residentes nos Estados Unidos. Os resultados demonstram prevalência e severidade de problemas de saúde mental inter-relacionados (comorbidades, ideação suicida, depressão, manias e transtornos de ansiedade). Os autores chamam a atenção para um contexto psicossocial bastante comum onde a dinâmica familiar conturbada (história de traumas e maus tratos), os problemas escolares e de saúde mental se inter-relacionam.

Teplin, Abram, McClelland, Dulcan e Mericle (2002) acreditam que existem poucos estudos empíricos para avaliar os problemas de saúde mental existentes nas

unidades de internação de jovens. Os dados deste estudo sugerem que 40% dos jovens participantes do sexo masculino apresentaram desordens afetivas, ansiedade, déficit de atenção, psicose ou desordens de comportamento disruptivo. Foi medido, ainda, uma prevalência de depressão maior em 20 % das garotas participantes. Metade da amostra apresentou desordens advindas pelo uso de substâncias. Dois terços de homens e três quartos das mulheres apresentaram sintomas para um ou mais transtornos psiquiátricos. Estes dados apontam para um grande desafio para o sistema de justiça juvenil e, após a liberdade, outro desafio para o sistema de saúde mental. Segundo estes pesquisadores, o sistema de justiça juvenil não é equipado para promover serviços adequados de saúde mental quando se constata o grande número de sujeitos que apresentam transtornos psiquiátricos. Trata-se de complexo cenário que incita discussões acerca da qualidade de vida, educação, justiça, reincidência, reabilitação e políticas preventivas.

White, Shi, Hirschfield, Mun e Loeber (2010) realizaram um estudo longitudinal, com início em 1987 e procederam a 14 anos de coleta de dados acerca da evolução de transtornos psiquiátricos, uso de substância e evolução da delinquência em população de adolescentes americanos em cumprimento de internação judicial, comparados com grupo controle formado por adolescente moradores do subúrbio. Encontraram valores semelhantes de ansiedade e depressão nos dois grupos. Segundo os autores, dos 49 adolescentes confinados (amostra relevante), um total de 37 apresentou quadros de depressão e um total de 34 apresentou quadros de ansiedade. Estes níveis foram medidos de seis em seis meses. Constatou-se que jovens entrevistados durante o confinamento são mais deprimidos e ansiosos do que depois da liberação. O uso de drogas, risco de prisão, delinquência e o baixo desempenho escolar foram características sociodemográficas encontradas no grupo controle e que, também, propiciam estados de ansiedade (medo de retaliação) e depressão (isolamento e desamparo).

Poucos centros de detenção norte-americanos atendem a um padrão mínimo de cuidados e a maioria não segue as instruções normativas das instituições competentes como, por exemplo, da Academia Americana de Pediatria (Gallagher & Dobrin, 2007). Para compensar os danos encontrados são sugeridas atividades recreativas e educativas, serviços eficazes e programas específicos de saúde mental (Grummert *et al.*, 2002).

Objetivo

Na literatura nacional revisada nota-se uma incidência de publicações que destacam aspectos jurídicos, políticos, institucionais, arquitetônicos, pedagógicos, sociais, sexuais ou que delimitam aspectos fenomenológicos da violência (Balaguer, 2005). Há um enfoque também voltado para a drogadição (Rodrigues, Rossetto & Rovinski, 2001) e para outros aspectos específicos do desenvolvimento na adolescência (Pinsky & Bessa, 2004). Alguns autores também tentaram delimitar o perfil psicopata destes jovens, relacionando fatores de maus-tratos na infância e reincidência criminal (Schmitt, Pinto, Gomes Quevedo & Stein, 2006). Outro estudo buscou traçar um panorama das relações familiares desta clientela (Silva, Farias, Silvas & Arantes, 2008). Pouco foi descrito, considerando o ambiente socioeducativo e a idade destes jovens, sobre o impacto neuropsíquico em importantes variáveis comportamentais.

Pouquíssima atenção tem sido dada ao acompanhamento psicológico nesta população. No Distrito Federal, a situação parece ser a mesma. Ao melhor do nosso conhecimento, nenhum trabalho sistemático brasileiro avaliou possíveis alterações de estado de ansiedade e depressão nessa população. Isto, de certa forma, configura fato surpreendente, considerando as variáveis de estresse, exclusão, privação de liberdade e a distância do contexto familiar que estes jovens ficam submetidos. Neste contexto, o

presente trabalho objetiva investigar os níveis de estados de depressão e ansiedade na população que cumpre a medida socioeducativa de Internação no CIAP.

Materiais e Método

Participantes

Dos 77 que cumpriam a medida socioeducativa no CIAP no primeiro dia da pesquisa, 25 participaram do estudo. Todos os voluntários da pesquisa eram do sexo masculino com a média de idade de 18,16 anos, com idades mínima de 16 anos e máxima de 20 anos (desvio padrão = 1,03)

O nível de escolaridade médio equivaliu a 6ª série do Ensino Fundamental, sendo que a escolaridade mínima foi da 1ª série do Ensino Fundamental (participante 05) e a escolaridade máxima foi do 3º ano do Ensino Médio (participante 02). O nível de escolaridade dos participantes do estudo foi bastante variado (DP = 6,4).

O tempo de internação médio foi de 12,8 meses, sendo que o jovem com menor tempo de internação estava sentenciado há menos de um mês (participante 14) e o jovem com maior tempo de internação havia sido sentenciado há 41 meses (participante 05). O tempo de internação dos jovens era bastante variado (desvio padrão = 9,2). Vale ressaltar que há casos em que o jovem fica internado por mais de três anos, quando é sentenciado em mais de um crime. Outro dado importante é que o tempo de internação varia de seis meses a três anos, não sendo possível, na maioria dos casos, descrever se os participantes estão prestes a serem liberados ou não. Dados mais completos acerca da descrição dos participantes poderão ser apreciados conforme a Tabela 02 da seção *Resultados*.

Instrumentos

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) com a finalidade de oferecer o mais amplo esclarecimento sobre o estudo a ser realizado, seus riscos e benefícios e, fundamentalmente, tornar a participação na pesquisa uma escolha livre e consciente do participante.

Foi empregado um questionário escrito e estruturado com intuito de delimitar idade, nível escolar, renda familiar, utilização de medicamentos prescritos, dependência de drogas, tempo de internação, atividades desenvolvidas na instituição, frequência de recebimento de visita e sobre o cumprimento de outras medidas socioeducativas. As últimas questões propostas neste questionário foram mais abertas, sendo solicitado aos jovens que dessem sugestões para melhorar a Unidade de Internação onde o estudo estava sendo feito e, por último, foi perguntado como cada interno imaginava seu futuro.

Para avaliar os níveis de ansiedade e depressão foram aplicados os seguintes instrumentos: Inventários de Ansiedade de Beck - BAI e o Inventário de Depressão de Beck - BDI. Nos casos de constatação de graves índices de depressão foram utilizadas as Escala de Desesperança de Beck - BHS e a Escala de Ideação Suicida de Beck - BSI.

Procedimentos

Todos os procedimentos utilizados estiveram em consonância com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (Projeto nº. 149/09).

Após a autorização formal da Direção do CIAP, a pesquisadora se dirigiu até a unidade, onde foi recebida pela Gerência Psicossocial para se instalar em uma das salas de atendimento. Os encarregados dos Módulos verificavam quais socioeducandos estavam disponíveis (sem atividades tais como escola, atendimento técnico, oficinas, etc.) e

gostariam de participar do estudo. Aqueles que se dispusessem, eram encaminhados para a sala de atendimento, conduzidos por agentes de reintegração social (profissionais responsáveis pela segurança dos internos).

A aplicação dos instrumentos teve duração aproximada de 45 minutos à uma hora. Primeiramente os jovens (ou responsáveis técnicos, quando se tratava de menor de idade) foram informados sobre os procedimentos, objetivo e demais dúvidas acerca da pesquisa, sendo convidados a participar do estudo e se assim se dispuserem deveriam ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os termos do consentimento foram bem esclarecidos. Todos os participantes foram convidados livremente para participar do estudo. Nenhuma remuneração ou privilégio foi oferecido como contrapartida para participação no estudo.

Após o consentimento dos sujeitos, foram aplicados os questionários escritos estruturados. A aplicação consistiu na leitura, em voz alta, das instruções dos inventários de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI). Os protocolos foram lidos concomitantemente pelos jovens e pela pesquisadora. Os internos mostravam qual item descrevia melhor a forma como se sentiam e a pesquisadora ia assinalando as respostas. Quando necessário, a pesquisadora esclarecia o conteúdo dos itens. Após o término do preenchimento das respostas era verificado se todos os itens foram assinalados adequadamente.

A instrução básica do teste era de orientar a alternativa que descrevesse melhor a maneira com que o participante tinha se sentido na última semana, inclusive no dia do teste. O tempo de aplicação para cada inventário variou de 10 a 15 minutos.

Para os testes de ansiedade (BAI) e depressão (BDI), o escore total foi obtido somando os escores de cada item (0 a 3), correspondentes às alternativas assinaladas pelos examinados nos 21 itens de cada inventário. Segue abaixo tabela de referência de escores

de pacientes psiquiátricos e seus níveis correspondentes de ansiedade e depressão, quando é empregada a versão em português, com os seguintes intervalos (Cunha, 2001):

Nível	Escores BAI	Escores BDI
Mínimo	0 – 10	0 – 11
Leve	11 – 19	12 – 19
Moderado	20 – 30	20 – 35
Grave	31 – 63	36 – 63

Para três sujeitos que apresentaram escores maiores ou iguais a 30 no Inventário de depressão de Beck, foi adicionalmente marcado um segundo encontro para aplicar a Escala de Desesperança de Beck e a Escala de Ideação Suicida de Beck. Vale ressaltar que um destes três jovens não estava mais internado no CIAP quando a pesquisadora retornou a esta instituição.

Assim, apenas dois participantes responderam estas duas Escalas. Foram novamente conduzidos pelos agentes até a sala de atendimento e responderam os itens das escalas em uma sessão que durou aproximadamente 20 minutos para cada jovem separadamente.

A escala de desesperança (BHS) constitui-se de 20 itens. Neste inventário, as afirmações foram escolhidas entre “certas” ou “erradas”. Segue abaixo tabela de referência de escores de pacientes psiquiátricos e seus níveis correspondentes de desesperança, quando é empregada a versão em português, com os seguintes intervalos (Cunha, 2001):

Nível	Escores BHS
Mínimo	0 – 4
Leve	5 – 8
Moderado	9 – 13
Grave	14 – 20

A escala de ideação suicida (BSI) incluiu um total de 21 itens, em que cada item tem escore variável entre 0 e 2. Qualquer item assinalado com escore diferente de 0 deveria ser considerado como indicador de risco ou ideação suicida.

Resultados

Questionário Livre e Estruturado

Na apresentação do questionário estruturado, quando perguntado sobre “quais as suas sugestões para melhorar esta Unidade de Internação”, foi computado um total de 74 respostas. Os participantes que sugeriram menos mudanças emitiram uma resposta e o que sugeriu mais, emitiu seis respostas. Obtivemos uma média de 2,96 respostas por participante (DP = 1,56). Apenas um participante não sugeriu nenhuma mudança para a unidade.

Verificou-se que as principais sugestões estavam relacionadas com um maior número de atividades profissionalizantes (cursos profissionalizantes, oportunidades de trabalho, mais atividades e mais oficinas), a necessidade de melhora da comida (estragada, fria, sem tempero), de melhor sistema de segurança (melhor tratamento dos agentes sociais de reintegração, tratamento mais igualitário entre os internos e mais cuidado no sentido de proteção relativa às rixas existentes entre os internos).

Outras sugestões que foram elencadas diziam respeito a mais possibilidades de lazer (jogos e esportes), atendimentos técnicos (melhores e mais frequentes), melhora da estrutura física (pintura, chuveiro quente, reforma), mais liberdade dentro da Unidade (“andar sozinho”, “ir à escola quando eu quiser”, “arrumar meu quarto do meu jeito”, circular sozinho, ter mais banho de Sol). Outras sugestões diziam respeito à melhoria do atendimento do posto de saúde (atendimento médico, oferta de medicamentos, funcionamento 24 horas). As categorias sugeridas estão demonstradas na Figura 1.

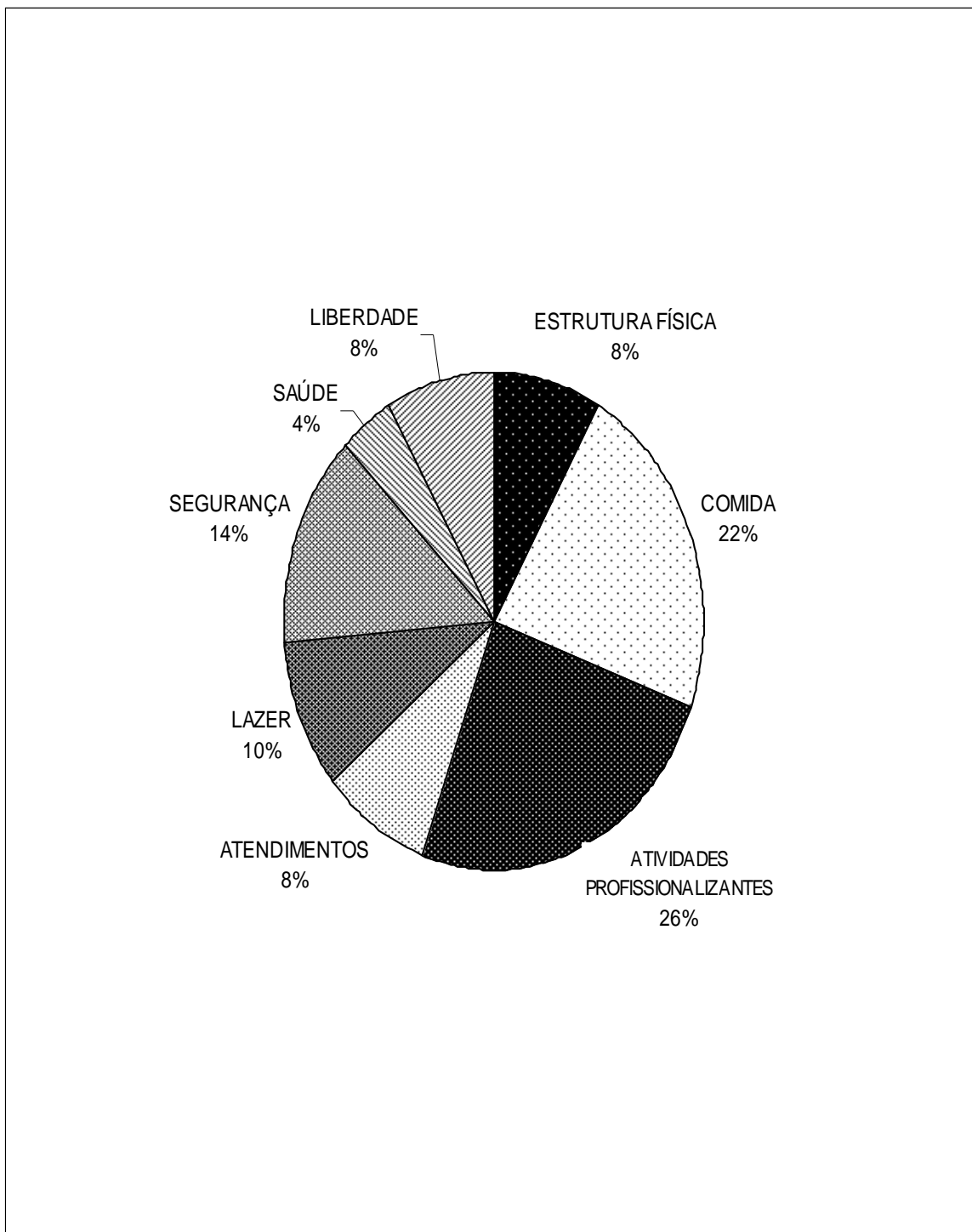


Figura 1. Porcentagens de itens manifestados pelos participantes em relação às sugestões por ele apresentadas para melhoria das condições de internação. As respostas foram agrupadas em oito categorias conforme a afinidade entre as elas.

Quando foi questionado sobre como cada jovem imaginava seu futuro, foi computado um total de 96 respostas. O participante que imaginou menos possibilidades, emitiu duas respostas e o que imaginou mais, emitiu 12 respostas. Obtivemos uma média de 3,84 respostas por participante ($DP = 2,21$). Apenas um participante não conseguiu imaginar seu futuro.

As respostas mais frequentes foram relativas à constituição de família (“casamento”, “filhos”, “netos”, “ajudar a mãe”, “dar um futuro para o meu filho”), ao trabalho (“trabalhar” no geral e em respostas concretas como “advogado”, “artista plástico”, “bombeiro”, “cabeleireiro”, “concurso público”, “mecânico”, “motorista de caminhão”, “pacoteiro”, “pedreiro”, “professor de inglês” e “servir o exército”) e sentimentos e expectativas (“as guerras impedem de pensar no futuro”, “dar orgulho para minha mãe”, “dedicação”, “felicidade”, “independência”, “sair do crime”, “ser liberado” e “tranquilidade”).

Além disso, apareceram, também, expectativas referentes à aquisição de bens materiais (“bons móveis”, “carro” e “casa própria”) e conclusão dos estudos. Estes dados podem ser observados na Figura 2.

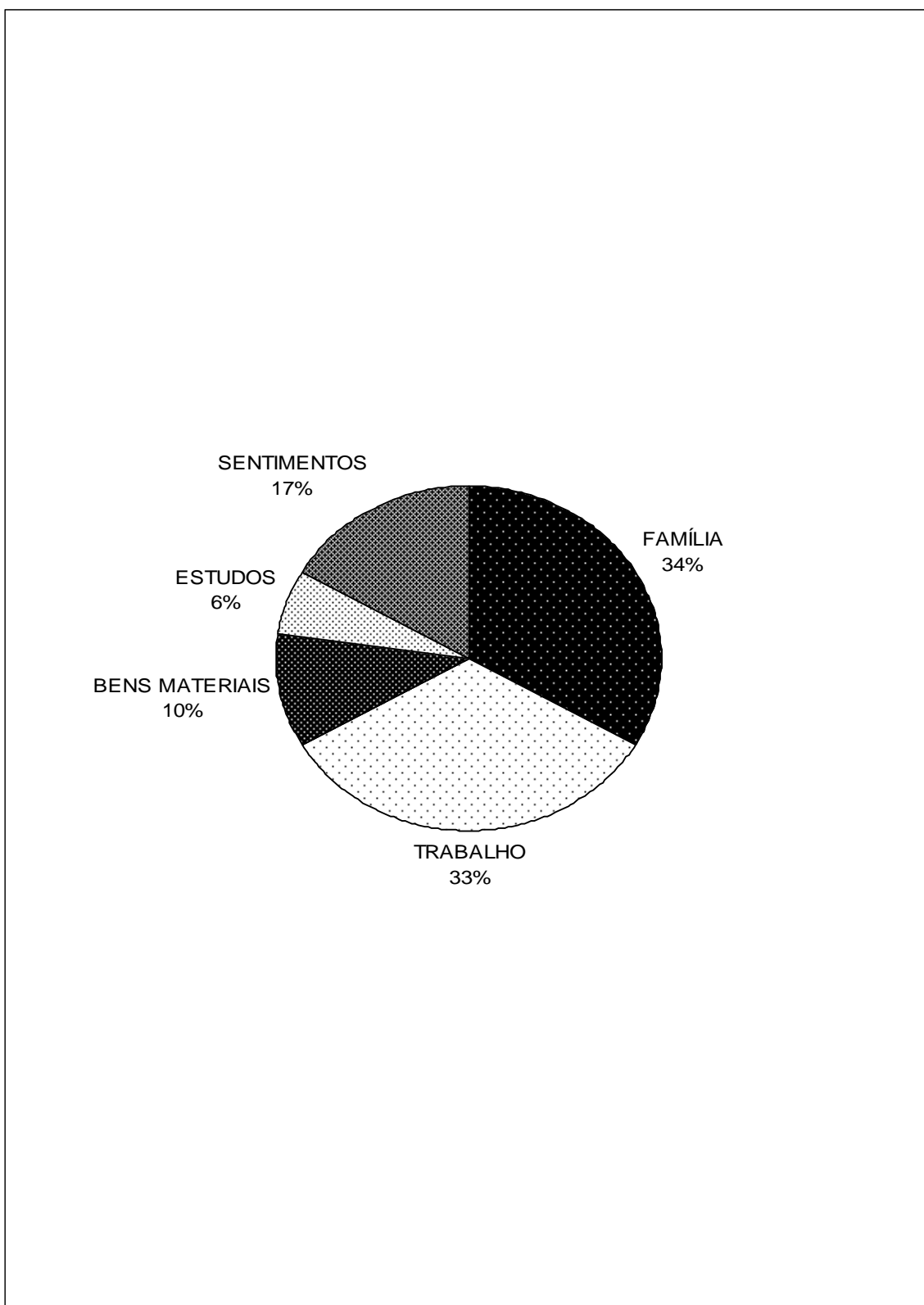


Figura 2. Porcentagens de itens manifestados pelos participantes em relação às expectativas de futuro imaginadas por eles. As respostas foram agrupadas em cinco categorias conforme a afinidade entre as elas.

Vinte e dois participantes relataram o uso de pelo menos um tipo de droga, sendo que a média encontrada foi do uso de 3,12 substâncias lícitas (álcool e tabaco) ou ilícitas (maconha, cocaína, rousphynol, cola, tinner, crack, merla, dentre outras). O número máximo de drogas consumidas e relatadas foi de oito tipos diferentes de substâncias (DP = 2,16).

Dez participantes relataram o uso de medicação prescrita controlada. O número de medicamentos relatados variou entre nenhum a três medicações diferentes. A média obtida foi de 0,72 remédios para cada jovem entrevistado (DP = 1,06). As medicações citadas foram Amoxicilina (antibiótico), Amplictil (clorpromazina, um antipsicótico do grupo das fenotiazinas), Carbamazepina (antiepiléptico), Fenegan (antialérgico), Fluoxetina (antidepressivo inibidor seletivo de recaptação de serotonina) e Rivotril (benzodiazepínico). Seis jovens não souberam falar o nome do medicamento ou de algum medicamento que tomava. Destes, quatro disseram que era “para dormir” e um disse que era “calmante”.

Quatro jovens relataram já terem saído pelo menos uma vez como usufruto de saída especial (aniversário próprio ou de familiares e datas comemorativas). Um interno usufruía benefício sistemático quinzenal (saída em finais de semana alternados) e três internos usufruíam de benefício sistemático semanal (saída em todos os finais de semana). Estes dados tiveram correlação baixa e negativa com os níveis de ansiedade e depressão (Correlação de Pearson = -0,23).

Daqueles participantes que não estavam usufruindo nenhum tipo de benefício, apenas três relataram não receber visitas de familiares. Seis jovens recebiam visitas semanais e 16 internos recebiam visitas quinzenais. Três socioeducandos disseram receber visitas íntimas.

Oito participantes relataram serem pais. Nenhum jovem relatou ter mais de um filho. Sete jovens afirmaram já terem evadido de alguma medida socioeducativa (Liberdade Assistida, Semiliberdade ou Internação).

Inventários de Ansiedade e Depressão

Conforme ilustrado na Figura 3, os valores de Beck para ansiedade variaram bastante entre os participantes, com valor mínimo de 4 pontos e máximo de 49 pontos. Segundo o Inventário, foram contabilizados níveis “mínimos” de ansiedade em dois participantes, “leves” em nove participantes, “moderados” em nove participantes e “graves” em cinco participantes do estudo. O desvio padrão foi de 10,04 e a média obtida foi de 21,6. Vale destacar que a média de ansiedade apresentada na literatura (Cunha, 2001) com *reclusos de penitenciária máxima* foi de 15,62, em *adolescentes* foi de 9,42 e, em *universitários* foi de 7,54.

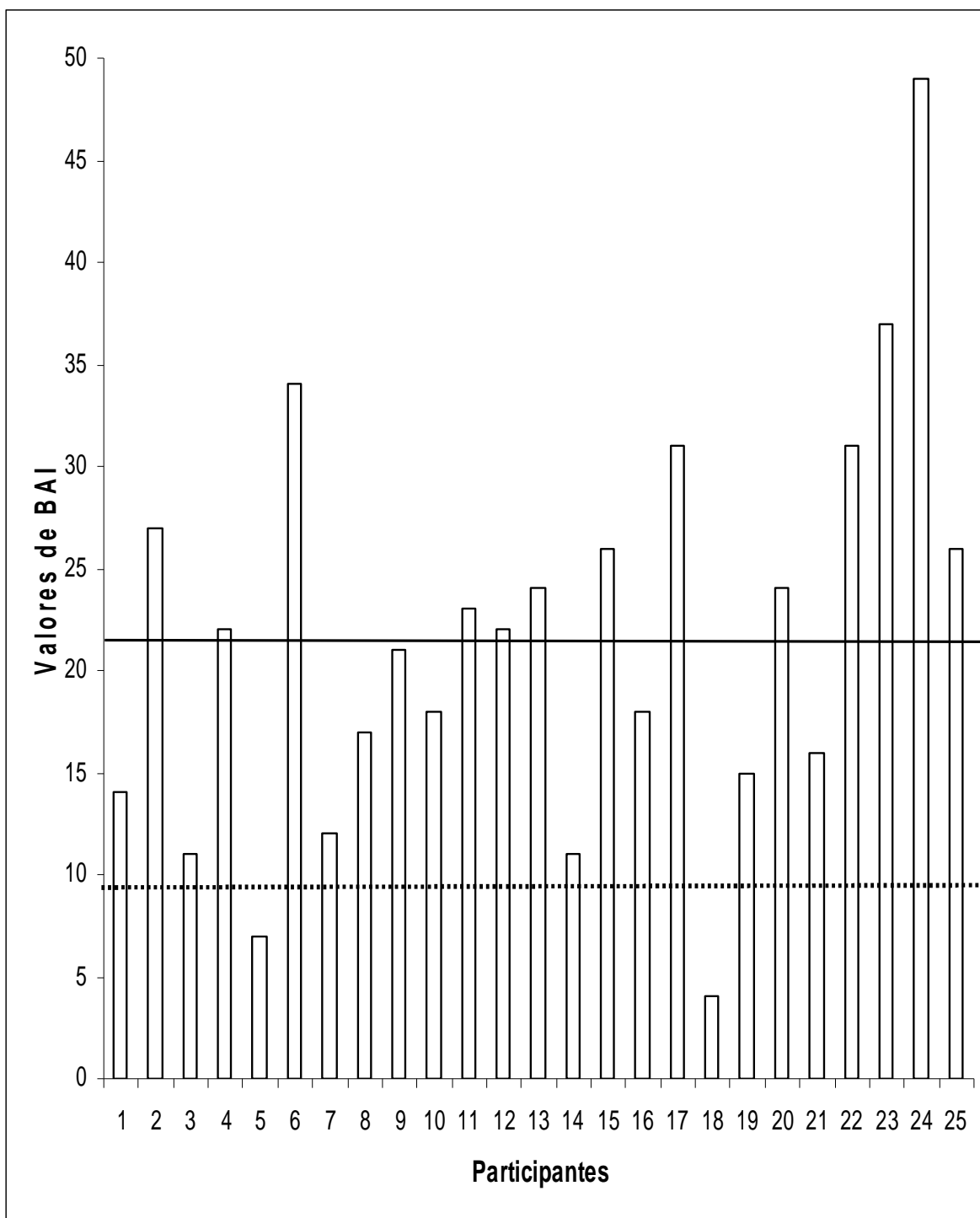


Figura 3. Valores de ansiedade dos 25 participantes, de acordo com a Escala Beck de ansiedade. As barras verticais representam o nível de ansiedade de cada participante. As linhas horizontais representam, respectivamente, a média de ansiedade entre os participantes do presente estudo (linha contínua) e a média da população brasileira de adolescentes (linha tracejada), de acordo com Cunha (2001).

Conforme ilustrado na Figura 4, os valores de Beck para depressão também variaram bastante entre os participantes, com valor mínimo de 5 pontos e máximo de 36 pontos. Segundo o Inventário, foram contabilizados níveis “mínimos” de depressão em quatro participantes, “leves” em oito participantes, “moderados” em doze participantes e “grave” em um participante do estudo. O desvio padrão foi de 7,68, e a média obtida foi de 19,64. Vale destacar que a média de depressão apresentada na literatura (Cunha, 2001) com *reclusos de penitenciária máxima* foi de 16,42, em *adolescentes* foi de 9,51 e, em *universitários* foi de 6,47.

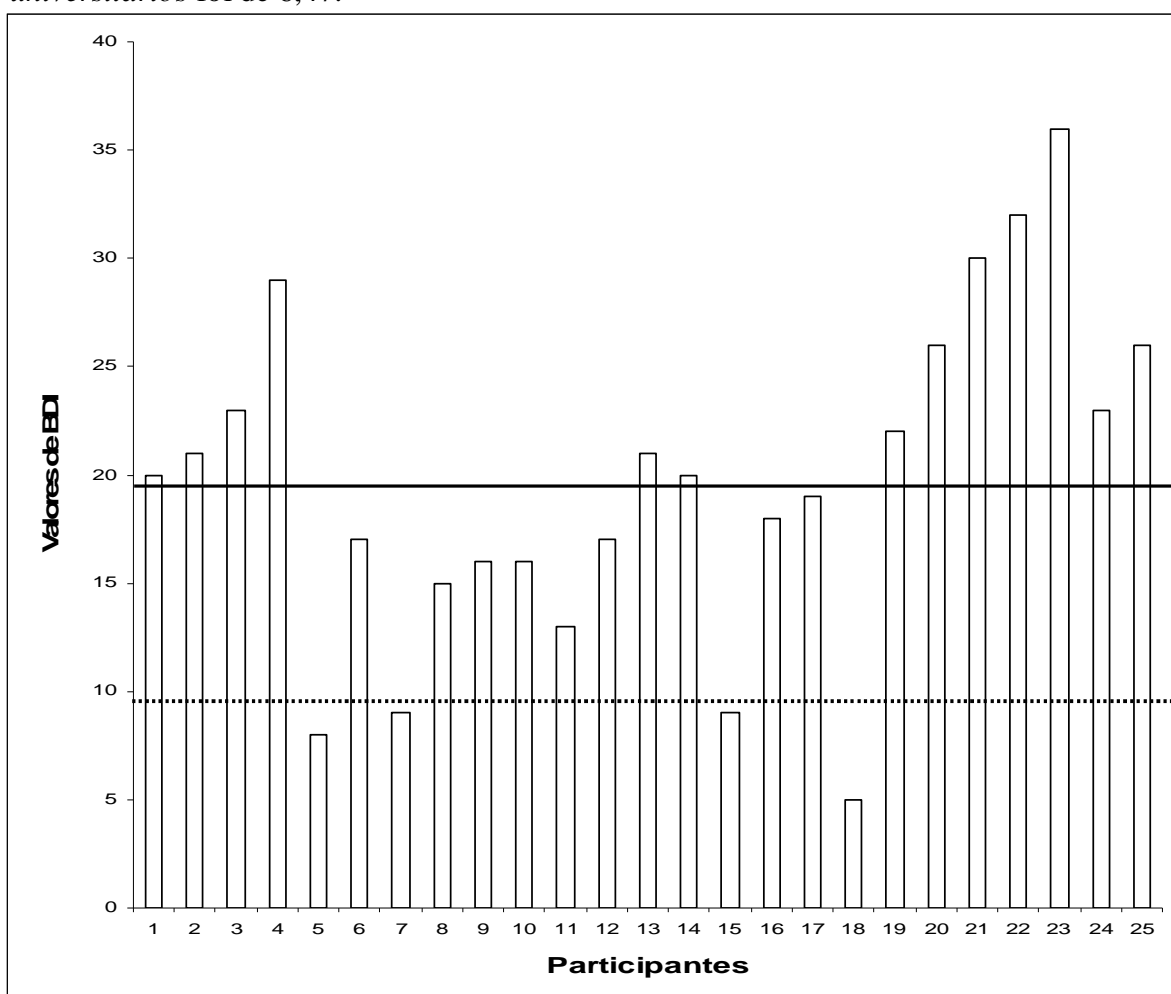


Figura 4. Valores de depressão dos 25 participantes, de acordo com a Escala Beck de depressão. As barras verticais representam o nível de depressão de cada participante. As linhas horizontais representam, respectivamente, a média de depressão entre os participantes do presente estudo (linha contínua) e a média da população brasileira de adolescentes (linha tracejada), de acordo com Cunha (2001).

A aplicação do teste de correlação de Pearson para comparar as medidas de ansiedade e depressão resultou no valor de 0,47.

Inventários de Desesperança e Suicídio

Três participantes revelaram um índice de depressão (BDI) maior do que 30 pontos. Nestes casos, com exceção de um jovem que já havia sido liberado quando a pesquisadora retornou à Unidade, foram aplicadas as escalas de desesperança e suicídio. Os resultados encontrados estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1. Valores de desesperança (BHS) e índice de suicídio (BSI) dos participantes que obtiveram maior pontuação na escala de depressão (BDI). O participante nº. 21 já havia sido liberado da medida socioeducativa quando a pesquisadora retornou para aplicar o BHS e o BSI.

Participante	BAI	BDI	BHS	BSI
21	16	30	Liberado	Liberado
22	31	32	8 (leve)	0
23	37	36	1 (mínimo)	2

BAI, BDI e Questionários

A Tabela 2 reúne informações acerca dos Inventários Beck de ansiedade e depressão correlacionando estes dados com os dados obtidos com a aplicação dos questionários livres e estruturados para que o leitor possa fazer suas próprias análises acerca de possíveis correlações entre as informações apresentadas.

Tabela 2. Informações acerca dos índices medidos dos Inventários Beck de Ansiedade e Depressão reunidas com as respostas obtidas no questionário livre e estruturado. No caso dos valores das “saídas”, 0 representa nenhuma saída, 1 representa saída especial (data comemorativa), 2 representa saída quinzenal e 3 representa saída semanal. No caso da “escolaridade”, 1 representa 1ª série do Ensino Fundamental, sendo que os próximos números seguem a seqüência de séries escolares até o número 11 que equivaleria a 3º ano do Ensino Médio.

Sujeitos	BAI	BDI	Idade	Tempo de Int. (meses)	Visitas (por mês)	Visita íntima	Saídas	Evasão	Escolaridade	Drogas	Medicamentos	Filhos
1	14	20	19	18	0	0	0	0	5	8	0	0
2	27	21	18	9	4	0	0	0	11	2	0	0
3	11	23	18	19	2	0	0	1	7	0	0	0
4	22	29	19	28	0	0	2	0	8	1	3	0
5	7	8	18	41	2	0	0	1	1	6	0	0
6	34	17	19	16	2	2	1	0	8	4	3	0
7	12	9	19	8	2	0	0	0	7	5	1	0
8	17	15	18	20	0	0	3	1	7	3	0	1
9	21	16	18	5	4	0	0	0	5	2	1	1
10	18	16	18	18	0	0	3	0	8	4	0	0
11	23	13	19	15	2	0	0	0	7	4	2	0
12	22	17	19	20	4	2	1	0	7	4	0	1
13	24	21	18	16	2	0	1	0	5	3	0	0
14	11	20	20	0	0	0	0	0	9	8	0	0
15	26	9	17	5	2	0	0	1	7	2	0	0
16	18	18	18	6	4	0	0	1	7	5	0	1
17	31	19	18	7	2	0	0	0	4	3	3	0
18	4	5	16	5	0	0	3	0	5	4	0	0
19	15	22	19	3	2	0	0	1	6	2	0	0
20	24	26	18	10	4	0	0	0	5	2	1	1
21	16	30	20	3	0	0	0	0	6	0	0	0
22	31	32	16	7	4	2	0	0	6	1	0	1
23	37	36	17	11	2	0	0	0	5	3	1	0
24	49	23	18	9	2	0	0	0	4	2	2	1
25	26	26	17	21	2	0	1	1	10	0	1	1
Média	21,6	19,6	18,16	12,8	1,92	0,12	0,6	0,28	6,4	3,12	0,72	0,32
Desvio Padrão	10	7,68	1,027	9,19691977	1,46969	0,3316	1,041	0,458	2,081665999	2,1664	1,061445555	0,476

Discussão

Viver o cotidiano do sistema socioeducativo de internação destinado ao público de jovens em conflito com a lei não é nada fácil. Lidamos com as inconsistências de um sistema cheio de paradoxos, com a falta de recursos públicos e com uma rede de

problemas sociais. Encaramos a violência em suas faces mais perversas, percebendo o jovem brasileiro de baixa renda como vítima e algoz de um complexo encadeamento de faltas e excessos.

Analisando os resultados obtidos nos questionários estruturados, nota-se que as sugestões apresentadas para a melhora da Unidade estão, em sua maioria, voltadas para melhor formação profissionalizante (oficinas, cursos e oportunidades de trabalho). As excessivas reclamações com a qualidade da comida revelam um desconforto gerado pela insatisfação de uma necessidade fisiológica básica e que acaba gerando considerável impacto negativo. A preocupação com o trabalho da segurança revelou dois pontos geradores de ansiedade: a necessidade de um cuidado com as rixas ou “guerras existentes” e a cobrança por um tratamento respeitoso dos agentes.

Outras sugestões apresentadas são voltadas para a melhoria da estrutura física, comida e opções de lazer, demonstrando necessidades de conforto e entretenimento. Relevante notar que houve pouca preocupação relativa ao atendimento do posto de saúde presente na unidade, considerando a prevalência de utilização de medicamentos citados.

Os dados obtidos relativos à expectativa dos socioeducandos quanto ao futuro (trabalho, constituição familiar e aquisição material de móveis e imóveis), refletem a necessidade de segurança e proteção característicos da realidade socioeconômica brasileira (Szwarcwald, Bastos & Esteves, 2005). Poucos jovens demonstraram interesse futuro de concluir os estudos ou de aperfeiçoamento intelectual.

O alto consumo de drogas relatado é fator bastante preocupante. Os principais fatores de risco identificados para o envolvimento dos adolescentes com o uso de drogas e com a prática de infrações são: a relação com os pais, a influência do grupo e o nível de escolaridade (Martins & Pillon, 2008).

O uso de álcool e drogas ilícitas observado em jovens em situação de risco é alto e precoce, caracterizando, assim, uma parte do problema da delinquência. Em uma revisão de diversas publicações científicas entre 1997 e 2007, Heim e Andrade (2008), identificaram que os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas consomem significativamente mais drogas (tabaco, maconha, inalantes, ansiolíticos, anfetaminas e cocaína) do que os alunos de escolas públicas que participaram de outros estudos.

Estudos apontam que o uso de maconha interfere negativamente nas habilidades sociais, como a auto-exposição a desconhecidos ou à situações novas, além de autocontrole da agressividade em situações aversivas e na presença de sintomas de ansiedade e depressão (Wagner & Oliveira, 2009).

Ferigolo, Stein, Fuchs e Barros (2009) identificam aspectos correlacionais entre o uso de drogas, abstinência e a depressão, em que cada uma das variáveis pode funcionar ora como causa ora como consequência. Como fatores de risco para o envolvimento com as drogas, estes autores destacam as experiências adversas na infância, como abuso físico, emocional ou sexual, negligência, abuso de drogas pelos pais, parentes, irmãos ou amigos que usam drogas, divórcio e outras disfunções da família.

Dos dez participantes que relataram o uso de medicamentos, seis jovens relataram que utilizavam “calmante”, remédio “para dormir” ou rivotril. Além de ansiolíticos, foram citadas outras classes de remédios antidepressivos e antiepiléticos. Matos e Souza (1999) salientam a necessidade de um tratamento que considere os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Além disso, alerta para os cuidados relativos aos efeitos colaterais, risco de suicídio, custo e tolerabilidade de cada paciente.

A prevalência de participantes que têm filhos demonstra a necessidade de trabalhos preventivos voltados para educação sexual destes jovens. A frequência de relatos de evasão da internação e do não cumprimento de outras medidas socioeducativas indica que

há pouca aderência e credibilidade no sistema. O fato de não haver correlação significativa e positiva entre o usufruto de benefícios de saídas sistemáticas e os níveis de ansiedade e depressão medidos, sugere que o benefício não é a solução para a resolução destes problemas. A frequência de recebimento de visitas familiares e íntimas também não se constituiu em fator relevante para influenciar estes índices.

O nível médio de ansiedade encontrado foi maior do que o dobro da média de adolescentes brasileiros (Cunha, 2001). Nesta avaliação, cabe ressaltar a atenção para os fatores diagnósticos, em torno de aspectos cognitivos, comportamentais, somáticos, de estados de humor e de hiperalerta (Andrade & Gorenstein, 1998). Estas autoras ressaltam a necessidade de uma diferenciação entre os estados e traços de ansiedade e indicam a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos concorrentes. Segundo elas, o Inventário Beck de ansiedade apresenta maior ênfase nos sintomas somáticos, seguidos de sintomas cognitivos e, por último, sintomas de comportamento e humor.

Os transtornos ansiosos são considerados como condições associadas ao neurodesenvolvimento, com significativa contribuição genética (Asbahr, 2004). Aguirre (2006) destaca a associação entre os circuitos neurais do humor, agressividade, ansiedade, impulsividade e o comportamento anti-social.

Brandão, Vianna, Masson & Santos (2003) resumem as evidências que associam os sistemas cerebrais de defesa ao conceito de medo, estresse e ansiedade. Estes autores diferenciam as respostas de medo e ansiedade em relação ao ataque de pânico, a partir da comparação das reações neurais frente os estímulos ameaçadores (respostas condicionadas) que quando aumentados ou aproximados desencadeiam uma série de reações motoras incoordenadas e incompletas.

Estudos transculturais (Menezes, Fontenelle & Versiani) demonstram que a maioria dos sintomas e das características socioculturais do transtorno de ansiedade social é

parcialmente independente de diferenças geográficas e culturais. Este transtorno seguiria um padrão observado de predominância masculina, início precoce, alto nível educacional e grande prevalência de comorbidades.

O nível médio de depressão obtido também foi maior do que a média da população brasileira de adolescentes (Cunha, 2001). Romeiro, Fraga e Barreiro (2003), diferenciam os sintomas depressivos em suas características vegetativas (sono, apetite, peso, libido), cognitivas (atenção, tolerância à frustração, memória), comportamentais (motivação, prazer, interesse, fadiga), físicas ou somáticas (cefaléia, dores estomacais, tensão muscular) e controle do impulso (suicídio e homicídio).

Embora os níveis de ansiedade e depressão medidos tenham sido elevados, a expectativa demonstrada quanto ao futuro demonstra que a esperança é uma característica presente na população estudada. Mesmo nos casos de depressão elevada em que foram aplicados os inventários de desesperança, não houve resultados significativos deste índice. Estes dados reforçam a hipótese que relaciona o estresse crônico e inescapável com o surgimento de quadros depressivos. As respostas mais prevalentes quanto à expectativa de futuro foram relativas à constituição familiar e ao trabalho.

Nos dois casos de medição de altos índices de depressão, em que foram investigados, também, os níveis de desesperança e suicídio, a constatação da presença de risco de suicídio em um participante chama a atenção para a gravidade do problema apresentado.

O abuso ou a negligência no início da infância, além dos estresses da vida, são importantes fatores de risco no desenvolvimento dos transtornos do humor em adultos. Se a resposta ao estresse gerar ativação fisiológica freqüente e duradoura ou intensa, pode precipitar um esgotamento dos recursos dos sujeitos com o aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos, podendo predispor ao aparecimento de transtornos de

ansiedade, depressivos e outros transtornos mentais (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Joça, Padovan & Guimarães, 2003).

A falta de suporte familiar, os eventos negativos da vida, alterações neuropsicológicas, as mudanças psíquicas próprias da fase e as manifestações contemporâneas da cultura constituem a o complexo contexto causal da depressão (Benetti *et al.*, 2007). Santos e Kassouf (2007) identificaram que a baixa renda econômica e o baixo nível educacional podem aumentar os riscos de depressão.

Interessantes estudos sobre a neurogênese (Scorza, Guerra, Cavalheiro & Calil, 2005) apresentam a idéia de que o estresse diminui a proliferação de células hipocampais, sendo fator importante na etiologia da depressão e de déficit cognitivo. A desnutrição pré-natal e a privação protéica alteram significativamente o perfil da neurogênese pós-natal. Por outro lado, o exercício físico e os tratamentos com antidepressivos podem reverter este quadro neuronal.

Bahls (2002) lista alguns fatores preditores de recorrência da depressão na adolescência: início precoce, presença de sintomas psicóticos, presença de estressores, comorbidade (ansiedade, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo, déficit de atenção, transtornos relacionados a substâncias e transtornos alimentares) e falta de adesão ao tratamento. A comorbidade mais frequentes são com os sintomas ansiosos (em 40% dos casos, segundo o autor) e com os transtornos de condutas (em 15% dos casos).

A comorbidade da ansiedade e depressão ou de mais de um transtorno de ansiedade é apontada por diversos autores. Stein, Muller & Wittchen (2001), em um estudo com mais de 3000 adolescentes, verificaram que a ansiedade social com início na adolescência tem um impacto mais deletério do que quando ocorre a primeira manifestação da doença após esta fase. Os autores discutem o papel da esquiva, isolamento social e conseqüente depressão, apontando para a necessidade de um trabalho preventivo na área da saúde.

Manfro *et al.* (2003) fazem importante correlação entre os transtornos de ansiedade na infância e a prevalência aumentada de depressão maior e de fobia social na vida adulta.

Os transtornos de ansiedade têm sido relacionados tanto com a hiperatividade da amígdala quanto com a diminuição da resposta do hipocampo. O desequilíbrio do eixo HPA também tem sido implicado como tendo um papel importante na depressão (Kandel, Schwartz & Jessel, 1997). Mais de 50% das crianças ansiosas experimentarão um episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa (Asbahr, 2004).

Como se pode observar, a multiplicidade causal apontada pela literatura para explicar os altos índices encontrados sugere uma análise mais profunda da problemática apresentada. Podemos destacar aqui o uso de drogas e os sintomas de abstinência decorrentes da falta destas substâncias. Outro fator que poderia explicar o fato dos níveis de ansiedade e depressão medidos serem superiores aos encontrados em detentos de penitenciária de segurança máxima (Cunha, 2001), é a própria fase de desenvolvimento da adolescência que, segundo Benetti *et al* (2007), caracteriza-se por comportamentos irritáveis e instabilidade do humor.

Monteiro e Lage (2007) trazem a contribuição da Psicanálise ao analisarem a depressão na adolescência. As autoras trazem um olhar voltado para os aspectos subjetivos do sofrimento psíquico nesta fase do desenvolvimento. Segundo elas, “a depressão é constitutiva do psiquismo e da estruturação do sujeito”, além de funcionar como mecanismo de defesa que visa proteger o humano.

Outros fatores que poderiam ajudar na compreensão dos dados obtidos dizem respeito ao contexto sócio-econômico de privações, desigualdade e problemas familiares, como o alcoolismo e a violência doméstica vivenciados por muitos jovens da periferia. Todo este contexto somado ao ambiente da internação, onde os adolescentes passam por diversas alterações de hábitos e acabam convivendo, muitas vezes, com jovens rivais,

privação da liberdade, retorno ao estudo e adaptação a diversas regras de conduta, podem nos auxiliar na compreensão dos altos índices de ansiedade e depressão medidos neste estudo.

Considerando a realidade descrita, faz-se necessário, além de identificar os problemas existentes no cumprimento da medida socioeducativa avaliado, sugerir estratégias para o enfrentamento destas questões.

Isolan, Pheula & Manfro (2006) fazem uma revisão bibliográfica sobre os tratamentos utilizados para o transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. Os achados apontam para o uso de ferramentas psicoterápicas, intervenções familiares e o uso de fármacos.

As principais classes de drogas utilizadas atualmente para o tratamento dos transtornos de ansiedade são os benzodiazepínicos e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs). Os fármacos antidepressivos mais populares são os compostos tricíclicos, os ISRSs, os inibidores seletivos da recaptção de noradrenalina e os inibidores da monoaminoxidase (MAO), a enzima que destrói as catecolaminas e a serotonina (Bear, Connors & Paradiso, 2008; Romeiro, Fraga & Barreiro, 2003; Pinheiro, Alves & Cruz, 2002).

Os inibidores seletivos de serotonina são mais utilizados para este tipo de transtorno desta faixa etária (Maia & Rohde, 2007) e parecem ser as drogas mais indicadas para o transtorno de ansiedade generalizada (Schmitt et al, 2005). Os transtornos de ansiedade e de ansiedade generalizada são mais responsivos ao tratamento com ansiolíticos benzodiazepínicos, enquanto que os transtornos de pânico e de ansiedade social respondem melhor ao tratamento prolongado com o uso de antidepressivos (Graeff, 2007).

Nos tratamentos psicoterápicos são destacados a “psicoeducação, treinamento de habilidades sociais, resolução de problemas, treinamento de assertividade, reestruturação

cognitiva, e terapia de exposição às situações ansiogênicas”. Os autores salientam, ainda, a importância da abordagem familiar e de técnicas de relaxamento (Isolan *et al.*, 2006).

Soares e Teixeira (2007) a partir de um levantamento bibliográfico sobre o assunto, defendem a prática da atividade física como uma terapia adjuvante altamente benéfica para a ansiedade e depressão. Alguns estudos trazem a idéia de que a prática regular de exercícios regula a neurotransmissão de noradrenalina e serotonina, além da secreção de endorfinas e dos aspectos cognitivos relacionados com a auto-estima, sensação de bem-estar e redução de tensão. A relação entre a duração, frequência, intensidade e tipo de exercício deve ser observada (Araújo, Mello & Leite, 2007 e Costa, Soares & Teixeira, 2007).

Aprofundando os aspectos relacionados com a psicoterapia dirigida para a população de adolescentes deprimidos (Bahls & Bahls) ressaltam o aspecto desafiador deste trabalho: instabilidade afetiva, narcisismo, descrença nos adultos, isolamento, conflito entre a dependência e a independência e preocupação acentuada com a opinião e aceitação dos pares. Neste contexto a terapia de grupo oferece a oportunidade de explorar a dimensão social da doença, modos de interação e a consciência do impacto do comportamento frente aos pares. Estes autores evidenciam a importância das confrontações advindas de outros adolescentes, como ferramenta mais aceita do que as próprias intervenções do terapeuta.

Tanto para o tratamento da ansiedade como da depressão na adolescência, a intervenção familiar e psicoeducacional são destacadas como técnicas necessárias. A família, que deveria constituir importante pilar afetivo para estes jovens, é acometida por situações de desemprego, violência, uso abusivo de drogas, privações de toda ordem e separações de casais, sofrendo, também, as conseqüências das relações sociais excludentes (Castro & Guareschi, 2008). Neste sentido, é salutar mudar a perspectiva de constante

responsabilização da família pelas atitudes dos filhos. Este tipo de abordagem acaba por causar um afastamento ou até um rompimento dos frágeis vínculos existentes.

Aguinsky e Capitão (2008) criticam as falhas da implementação socioeducativa relacionadas a antigos problemas como superlotação, sofrimento, isolamento e formas assistencialistas de atenção que produzem passividade, desresponsabilização e ausência do sentido pedagógico. Sugerem a necessidade de maior investimento na educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização e trabalho dentro das unidades de internação. As autoras propõem uma mudança de paradigma voltada para a Justiça Restaurativa, que preconiza a superação da cultura punitiva, substituída pela afirmação de valores, autonomia, responsabilização, inclusão, participação e diálogo.

O trabalho de Costa e Assis (2006) ressalta a importância do favorecimento de recursos para a construção de novos sentidos aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. A capacidade de reconstrução, resiliência e formas criativas e positivas de dar continuidade a existência do jovem, valorizando sua participação no projeto de saúde e cidadania, são apontadas pelas autoras como importantes caminhos a serem seguidos pelos profissionais que atuam junto a esta população. Partindo das orientações do ECA, elas salientam a necessidade de um trabalho voltado para o fortalecimento de vínculos, autonomia e a construção de um projeto de vida que leve em consideração os limites de ordem econômica. Criticam, ainda, a inadequação à promoção do desenvolvimento destes jovens do ambiente socioeducativo, que ainda apresenta um enfoque punitivo e patologizante da adolescência e do ato infracional.

A literatura relata diversas dificuldades encontradas nos tratamentos dos transtornos de ansiedade, dentre elas: imprecisão do diagnóstico, complexidade fisiopatológica, limitação da ação dos fármacos, gravidade, comorbidades, resistência ao tratamento, fatores culturais, falta de treinamento adequado dos profissionais envolvidos,

estressores ambientais graves e persistentes, dentre outros (Menezes, Fontenelle, Mululo & Versiani, 2007).

Os transtornos de ansiedade trazem considerável impacto no sistema de saúde, não só pelo gasto com o tratamento, como pela decorrência de sintomas físicos resultantes dos sintomas ansiosos (Bystrisky, 2006). Além disso, os portadores destes transtornos têm redução da qualidade de vida, menor produtividade e maiores taxas de comorbidade, morbidade e mortalidade (Wittchen, 2001).

Uma parte importante dos problemas de saúde mental em países em desenvolvimento pode ser atribuída à violência (Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince & Mari, 2009). Problemas de internalização, comportamento suicida, uso de álcool, consumo de drogas ilegais, sofrimento emocional, tabagismo, problemas sexuais, além de outros transtornos psiquiátricos são citados por estes autores a partir de um levantamento de dados desta temática a partir da realidade de 20 países. Neste contexto, “tanto as vítimas quanto os autores de variadas formas de violência deveriam ser alvos de programas de prevenção específicos” (p. 56).

Os gastos gerados pela prevenção da violência são menores do que os gastos para repará-la (Moraes, 2007). Asbahr (2004) acrescenta, ainda, os problemas de evasão escolar e a utilização de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade.

A partir dos dados obtidos e das questões apresentadas no presente estudo, espera-se que seja possível traçar novos parâmetros de referência para direcionar a atuação do psicólogo no contexto socioeducativo. Além disso, pretende-se que os resultados sirvam como subsídio para construções pedagógicas e institucionais e que possam contribuir com as políticas socioeducativas numa perspectiva conjunta com as políticas de saúde pública.

Devido a complexidade do tema proposto, foram abordados assuntos diversos e multidisciplinares que envolvem discussões profundas acerca da justiça, violência,

desigualdade social e econômica, políticas públicas, assistência social, educação, saúde, psicologia clínica, social e neurociências. Vale ressaltar a necessidade de intervenções preventivas e multisetoriais, além de estudos futuros que avaliem o impacto das medidas de internação na saúde mental.

A prática mais eficaz das medidas socioeducativas em meio aberto, bem como a qualificação e implementação real das diretrizes do ECA e do SINASE e de outros programas já existentes são essenciais para a mudança deste cenário. Diante de tudo que foi exposto fica o questionamento sobre quais são os benefícios reais da internação para os adolescentes. Além disso, é necessário que se faça uma análise da internação socioeducativa levando em consideração seu impacto social, pedagógico, psicológico e, ainda, a implicação desta realidade no sistema de saúde pública de nosso país.

Referências

- Abrantes, A. M., Hoffmann, N. G. & Anton, R. (2005). Prevalence of co-occurring disorders among juveniles committed to detention centers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49 (2), 179-193.
- Andrade, L. H. S. G. & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 285-290.
- Aguinsky, B. & Capitão, L. (2008). Violência e socioeducação: uma interpelação ética a partir de contribuições da Justiça Restaurativa. *Revista Katálysis Florianópolis*, 11 (2), 257-264.
- Aguirre, M. I. (2006). Neurobiological bases of aggression, violence and cruelty. *Behavioral and Brain Sciences*, 29 (3), 228-229.
- Araújo, C. (2001). As marcas da violência na constituição da identidade de jovens da periferia. *Educação e pesquisa, São Paulo*, 27 (1), 141-160.
- Araújo, S. R. C., Mello, M. T. & Leite, J. R. (2007). Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (2), 164-171.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 28-34.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). DSM-IV-TR (Dornelles, C. Trad.), *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª edição, texto revisado). Porto Alegre: Artmed.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-366.
- Bahls, S. C. & Bahls, F. R. C. (2003). Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Revista Estudos de Psicologia, PUC- Campinas*, 20 (2), 25-34.

- Balaguer, G. (2005). Violência e adolescência: uma experiência com adolescentes internos da FEBEM/SP. *Imaginário*, 11 91-109.
- Batista, M. A. & Sisto, F. F. (2005). Estudo para a construção de uma escala de ansiedade para adolescentes. *Estudos de Psicologia – Campinas*, 22 (4), 347-354.
- Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2008). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Benetti, S. P. C., Ramires, V. R. R., Schneider, A. C., Rodrigues, A. P. G. & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23 (6), 1273-1282.
- Brandão, M. L., Vianna, D. M., Masson, S. & Santos, J. (2003). Organização neural de diferentes tipos de medo e suas implicações na ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (Supl II), 36-41.
- Brasil, K. T., Alves, P. B., Amparo, D. M. & Frajorge, K. C. (2006). Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. *Paidéia*, 16 (35), 377-384.
- Bystrisky, A. (2006). Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, 11 (9), 805-814.
- Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R. & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl. II), 22-33.
- Castro, A. L. S. & Guareschi, P. (2008). Da privação da dignidade social à privação da liberdade individual. *Psicologia & Sociedade*, 20 (2), 200-207.
- Cocco, M. & Lopes, M. J. M. (2010). Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (1), 151-159.
- Costa, C. R. B. S. F. & Assis, S. G. (2006). Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. *Psicologia & Sociedade*, 18 (3), 74-81.

- Costa, R. A., Soares, H. L. R. & Teixeira, J. A. C. (2007). Benefícios da atividade física e do exercício na depressão. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 19 (1), 269-276.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferigolo, M., Stein, A. T., Fuchs, F. D. & Barros, H. M. T. (2009) Influence of depression and early adverse experiences on illicit drug dependence: a case-control study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (2), 106-113.
- Fleck, E. C. D., Korndörfer, A. P. & Cadaviz, A. K. (2005). Da agressão à assistência, da infração à correção: menoridade e violência urbana. *Sociedade e Estado, Brasília*, 20 (1), 163-194.
- Ford, J. D., Chapman, J. F., Pearson, G., Borum, R. & Wolpaw, J. M. (2008). Psychometric status and clinical utility of the MAYSI-2 with girls and boys in juvenile detention. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 87-99.
- Gallagher, C. A., Dobrin, A. (2007). Can juvenile detention facilities meet the call of the American Academy of Pediatrics and National Commission on Correctional Health Care? A national analysis of current practices. *Pediatrics*, 119 (4), 991-1001.
- Graeff, F. G. (2007). Ansiedade experimental humana. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (5), 251-253.
- Graeff, F. G. (1989). *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação* (2ª edição). São Paulo: Editora pedagógica e universitária – EPU.
- Grummert, M., Banks, D., Schindler, M. L., Mallie, M.M., Gallagher, K & Epstein, M. H. (2002). Screening the mental health needs of youths in juvenile detention. *Juvenile and Family Court Journal*, 53 (2), 43-50.

- Guimarães, S. P. & Campos, P. H. F. (2007) Norma social violenta: um estudo da representação social da violência em Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 188-196.
- Heim, J. & Andrade, A. G. (2008) Efeito do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35, (Sup. 1), 61-64.
- Isolan, L., Pheula, G. & Manfro, G. G. (2007). Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (3), 125-132.
- Joça, S. R. L., Padovan, C. M. & Guimarães, F. S. (2003). Estresse, depressão e hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (Sup. II), 46-51.
- Kandel, E.R., Schwartz J.H. & Jessel, T. M. (1997). *Fundamentos da Neurociência e do Comportamento* (Esbérad, C. A. & Engelhardt, M. C., Trad.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A..
- Kerig, P. K, Moeddel, M. A. & Becker, S. P. (2010). Assessing the sensitivity and specificity of the MAYSI-2 for detecting trauma among youth in juvenile detention. *Child Youth Care Forum*.
- Listonab, C., McEwenb, B.S., Caseya, B.J. (2009). Psychosocial stress reversibly disrupts prefrontal processing and attentional control. *Proceedings of the New York Academy of Sciences* 106(3), 912-917.
- Maia, C. R. M. & Rohde, L. A. (2007). Psicofármacos para o tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 72-79.
- Manfro, G. G., Isolan, L., Blaya, C., Maltz, S. Heldt, E. & Pollack (2003). Relationship between adult social phobia and childhood anxiety. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 96-99.

- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (Supl. 1), 65-74.
- Martins F. (2003). *Psicopathologia II - Semiologia Clínica: Investigação teórico clínica das síndromes psicopatológicas clássicas*. Brasília: ABRAFIPP/Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia, Universidade de Brasília.
- Martins, M. C. & Pillon, S. C. (2008). A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24 (5), 1112-1120.
- Marty, F. (2006). Adolescência, violência e sociedade (Rondon, P. H. B., Trad.). *Ágora (Rio de Janeiro)*, 9 (1), 119-131.
- Matos e Souza, F. G. (1999). Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 18-23.
- Menezes, G. B., Fontenelle, L. F., Mululo, S. & Versiani, M. (2007). Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (Supl. II), 55-60.
- Menezes, G. B., Fontenelle, L. F. & Versiani, M. (2006). Trans-cultural aspects of social anxiety disorder and related conditions: a Brazilian case series and a review of international clinical studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (3), 196-200.
- Monteiro, K. C. C. & Lage, A. M. V. (2007). A depressão na adolescência. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 12 (2), 257-265.
- Moraes, M. S. (2007). Adolescentes em conflito com a lei. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (5), 1185-1192.

- Pinheiro, G. A., Alves, S. H. S., Murce, P. P. & Cruz, A. P. M. (2002). Envolvimento dos Receptores 5-HT₂ da Amígdala nos Níveis de Ansiedade Induzidos pela Exposição de Ratos ao Labirinto em Cruz Elevado. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (3), 329-335.
- Pinsky, I. & Bessa, M. A. (2004). *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto.
- Presidência da República Federativa do Brasil, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação (2005). *Estatuto da Criança e do Adolescente – Hora de Fazer Valer (Lei Federal 8.069, de 13 de julho de 1990)*. Brasília: Assessoria de Comunicação Social.
- Pruessner, M., Hellhammer, D.H., Pruessner, J.C., Lupien, S.J. (2003). Self-reported depressive symptoms and stress levels in healthy young men: associations with the cortisol response to awakening. *Psychosomatics Medicine* 65: 92-99.
- Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M. & Mari, J. J. (2009). Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (Supl. II), 49-57.
- Rodrigues, R. B., Rossetto, S., Rovinski, S. L. R. (2001). O adolescente infrator e o uso de substâncias psicoativas. *Aletheia* (13), 43-51.
- Rogers, K. M., Pumariega, A. J., Atkins, D. L. & Cuffe, S. P. (2006). Conditions associated with identification of mentally ill youths in juvenile detention. *Community Mental Health Journal*, 42 (1), 25-40.
- Romeiro, L. A. S. Fraga, C. A. M. & Barreiro, E. J. (2003). Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. *Química Nova*, 26 (3), 347-358.
- Santos, M. J. & Kassouf, A. L. (2007). Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Economia Aplicada*, 11 (1), 5-26.

- Schmitt, R. et al (2005). Efficacy of antidepressants for anxiety disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (1), 18-24.
- Schmitt, R., Pinto, T. P., Gomes, K. M., Quevedo, J. & Stein, A. (2006). Personalidade psicopática em uma amostra de adolescentes brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica* 33 (6); 297-303.
- Scorza, F. A., Guerra, A. B. G., Cavalheiro, E. A. & Calil, H. M. (2005). Neurogênese e depressão: etiologia ou nova ilusão? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (3), 249-253.
- Secretaria Especial de Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2004). *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE*. Brasília: Assessoria de Comunicação Social.
- Senado Federal (1984). *Código de Menores. Lei federal nº. 6.697 de 1979. Concepções, anotações, histórico, informação* (2ª ed.) Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas.
- Silva, D. F. D., Farias, M. A., Silveiras, E. F. M. & Arantes, M. C. (2008). Adversidade familiar e problemas comportamentais entre adolescentes infratores e não-infratores. *Psicologia em Estudo* (13), 791-798.
- Silva, J. F. S. (2008). Violência e serviço social: notas críticas. *Revista Katálisis*, Florianópolis, 11 (20), 265-273.
- Stein, M. B, Fuetsch M., Muller, N. M., Lib, R. & Wittchen, H. (2001) Social anxiety disorder and the risk of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 251-256.
- Szwarcwald, C. L., Bastos, F. I. & Esteves, M. A. P. (2005). State of animus among Brazilians: influence of socioeconomic context? *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 21 (Sup.), 33-42.
- Tennyson, D. H. (2009). Predicting medication costs and usage: expenditures in a juvenile detention facility. *Journal of Correctional Health Care*, 15 (2), 98-104.

- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K. & Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 1133-1143.
- Wagner, M. F. & Oliveira, M. S. (2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 14 (1), 101-110.
- White, H. R., Shi, J., Hirschfield, P., Mun, E. Y. & Loeber, R. (2010). Effects of institutional confinement for delinquency on levels of depression and anxiety among male adolescents. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 8 (4), 295-313.
- World Health Organization, [WHO], (2002) – World report on violence and health: summary. Geneve. Disponível em: <http://www.who.in/ent>.
- Wittchen, H. U. & Fehm L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatry Clinics of North America*, 24 (4), 617-641.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma, em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pelo telefone 3307-3799.

Informações sobre a pesquisa:

Título do Projeto: Avaliação psicométrica de estados de ansiedade e depressão em socioeducandos que cumprem medida de internação.

Pesquisador Responsável: Manuella Costa da Silva - CRP 01/10446.

Telefone para contato (inclusive para ligações a cobrar): (61) 8143-3744.

- Esta pesquisa objetiva investigar os níveis de estados de ansiedade e depressão na população que cumpre a medida de Internação no CIAP. Para isso serão utilizados um questionário para descrever as informações gerais do seu cumprimento de medida, um teste que avalia níveis de ansiedade, outro que avalia níveis de depressão e uma escala de esperança. Estes instrumentos serão aplicados em dois dias com a duração de aproximadamente 45 minutos para cada dia;
- Esperamos, com os resultados obtidos, que possamos sugerir novas propostas de intervenção de atendimento com os técnicos que atuam nas medidas e sugerir novas políticas socioeducativas em conjunto com novas políticas de saúde pública;
- Garantimos seu direito de esclarecimento sobre esta pesquisa antes e durante o curso deste estudo;
- Garantimos o sigilo absoluto dos resultados colhidos, nos comprometendo a não identificar seu nome em nenhuma publicação relacionada com esta investigação;
- Os resultados desta pesquisa serão publicados em uma dissertação de mestrado;
- A guarda dos dados e materiais utilizados ficará a cargo do pesquisador responsável.

Manuella Costa da Silva

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Avaliação psicométrica de estados de ansiedade e depressão em socioeducandos que cumprem medida de internação”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Manuella sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantidos que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Brasília, __/__/__

Nome:

Assinatura do sujeito ou responsável técnico (quando menor de idade)

APÊNDICE B - Questionário Livre e Estruturado

Nome:

Idade:

Série:

Atividades que frequenta no CIAP:

Renda familiar:

Tempo de internação:

Já cumpriu outras medidas? Quais?

Recebe visitas (quantas vezes por mês)?

Uso de medicação ou drogas:

Qual sua sugestão para melhorar esta Unidade de Internação?

Como você imagina seu futuro?