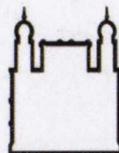




Fundação Bahiana
para Desenvolvimento
das Ciências



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz



Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública

**PERFIL DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DOS
ADOLESCENTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE,
NA CASA DE ACOLHIMENTO AO MENOR,
EM SALVADOR, BAHIA**

Solange Tavares Rubim de Pinho



003000

Salvador - Bahia
2006

SOLANGE TAVARES RUBIM DE PINHO

**PERFIL DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DOS
ADOLESCENTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE,
NA CASA DE ACOLHIMENTO AO MENOR,
EM SALVADOR, BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências e Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Medicina Interna.

Orientador: Prof. Dr. Antônio de Souza Andrade Filho

Co-orientador: Prof. Dr. William Azevedo Dunningham

Salvador – Bahia

2006

Pinho, Solange Tavares Rubim de
**P654p Perfil de morbidade psiquiátrica do adolescente em
privação de liberdade na Casa de Acolhimento ao Menor em Salvador,
Bahia / Solange Tavares Rubim de Pinho. – Salvador: S. T. R. Pin**
Pinho, Solange Tavares Rubim de
**P654p Perfil de morbidade psiquiátrica do adolescente em
privação de liberdade na Casa de Acolhimento ao Menor em
Salvador, Bahia / Solange Tavares Rubim de Pinho. –
Salvador: S. T. R. Pinho, 2006.**
213 f. il.

Orientador: Prof. Dr. Antônio de S. Andrade Filho
Co-orientador: Prof. Dr. William A. Dunningham.
Tese (doutorado) – Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública; FBDC; Fiocruz, 2006.

1. Psiquiatria do adolescente. 2. Transtornos
psiquiátricos. 3. Delinquência juvenil – Salvador – Bahia.
I. Andrade Filho, Antônio de S. II. Dunningham, William A.
III. Título.

Instituições Envolvidas

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

FBDC – Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

FIOCRUZ-Bahia – Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz

Fonte de Financiamento

FAPESB – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

Pai, ao procurar serenidade,
paixão pela psiquiatria e sabedoria,
encontro você.

Mãe, ao buscar afeto e dedicação,
sinto a sua presença!

Gratidão a ambos...

AGRADECIMENTOS

A Otacílio, companheiro e amigo, pelo amor, estímulo e determinação em todos os instantes. Sinto-me feliz por tê-lo como farol em toda essa jornada.

A Taiana e Tiara, combinação harmoniosa, razão de alegria e orgulho. Laços invisíveis nos unem e reafirmam que a continuidade é a lei da vida.

A todos aqueles que me emprestaram seus sonhos, dividiram seus conhecimentos, caminharam ao meu lado e seguraram minhas mãos nos momentos difíceis.

Aos que me permitiram reconhecer o valor maior da ciência como instrumento capaz de melhorar a existência humana.

Aos jovens da Casa de Acolhimento ao Menor (CAM), Salvador/Bahia, que aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo na busca da consolidação do direito à saúde e na construção de uma cultura que preserve a igualdade e a justiça.

Aos meus orientadores Profs. William Dunningham e Antônio Andrade; à constante colaboradora Profa. Wania Aguiar e aos Profs. Carlos Marcílio, Maurício Cardeal, Carla Daltro, Luciana Silva. Ser grande mestre não é acaso. Sabedoria, carisma e, em particular, paciência são algumas qualidades essenciais. Na minha percepção, vocês contribuíram, com ética, ciência e carinho, para a concretização da meta maior – a elaboração deste trabalho.

Wania e William, estejam certos de que a dedicação com que vocês me acolheram ficou registrada em meu coração e em todas as etapas de realização da pesquisa.

A Simone de Pinho Lima, Marlene Lage, Jani Sault, Nadja Maia, Sônia Maria Ferreira da Silva, Rita de Cássia Botelho Vieira, Regina Lúcia Mendonça Lopes e Carmem Maria da Silva. Vocês constituíram uma rede de pessoas, sem as quais esta tese não seria viável. Construimos uma amizade sedimentada no convívio, na

gradidão a Deus por sermos constantes aprendizes e pela oportunidade de sistematizar conteúdos voltados para a proteção aos nossos adolescentes.

A Katriana Guimarães, Katharine Guimarães, Aziz Saült, Taiana Almeida, Tiara Almeida, Vicente Dunningham, Mariana Cartaxo, Lílian Vaz, Cássio Oliveira e aos demais alunos que colaboraram, os meus agradecimentos. A atitude participativa de compartilhar de todo esse processo mostra o quanto a união adiciona valor e qualidade a tudo o que realizamos.

Aos colegas de curso Fátima Almeida, Regina Terse Machado, Mário Rocha, Frederico Figueiroa, Ivanoska Moxotó, Maurício Nunes e ao grupo como um todo; a presença de vocês me fortaleceu nesta jornada, cujo objetivo final é servir.

Às amigas Leda Solano, Tereza Caribé, Lourdes Burgos, Olga Hastenheiter, Ana Teresa Abreu Santos, Ana Paola Robatto Nunes, Robelis Barbosa, Maria de Lourdes Bastos e aos colegas do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Ufba, pelo estímulo que potencializou o meu desejo e a coragem para realizar o doutorado.

À Juíza Maria Helena Oliveira, às colegas Aglaé Souza, Maria Delcarmem Carbalido Domingues, Ajurimar Monte Negro e Janete Vilas Boas Borges, e aos demais profissionais da CAM, por facilitarem o desenvolvimento desta pesquisa na instituição.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), pelo apoio concedido à investigação.

A minhas irmãs, parentes, colegas e funcionários da Clínica Prof. Rubim de Pinho, amigos e pacientes, cujo contato me faz sentir, dia após dia, o valor do afeto, reafirmando que pessoas se entrelaçam como elos, formando histórias .

Muito especialmente, minha gradidão àqueles que me levaram a acreditar na existência do ser humano capaz de buscar caminhos que diluam em paz as diferenças impressas pelos impulsos ferozes que desunem os homens...

Quando as estrelas esplandecem no céu,
os ideais nos movem na terra,
fazendo eco na essência de cada ser.

Viver não é só EXISTIR...
Viver é saber seguir estrelas...
Cultivar ideais...
E perceber como ambos
engrandecem a alma.

Solange Rubim de Pinho, 2005

RESUMO

Introdução: A literatura científica internacional tem apontado índices mais altos de transtornos psiquiátricos em adolescentes em conflito com a lei do que entre indivíduos da mesma faixa etária na população geral. A insuficiência de pesquisas sobre o tema, no Brasil, motivou a realização do presente estudo. **Objetivo:** Descrever o perfil psiquiátrico dos adolescentes em privação de liberdade, numa instituição em Salvador/Bahia. **Metodologia:** Estudo descritivo, censitário, de corte transversal, que teve por universo uma população de 290 jovens, cumprindo medidas de privação de liberdade na Casa de Acolhimento ao Menor (CAM), entre 2002 e 2003. Foram utilizados um questionário – para identificar dados demográficos, sinais e sintomas psicopatológicos, dados psicossociais – e uma entrevista semi-estruturada para o exame dos adolescentes pesquisados. **Resultados:** Perfil sociodemográfico: 89,3% eram do sexo masculino; idade média de 16,4 anos; 92,8% tinham o primeiro grau incompleto ou eram analfabetos; 67,6% com renda familiar menor que um salário mínimo e 54% eram procedentes da capital do Estado da Bahia. Dos 290 indivíduos investigados, 24,8% não apresentaram transtornos mentais e 75,2% apresentaram transtornos psiquiátricos, segundo a CID-10. Considerando as patologias isoladamente, a prevalência encontrada foi de 39,3%. Quando analisadas isoladamente e em comorbidade, foram obtidas as seguintes taxas de prevalência: transtornos de conduta 39,3%; transtornos por uso nocivo de substância psicoativa 27,9%; retardo mental 11,7%; transtornos hipercinéticos 11,4%; outros transtornos psicóticos 7,2%; esquizofrenia 2,4%; estados depressivos 5,5%; estados de ansiedade 5,5%; e transtornos mentais orgânicos 3,4%. Relacionando tipo de patologia com modalidade de delito cometido, foram observadas associações estatisticamente significativas de: transtornos de conduta com homicídio e com roubo; transtornos hipercinéticos com roubo; e estados depressivos com roubo. Ao analisar os fatores de risco psicossociais, constatou-se que os transtornos de conduta, os transtornos por uso nocivo de substância psicoativa e os transtornos hipercinéticos apresentaram associação estatisticamente significativa com fatores como maus-tratos, abuso sexual, criminalidade e assassinato na família. **Conclusão:** Existe relação entre o comportamento infrator e o transtorno psiquiátrico no adolescente. Chama a atenção a alta frequência de jovens com transtorno de conduta, e o fator social tem um peso relevante na ocorrência dessa patologia. O adolescente em conflito com a lei, portador de enfermidade psiquiátrica, necessita de tratamento médico, psicológico e pedagógico, capaz de promover a sua reinserção na esfera social. Os resultados apontaram para a necessidade de se estabelecer estratégias efetivas de prevenção e tratamento na área da saúde mental do menor, bem como garantir a ele todos os direitos fundamentais, possibilitando-lhe um pleno desenvolvimento.

Palavras-chave: Psiquiatria do adolescente; Transtornos psiquiátricos; Delinquência juvenil.

ABSTRACT

Introduction: Higher prevalence rates of psychiatric disorders have been reported among adolescents in conflict with the law than among their counterparts on the general population. The paucity of studies on the topic in Brazil has motivated the current study. **Aim:** To describe the psychiatric profile of adolescents in conflict with the law on a Juvenile Justice institution in Salvador, Bahia, Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional, census study that enrolled a population of 290 adolescents kept on deprivation of liberty regimen at the Casa de Acolhimento ao Menor (CAM), in Salvador/Bahia, in 2002 and 2003. A questionnaire was used to collect demographic and psychosocial data as well as psychopathologic signs and symptoms, and a semi-structured interview was carried out on the examination of the adolescents enrolled. **Results:** Social-demographic profile: 89.3% were male; average age: 16.4 years; 92.8% had not completed the basic school years or could not read; 67.6% had a monthly family income below one minimum salary and 54.0% had come from the capital of the state of Bahia. Among the 290 adolescents enrolled, 24.8% had no mental disturbance, while 75.2% had at least one psychiatric disorder according to ICD-10. Considering the pathologies separately, the prevalence was 39.3%. When analyzed separately and in comorbidity, the following prevalence rates were found: behavioral disorders 39.3%; disorders due to noxious use of psychoactive drugs 27.9%; mental retardation 11.7%; hyperkinetic disorders 11.4%; other psychotic disorders 7.2%; schizophrenia 2.4%; depressive states 5.5%; anxiety states 5.5%; and organic mental conditions 3.4%. Confronting the type of pathology and the type of crime committed, statistically significant associations were found between: behavioral disorders and homicide; behavioral disorders and robbery; hyperkinetic disorders and robbery; depressive states and robbery. Analyzing psychosocial risk factors, it was observed that behavioral disorders, disorders due to noxious use of psychoactive drugs and hyperkinetic disorders are statistically associated with maltreatment, sexual abuse and history of crimes or murder on the family. **Conclusion:** There is an association between transgressor behaviors and psychiatric disorders in adolescents. The elevated frequency of adolescents with behavioral disorders and the social determinants to the occurrence of that condition must be stressed. Adolescents in conflict with the law and with psychiatric conditions need medical treatment, as well as psychological and pedagogical support in order to promote his/her social reinsertion. The results herein presented highlight the need of establishing effective preventive and therapeutic approaches on the field of adolescents' mental health and of warranting all their fundamental rights, allowing their full development.

Keywords: Adolescent psychiatry; Psychiatric disorders; Juvenile delinquency.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	<i>O Menino com Estilingue</i> , 1947. Portinari	22
Figura 2 –	<i>Le Matador</i> , 1969. Joan Miró	48
Figura 3 –	Foto da fachada da CAM/BA, 2005	94
Figura 4 –	Foto do <i>hall</i> de entrada da CAM/BA, 2005	95
Figura 5 –	Decoração externa da CAM/BA, 2005	112
Figura 6 –	Gráfico da prevalência das patologias por categorias diagnósticas isoladas e em comorbidade na população de 290 indivíduos	117
Figura 7 –	Desenho <i>Sem Título</i> . JS	125
Figura 8 –	<i>Um Monstro Negro e uma Mulher</i> , 1977. Henry	184

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência em diferentes países	78
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos 290 adolescentes da CAM/BA, 2003	114
Tabela 3 – Distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos – isolados e em comorbidade – e ausência de doença. CAM/BA, 2003	115
Tabela 4 – Distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos isolados na população estudada. CAM/BA, 2003	116
Tabela 5 – Distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos – isolados e em comorbidade – na população da CAM/BA, 2003	117
Tabela 6 – Distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos por tipo de delito. CAM/BA, 2003	118
Tabela 7 – Razões de prevalência dos transtornos psiquiátricos por tipo de delito. CAM/BA, 2003	120
Tabela 8 – Características sociodemográficas dos 100 adolescentes estudados. CAM/BA, 2003	121
Tabela 9 – Razões de prevalência dos transtornos psiquiátricos de acordo com a exposição a fatores psicossociais, numa amostra de 100 internos da CAM/BA, 2003	123
Tabela 10 – Razões de prevalência da variável doença na família, por categoria nosológica, na amostra de 100 internos da CAM/BA, 2003	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAM/BA	Casa de Acolhimento ao Menor da Bahia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAS	Child Assesment Schedule
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10	Classificação Internacional das Doenças –10
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CONASENS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CRT	Centro de Recepção e Triagem
DAWBA	Development and Well-Being Assesment
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children
DSM-IV	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
ECA	Epidemiological Catchment Area
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAMEB	Fundação de Assistência aos Menores do Estado da Bahia
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FBDC	Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDAC	Fundação da Criança e do Adolescente
Hare PCL- R	Hare Psychopathy Checklist-Revised
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDJ	Índice de Desenvolvimento Juvenil
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

JJAI	Juvenile Justice Assesment Inventory
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime
MAO	Monoamina Oxidase
MPACL– I	Morbidade Psiquiátrica do Adolescente em Conflito com a Lei – I
MPACL– II	Morbidade Psiquiátrica do Adolescente em Conflito com a Lei – II
MPACL– III	Morbidade Psiquiátrica do Adolescente em Conflito com a Lei – III
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
QMPA	Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto
RAC	Redescobrimdo o Adolescente na Comunidade
RP	Razão de Prevalência
SDQ	Strenghts and Difficulties Questionnaire
SEAM	Serviço Estadual de Assistência do Menor
SETRAS	Secretaria do Trabalho e da Ação Social do Estado da Bahia
SPDACA	Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente
SPSS	Statistical Package for the Social Science
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children’s Emergency Fund

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1	CONTRIBUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PSIQUIATRIA	23
2.1.1	Evolução Histórica da Psiquiatria na Infância e na Adolescência	23
2.1.2	Aspectos Históricos e Individualização da Psiquiatria Forense	32
2.1.3	Psiquiatria Forense no Brasil e na Bahia	36
2.2	O JOVEM EM CONFLITO COM A LEI	40
2.2.1	Adolescência – um Desafio	40
2.2.2	Conceitos Utilizados no Estudo	43
2.2.2.1	<i>Transtornos de Conduta</i>	43
2.2.2.2	<i>Transtornos de Personalidade</i>	45
2.2.2.3	<i>Delinqüência Juvenil</i>	46
2.2.2.4	<i>Agressividade e Violência</i>	47
2.2.2.5	<i>Comorbidade</i>	49
2.2.3	O Poder Público perante os Direitos do Menor	49
2.3	VIOLÊNCIA	53
2.3.1	Notas sobre Violência	53
2.3.2	Mapa da Criminalidade Infanto-Juvenil no Brasil	55
2.3.3	Relação Violência–Doença Mental	61
2.4	VIOLÊNCIA E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA ADOLESCÊNCIA	68
2.4.1	A Gênese do Comportamento Violento	68
2.4.1.1	<i>Fatores Biológicos</i>	68
2.4.1.2	<i>Fatores Cognitivos</i>	73
2.4.1.3	<i>Fatores Psicossociais</i>	74
2.4.2	Prevalência dos Transtornos Psiquiátricos na Infância e na Adolescência	77
2.4.3	Morbidade Psiquiátrica e Fatores de Risco entre Adolescentes Infratores	81
2.4.3.1	<i>Estudos que Tiveram como População-Alvo Jovens em Regime de Privação de Liberdade</i>	82

2.4.3.2	<i>Estudos que Tiveram como População-Alvo Indivíduos de Instituições Judiciárias</i>	84
2.4.3.3	<i>Estudo Comparativo da Prevalência de Transtornos Psiquiátricos em Diferentes Áreas de Assistência à Saúde Mental</i>	85
2.4.3.4	<i>Estudo sobre Comorbidades Psiquiátricas entre Jovens em Conflito com a Lei</i>	86
2.4.3.5	<i>Estudos de Prevalência de Transtornos Psiquiátricos com Adolescentes em Liberdade Assistida – Brasil</i>	87
2.4.3.6	<i>Fatores de Risco para o Comportamento Delinqüente</i>	87
3	OBJETIVOS	92
3.1	OBJETIVO GERAL	92
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	92
4	CASUÍSTICA E MÉTODO	95
4.1	CONTEXTO DA PESQUISA	95
4.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO E POPULAÇÃO ESTUDADA	97
4.3	INSTRUMENTO	97
4.3.1	Descrição	97
4.3.2	Aplicação	100
4.4	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	102
4.4.1	Variável Dependente	102
4.4.1.1	<i>Transtornos de Conduta</i>	102
4.4.1.2	<i>Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do Uso Nocivo de Substância Psicoativa</i>	103
4.4.1.3	<i>Retardo Mental</i>	103
4.4.1.4	<i>Transtornos Hipercinéticos</i>	104
4.4.1.5	<i>Esquizofrenia</i>	105
4.4.1.6	<i>Transtornos Mentais Orgânicos</i>	106
4.4.1.7	<i>Estados Ansiosos</i>	106
4.4.1.8	<i>Estados Depressivos</i>	106
4.4.1.9	<i>Outros Transtornos Psicóticos</i>	107

4.4.2	Variáveis Independentes	108
4.4.3	Variáveis Psicossociais	109
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	110
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	111
5	RESULTADOS	113
6	DISCUSSÃO	126
6.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS	126
6.2	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	128
6.3	PERFIL DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA	136
6.4	RELAÇÃO TIPO DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO–NATUREZA DO DELITO	145
6.5	FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	149
6.6	DADOS PARA PLANEJAMENTO DE MEDIDAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI	152
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
	REFERÊNCIAS	164
	APÊNDICE A – MPACL– I : Parte A	185
	APÊNDICE B – MPACL– I : Parte B	186
	APÊNDICE C – MPACL– I : Parte C	188
	APÊNDICE D – MPACL– II : Entrevista Psiquiátrica Semi- Estruturada	189
	APÊNDICE E – MPACL– III : História Psicossocial do Menor	191
	ANEXO A – Autorização do Juizado da Infância e Adolescência	194
	ANEXO B – Autorização da Comissão de Ética do Centro de Estudos e Pesquisas Juliano Moreira	195
	ANEXO C – Consentimento Informado	196
	ANEXO D – Critérios Diagnósticos para Pesquisa	197

1 INTRODUÇÃO

A morbidade psiquiátrica associada à conduta transgressora na adolescência é um fenômeno universal, com particularidades demográficas, econômicas e socioculturais, conforme demonstram as pesquisas que fundamentam este estudo^{1,2,3}.

A polêmica relação entre transtornos mentais e comportamento violento merece especial atenção, bem como a presença de fatores psicossociais de risco, os quais pode tornar o adolescente vulnerável ao cometimento de ato delituoso⁴. Diversos transtornos psiquiátricos podem cursar com comportamento violento, dentre estes: transtornos de conduta, transtornos de personalidade e de comportamento, transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa, transtornos hipercinéticos, retardo mental, esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos mentais orgânicos.

Nos países em desenvolvimento, há carência de pesquisas científicas em epidemiologia da saúde mental juvenil, assim como de intervenções nessa área. Essas investigações são essenciais para que se possa, de modo eficaz, projetar, executar e avaliar ações de políticas de saúde pública, voltadas para o adolescente autor de ato infracional⁴.

Estudos registrados em relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), relativos, principalmente, às duas décadas anteriores a essa publicação, revelaram que, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, mais de 25% das pessoas apresentaram uma ou mais perturbações mentais ou comportamentais durante toda a sua vida. Os problemas de saúde mental correspondem a 12% das doenças ocorridas no mundo, enquanto os orçamentos destinados à saúde mental, na maior parte dos países, representam menos de 1% dos gastos totais em saúde. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental para crianças e adolescentes. A prevalência de transtorno psiquiátrico em jovens brasileiros é de, no mínimo, 12,5% e varia de acordo com o lugar onde ocorreu o estudo e a metodologia utilizada⁴.

De acordo com o relatório anual do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), intitulado *Situação Mundial da Infância – 2005*, cerca de 50% dos 2,2 bilhões de crianças e adolescentes do mundo são vítimas de pobreza e conflitos armados, sendo esses fatores considerados as maiores ameaças à saúde dos jovens⁵.

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira compreende um total de 184.710.831 habitantes e cerca de 40% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos⁶. Conforme as informações da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SPDCA), o Brasil conta com 39.578 jovens infratores, e, destes, 13.489 estão cumprindo medidas socioeducativas em regime fechado. No Brasil, existe um déficit de vagas

para indivíduos em regime de privação de liberdade, pois a relação é de 11.199 vagas para 13.489 internos⁷.

Embora objeto de controvérsias no âmbito do conhecimento psiquiátrico contemporâneo, a associação entre transtornos psiquiátricos acometendo adolescentes e o risco aumentado de esse grupo cometer delitos e crimes já pertenceu à tradição da psiquiatria clássica como um fato estabelecido, quase axiomático, mas, sobretudo, amparado por dados de observação clínica cuja interpretação, quase sempre, se fazia à luz de ideologias inspiradas no positivismo ou no darwinismo-social, que, até poucos anos atrás, prevaleciam hegemonicamente nas concepções teóricas e práticas da psiquiatria forense^{8,9}.

A expansão das neurociências nos últimos trinta anos e a incorporação de contribuições sociológicas, antropológicas e de outras variedades de ciências humanas e do comportamento à psiquiatria e à criminologia abalaram os alicerces do conhecimento ora referido, embora não tenham provocado a sua dissolução. Ao contrário, hipotéticas determinantes sociobiológicas vêm servindo de base para novas formulações teóricas, que estão fornecendo suporte científico para esse paradigma psiquiátrico e criminológico. Apesar de várias contribuições da psiquiatria social moderna, baseadas em novas evidências empíricas fornecidas pelos estudos epidemiológicos em saúde mental, confrontarem-se com as antigas concepções psiquiátricas, a questão continua sendo polêmica e, mesmo sem o vigor de outrora, esse paradigma ainda se impõe nos saberes que dão suporte às doutrinas do direito penal e às políticas de segurança pública na maioria dos países do mundo, incluindo-se entre eles o Brasil^{8,9}.

O estudo sobre o perfil de morbidade dos adolescentes privados de liberdade na Casa de Acolhimento ao Menor (CAM), em Salvador, Bahia, mostra-se inovador, porque abre uma linha de pesquisas em psiquiatria forense, voltada não apenas para identificar as características e a prevalência das patologias que acometem os jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, como também fatores de risco para transtornos psiquiátricos e associação entre tipo de patologia e natureza do delito. A CAM/BA é uma unidade da Fundação da Criança e do Adolescente (Fundac), ligada à Secretaria do Trabalho e da Ação Social do Estado da Bahia (Setras) e ao Juizado da Infância e da Juventude.

O interesse pelo tema foi despertado pela vivência prática em psiquiatria infanto-juvenil, aliada ao desejo de contribuir com informações científicas para a execução de práticas que venham a atender ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁰.

A relevância do estudo pode ser avaliada pela sua capacidade de estimular ações de prevenção primária, secundária e terciária em saúde mental infanto-juvenil; sistematizar as doenças psiquiátricas e psicológicas, identificadas nesse universo; mostrar a importância da presença de uma equipe de saúde mental junto ao Juizado da Infância e Adolescência; oferecer ao Estado informações para subsidiar a reformulação de políticas sociais para o menor infrator e fornecer dados iniciais para a criação de um núcleo de estudos e pesquisas em psiquiatria forense. Dessa forma, busca-se o cumprimento das leis, estabelecidas na *Constituição Federal do Brasil de 1988*¹¹, que consagram como direito de todos os cidadãos o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de responsabilidade direta do Estado.

REVISÃO DA LITERATURA



Figura 1 – *Menino com Estilingue* (1947)⁽¹⁾

Autor: Cândido Portinari (1903–1962)

Fonte: Fundação Portinari, 2005

⁽¹⁾ Portinari, filho de imigrante italiano, fez de sua pintura instrumento de denúncia social. Suas obras, inspiradas nas secas nordestinas, são de grande força dramática, acentuada pela distorção das figuras. Pintou retirantes, espantalhos, meninos, lavadeiras e favelados. Seus retirantes são esqueléticos, barrigudos, cada rosto uma máscara de sofrimento. Em *Menino com Estilingue* – valioso retrato da realidade brasileira –, utilizou a técnica óleo sobre tela, nas dimensões 100 x 60 cm. Disponível em: http://www.portinari.org.br/IMGs/jpgobras/OAa_1106.JPG [4 dez. 2005].

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONTRIBUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PSIQUIATRIA

2.1.1 Evolução Histórica da Psiquiatria na Infância e na Adolescência

O conceito de normalidade psíquica vem evoluindo no decorrer dos tempos.

Doentes mentais sempre existiram – quer fossem temidos, admirados, torturados, isolados ou até mesmo ridicularizados por indivíduos considerados normais. Como em sua essência o homem é um ser pensante, mesmo em períodos anteriores à invenção da escrita, ele já buscava compreender as razões das peculiaridades comportamentais e físicas dos seres humanos. Quando as causas das doenças não se mostravam evidentes, o homem pré-histórico as atribuía a influências malignas sobrenaturais. Naquele momento, não existia separação entre o sofrimento físico e o mental, nem, tampouco, entre medicina, religião e magia^{12,13}.

Aos poucos, a doença mental foi se desvinculando do misticismo e da religião, à medida que novos conceitos foram sendo introduzidos, possibilitando maior entendimento dos distúrbios psiquiátricos, assim como a busca de um contato mais humano com os portadores de insanidade mental. No início do século XIX, Johann Reil (1759-1813) foi pioneiro no uso do termo psiquiatria, referindo-se ao tratamento da mente. Graças ao conhecimento acumulado desde a Antiguidade, a psiquiatria pôde, finalmente, se afirmar como um ramo da medicina, ganhando orientação científica e acadêmica já em meados do século XIX^{14,15}.

Com a psiquiatria infanto-juvenil não foi diferente. Esta é uma área de conhecimento cuja prática requer uma atuação interdisciplinar dos profissionais a ela dedicados. O interesse suscitado por ela entre médicos, psicólogos, pedagogos e outros profissionais conduziram à evolução dos conhecimentos de psiquiatria infanto-juvenil ao longo dos últimos séculos. Com o passar do tempo, esvaziou-se a idéia de que investir em deficientes mentais constitui uma perda social. Verificou-se a eficácia dos tratamentos psiquiátricos, à medida que foram observadas a melhora do estado psíquico de alguns pacientes e a possibilidade de reintegrá-los à sociedade. O despertar de toda e qualquer ciência justifica-se pelo seu momento histórico. Faz-se, portanto, imprescindível proporcionar um panorama evolutivo da disciplina, considerando não apenas os conhecimentos médico-psicológicos que impulsionaram os avanços científicos, mas, a conjuntura, que possibilitou o desenvolvimento dessa sub-especialidade¹⁶.

A psiquiatria infanto-juvenil é uma área de grande abrangência e complexidade. Segundo Ajuriaguerra, “a criança foi considerada por muito tempo como um adulto em miniatura, mas, na realidade, ela é um ser em formação, com características singulares”¹⁷.

A partir do século XVIII, cresceu o interesse pelo desenvolvimento da criança como indivíduo. Com a descoberta de um menino selvagem nos bosques de Aveyron, na França, tratado pelo médico-chefe do Instituto de Surdos-Mudos, em Paris, Jean Itard, ganharam espaço os estudos de psiquiatria infantil^{12,16}.

Outra figura importante, empenhada na educação dos excepcionais, foi Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827), natural de Zurique, na Suíça, patrono das primeiras instituições de à criança excepcional em situação de miséria. Algumas dessas instituições visavam à reabilitação social de infantes que viviam à beira da marginalidade. Pestalozzi, Edward Seguin (1817-1850), Philippe Pinel (1765-1826), dentre outros, fundaram as primeiras escolas para crianças com dificuldades de aprendizagem^{12,18}.

A partir da segunda metade do século XIX, ocorreram contribuições de relevo no cenário da psiquiatria infantil. Na Inglaterra, Langdon Down (1828-1896), em 1866, destacou-se por ter descrito a síndrome que hoje leva o seu nome. Em 1887, a publicação *Distúrbios Psíquicos da Infância*, de Hermann Emminghaus – para quem a criança delinqüente era emocionalmente doente, e não moralmente má –, trouxe uma apresentação sistemática das doenças psiquiátricas da criança^{12,14}.

Na França do final do século XIX, Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909), dedicava-se ao tratamento de crianças excepcionais, quando instalou o primeiro centro pedagógico especializado. Destacaram-se, nessa época, também na vertente pedagógica, John Dewey (1859-1952) e Maria Montessori (1870-1952), grandes educadores que foram responsáveis pela implantação de classes ditas especiais e de jardins-de-infância na Europa e na América¹⁹.

Em 1905, Sigmund Freud (1856-1939) lançou os três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade, que ressalta a complexidade do desenvolvimento libidinal da criança e suas etapas²⁰. Essa foi uma das grandes contribuições psicanalíticas para

a psiquiatria infantil. Da mesma forma, a noção de complexos constituídos e interiorizados no inconsciente, os quais podem impulsionar os atos conscientes da vida mental, foi relevante para que a psiquiatria infantil se firmasse como especialidade^{17,20}.

Na França, Alfred Binet (1857-1911) desenvolveu a primeira escala de inteligência em 1905²¹. Em 1908, o alemão Heller descreveu em sua monografia a *dementia infantilis* – uma primeira forma de doença mental na criança –, que hoje se insere no quadro de esquizofrenia infantil¹⁶. Naquela época, a criança ainda não tinha grande significado social. Somente no decorrer do século XX, ela passou a ser melhor estudada.

Em 1920, membros do Movimento Nacional de Saúde Mental fundaram a *Child Guidance Clinic* nos Estados Unidos, com a proposta da interdisciplinaridade entre a psiquiatria, a psicologia e a assistência social, no que se refere ao atendimento infanto-juvenil¹⁸.

Em Boston, Clarence Darrow (1857-1938) publicou *Crime, Its Causes and Treatment* (1922), defendendo a idéia de que a punição não trata o delinqüente¹². Posteriormente, em Yale, ainda nos Estados Unidos, Arnold Gesell (1880-1961)²² delineou as formas iniciais de crescimento das crianças consideradas normais e interpretou os desvios no desenvolvimento infantil, de grande impacto na prática clínica.

O autor italiano Sancte de Sanctis, que elaborara o conceito de demência infantil com o nome de *demência precocíssima* em 1906, publicou alguns dos seus trabalhos sobre a doença mental na infância, em 1925¹⁷. Pioneiro ao dar à psiquiatria infantil uma estrutura própria, Leo Kanner, que escreveu *Psiquiatria Infantil* em 1935, descreveu o autismo infantil precoce, ou doença de Kanner, em 1949. Ele foi o responsável pela integração da psiquiatria infantil com a pediatria^{13,16}.

Fortemente influenciado pela psicanálise, Williams Healey, em 1936, realizou estudos sobre conduta anti-social, delinqüência e criminalidade infantil¹².

Finalmente, após um século da realização dos primeiros estudos de psiquiatria infantil, a disciplina adquiriu, em 1937, independência como especialidade médica no Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil, em Paris. A partir de então, multiplicaram-se os estudos nessa área²³.

Ocorreram pesquisas no período pós-Segunda Guerra Mundial, baseadas em observações das reações psicológicas das crianças internadas, nessa época, em creches e enfermarias pediátricas¹⁷. Entre os autores de psicologia infantil dessa fase, merecem destaque: o francês René Spitz (1887-1974), que desenvolveu em Paris um trabalho aprofundado sobre a depressão anaclítica, em 1946; e o inglês John Bowlby (1907-1991), que estudou a primeira fase do comportamento de vinculação do afeto do recém-nascido e discriminou a resposta à voz, à visão e aos estímulos táteis provenientes do corpo materno¹⁷.

S. Freud estabeleceu as bases psicanalíticas de tratamento, que vieram a ser exploradas, posteriormente, com um enfoque maior na criança, por Melaine Klein (1882-1960), com *Relato del Psicoanálisis de un Niño* (1961), e Ana Freud (1895-1982), em *Infância Normal e Patológica* (1965)¹².

Nas décadas de 1960, 1970 e 1980, houve a grande expansão da psicanálise, seguida do aparecimento de uma série de linhas psicoterápicas. A partir de então, a psiquiatria social, que explica a doença mental como produto principalmente do modelo social, passou a ocupar um espaço relevante. Essa corrente tem, ainda hoje, um desempenho valioso nas comunidades, atuando na prevenção da doença mental e na reabilitação do indivíduo¹².

Nestas últimas décadas, as mudanças científicas vêm alcançando a psiquiatria infanto-juvenil, provocando a revisão de conceitos e a construção de um corpo teórico que propicia uma maior intervenção terapêutica nos transtornos que ocorrem nessa etapa do desenvolvimento.

Na época atual, a psiquiatria infantil pode ser vista sob três vertentes: a biológica, a psicológica e a social. No plano biológico, ela se caracteriza pela interface médica, em que se evidenciam as preocupações nosológicas e as etiológicas das patologias. Nessa esfera, estão as chamadas neurociências, que tratam das relações entre cérebro e comportamento, unindo disciplinas como bioquímica, biofísica, fisiologia e outras. No âmbito psicológico, a psiquiatria infantil enfoca práticas de tratamento que envolvem teorias e técnicas de diversas linhas psicoterápicas. Cabe lembrar o papel do desenvolvimento cognitivo, de acordo com

as concepções de Jean Piaget (1896-1980), Liev Semio Vygotski (1896-1934), dentre outros. Sob o ponto de vista social, aborda fatores socioculturais e socioeconômicos, bem como a inter-relação criança-família¹⁶.

Os avanços em áreas como genética molecular, neuroquímica, neurofisiologia, farmacologia, informática e ciências humanas proporcionam um novo caminho para o desenvolvimento das pesquisas e para uma melhor qualidade da assistência prestada aos menores que apresentam transtornos psiquiátricos.

Ainda durante a década de 1990, progressos marcantes ocorreram na área da genética molecular, dirigidos para o estudo das patologias psiquiátricas de início na infância. As anormalidades genéticas permaneceram como tema de estudo quando se trata de psicoses, tiques, transtorno obsessivo-compulsivo, formas familiares de dislexia e transtornos globais do desenvolvimento. Avanços significativos da biologia molecular deverão abrir novos caminhos para a compreensão das patologias psiquiátricas da criança e do adolescente²⁴.

Os aspectos neuroquímicos do funcionamento cerebral vêm se integrando a novas perspectivas da neuroanatomia e da neurofisiologia. O estudo da influência desses fatores no desenvolvimento normal e patológico está sendo enriquecido com a adoção de métodos de imagens cerebrais. A elucidação de fatores causadores das doenças, assim como a conquista da eficiência de agentes neurofarmacológicos, encorajam pesquisadores na busca das bases biológicas dos transtornos psiquiátricos infanto-juvenis²⁵.

Recentemente, além da eletroencefalografia, passaram a ser utilizados métodos mais confiáveis, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, além de técnicas funcionais, entre estas as tomografias por emissão de pósitron e fóton único. Esses recursos vêm propiciando a expansão das pesquisas, em psiquiatria, que utilizam a neuroimagem²⁶.

A neuropsicologia é uma ciência avançada, fato comprovado pela eficácia dos testes para avaliação de transtornos cerebrais, bem como pela eficiência no diagnóstico de distúrbios psicopatológicos da criança e do adolescente, com mais freqüência na área da aprendizagem²⁷.

É função da psiconeuroimunologia estabelecer a relação entre o sistema nervoso, o comportamento e o sistema imune. Esse elo tem sido explorado cientificamente, visando à ampliação dos conhecimentos acerca dos efeitos do estresse sobre a imunidade²⁸.

Cabe à psiconeuroendocrinologia investigar distúrbios neuroendócrinos, relacionados à fisiopatologia neuroendócrina, ao metabolismo dos neurotransmissores e ao comportamento humano. Essa área do conhecimento focaliza transtornos alimentares, nanismo psicossocial, transtornos invasivos do desenvolvimento e outros²⁹.

Portanto, nestas últimas décadas, as mudanças científicas vêm alcançando a psiquiatria infanto-juvenil, provocando a revisão de conceitos e a construção de um

corpo teórico que propicia uma maior intervenção terapêutica nos transtornos que ocorrem nessa etapa do desenvolvimento.

No que se refere à evolução da psiquiatria infanto-juvenil no Brasil, o interesse pela saúde mental da criança e do adolescente foi despertado no século XX, com a divulgação dos estudos de psicanálise desenvolvidos por S. Freud, em *Três Ensaios sobre Sexualidade (1901-1905)*²⁰, *O Caso do “Pequeno Hans”*⁸⁰ e *Uma Neurose Infantil (1919)*³¹, dentre outros¹⁶. Em 1932, foi criada a Sociedade Pestalozzi em Belo Horizonte e, três anos depois, o Instituto Pestalozzi para atendimento a crianças portadoras de deficiência mental ou sensorial. O Hospital Neuropsiquiátrico Infantil de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, e a escola de Franco da Rocha, implantada no Hospital do Juquery, foram de especial importância para o desenvolvimento do tratamento psiquiátrico infantil. Desempenharam papel relevante na estruturação da psiquiatria infantil no Brasil profissionais como: Leme Lopes (1904-1990), no Rio de Janeiro; Carvalhal Ribas (1914-2000), Joy Arruda e Stanislau Krinsky (falecido em 1996) em São Paulo, formadores de novos psiquiatras nessa especialidade. Krinsky e Antonio Branco Lefèvre foram os criadores da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil³².

Na década de 50, em Salvador, a assistência a menores portadores de graves enfermidades psiquiátricas foi prestada pelo Hospital Juliano Moreira, no Pavilhão Victor Soares, sob a coordenação do Dr. Viomário Silva⁽²⁾

⁽²⁾ Dado fornecido em comunicação informal pela Profa. Rosa Garcia Lima, Doutora em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e Profa. Adjunta de Psiquiatria da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Ainda na Bahia, as atividades de saúde mental infanto-juvenil desenvolveram-se na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia a partir de 1954, quando a especialidade pediatria tinha como Catedrático o Hosannah de Oliveira. Os primeiros atendimentos são realizados pelo psiquiatra Álvaro Rubim de Pinho (1922-1994) e por seus seguidores: Orlando Sales, neuropediatra, e Luís Fernando Pinto, psiquiatra da infância e da adolescência. Desde 1980, o programa, que contou com o estímulo do então Titular de Pediatria Nelson Barros, vem sendo coordenado pela psiquiatra Solange Rubim de Pinho, que desenvolve atividades interdepartamentais: Psiquiatria–Pediatria³³.

Em 1996, durante o XIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria³⁴, em Belo Horizonte, foi criado o Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Associação Brasileira de Psiquiatria, o qual tem hoje como coordenador Francisco Baptista de Assumpção Jr.

Para vincular a saúde mental infanto-juvenil ao direito, surge a psiquiatria forense da criança e do adolescente, a qual requer conhecimentos teóricos e práticos diferenciados.

2.1.2 Aspectos Históricos e Individualização da Psiquiatria Forense

A psiquiatria forense se ocupa da aplicação dos conhecimentos do profissional médico para auxiliar o trabalho da Justiça, esclarecendo os casos em que o indivíduo apresenta estados alterados na sua saúde mental. Pode abranger questões de credibilidade, culpabilidade e custódia³⁵.

À medida que se conhecem os determinantes sociais e pessoais da criminalidade, melhor se pode entender a articulação entre contexto, história, personalidade, valores, recursos e estado mental, na gênese do comportamento criminoso. Dessa forma, é preciso identificar as populações propensas à conduta delituosa, e dar início a um processo preventivo de reparação dos fatores criminogênicos, promovendo o bem-estar e a segurança da sociedade como um todo³⁶.

No que se refere ao comportamento do indivíduo infrator, direito e psiquiatria abordam o assunto sob diferentes perspectivas. Enquanto o direito procura proteger a sociedade dos comportamentos anti-sociais, submetendo seus membros às leis; a psiquiatria busca cuidar do indivíduo, avaliando suas condições psíquicas e motivações para o crime. Com essa análise, evita-se a punição de doentes mentais por crimes pelos quais não podem se responsabilizar, e se instrumentaliza o direito para avaliar a culpa ou a inocência do indivíduo³⁶.

Fatos que marcaram a evolução da psiquiatria forense ocorreram em muitas civilizações, em diversos momentos da história da humanidade.

Hamurabi, rei da Babilônia de 1792 a 1750 a.C., instituiu um dos mais antigos sistemas de leis e de sentenças, posteriormente denominado *Código de Hamurabi*. Seu principal postulado foi a Lei de Talião – sintetizada na máxima *olho por olho, dente por dente* –, a qual propiciou um grande avanço no campo do direito, uma vez que, a partir de então, o castigo passou a alcançar apenas o autor do delito, não se estendendo mais aos seus familiares. Perante as leis do código hamurabiano, não

havia diferença, quanto aos direitos e deveres, entre o homem sadio e o doente mental, sendo a loucura considerada como possessão demoníaca. Nele se deu o primeiro encontro entre a psiquiatria e o direito, quando dispôs sobre um mal neuropsiquiátrico – a epilepsia³⁷.

Na Roma antiga, no começo do período republicano, foi instituída a *Lei das XII Tábuas* (450 a.C.), substituindo as leis consuetudinárias. Esse código é de grande importância para a psiquiatria forense, pois apresenta artigo dispendo, pela primeira vez na história, sobre a figura do *arbiter* como precursor do perito médico, que era solicitado a dar parecer sobre a sanidade mental do infrator. Cabe ressaltar que o artigo da *Lei das XII Tábuas* sobre a incapacidade civil dos loucos foi o precursor de artigos do *Código Civil* brasileiro de 1916 que tratam da incapacidade civil dos *loucos de todo o gênero* e dos *pródigos*, levando-os à curatela e à incapacidade de gerir sua própria pessoa e seus bens³⁷.

No século VI d.C, em Constantinopla, o imperador Justiniano, influenciado ainda pela *Lei das XII Tábuas*, compilou e organizou textos de lei, decretos etc., integrando o *Corpus Juris Civilis*, grande obra do direito que influenciou, de forma direta, os sistemas legais do Ocidente, inclusive os vigentes nos dias de hoje. De acordo com essa legislação, a justiça é feita pelo Estado, que traz para si a tarefa de julgar e reprimir as condutas delinqüentes. Dispõe não só sobre a incapacidade dos *loucos* para testar e herdar, como também a respeito da curatela desses indivíduos³⁷.

Durante a Idade Média, os *loucos* não eram vistos como doentes que precisassem de cuidados especiais. Apesar de o clero ter cometido injustiças, promovendo a Inquisição e levando muitos deles à fogueira, foi por iniciativa do clero que começaram a tomar forma os primeiros trabalhos de medicina legal, ainda no século XIII^{12,37}.

No século XVI, em Roma, os responsáveis pela lei já revelavam bom entendimento da capacidade psicológica dos indivíduos, reconhecendo que menores de 12 anos do sexo feminino e de 14 anos do masculino não deveriam ser castigados, por presunção de falta de discernimento. A ancianidade, bem como os estados passionais, eram circunstâncias atenuantes. Assim como no velho direito romano, ao *furiosus* criminoso não era imputado o delito³⁸.

As doutrinas racionais começaram a ganhar espaço em diversos lugares da Europa, sobrepunhando as doutrinas místicas, e o perito passou a assumir papel relevante em muitas cortes de justiça entre os séculos XVI e XVII³⁷.

A primeira grande obra de medicina legal – *Quaestionum Medico-Legalium* – coube a Paulo Zacchia, médico dos tribunais eclesiásticos de Roma e do Estado Pontifício³⁷.

A abordagem de casos de criminosos que apresentavam doença mental já ocorria na época de Pinel, mas a criação de manicômios judiciários só se deu a partir de 1860, tendo sido o primeiro deles o Manicômio Judiciário de Broadmoor, situado na Inglaterra³⁷.

Na Itália, o médico-legista e psiquiatra Cesare Lombroso (1836-1909), autor da obra *L'Uomo Delinquente* (1896), defendeu a concepção do criminoso nato e a existência de determinantes biológicos para a conduta delinqüente. Segundo ele, eram estigmas de criminalidade: assimetria do cérebro e do crânio; capacidade reduzida do crânio; fronte fugidia; saliência e assimetria da arcada suprafacial; prognatismo; orelhas em forma de asa; raridade de pêlos; tatuagem; impulsividade e insensibilidade moral; ausência de remorso; mentira; vaidade e vingança. “Este autor histórico representa, portanto, uma tentativa de análise da psicopatia segundo o prisma da antropologia física”³⁹. Suas concepções tiveram grande repercussão na época e foram difundidas em vários países, criando-se, então, uma escola criminológica dedicada ao estudo da tipologia criminal por ele proposta. Sua obra constituiu-se em um marco da história da psiquiatria forense^{14,37}.

As obras de Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), ricas em ensinamentos de psiquiatria forense, tratam das relações da psicopatologia com o direito civil e o penal, trazendo casos clínicos e questões importantes sobre o tema. O *Tratado de Psicopatologia Forense* (1897), de Krafft-Ebing, elevou “a psiquiatria forense ao status de saber autônomo, distinto da psiquiatria e da medicina legal”³⁷.

2.1.3 Psiquiatria Forense no Brasil e na Bahia

Para compreender melhor como se iniciou a psiquiatria forense no Brasil, é necessária a abordagem de alguns dados históricos anteriores ao fato.

Foi fundada na Bahia, em 1808, a primeira escola médica – Escola de Cirurgia da Bahia –, que, em 1832, ganhou a denominação de Faculdade de

Medicina da Bahia, sendo então criado o ensino médico-legal. Ainda nesse ano, e no mesmo decreto, foi criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro⁴⁰.

Até o século XIX, profissionais de renome reclamavam a falta de formação de médicos-legistas. Somente em 1900, foi organizado o gabinete médico-legal do Rio de Janeiro, passando esses profissionais a examinar indivíduos suspeitos de ser portadores de transtorno mental. Assim, a psiquiatria no Brasil começou a se organizar na segunda metade do século XIX, sendo elaboradas nesse período as primeiras teses, que tomavam como base as idéias de Philippe Pinel, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) e Bénédict Morel (1809-1873). A partir do século XX, novos trabalhos de psiquiatria forense, já então fundamentados nos estudos de Wilhelm Griesinger (1817-1868), Emil Kraepelin (1856-1925) e outros, foram produzidos⁴¹.

No âmbito nacional, contribuíram efetivamente para o desenvolvimento da psiquiatria, dentre outros: Nina Rodrigues (1862-1906), com seu trabalho reconhecido internacionalmente intitulado *Os Africanos no Brasil* (1930); Juliano Moreira (1873-1933), autor de obras como *A New Contribution to the Study of Dementia Paralytica in Brazil* (1913) e *Les Maladies Nerveuses et Mentales au Brésil* (1913); Afrânio Peixoto (1876-1947), com suas publicações *Epilepsia e Crime* (1898), *Psicopatologia Forense* (1923) e *Novos Rumos da Medicina Legal* (1938); Arthur Ramos (1903-1949), autor de *Loucura e Crime* (1937) e *A Criança Problema* (1939), célebre não só como médico, mas principalmente como antropólogo; e Álvaro Rubim de Pinho, que, preocupado com o compromisso social da psiquiatria, publicou importantes trabalhos nas áreas transcultural e forense, a exemplo de

Aspectos da Medicina Informal em Algumas Áreas Culturais Brasileiras (1985) e *Analyse Psychologique des Actes de Violence* (1984)^{37,40,42,43}.

Na Bahia, Nina Rodrigues contestou as idéias de Lombroso, acerca da biotipologia criminal. Em uma de suas pesquisas, mediu os esqueletos de cinco grandes criminosos de etnias diferentes, não encontrando qualquer das medidas apontadas pelo mestre italiano, que reconheceu a valiosa contribuição do cientista brasileiro à medicina legal⁴⁴.

Alguns fatos ocorridos na cidade do Salvador, a partir do final do século XIX, merecem registro. Um deles foi a inauguração do Asilo São João de Deus no antigo Solar da Boa Vista, em 1874. Em 1881, foi criada a Cadeira de Doenças Nervosas e Mentais nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro⁴⁰.

Até transferir-se para o Rio de Janeiro, em 1904, Juliano Moreira destacou-se como médico e professor, em Salvador, dedicando-se aos doentes mentais do Asilo São João de Deus, hoje Hospital Juliano Moreira, e às atividades médico-científicas no Estado da Bahia⁴².

Ao longo da década de 1920, o Brasil assistiu a um crescimento expressivo dos trabalhos de psiquiatria forense. O primeiro manicômio judiciário do país foi criado em 1921, na cidade do Rio de Janeiro. Em 1928, foi criado o Manicômio Judiciário da Bahia, em sessão do Conselho Penitenciário⁴⁰.

Outro trabalho marcante na área da medicina legal, que versou sobre a relação entre crime e problemas sociais, foi realizado pelo alagoano Estácio de Lima (1896-1985). Desse estudo resultaram a permissão do livramento condicional aos remanescentes do grupo de Lampião e a publicação intitulada *O Mundo Estranho dos Cangaceiros*, reconhecida internacionalmente⁴⁴.

Entre 1962 e 1994, ocorreu um declínio das atividades científico-forenses no Brasil, constatado pelo escasso número de trabalhos e pela redução das discussões sobre temas forenses nos encontros de psiquiatria. Nesse mesmo período, diferentes países voltavam a atenção para questões relativas à prática de atos violentos por doentes mentais, aos direitos humanos desses indivíduos e a novas formas de tratamento⁴⁵.

Planejado pelo Professor Álvaro Rubim de Pinho, juntamente com colegas e colaboradores interessados na interface lei–psiquiatria, foi criado em 1995, durante o XIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, o Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da Associação Brasileira de Psiquiatria, com o objetivo de estimular pesquisas científicas na especialidade⁴⁵.

A psiquiatria não deve constituir-se apenas num discurso ou num instrumento de poder. [...] Mas é fundamental que não se omitam de assessorar os poderes competentes na elaboração e na aplicação das leis que têm a ver com a profilaxia e o tratamento dos distúrbios psíquicos e, genericamente, com os direitos dos pacientes⁴⁵.

Considerando-se as particularidades biológicas, psíquicas e sociais do adolescente, há uma preocupação em atender às demandas da lei, do indivíduo e

da sociedade. Nesse ponto de convergência, novos estudos despertam o interesse de profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

2.2 O JOVEM EM CONFLITO COM A LEI

2.2.1 Adolescência – um Desafio

A palavra adolescência vem do verbo em latim *crescere*, que significa crescer até a maturidade. Refere-se à fase do desenvolvimento humano caracterizada pela passagem da infância à juventude e que começa após a puberdade. Quanto ao termo puberdade, designa o período em que ocorrem as transformações orgânicas ligadas à adolescência – o amadurecimento das glândulas reprodutoras e o aparecimento das características sexuais secundárias⁴⁶.

Para a Sociologia, a adolescência estaria na dependência da inserção do homem em cada cultura, variando, portanto, segundo a cultura; a Antropologia a enxerga como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, envolvida por rituais de passagem e iniciação, presentes também em diversas culturas; o Direito define essa fase, baseado nas questões de maioridade e menoridade, que variam de acordo com a legislação vigente; já a Medicina vê a adolescência como o período no qual ocorre o processo de crescimento e desenvolvimento corporal, caracterizada por grandes transformações biopsicossociais [...]⁴⁷.

São freqüentes na adolescência as seguintes características: busca da identidade, tendência a agrupar-se, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, vivência peculiar de temporalidade, evolução sexual do auto-erotismo até a genitalidade adulta, atitude social de contestação, postura contraditória diante de determinadas situações, flutuações no humor e estabelecimento de uma nova relação pais-filhos⁴⁸.

A OMS define como adolescente “o indivíduo entre 10 e 19 anos, contudo, esses limites são imprecisos, podendo variar de acordo com a cultura e o próprio indivíduo”⁴.

Segundo o Unicef, “o conceito de adolescente é polêmico e aponta para peculiaridades e diversidades de expressão dessa fase da vida nas diferentes sociedades e culturas”⁴⁹. Assim sendo, a adolescência brasileira não pode ser vista como um conjunto homogêneo, se observadas as diversas regiões e camadas sociais do país.

O ECA¹⁰ define, no artigo 2º, que adolescente é o indivíduo que se encontra entre 12 e 18 anos de idade. Em parágrafo único, a lei expressa que, excepcionalmente, estão inclusas as pessoas entre 18 e 21 anos, que, por exemplo, por prolongamento da medida de internação, permanecem na instituição até os 21 anos de idade.

Na nossa sociedade, apenas uma minoria de jovens tem acesso ao ensino de nível superior, enquanto um número expressivo abandona os estudos antes de completar o primeiro grau e entra para o mercado de trabalho precocemente. A sociedade emite mensagens contraditórias na medida em que obriga alguns jovens a se tornar adultos muito cedo e, ao mesmo tempo, considera esse jovem adulto como adolescente. O padrão para a entrada do jovem no mundo adulto é culturalmente construído e relacionado com a expectativa de desempenho de papéis, que varia de acordo com o lugar e o momento histórico⁵⁰. Alguns valores – vencer na vida, tomar decisões, fazer escolhas, construir-se como indivíduo – estão

profundamente vinculados ao modelo apresentado pelo grupo familiar e social. Para Engels (1979), “a família formatou-se ao longo da história segundo os interesses socioeconômicos de cada sociedade”⁵¹.

O desafio imposto ao jovem é assumir novos papéis, o que implica enfrentar riscos, rever relações familiares, com amigos e com outros membros da comunidade, confrontando-se, dessa forma, com a vida adulta. De acordo com Safra (1999), “ocupar um lugar no mundo é ocupar um lugar na vida do outro. Somente a partir desta experiência é que o olhar poderá se voltar para o mundo com curiosidade e desejo”⁵².

Embora, paradoxalmente, sejam indivíduos considerados fisicamente saudáveis, convivem em sua grande maioria com a exposição às drogas, às doenças sexualmente transmissíveis, à vitimização diante da violência e a todos os tipos de excesso.

É a partir do processo socializador amplo, vivido na adolescência, que o sujeito é colocado diante da possibilidade de experimentar seu lugar de cidadão na sociedade, em sua plenitude. [...] A cidadania dos adolescentes, muito mais que um conceito, é uma prática social de forte impacto na democracia do país e na melhoria da qualidade de vida de todos. Essa prática precisa estender-se também para os diversos programas de atendimento aos direitos dos adolescentes, sejam governamentais ou não-governamentais, no sentido de promover processos para a democratização de sua gestão, incluindo a participação dos próprios adolescentes na tomada de decisões e no desenvolvimento de suas atividades⁴⁹.

2.2.2 Conceitos Utilizados no Estudo

2.2.2.1 Transtornos de Conduta

Os transtornos de conduta – diagnosticados apenas em crianças e adolescentes – caracterizam-se por múltiplos e diferentes sinais e sintomas, que traduzem comportamento anti-social⁵³.

De acordo com a *Classificação Internacional das Doenças* (CID-10), da OMS, os transtornos de conduta se manifestam por “padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual os direitos básicos dos outros ou [...] as regras sociais apropriadas para a idade são violadas”. Para ser caracterizado como transtorno de conduta, os sintomas devem permanecer por pelo menos 6 meses. Níveis excessivos de briga, mentiras repetidas, fugas, ataques de birra, desobediência grave e persistente, dentre outros, são comportamentos relativamente comuns na adolescência⁵⁴. Contudo, devem ser levados em consideração todo o desenvolvimento do menor e a forma como ocorrem essas condutas. Atos anti-sociais isolados não caracterizam transtornos de conduta.

Essa categoria diagnóstica – encontrada no capítulo da CID-10 que trata dos transtornos emocionais e de comportamento –, usualmente, tem início na infância e na adolescência, assim como as seguintes categorias nosológicas: transtornos hipercinéticos, transtornos mistos de conduta e emoções, transtornos emocionais com início específico na infância, transtornos de funcionamento social com início na infância e adolescência, transtornos de tiques, outros transtornos emocionais. O transtorno desafiador de oposição está incluído entre os transtornos de conduta⁵⁴.

A CID-10 distingue os tipos de transtorno de conduta a seguir⁴⁷:

- F91.0 Transtorno de conduta restrito ao contexto familiar;
- F91.1 Transtorno de conduta não socializado;
- F91.2 Transtorno de conduta socializado;
- F91.3 Transtorno de conduta desafiador de oposição;
- F91.8 Outros transtornos de conduta;
- F91.9 Transtorno de conduta não especificado.

Os sintomas que caracterizam os transtornos de conduta, ainda de acordo com a CID-10⁵⁴, constam no Anexo D.

No *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)*⁵⁵, publicado pela *American Psychiatric Association (APA)* em 2003, o transtorno de conduta está presente no capítulo dos transtornos de déficit de atenção e de comportamento disruptivo. Esse capítulo inclui o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, o transtorno de conduta, o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de comportamento disruptivo sem outra especificação. De acordo com o DSM-IV, o transtorno de conduta pode ser caracterizado de diversas maneiras: conduta agressiva com danos físicos a outras pessoas ou a animais, conduta não-agressiva que causa perdas ou danos ao patrimônio, defraudação ou furto, e sérias violações de regras. Dentre estes, três ou mais comportamentos devem ter estado presentes durante os últimos 12 meses, com presença de pelo menos um deles durante os últimos 6 meses. Esse transtorno acarreta prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional⁵⁵.

É recomendado que a idade de seu início seja identificada:

- a) tipo com início na infância: início de pelo menos um problema de conduta antes dos 10 anos de idade;
- b) tipo com início na adolescência: nenhum problema de conduta antes dos 10 anos de idade.

Recomenda-se, ainda, que os casos sejam descritos de acordo com o nível de gravidade do transtorno:

- a) *leve*: há poucos problemas de conduta, ou nenhum, além daqueles exigidos para fazer o diagnóstico, e aqueles que existem causam apenas danos menores aos outros;
- b) *moderado*: o número de problemas de conduta e seus efeitos sobre os outros são intermediários entre *leve* e *grave*;
- c) *grave*: há muitos problemas de conduta além daqueles exigidos para fazer o diagnóstico ou os problemas de conduta causam danos consideráveis aos outros, por exemplo, lesão física grave, vandalismo ou roubo⁵⁵.

2.2.2.2 Transtornos de Personalidade

Diferentemente do que ocorre em relação aos transtornos de conduta, no que diz respeito aos transtornos de personalidade, a CID-10 recomenda que esses diagnósticos não sejam utilizados para crianças e adolescentes, mas apenas para indivíduos na idade adulta⁵⁴.

Sobre os transtornos de personalidade,

[...] são anomalias no desenvolvimento psicológico que impedem a integração entre os afetos e as tendências, de maneira que, apesar da capacidade mental poder situar-se em limites normais, o indivíduo evidencia impulsividade, sentimento deficitário de empatia, incapacidade de sentir culpa ou remorso pelos atos danosos e para alguns transtornos é freqüente a incursão criminal³⁹.

Dentre os transtornos específicos de personalidade, estão os de personalidade paranóide, esquizóide, emocionalmente instável (tipo impulsivo e tipo *boderline*), histriônica, anancástica, ansiosa, dependente e anti-social. A psicopatia é um tipo de transtorno de personalidade anti-social, na forma mais grave de sua manifestação. Os transtornos de personalidade podem coexistir com outras patologias psiquiátricas³⁹. Os sociopatas, também conhecidos como psicopatas ou personalidades anti-sociais, podem, ou não, executar delitos⁵⁶.

2.2.2.3 Delinqüência Juvenil

A delinqüência é um termo legal que significa “ato de cometer um delito, ou crime”⁵⁷. A delinqüência juvenil assume significado a partir do momento em que são definidos atos e motivações, bem como analisada a organização psicológica da criança e do adolescente que comete o ato delituoso, tendo por base a ética, a filosofia, a sociologia, a psicologia e a psiquiatria. O termo delinqüência juvenil era utilizado como equivalente a *imbecilidade moral* ou a *déficit de ética*, passando, posteriormente, a envolver comprometimento jurídico, social e moral¹⁷.

O caráter delituoso tem significado distinto em diferentes culturas. Os valores da família, da religião e da sociedade refletem na forma como é entendido o comportamento do jovem transgressor. Do ponto de vista sociológico, a delinqüência

se refere a uma norma social e nem todos os adolescentes com dificuldade de adaptação social podem ser incluídos no grupo de delinqüentes. Contudo, algumas desadaptações podem corresponder a condutas patológicas. Cabe ao médico conhecer a dimensão das questões que envolvem o comportamento humano, quer sejam morais, sociológicas ou jurídicas, bem como identificar os indivíduos portadores de patologia, incentivando as medidas educativas e de proteção àqueles que se encontram ainda em desenvolvimento¹⁷.

Na prática clínica, observa-se a existência de jovens que cometem infrações de maneira ocasional, cuja personalidade não demonstra sinais de anormalidade, mas que necessitam apenas de um suporte psicossocial para sua inserção na comunidade. Um outro grupo seria o dos portadores de transtorno de conduta, os quais apresentam desvios no modo de perceber, sentir e se relacionar com o meio ambiente.

2.2.2.4 Agressividade e Violência

Segundo Houaiss (2001, p.98), agressão é: “ataque à integridade física ou moral de alguém, ato de hostilidade, ação de ofender ou de insultar alguém por meio de palavras; [...] predisposição, inata ou instintiva, que pode revelar-se destrutiva em relação a si mesmo ou a outrem”⁴⁶.

A agressividade, que se expressa em comportamentos reais ou fantasiosos, constitui-se em uma condição natural, um dos caracteres fundamentais de todo ser vivo (Figura 2). A manifestação de agressividade por um adolescente não significa que este é portador de transtorno psiquiátrico; o comportamento agressivo é apenas um sintoma de certos transtornos²¹.

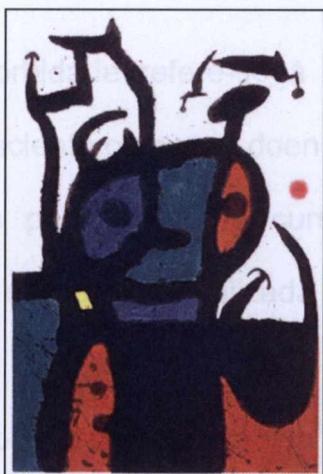


Figura 2 – *O Matador* (1969)⁽³⁾
 Autor: Joan Miró (1893–1983)
 Fonte: Fundação Joan Miró, 2005

De acordo com as características de manifestação, a agressividade pode ser classificada como reativa ou operativa. A primeira decorre de frustração, raiva ou medo e a segunda é planejada para atingir um objetivo específico. Supõe-se que essas manifestações teriam bases neurais diferentes⁵⁸.

Violência é “ação ou efeito de violentar, de empregar força física ou intimidação moral”⁴⁶.

A agressividade e a violência são formas de expressão da impulsividade. Vários são os transtornos associados à impulsividade: transtornos de personalidade, transtornos de conduta, transtornos de humor, transtornos ansiosos e outros⁵⁸.

⁽³⁾ Joan Miró, artista espanhol do movimento surrealista, desenvolveu uma linguagem pictórica, livre e pessoal. Na teoria do surrealismo, os sonhos preponderam em relação à razão, e a imaginação domina o intelecto. A gravura *O Matador*, nas dimensões 139,5 x 95 cm, expressa agressividade por seus tons e formas. Disponível em: <<http://www.diba.es/expomiro/imatge1.htm>>. Acesso em 4 dez. 2005.

2.2.2.5 Comorbidade

O termo comorbidade refere-se à presença de qualquer entidade clínica, coexistindo em um paciente com uma doença particular. A presença de uma ou mais patologias adicionais pode alterar o curso clínico, o prognóstico e terapêutica aplicada. Morbidade é a palavra utilizada para a situação em que se encontra o enfermo portador de uma doença de base que pode ou não coexistir com outra doença a qual será considerada comórbida⁵⁹.

Os transtornos de conduta, próprios da infância e da adolescência, freqüentemente ocorrem em comorbidade com os transtornos hipercinéticos e os transtornos das emoções (ansiedade, depressão e obsessão-compulsão). A comorbidade com o transtorno por uso nocivo de substância psicoativa é comum, principalmente no sexo masculino, podendo evoluir para situação de risco social como perda de emprego, criminalidade, prisão ou, até mesmo, homicídio⁶⁰.

2.2.3 O Poder Público perante os Direitos do Menor

O estabelecimento de leis de proteção às crianças e aos adolescentes como seres em desenvolvimento foi uma exigência das comunidades de todo o mundo, inclusive as do Brasil, preocupadas em defendê-los, utilizando instrumentos de direito válidos, que assegurassem e salvaguardassem a vida desses indivíduos.

A questão da criança como prioridade absoluta foi abordada, pela primeira vez, na *Constituição da República Federativa do Brasil* de 1988¹¹. Assim, menores de 18 anos devem ter assegurada, *em tese*, a satisfação de todas as suas necessidades.

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à liberdade e à convivência familiar e comunitária⁶¹.

O conceito de *menor* abrange duas etapas do desenvolvimento humano: a infância (até 12 anos) e a adolescência (de 12 até 18 anos de idade). Entretanto, as penalidades previstas no ECA¹⁰ – Lei nº 8.069, de 1990 – aplicam-se às pessoas de até 18 anos e, excepcionalmente, dos 18 aos 21 de anos de idade. Crianças e adolescentes têm os mesmos direitos fundamentais, mas, quando incorrem em infrações, que correspondem a atos de conduta descritos como delitos ou contravenções penais, recebem tratamentos diferenciados. A criança infratora fica sujeita às medidas de proteção, que incluem tratamento com o apoio da família ou da comunidade, sem privação de liberdade. O adolescente infrator, entretanto, pode sofrer ação penal mais rigorosa, que implica perda da liberdade. No entanto, o estatuto determina levar-se em consideração, para a definição das medidas socioeducativas, além do tipo de delito, se o adolescente tem maturidade suficiente para avaliar o referido ato⁶².

No que se refere aos limites do poder do Estado sobre a criança e o adolescente, o Estado democrático de Direito deve respeitar a individualidade, só permitindo ação coercitiva quando essa medida se faz necessária para impedir a autodestruição da sociedade⁶³.

Sobre as medidas socioeducativas, reza o estatuto¹⁰, no artigo 112, que, verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

- advertência;
- I.obrigação de reparar o dano;
- II.prestação de serviços à comunidade;
- III.liberdade assistida;
- IV.inserção em regime de semiliberdade;
- V.internação em estabelecimento educacional;
- VI.qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

§1º A medida aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração.

§2º Em hipótese alguma e sob pretexto algum, será admitida a prestação de trabalho forçado.

§3º Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições¹⁰.

Ainda segundo o ECA¹⁰, no artigo 121, os jovens menores de 18 anos são inimputáveis, e as medidas de internação que colocam o menor infrator sob a custódia do Estado, privando-o de liberdade, são reservadas a menores que cometem infrações graves. Apesar de não estar estabelecido o tempo dessa privação, este não deve ultrapassar três anos. A liberação é compulsória aos 21 anos de idade.

Com o *Código Penal*⁶⁴ de 1940, artigo 22, além da exigência de “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado” ou “perturbação da saúde mental”, foram exigidos para a inimputação um prejuízo total ou parcial dos aspectos cognitivos ou volitivos da conduta criminosa e o nexo causal entre o transtorno psiquiátrico e a ação delituosa. A partir daí, passaram a ser considerados inimputáveis todos os menores de 18 anos, e foi inserido o conceito de semi-imputabilidade. Uma nova reforma, em 1984, manteve, no artigo 26, todos os aspectos introduzidos no código anterior.

O *Novo Código Civil*, de janeiro de 2002, assim como o *Código Penal* de 1940, deixa evidente a preocupação de proteger a sociedade contra indivíduos

comprovadamente criminosos, diminuindo o índice de violência, bem como a de cuidar das pessoas que possam ser reabilitadas^{64,65}.

O ECA é aplicável, excepcionalmente, aos que estão privados de liberdade e têm entre 18 e 21 anos de idade, por medida cautelar de prolongamento de internação e assistência judicial¹⁰.

Segundo o estatuto, crianças e adolescentes gozam de todos os direitos fundamentais assegurados a toda pessoa humana. Eles têm direito, além disso, à proteção integral e ao acesso a “todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”⁶⁶.

Atribui-se ao descuido e à presença insuficiente do Estado, nas áreas de educação, saúde, habitação e assistência social, a incidência de conduta ilícita e delinqüência infanto-juvenil nas grandes metrópoles. A falta de estrutura familiar adequada também contribui muito para o processo de desestruturação da personalidade, que leva ao cometimento da ilicitude. É preciso ter uma visão sistêmica dessa questão e reconhecer a responsabilidade da sociedade como um todo – sua moral, seus valores, as relações sociais, a distribuição de suas riquezas – em relação ao comportamento violento da criança e do adolescente, não subtraindo a responsabilidade individual, mas situando-a devidamente em seu contexto⁶⁷. “As medidas socioeducativas são sanções de caráter pedagógico sem caráter de pena, ou seja, não se busca a punição ou retribuição ao adolescente pelo ato infracional praticado”⁶⁸.

De acordo com o ECA¹⁰, o modo mais eficaz de prevenir a criminalidade consiste em superar a situação de marginalidade na qual se encontra o menor carente.

O adolescente infrator, principalmente o carente, é visto sob ótica preconceituosa pela sociedade, como caso patológico que exige repressão. As normas disciplinares aplicadas nos internatos incluem em seu bojo, freqüentemente, castigos físicos e morais⁶⁷.

A prática de atos infracionais, por adolescentes, implica um processo de reforço da exclusão social ao qual a maioria deles já se encontra submetida. A intervenção do Estado nestas circunstâncias se justifica não só pela manutenção da ordem pública, mas, principalmente, pela proteção aos seus direitos fundamentais⁶⁷.

Na esfera do direito à saúde – sob a responsabilidade do Estado, do profissional de saúde e dos operadores das leis –, os serviços disponíveis mostram-se insuficientes e precários para atender à demanda dos brasileiros socialmente excluídos. A população brasileira vem expressando sua insatisfação no que diz respeito ao descumprimento da proteção integral à infância e à adolescência defendida pelas leis⁶⁹.

2.3 VIOLÊNCIA

2.3.1 Notas sobre Violência

Atento às questões conjunturais, de caráter nacional e internacional, Faleiros (1995) afirmou que “o econômico, o cultural, o político, o social se entrecruzam”, comprometendo a vida de pessoas e grupos pelas diferenças econômicas e

ideológicas, gerando a violência. Assim, sobre a violência convergem conceitos de distintas áreas do saber⁷.

A ampliação do conceito da violência implica o reconhecimento de que a superação de suas causas é uma questão que está muito além da competência da segurança pública, por tratar-se de um fenômeno complexo, que exige o fortalecimento das políticas nas diversas áreas de atuação.

A violência surge como um problema de saúde pública, quando se consideram seus impactos nos índices de morbidade e mortalidade. Especialmente devido aos trágicos indicadores de assaltos e outros atos heteroagressivos, essa realidade representa, além do sofrimento humano e social, um elevado custo econômico, produzindo uma crescente demanda por serviços de assistência e recuperação das vítimas. A violência pode ser superada através da execução de ações intersetoriais, centradas na focalização do problema e no tratamento de suas causas⁷¹.

O conceito de violência extrapola os planos biomédico e jurídico-criminal, pois a questão afeta a sociedade como um todo. Os custos da violência social envolvem elevados recursos financeiros, aplicados em bens e serviços para tratamento ou prevenção dos problemas médicos, tais como: internações hospitalares por lesões, procedimentos devidos a acidentes com armas de fogo e acidentes de trânsito, além de terapêuticas psiquiátricas⁷¹.

A variedade de formas de violência e a intensidade do fenômeno vêm deteriorando a qualidade de vida e as condições de saúde, em especial, nas grandes cidades⁷².

A OMS publicou, em 2005, um guia de recomendações para a prevenção da violência, o qual sugeriu: coleta dos dados sobre violência; desenvolvimento de pesquisas sobre o tema; promoção da prevenção primária; redução das desigualdades sociais; maior suporte às vítimas e planos políticos de atuação⁷³.

2.3.2 Mapa da Criminalidade Infanto-Juvenil no Brasil

Segundo a OMS⁴, a violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, classes, nações, que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade física, moral e mental. É influenciada por uma série de fatores na esfera da família, da comunidade, da economia e da cultura. A OMS enfatiza a contribuição que a saúde pública pode dar na compreensão do fenômeno da violência, numa abordagem multifacetária, e propõe iniciativas para prevenção e combate às suas causas⁴.

Para medir todos esses fatores, foi criado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizando como critérios indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB *per capita*). O Brasil ocupava o 72º lugar, dentre 177 países e territórios, de acordo com a classificação do *Relatório de Desenvolvimento Humano* de 2004. O fato de apresentar um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,775 o colocou em

situação privilegiada no rol dos países considerados de desenvolvimento humano médio (com IDH de 0,500 a 0,799)⁷⁴.

De acordo com os especialistas, educação de qualidade é uma das estratégias mais importantes para combater a pobreza. Grande número de crianças brasileiras que chegam à 4ª série do ensino fundamental não sabem ler; isso significa que elas não têm acesso ao saber mínimo para quebrar o ciclo de pobreza que existe no país⁷⁵.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), num estudo desenvolvido em 27 Estados brasileiros, que avaliou jovens de 15 a 24 anos, estabeleceu o Índice de Desenvolvimento Juvenil (IDJ). O IDJ resulta dos seguintes indicadores: taxa de analfabetismo de jovens, nível de escolaridade, qualidade do ensino, taxa de mortalidade por causas violentas com mortalidade por causas internas, além de renda *per capita* familiar dos jovens. Entre aqueles do Nordeste, encontraram-se os menores níveis de renda do país, ocupando a Bahia o 16º lugar. Foi constatado ainda que, nos Estados onde existe maior desigualdade, a taxa de crime é elevada⁷⁶.

Segundo dados do IBGE, publicados em 2005, a população do Brasil correspondia, em julho de 2005, a um total de 184.152.067 habitantes, ficando a cidade do Salvador com 2.673.560 habitantes⁶.

De acordo com o relatório anual do Unicef, *Situação Mundial da Infância – 2005*⁵, Suécia e Cingapura, onde morreram apenas 3 em cada mil crianças, foram

considerados os melhores países para as crianças crescerem. Entre os 27 piores, 26 estavam na África, destacando-se Serra Leoa, Nigéria e Angola. O Brasil ficou em melhor posição que países como Guiana, Bolívia e Suriname. Por outro lado, demonstrou condição inferior à de todos os demais vizinhos, a exemplo do Paraguai e da Argentina. A situação brasileira chegou a ser pior que a dos territórios palestinos, que vivem em clima de guerra. No Brasil, ocorreram 35 mortes a cada mil nascimentos. Anualmente, 14 mil brasileiros, de 12 a 19 anos, são mortos de forma violenta, sendo os meninos negros as maiores vítimas da violência urbana⁵.

No mais recente estudo da Unesco, publicado em 2005, que abordou a mortalidade por armas de fogo no período de 1979 a 2003, o Brasil apresentou o maior índice dentre todos os países pesquisados. Os dados foram fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, que apontou ser esta a terceira causa de morte entre os brasileiros, estando à frente apenas as doenças cardíacas e as cerebrovasculares. No grupo de 15 a 24 anos, as armas de fogo apareceram como causa principal, seguida por acidentes de trânsito. De acordo com essa pesquisa, entre 1979 e 2003, registrou-se um crescimento de 542,7% dos homicídios por armas de fogo⁷⁷.

Em relatório da Unesco, publicado em 2005, o Brasil – que apareceu em 2º lugar, entre 57 países, em número de mortes por armas de fogo – apresentou taxa de 21,72 óbitos por 100 mil habitantes, estando em situação mais grave apenas a Venezuela, cujo índice foi de 34,30 óbitos. A Rússia, a China, a África do Sul e o Iraque não participaram desse *ranking*, e os EUA ocuparam a 8ª posição, com 10,27 óbitos. Esses dados basearam-se em levantamentos realizados pela OMS no

período de 2000 a 2003. Segundo a Unesco, as estatísticas referentes à mortalidade por armas de fogo não vêm sofrendo muitas alterações de ano para ano⁷⁸.

Em pesquisa da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), desenvolvida pelo sociólogo Jacob Waiselfisz, que resultou no *Mapa da Violência IV (2004)*, foram estabelecidas comparações entre 67 países analisados, encontrando-se o Brasil em 4º lugar nas taxas de homicídio na população geral e em 5º, na população jovem⁷⁹.

O mundo desenvolvido – por exemplo, o Canadá, o Japão e alguns países da Europa – apresentou, no final do último milênio, maiores taxas de morte violenta em decorrência de acidentes de trânsito e quedas, em vez de homicídios, como ocorreu na maioria dos países das Américas, da Ásia e da África. Os Estados Unidos apresentaram a maior taxa de homicídio dentre todos os países industrializados do Ocidente, sendo esse tipo de crime a segunda causa de morte entre os jovens de 15 a 24 anos⁸⁰.

A violência dos ambientes em que vivem ou que freqüentam leva muitos indivíduos a desistir de investir em educação, priorizando o desenvolvimento de habilidades criminosas. Nesse sentido, Londoño, Gaviria e Guerrero (2000) registraram que a *performance* escolar é comprometida pela violência, bem como a qualidade de vida da população, levando os jovens à marginalidade. Concluíram que a violência inibe o desenvolvimento social, aumentando ainda mais o índice de violência⁸⁰.

O autor Waiselfisz (2002) afirmou que a origem da violência está na concentração de renda: “O problema é a pobreza dentro da riqueza”. Segundo ele, nos lugares onde existe desigualdade, ainda que a escola seja garantida e a renda familiar seja alta, a taxa de crime é elevada⁸¹.

De acordo com o estudo *Radar Social* (2005), divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), numa lista de 130 países, a distribuição de renda do Brasil, na última década, só foi melhor do que a de Serra Leoa. Do total da população brasileira, 31,7% foram considerados pobres, e 1% dela – os mais ricos – ganhava igual à metade da população do país. De acordo com dados do Ipea de 2005, relativos à última década, mais de 14 milhões de crianças eram analfabetas e menos de 70% haviam concluído a 8ª série⁸².

A região com maior índice de mortes de jovens por homicídio foi o Nordeste, seguido do Sudeste e do Centro-Oeste. A Bahia foi o 9º Estado no *ranking* brasileiro em número de homicídios, tendo apresentado o maior aumento desse tipo de delito no período 1991-2000 (247,7%). As capitais nordestinas experimentaram, nessa década, o maior aumento percentual das taxas de homicídio no país. Os Estados que apresentaram maiores índices foram Rio de Janeiro, Pernambuco e Espírito Santo, enquanto as menores taxas foram as de Santa Catarina, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte⁸¹.

Nos dez últimos anos, as taxas de morte por homicídio na população geral cresceram 50,2% e, na população jovem, aumentaram 77%. Esse fato evidencia que a violência homicida afeta, de uma forma muito mais incisiva, os jovens. A crise

da juventude contemporânea não decorre, simplesmente, dos conflitos psicológicos da adolescência, mas, também, das altas taxas de vitimização juvenil⁸¹.

A criminalidade no Brasil não é fruto, apenas, da situação de miséria em que vive a população, mas, sobretudo, do crescimento desordenado que inchou a periferia dos centros urbanos mais ricos. Assim, envolve também grande número de jovens das classes média e alta, que vivem em área urbana e têm acesso ao mercado de drogas⁸³. Essas evidências indicam, na avaliação dos pesquisadores, que a violência está generalizada e difundida em todas as camadas sociais, expressando-se, no entanto, de diferentes maneiras, dependendo do meio econômico, social e cultural em que o jovem está inserido.

A violência e a vulnerabilidade social são fenômenos que vêm se acentuando no mundo contemporâneo. Entender a relação entre eles é o principal desafio dos governos e da sociedade civil para este século. É conveniente destacar que os jovens de classes populares, se comparados a outros estratos da sociedade, são um dos grupos mais atingidos por esses fenômenos. Assim, tendo em vista a situação em que vivem os jovens de camadas populares, as esferas convencionais de sociabilidade já não oferecem respostas suficientes para preencher as expectativas desses jovens. Nos vazios deixados por elas constitui-se uma outra esfera ou dimensão de sociabilidade cuja marca principal é a transgressão⁸⁴.

Dentre os fatores que contribuem para o aumento da violência no país, encontram-se a pobreza, a desigualdade social, o tráfico de drogas (principalmente nas regiões metropolitanas), o uso de armas pela população e a violência institucional, além do baixo crescimento do país e do desemprego⁸⁴.

De acordo com o relatório do Unicef de 2003, diferenças regionais de gênero, etnia e escolaridade, entre outras, transformam-se em desigualdades que comprometem o desenvolvimento do país⁸⁵.

A banalização da violência nos meios de comunicação e o processo de discriminação múltipla, aliados à dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, levam o jovem a tentar se afirmar, produzindo, no outro, sentimento de medo, mostrando a sua presença e singularidade de forma cruel e destrutiva. Assim, os adolescentes são, com certa frequência, vítimas e algozes da sociedade, distantes de valores como solidariedade e respeito, e sem qualquer projeto para o futuro⁸⁶.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) defende a construção de um processo de cidadania inclusiva, que supere os padrões inerciais das extremas desigualdades e torne possível substituir a força das armas pela cidadania de todos os grupos sociais. Esse é um projeto de nação, portanto não depende apenas do setor saúde, mas este exerce um papel fundamental na sua execução⁸⁷.

2.3.3 Relação Violência–Doença Mental

Considerando relevante esclarecer a questão da correlação entre a violência e os transtornos psiquiátricos, torna-se necessário investigar a pretensa periculosidade dos doentes mentais.

Nesta abordagem da violência, os transtornos mentais devem ser entendidos como síndromes ou padrões comportamentais apresentados pelo indivíduo, os quais estão associados a sofrimento ou prejuízo no funcionamento profissional, familiar e social⁵⁵.

Monahan (1992) assinalou que o estigma da doença mental merece uma análise crítica, visto que ele dificulta a reintegração social. O crime está vinculado à incapacidade do indivíduo de aceitar normas morais necessárias para a adaptação social⁸⁸.

Em estudo de corte transversal, Steadman e colaboradores (1998) não encontraram diferença entre a prevalência da violência em doentes mentais que faziam uso nocivo de substância psicoativa e aquela verificada na população geral. O risco de violência em indivíduos da população geral os quais faziam uso nocivo desse tipo de substância foi 2 vezes maior do que o risco em pacientes esquizofrênicos sem essa comorbidade⁸⁹.

Assim sendo, é de interesse dos profissionais de saúde mental conhecer a magnitude do efeito da doença nos crimes de violência. Alguns pesquisadores que se dedicaram aos estudos de epidemiologia criminal não acreditavam, inicialmente, na associação entre doença mental e comportamento violento⁸.

Sobre essa associação, Monahan afirmou, inicialmente, tratar-se de uma crença popular, encontrada em todas as sociedades, e acrescentou que é um mito a idéia de que a doença mental leve o indivíduo ao comportamento violento⁸⁸.

Monahan (1992) referiu-se à associação doença mental-comportamento violento como “historicamente constante e culturalmente universal”. Em seus primeiros estudos, ele defendia a inexistência de associação entre homicídio e transtornos

psiquiátricos, especialmente a esquizofrenia⁸⁸. Josef e Silva (2003) sinalizaram que “Monahan retificou sua posição, considerando-a prematura e incorreta”⁸.

Após revisão da literatura sobre o tema, Josef e Silva registraram “a presença de uma associação significativa entre doença mental e comportamento violento/homicida. Há evidências da importância de ser fornecido o cuidado adequado específico, no âmbito psiquiátrico, àqueles que dele necessitam”⁸.

Hafner e Bocker realizaram na Alemanha, na década de 1980, um estudo acerca da relação entre os crimes de violência e os distúrbios mentais. Levantaram dados, numa pesquisa científica de corte transversal com coleta retrospectiva em 44.140 prontuários policiais e médicos, abrangendo um período de dez anos. Observaram que 1.311 indivíduos apresentavam transtorno psiquiátrico; portanto, apenas 2,97% dos criminosos violentos. De posse dos dados, a dupla de pesquisadores calculou a probabilidade de um doente mental tornar-se um criminoso violento. No caso da esquizofrenia, a probabilidade foi de 0,05%, ou seja, 5 agressores violentos entre 10 mil esquizofrênicos. Quanto aos transtornos de humor, a probabilidade foi de 0,006%, ou 6 violentos em 100 mil doentes com essa patologia. Os autores concluíram, então, que o número de crimes violentos, cometidos por doentes mentais, é proporcional ao número de crimes de violência cometidos pela população geral⁹⁰.

O fato de considerar-se, inclusive nesse estudo, o suicídio como crime de violência evidencia que a possibilidade de agressões a terceiros por iniciativa dos doentes mentais é menor do que, inicialmente, possam esses índices sugerir. O

senso comum de que o doente mental é uma pessoa perigosa seria, portanto, fruto de uma idéia preconceituosa, sem base científica^{8, 90}.

Swanson, Holzer e Ganju (1990), em estudo de metanálise, examinaram a relação entre comportamento violento, natureza/gravidade dos sintomas psicopatológicos e comorbidade de outros transtornos com os decorrentes do abuso de substância. Utilizando dados do *National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area* e do *Triangle Mental Health Survey*, os pesquisadores apontaram para um maior risco de violência na combinação entre transtornos por abuso de álcool/drogas e transtornos de personalidade anti-social⁹¹.

Nos Estados Unidos, em estudo sobre a epidemiologia do comportamento violento em portadores de distúrbios mentais, Regier (1994) registrou a investigação desenvolvida na *Epidemiological Catchment Area* (ECA), cuja finalidade era estimar a prevalência de distúrbios psiquiátricos entre indivíduos que apresentavam comportamento violento. Para isso, realizaram-se entrevistas estruturadas para diagnóstico com mais de 20 mil pessoas, residentes em cinco áreas do país, em que foram colhidos dados sobre violência. Evidenciou-se que pacientes dos sexos masculino e feminino com esquizofrenia tinham, respectivamente, 5,3 e 5,9 vezes mais probabilidade de apresentar comportamento agressivo do que pessoas sem qualquer diagnóstico psiquiátrico. Os números também foram mais altos ao se proceder à avaliação de pacientes com diagnóstico de transtorno de humor, não ocorrendo o mesmo em relação aos que apresentavam transtorno ansioso. Os indivíduos com distúrbio mental em comorbidade com transtorno por uso abusivo de substância psicoativa apresentaram as mais altas de todas as probabilidades em

relação a pessoas sem diagnóstico psiquiátrico: 12,6 vezes no sexo masculino e 9,1 vezes no feminino⁹².

Vários estudos examinaram, criticamente, a evidência de associação entre violência e esquizofrenia. Taylor e Gunn (1984), em pesquisas desenvolvidas no sul de Londres, encontraram 11% de violência fatal, causada por indivíduos portadores dessa patologia. O número de esquizofrênicos no grupo foi considerado muito maior do que o esperado na população normal⁹³. Em estudo realizado nos Estados Unidos, Teplin, Abram e McClelland (1990) observaram uma população de 728 prisioneiros e constataram que a prevalência de esquizofrenia entre eles foi 3 vezes maior do que na população geral, após o controle das variáveis sociodemográficas⁹⁴.

Dentre os estudos revisados, encontra-se o de Arboleda-Florez (1994), que avaliou mais de mil pessoas, selecionadas de forma aleatória, no Centro de Detenção Calgary. Trata-se de um estudo de prevalência, cuja população focalizada era composta de prisioneiros sentenciados na idade adulta, admitidos em instituições federais do Canadá. Foi encontrado transtorno psiquiátrico em 60,7% dos indivíduos pesquisados. A dependência de álcool foi a ocorrência mais freqüente em ambos os sexos. O abuso e a dependência de álcool estiveram presentes em todas as faixas etárias; contudo, o abuso e a dependência das demais substâncias psicoativas foram mais freqüentes em adultos mais jovens, enquanto a esquizofrenia e a depressão caracterizaram o grupo de pessoas mais velhas. A prevalência dos transtornos psiquiátricos não foi correlacionada, de forma significativa, com o tipo de crime cometido⁹⁵.

Hodgins e colaboradores (1996) avaliaram, na Dinamarca, a prevalência das doenças mentais e a distribuição da criminalidade num estudo de coorte, tipo prospectivo, em uma população de 358.180 indivíduos, acompanhados do nascimento aos 43 anos, todos eles nascidos entre 1944 e 1947. O estudo envolveu pessoas com traços de personalidade avaliados como anti-sociais e/ou esquizóides e excluiu aquelas que apresentavam doenças relacionadas com o envelhecimento. Identificaram-se quais tinham registro em hospitais psiquiátricos e quais haviam cometido infrações do *Código Penal* após completar 43 anos de idade. Foram comparados, então, os indivíduos com e sem internação, levando-se em consideração, além da frequência e do tipo de crime cometido, os diagnósticos psiquiátricos. Encontrou-se uma frequência de crimes violentos maior em pacientes que haviam sido hospitalizados em relação aos indivíduos que não tinham se submetido a internações psiquiátricas. O estudo revelou que as pessoas que foram internadas em hospitais psiquiátricos por doença mental, na Dinamarca, apresentaram um risco 4,5 vezes maior de cometer crimes de violência do que as não internadas. O risco de ocorrência de transtornos por abuso de álcool e drogas cresceu 8,5 vezes⁹⁶.

Segundo o pesquisador canadense Stuart (2003), estudos recentes têm demonstrado uma modesta associação entre doença mental e violência. Entretanto, quando estatisticamente controlados os fatores de risco como idade, sexo, estado civil e nível socioeconômico, as taxas de violência se equalizam ao comparar-se os indivíduos portadores de transtorno psiquiátrico com a população geral. Para esse autor, os atos violentos causados por indivíduos com transtorno psiquiátrico são superestimados pela ação da mídia. Concluiu que os transtornos mentais não são

causa suficiente nem necessária de violência, ficando os fatores sociodemográficos e econômicos como principais determinantes. No tocante ao risco de periculosidade do doente mental, debita ao uso abusivo de substância psicoativa o aumento da taxa de comportamentos agressivos⁹⁷.

Considerando-se os trabalhos ora apresentados, fica evidente a necessidade de desenvolver outros estudos que avaliem melhor a relação entre doença mental, comportamento violento e fatores de risco, atentando sempre para as limitações próprias de um trabalho científico.

Se, desde os primeiros anos de vida, o menor defronta-se com freqüentes situações inadequadas ao seu desenvolvimento, isso significa que ele fica vulnerável aos fatores de risco e, conseqüentemente, mais propenso a desenvolver transtornos mentais relevantes, uma vez que tais fatores comprometem a vida e a saúde desse menor, aumentando os índices de fracasso na escola, consumo de drogas e criminalidade infanto-juvenil. Necessário se faz desenvolver estudos epidemiológicos mais consistentes, cujo alvo seja a população jovem brasileira, para analisar criticamente essa relação, assim como a magnitude do efeito das patologias nos atos infracionais cometidos pelos adolescentes. Vários estudiosos defenderam a associação positiva entre comportamento violento e doença mental na adolescência^{1,3,98,99}.

A compreensão das razões da transgressão e do ilícito penal na adolescência só será alcançada num estudo mais amplo, que leve em

consideração a diversidade de fatores que contribuem para o comportamento delinqüente do jovem em conflito com a lei.

2.4 VIOLÊNCIA–TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA ADOLESCÊNCIA

2.4.1 A Gênese do Comportamento Violento

2.4.1.1 Fatores Biológicos

Os questionamentos e as reflexões que envolvem o comportamento violento passam por diversas áreas do conhecimento, dentre elas, a ética, a psicologia e a psiquiatria. A compreensão dessa conduta decorre do estudo das vertentes biopsicossociais¹⁰⁰.

A crença de que o indivíduo já nasce com personalidade criminosa tem sido analisada pelos estudiosos dedicados à história da medicina que procuram caracterizar as condutas dos portadores de transtorno de personalidade. A tese do criminoso nato, desenvolvida por Lombroso (1836-1909), passou a ser contestada à medida que foram sendo privilegiadas as investigações sobre os fatores psicossociais¹².

Recentes pesquisas vêm tratando do papel determinante dos fatores genéticos, do envolvimento de estruturas cerebrais, bem como das respostas às intervenções farmacológicas com drogas que aumentam a função serotoninérgica cerebral em indivíduos que apresentam comportamentos violentos¹⁰⁰.

Profissionais que trabalham em berçários de hospitais observam diferenças de temperamento entre bebês; alguns são mais agitados, resmungam, choram mais; outros dormem melhor. Certos traços temperamentais, ainda em bebê, podem indicar conduta agressiva em idade pré-escolar¹⁰¹.

Há maior concordância na ocorrência de comportamento anti-social em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos, contudo as pesquisas enfatizam a importância do meio ambiente no aparecimento dessa conduta¹⁰².

Vários estudos sobre gêmeos adotivos, citados por Mealey (2002), revelaram interações genético-ambientais significativas, de tal modo que crianças adotivas com risco genético (um dos pais biológicos criminoso) e risco ambiental (criminalidade, doença psiquiátrica ou desequilíbrio comportamental severo de um dos pais adotivos) têm risco maior de expressar comportamento criminoso do que as adotadas sem tal risco ou somente com um fator de risco. Foi detectado maior número de casos de violência em gêmeos adotados por pais que pertenciam ao meio socioeconômico mais desfavorecido do que naqueles de classes econômicas mais privilegiadas⁵⁶.

Para Stone (1999), o papel da testosterona vem sendo estudado, uma vez que as condutas violentas são cometidas mais freqüentemente por indivíduos do sexo masculino. Sobre a relação entre genética e criminalidade, ele assinalou:

Visto que os níveis de serotonina no LCR estão parcialmente sob controle genético [...] o(s) gene(s) envolvidos têm uma relação indireta com a criminalidade; embora não exista um "gene de crime" conhecido, há influências genéticas que afetam a impulsividade e empatia, que, em combinação com o ambiente e fatores socioculturais adversos, podem

aumentar a probabilidade de que certas pessoas (incluindo certos tipos de pacientes psiquiátricos) percam o autocontrole e cometam atos anti-sociais¹⁴.

Andrade Filho e Dunningham (2003) registraram um estudo desenvolvido na Nova Zelândia, em 1972, por Terry Moffitt e Avshalon Caspi. Após acompanhar mil pessoas desde o nascimento, concluíram que 85% dos homens com infância sofrida e portadores de defeito no gen regulador da monoamina oxidase A (MAO-A) exibiam, mais tarde, comportamento violento. Esse estudo trouxe indicativos de que a disfunção da serotonina, ocorrida em estruturas do cérebro, está relacionada com o medo e a baixa produção da MAO-A, o que leva a uma hiperatividade da amígdala, resultando em reações violentas. “O cérebro hírido possui sistemas reguladores capazes de frear as emoções negativas. Um colapso nesses sistemas provoca um aumento no risco de comportamento violento impulsivo”¹⁰³.

Os autores acima referidos, também relataram pesquisa realizada por Richard Davidson, da Universidade de Wisconsin-Madison. Estudando um universo de 500 indivíduos que apresentavam histórico de violência, revelaram que:

Parcela considerável das pessoas investigadas apresentava defeitos genéticos, resultantes em desequilíbrio dos neurotransmissores, especialmente da serotonina, permanentemente em superávit. Ao detectarem as regiões cerebrais nas quais se manifestavam os defeitos, os pesquisadores perceberam que zonas “nobres”, como o córtex frontal orbital, são afetadas por degraus inferiores, como as amígdalas, mediante ligação estabelecida pelo giro do cíngulo¹⁰³.

Vive-se um momento de especulações no campo da genética, em que ocorre um exercício curioso e atraente, contudo, merecedor de cuidados. A revolução da engenharia genética traz perspectivas de um maior conhecimento da gênese do comportamento humano. O desenvolvimento científico e tecnológico é positivo; no

entanto, faz-se necessária uma legislação ética que acompanhe, paralelamente, o direito e o saber.

O comportamento violento pode ser causado por fatores químicos e anatômicos. A parte do sistema nervoso central mais relacionada com a agressividade é o sistema límbico, responsável pelo comportamento motivacional e emocional. As áreas mais importantes do sistema límbico para a modulação da agressividade são o hipotálamo, a área septal e a amígdala. O lobo frontal está ligado à regulação e à inibição de comportamentos, à formação de planos e intenções e à verificação do comportamento complexo. Os lobos temporais, além de estarem relacionados às emoções, aos sentimentos e aos instintos, comandam as respostas viscerais ante as variações ambientais. Alterações dos lobos temporais levam à incapacidade de desenvolver sentimentos de medo a sanções, como a prisão. Juntamente com o sistema límbico e com a área pré-frontal, o hipotálamo regula emoções como o prazer, o medo e a raiva. É também uma estrutura vinculada ao controle das funções vegetativas do encéfalo, tais como a temperatura e o impulso para comer e beber ¹⁰⁴.

Sobre a associação disfunção neurológica e comportamento violento, Joseph e colaboradores (2000) apresentaram um trabalho resultante de investigação realizada no serviço de psiquiatria forense da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Em estudo de corte transversal, selecionaram 29 homicidas – separados em dois grupos: psicopatas e não-psicopatas –, com base no *Hare PCL–R* (Escala de Avaliação de Psicopatia). Ambos os grupos foram submetidos a avaliação neuropsicológica, sendo empregados testes voltados para a atividade em

lobo frontal. Os resultados desses testes foram conclusivos de que “há evidências de correlação entre disfunção cerebral frontal e comportamento homicida em não-psicopatas”¹⁰⁵.

Os fatores bioquímicos estão envolvidos na gênese dos comportamentos violentos. As pesquisas têm revelado que a norepinefrina, a dopamina e a serotonina são os neurotransmissores mais associados à agressão. A literatura científica vem abordando, freqüentemente, a relação da agressividade com os sistemas de neurotransmissão serotoninérgico, noradrenérgico e dopaminérgico¹⁰⁶.

Diversos trabalhos com humanos, inclusive indivíduos criminosos, abordaram a vinculação entre níveis diminuídos de serotonina cerebral e condutas auto e heteroagressivas. Stone (1999) afirmou que, “à medida que os níveis de serotonina diminuem, a agressividade normal transforma-se em destemor [...], em impulsividade e agressividade anormais com marcadas tendências violentas”¹⁴. Para Ferrão, Bedin, e Busnello (2004), a síntese aumentada da dopamina “torna o indivíduo mais preparado para responder de modo impulsivo a estímulos ambientais agressivos”¹⁰⁶.

De acordo com Sant’Anna e Quevedo (2004):

O cérebro é alvo de hormônios que podem alterar o humor e o comportamento. A testosterona está relacionada com a agressividade e a libido sexual tanto no homem quanto na mulher, e com a resposta sexual no homem. [...] A ligação entre os níveis séricos de testosterona e os sinais e sintomas em psiquiatria clínica ainda não é bem definida, já que outras alterações hormonais também estão envolvidas¹⁰⁷.

Fatores genéticos são responsáveis em algum grau pela tendência ao crime e podem estar relacionados com a hipoexcitação nos sistemas nervosos central e

autônomo, conforme estudos de psicofisiologia em crianças e adolescentes portadores de comportamento desviante¹⁴.

2.4.1.2 Fatores Cognitivos

A adolescência traz mudanças biológicas no corpo, o despertar da sensibilidade, a expectativa da idade adulta e a vivência de transição entre o ambiente familiar e o mundo exterior. Trata-se de um período de busca de uma nova identidade, durante o qual alguns experimentam freqüentes sensações de angústia e medo.

Para Wallon (1981), a afetividade é um domínio funcional cujo desenvolvimento depende da ação de dois fatores: o orgânico e o social. Estudos por ele realizados com crianças entre 6 e 9 anos de idade demonstraram que o desenvolvimento da inteligência nessa fase é multilinear, ocasionando um conflito entre dois mundos – o interior, povoado de sonhos e fantasias, e o real, cheio de símbolos, códigos e valores sociais e culturais. Nesse contexto, tem início um ciclo constante de novas descobertas¹⁰⁸.

Fatores cognitivos estão relacionados ao desenvolvimento da capacidade intelectual do indivíduo. A evolução do pensamento atravessa várias fases. Na infância, o pensamento é primitivo, dominado por imagens, pelo que a criança pode ver e tocar – o concreto. Segundo Piaget (1970), a habilidade do pensamento lógico é adquirida entre a infância e a adolescência, quando, enfim, se passa a compreender o abstrato. Na maturidade, desenvolvem-se idéias e conceitos. O intelecto está constituído, as mudanças cognitivas são menos perceptíveis e o

indivíduo encontra-se instrumentalizado para enfrentar o mundo. É na adolescência que o ser humano forma sua personalidade, concebe sua filosofia de vida, constrói o que Piaget chamou de *sistema pessoa*¹⁰⁹.

Assim, Soledade (2004) afirmou que:

Antecipar o futuro, planejar, fazer escolhas acertadas ou adequadas tanto para si quanto para os outros, comportar-se segundo as regras sociais e segundo os princípios éticos, saber, portanto, reconhecer as próprias emoções nos processos de raciocínio, são aspectos da natureza humana que dependem do lobo frontal do cérebro. Tais ações dependem da aprendizagem e requerem o conhecimento de normas e estratégias comportamentais que são transmitidas socioculturalmente. Falar de ética é, portanto, fazer referência ao funcionamento frontal do cérebro. [...] E, de acordo com Vigotsky e Luria, as funções mentais superiores se estruturam socialmente¹¹⁰.

Os estudos no mundo contemporâneo têm demonstrado que os princípios éticos estão vinculados à estrutura neuropsicológica do ser humano, especialmente a organização cerebral da linguagem escrita. Só quando tem acesso aos símbolos, o indivíduo está pronto para pensar em liberdade e ética¹¹⁰.

2.4.1.3 Fatores Psicossociais

Os primeiros anos de vida da criança são o alicerce para seu desenvolvimento psicológico, particularmente pela grande dependência em relação à mãe ou a quem a substitui. Ao mesmo tempo em que os cuidados garantem a sobrevivência ao suprir as necessidades biológicas, também, satisfazem necessidades psicológicas, tais como: segurança, proteção e afeto. Outros graus de privação afetiva na relação pais-filhos também levam a comprometimentos no comportamento da criança. Sabe-se que comportamentos violentos podem ser aprendidos, e, se os indivíduos que os apresentam são punidos severamente na infância, tendem a se manifestar como adultos violentos¹¹¹.

Segundo Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989), a dinâmica do contato mãe-filho é um dos fatores ambientais que podem ser responsabilizados como desencadeadores de condutas agressivas. A literatura sobre o assunto demonstra ainda que jovens autores de atos delituosos apresentam quadro de problemas psicológicos por maus-tratos durante a infância, podendo ter sido afetados em vários aspectos: cognitivo, emocional e físico¹¹¹.

Para Winnicott (1987), todo ser humano é anti-social na infância, visto que, nessa etapa do desenvolvimento, ele revela dificuldade para interiorizar as leis determinadas no ambiente familiar e social¹¹².

Anna Freud (1980) afirmou que os *distúrbios de caráter* estão relacionados com a socialização do ser, a qual se processa através de regulamentos por parte dos pais e de influências internas no plano do desenvolvimento das pulsões do ego e do superego. Para a autora, existem dificuldades em combinar os objetivos da atividade pulsional livre com as regras sociais impostas e os obstáculos que têm de ser enfrentados no caminho. Quando esse enfrentamento é bem-sucedido, conduz a uma socialização bem-sucedida¹¹³.

Atualmente, pesquisadores vêm investigando as causas psicológicas do comportamento delinqüente, a exemplo de Stouthamer-Loeber e colaboradores, que demonstraram maior envolvimento de menores vítimas de maus-tratos com a Justiça juvenil¹¹⁴.

As investigações indicam que os comportamentos que envolvem abuso físico, sexual e psicológico freqüentemente promovem comportamento agressivo no jovem.

A criança que vive experiências de rejeição interpreta o comportamento do outro como ameaçador, pois tem modelos internos de rejeição ou abandono²¹.

Para Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989), no mundo contemporâneo, observa-se o declínio da família, paralelamente a uma inversão de valores – o prazer do consumo, do poder; os sentimentos de não poder perder tempo e de infelicidade, contribuindo para o comportamento agressivo das crianças e dos jovens. Na falência da função paterna ou materna, cada vez mais as instituições sociais, em nome do *bem-estar da criança*, passam a substituir os pais¹¹¹.

Quanto à influência do meio sobre a conduta delinqüente, Farias (2001) apontou os seguintes fatores de risco: a desagregação da família, discórdias entre os familiares, existência de doenças mentais na família, rejeição pelos pares nos ambientes mais próximos como a escola e defasagem no rendimento escolar¹¹⁵.

Nos grandes centros urbanos, onde predominam pobreza e promiscuidade, formam-se grupos extrafamiliares, que revelam visível distorção de valores éticos e humanos. Desorganização familiar, falta de oportunidade na esfera educacional e profissional, falta de acesso aos serviços de saúde são variáveis que contribuem para o comportamento agressivo da criança e do adolescente²¹.

A interferência da televisão na conduta das crianças é um tema polêmico. A maioria dos estudos assegura que elas tendem a imitar as ações violentas que vêem na TV e a ser mais tolerantes com a agressividade, desenvolvendo, freqüentemente, outras formas de violência. Segundo Bee (2003), a violência na televisão influencia

significativamente no comportamento das crianças, independentemente de idade, gênero e nível socioeconômico, e seu efeito não se limita às crianças que já estão predispostas a ser agressivas²¹.

No âmbito social, são fatores de risco para o comportamento violento: população desfavorecida do ponto de vista econômico; dificuldade de inserção no grupo ou na escola; área de habitação em zona de risco; ausência dos pais no lar; família numerosa e influência da mídia²¹.

As pessoas não são receptoras passivas das influências ambientais, mas processam suas experiências de acordo com suas características intrínsecas²¹.

A complexa interação entre a genética, a fisiologia, a história de vida e as variáveis demográficas e ambientais predispõem à diversidade do comportamento humano, inclusive à conduta anti-social.

2.4.2 Prevalência dos Transtornos Psiquiátricos na Infância e na Adolescência

A prevalência geral dos transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência foi calculada, pela OMS (2002)⁴, com base em uma série de investigações epidemiológicas, realizadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, principalmente na década de 1990. Os resultados demonstraram uma variação entre 10% e 20% de crianças portadoras de um ou mais problemas mentais (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência de transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência em diferentes países

País	Idade (anos)	Prevalência %
Suíça	1-15	22,7
Alemanha	12-15	20,7
Índia	1-16	12,8
Japão	12-15	15,0

Fonte: OMS (2002)

Por terem sido realizados, até o momento, poucos estudos epidemiológicos de saúde mental em países em desenvolvimento e pelo fato de existirem limitações metodológicas importantes para esse tipo de investigação – quanto a instrumentos, definição de transtornos psiquiátricos, recursos humanos e materiais –, os resultados das pesquisas de prevalência das patologias psiquiátricas na infância e na adolescência, freqüentemente, não expressam a dimensão do problema¹¹⁶.

No Brasil e no mundo, estudiosos conscientizam-se, cada vez mais, da importância da saúde mental do indivíduo em formação e vêm alertando a sociedade e o poder público para a necessidade de uma atenção especial à população jovem, visando à prevenção dos problemas mentais e à sua identificação precoce.

Um dos mais recentes estudos de epidemiologia psiquiátrica na infância e na adolescência foi realizado por Fleitlich (2002), em Taubaté/SP. Ao analisar uma população de 1.251 pessoas entre 7 e 14 anos, ela observou que 12,5% era a taxa global de transtornos em saúde mental. Considerou que esse índice pode se elevar, e até mesmo duplicar, na dependência da exposição dos indivíduos a fatores de

risco. Os principais problemas identificados foram: 7% de transtornos de conduta; 5,2% de transtornos ansiosos; 1,5% de transtornos de hiperatividade; 1% de transtornos depressivos; 0,2% de disfunção alimentar. Nesse estudo, a prevalência de patologias psiquiátricas em menores das classes média e alta foi de 5,9%, enquanto a população rural e a urbana de baixa renda apresentaram taxas de 11,4% e 13,7% respectivamente. Outro fato notado foi uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos no sexo masculino do que no feminino. Portanto, as pesquisas têm mostrado que há significativa relação entre transtornos mentais do menor e fatores como gênero, procedência e classe social¹¹⁷.

Fleitlich e Goodman (2001) publicaram estudo sobre a associação entre os fatores sociais e os problemas de saúde mental no Sudeste do Brasil, precisamente no município de Campos do Jordão/SP. A amostra consistiu de 898 indivíduos na faixa de 7 a 14 anos, sendo 488 moradores de uma favela, 346 de zona urbana e 64 de área rural. Pobreza, doença psiquiátrica da mãe e violência doméstica foram considerados fatores fortemente associados às altas taxas de transtorno psiquiátrico nas crianças e nos adolescentes investigados¹¹⁸.

Em levantamento realizado na Ilha de Maré, situada no Estado da Bahia, foram estudados 519 jovens entre 5 e 14 anos de idade, dos quais 430 tinham entre 7 e 14 anos, numa amostra randomizada. Num primeiro momento, aplicou-se o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) aos pais, professores e jovens. Numa segunda etapa, o instrumento utilizado para o diagnóstico psicopatológico de 100 jovens foi o *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA), versão em português, validado e aplicado no estudo em Taubaté/SP. Observou-se que os

transtornos de conduta e os transtornos hipercinéticos ocorreram, com mais frequência, no sexo masculino, enquanto os sintomas emocionais foram mais comuns em meninas, que também apresentaram diminuição da hiperatividade com a idade. Comparando os resultados das pesquisas realizadas na Região Nordeste com os das desenvolvidas na Região Sudeste, os autores perceberam que os índices de transtornos foram menores na primeira, o que demonstra a existência de particularidades no que se refere à distribuição das patologias psiquiátricas, nas diferentes regiões do país¹¹⁹.

O uso e o abuso de drogas entre adolescentes constituem-se em uma das grandes preocupações, quando se pensa na saúde mental do jovem brasileiro. O *I Levantamento Domiciliar Brasileiro*, realizado por Carlini e colaboradores (2001) para o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebriad)⁽⁴⁾, nas 107 maiores cidades do país, tendo como público-alvo indivíduos entre 12 e 65 anos de idade, revelou que, na faixa etária de 12 a 17 anos, as taxas de prevalência de *uso durante a vida* foram: 48,3% para o álcool; 15,7% para o tabaco; 3,5% para a maconha; 3,4% para inalantes e 0,5% para a cocaína¹²⁰.

Noto e colaboradores (2003) realizaram um levantamento nacional para o Cebriad, sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em *situação de rua*, assistidos por instituições governamentais e não-governamentais, em 27 capitais brasileiras.

⁽⁴⁾ Critérios do Cebriad: uso na vida; uso pelo menos uma vez na vida, uso pesado de drogas e uso diário ou durante 20 ou mais dias no mês¹¹⁷.

Na Região Nordeste, os pesquisadores entrevistaram 958 indivíduos de 10 a 18 anos de idade, tendo como critério, para o *uso pesado* de drogas, o *uso diário* ou durante 20 ou mais dias no mês que antecedeu a pesquisa. Em Salvador, foram avaliadas 141 crianças e adolescentes, registrando-se: 27% de *uso pesado* de tabaco; 12,8%, de álcool; 6,4%, de solventes; 14,9%, de maconha e 2,1%, de cocaína¹²¹.

Existem evidências de que condições adversas, atuando de maneira contínua, funcionam como fatores de risco para a doença mental na adolescência. A depender das contingências da idade, dos aspectos neurobiológicos, psicológicos e ambientais, o adolescente poderá caminhar para a delinqüência. Surge, então, o interesse pela identificação do perfil de morbidade psiquiátrica do menor delinqüente no Brasil.

2.4.3 Morbidade Psiquiátrica e Fatores de Risco entre Adolescentes Infratores

A literatura especializada que faz referência aos transtornos psiquiátricos em menores em conflito com a lei, no Brasil e no mundo, ainda é insuficiente. Para esta tese, foram consultadas as bases da Bireme – Medline e Lilacs – para a seleção dos trabalhos ora revisados, publicados no período de 1995 a 2005.

Segundo as investigações mais recentes, as taxas de prevalência de transtornos psiquiátricos entre menores transgressores da lei são mais altas do que as identificadas entre indivíduos da mesma faixa etária na população em geral.

2.4.3.1 *Estudos que Tiveram como População-Alvo Jovens em Regime de Privação de Liberdade*

Nos Estados Unidos, Shelton (2001) publicou os resultados de um estudo seccional desenvolvido para avaliar a existência de distúrbios emocionais em jovens criminosos do Sistema Judiciário Juvenil do Estado de Maryland. Foi selecionada uma amostra aleatória de 312 adolescentes sentenciados (60 do sexo feminino e 252 do sexo masculino), originários de 15 instituições judiciárias juvenis. Esses indivíduos foram submetidos ao *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) e à Escala de Avaliação Infantil Global (CG SAS), estabelecida pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH)².

A população apresentava o seguinte perfil demográfico: 81% do sexo masculino, com idade de 12 a 20 anos; 82% do sexo feminino, entre 15 e 17 anos; 11% de portadores de distúrbio de aprendizagem; 37% necessitando educação especial; e a maioria de nível socioeconômico baixo. A avaliação psiquiátrica demonstrou que 57,6% dos jovens apresentavam sintomas de ansiedade; 39,8%, transtornos de déficit de atenção e de comportamento disruptivo; 37,2%, transtornos por abuso de substâncias; 32%, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; 16,7%, transtornos de humor; e 17,5%, transtornos diversos. A autora concluiu que privar o jovem de liberdade, por si só, não melhora a sua saúde mental, nem previne a reincidência².

Levantamento realizado por Doreleijers e colaboradores (2000) evidenciou a complexidade dos problemas comportamentais apresentados pelos adolescentes que cumprem medidas de privação de liberdade em instituições correcionais, além

de registrar alto índice de psicopatologia entre eles. A pesquisa teve como desenho um corte transversal numa população de 1.164 jovens, na faixa etária entre 12 e 18 anos, trazidos perante a Corte Juvenil do Distrito de The Hague, na Holanda. Dos 454 jovens inicialmente escolhidos, de forma aleatória, para participar da pesquisa, apenas 178 haviam sido avaliados pela Corte Juvenil. Destes, 70 jovens se recusaram a participar da pesquisa, 35 se colocaram como voluntários para o trabalho e 73 foram avaliados por determinação judicial, somando-se 108 participantes no estudo. Foram aplicados os seguintes instrumentos: Teste Raven, Testagem de Avaliação Infantil (*Child Assesment Schedule – CAS*) e Inventário de Avaliação da Justiça Juvenil (*Juvenil Justice Assesment Inventory – JJAI*). Os pais foram entrevistados pelo Método Graham Rutter¹.

Do total de jovens, 75% apresentaram, no mínimo, um diagnóstico; 46%, dois e 17%, três. Os diagnósticos tiveram como base o DSM-III-R. As patologias mais prevalentes foram: o transtorno de déficit de atenção, que ocorreu em 58% dos jovens; o transtorno de comportamento disruptivo, em 75%; os transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias, em 37,2%; os transtornos de humor, em 16,7% e o retardo mental, em 9%. Não ocorreram, com frequência, os transtornos de ansiedade e as psicoses. Os autores observaram que transtornos psiquiátricos eram 6 ou 7 vezes mais comuns entre os delinqüentes trazidos à Corte Juvenil do que entre jovens da mesma faixa etária sem envolvimento com a Justiça¹.

Com o objetivo de avaliar a prevalência dos transtornos psiquiátricos em jovens do sexo masculino em privação de liberdade, Vreugdenhil e colaboradores (2004) desenvolveram, na Holanda, um estudo de corte transversal, aplicando o

DISC em uma amostra de 204 indivíduos. Encontraram 75% de transtorno de comportamento disruptivo, 55% de transtorno por uso de substância, 34% de sintomas psicóticos, 9% de transtorno de ansiedade, 8% de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, e 6% de transtorno de humor. Segundo os autores, os transtornos de ansiedade e de humor apresentaram taxas inferiores às taxas encontradas nos estudos norte-americanos¹²².

2.4.3.2 Estudos que Tiveram como População-Alvo Indivíduos de Instituições Judiciárias

É relevante abordar também o estudo de revisão sistemática, realizado por Brink, Doherty e Boer (2001), sobre a relação entre doença mental e crime em instituições federais de correção do menor no Canadá. Os autores partiram da premissa de que os indivíduos mentalmente doentes acessam o sistema de saúde e os serviços de apoio social através da Justiça criminal, motivo pelo qual pôde ser detectado um alto índice de pacientes com distúrbios mentais nas pesquisas realizadas em instituições prisionais. Essa investigação demonstra a importância dos serviços públicos e estimula a reflexão sobre as políticas e sua funcionalidade⁹⁸.

Maughan, Brock e Ladvá (2004), em estudo seccional realizado no Reino Unido, levantaram, para o *Office for National Statistics*, o perfil dos jovens que transgrediram a lei no período de 1999 a 2000. Num grupo de 100 mil pessoas consideradas culpadas, segundo registros oficiais do país, selecionaram 18.760 jovens. Todos aqueles incluídos na pesquisa – 15.480 do sexo masculino e 3.280 do sexo feminino – tiveram seus depoimentos analisados. Os autores, tomando como referência a CID-10, encontraram evidências de um ou mais distúrbios psiquiátricos

em 95% da população estudada, incluindo transtornos de personalidade, transtornos por abuso de substância psicoativa, entre outros³.

Concluíram que houve maior incidência de crime entre pessoas do sexo masculino, na faixa de 18 a 21 anos, e do sexo feminino, de 14 a 15 anos. Os delitos mais comuns registrados foram: brigas, danos patrimoniais, compras de mercadorias roubadas e outras formas de roubo. Os homens jovens, da área rural, cometeram menos crimes do que os da área urbana. Compunham o grupo mais vulnerável os jovens com doenças graves, deficiências e problemas de aprendizado. Houve maior incidência de delito na população de jovens sem lar ou oriunda de estruturas familiares inadequadas. As psicoses funcionais foram identificadas em 8% dos presos em liberdade provisória e 20% dos sentenciados³.

2.4.3.3 Estudo Comparativo da Prevalência de Transtornos Psiquiátricos em Diferentes Áreas de Assistência à Saúde Mental

Um estudo comparativo, desenvolvido por Garland e colaboradores (2001) em San Diego/Califórnia, estabeleceram a prevalência dos transtornos psiquiátricos entre jovens acompanhados em cinco diferentes áreas de cuidado com a saúde mental: Atendimento de Usuários de Álcool e Drogas; Bem-Estar Infantil; Justiça Juvenil; Saúde Mental; e Escola Pública para Jovens com Graves Distúrbios Psiquiátricos. O instrumento de pesquisa utilizado foi o DISC – aplicado entre outubro de 1997 e janeiro de 1999 em 1.618 jovens com idade de 6 a 18 anos, randomicamente selecionados – e a referência diagnóstica, o DSM-IV. A prevalência de transtorno psiquiátrico por área foi de 70,2% na Escola Pública Especializada; 60,8% no setor de Saúde Mental; 60,3% no de Álcool e Drogas; 52,1% no de Justiça

Juvenil e 41,8% no de Bem-Estar Infantil. Outros resultados encontrados: 49,7% de transtornos de déficit de atenção e de comportamento disruptivo; 7% de transtornos de humor, e 9,9% de transtornos de ansiedade. De acordo com os autores, as taxas de transtornos de déficit de atenção e de comportamento disruptivo foram altas em todos os setores públicos estudados. Os resultados merecem atenção, pois demonstram os altos índices de patologia nos serviços ligados à Justiça Juvenil¹²³.

2.4.3.4 Estudo sobre Comorbidades Psiquiátricas entre Jovens em Conflito com a Lei

Abram e colaboradores (2003) pesquisaram, no Centro de Detenção Juvenil Cook County, Illinois, a prevalência de comorbidades psiquiátricas em amostra randomicamente selecionada de 1.829 jovens entre 10 e 18 anos. Aplicado o DISC, observaram que 17,3% dos indivíduos do sexo feminino e 20,4% daqueles do sexo masculino apresentaram apenas um transtorno. Preencheram critérios para dois ou mais transtornos psiquiátricos 56% dos indivíduos do gênero feminino e 45,9% do gênero masculino. A chance de ocorrência dos transtornos comórbidos foi maior do que na maioria dos subgrupos demográficos. Dentre as patologias encontradas, as mais representativas foram os transtornos de déficit de atenção e de comportamento, associados aos transtornos por uso de substância; e os transtornos afetivos ou de ansiedade. Os autores concluíram que a comorbidade psiquiátrica é o maior problema de saúde entre os jovens envolvidos com o sistema judicial¹²⁴.

2.4.3.5 Estudos de Prevalência de Transtornos Psiquiátricos entre Adolescentes em Liberdade Assistida – Brasil

Para determinar a prevalência dos transtornos psiquiátricos em adolescentes infratores, Andrade, Silva e Assumpção Jr. (2004) desenvolveram um estudo de gênero com 116 adolescentes de 12 a 19 anos – 99 do sexo masculino e 17 do sexo feminino – cumprindo medidas socioeducativas de liberdade assistida na Ilha do Governador, na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Os indivíduos foram entrevistados, utilizando-se o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime* (K-SADS-PL). Os resultados encontrados revelaram: transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade, 54%; transtorno de conduta, 77%; transtorno desafiador de oposição, 41%; transtorno de ansiedade, 57%; transtorno depressivo, 60%; transtorno por abuso de drogas ilícitas, 63% e transtorno por uso de álcool, 58%. Os transtornos depressivos e ansiosos foram mais prevalentes nas mulheres, assim como os decorrentes do consumo de álcool. Não houve diferença significativa no uso de drogas ilícitas entre os sexos¹²⁵.

2.4.3.6 Fatores de Risco para o Comportamento Delinqüente

Agüero (1998), numa revisão sistemática de pesquisas sobre os transtornos de conduta, referiu-se ao estudo de corte longitudinal realizado por Robins, em 1966, numa população de 500 crianças de uma comunidade dos Estados Unidos, seguida por um período de 30 anos. Robins observou que os transtornos de conduta diagnosticados na infância se prolongavam e se agravavam na vida adulta em 37% dos casos, evoluindo para o transtorno de personalidade anti-social, causador de dificuldades de adaptação e baixo rendimento laboral.

Agüero comentou ainda sobre investigação desenvolvida em 1991 por Harrington, pesquisador que, baseando-se numa amostra clínica do *Maudsley Hospital*, encontrou elevadíssima comorbidade dos transtornos de conduta com outros transtornos e também verificou a continuidade, na vida adulta, do comportamento anti-social¹²⁶.

Johnson e colaboradores (2000), num estudo longitudinal no qual foram avaliados 717 jovens de uma comunidade de Nova York, nos períodos 1983, 1985-1986 e 1991-1993, observaram que os jovens portadores de transtorno de conduta estavam mais propensos a cometer atos violentos que outros sem esse perfil. Os pesquisadores assinalaram associação positiva entre transtornos de conduta na juventude e comportamento criminal na vida adulta¹²⁷.

Bordin (1996) desenvolveu uma pesquisa para verificar se o comportamento violento e o não violento eram fatores de risco para o transtorno de conduta, quando na presença das seis variáveis seguintes: abuso físico; abuso sexual; ausência de relação próxima com os adultos; discórdia conjugal; pais com depressão, mania ou psicose e pais com comportamento anti-social ou abuso de álcool e drogas. Esse estudo, que teve um desenho de corte transversal, foi realizado em Ontário, Canadá, com uma população de 773 jovens do sexo masculino e 878 do sexo feminino, na faixa etária de 16 a 24 anos. A pesquisadora sinalizou que, no gênero masculino, o melhor modelo preditivo foram as condutas anti-sociais antes dos 15 anos e os transtornos psiquiátricos nos pais; enquanto, no gênero feminino, o abuso sexual e pais anti-sociais¹²⁸.

Estudo de corte transversal – realizado por Dixon, Howie e Starling (2004), na Austrália, com o propósito de identificar transtornos psiquiátricos em jovens do gênero feminino e relacionar os problemas de saúde mental com fatores sociodemográficos e traumas emocionais – revelou que 91% dos jovens apresentavam transtorno de conduta e 85%, transtorno por dependência de álcool e drogas. Detectou ainda que, entre os portadores de patologia psiquiátrica, 70% haviam sido vítimas de crimes violentos, 52% de violência doméstica, 50% de abuso sexual, 49% de abuso físico e 63% tinham parentes encarcerados. Alguns estavam submetidos a mais de um fator de risco. Os autores concluíram que esses fatores não determinam causalidade, mas devem ser foco de atenção dos serviços de saúde mental¹²⁹.

O *National Institute of Mental Health* (NINH), em estudo de revisão (2000) sobre a criança e o adolescente violento, ao sinalizar a elevada frequência de jovens com comportamento anti-social, registrou como fatores de risco: pais negligentes, pais com comportamento anti-social e outros problemas de saúde mental¹³⁰.

Em pesquisa sobre fatores de risco, Bassarath (2001) observou associação do comportamento delinqüente na adolescência com: abusos sofridos no passado, parceiros com comportamento anti-social, laços sociais pobres, uso precoce de drogas e pais com comportamentos anti-sociais. Dentre os fatores preditivos moderados, o autor referiu: agressões precoces, baixo poder aquisitivo, procura por situações de risco ou impulsividade, relacionamento conflituoso pais-filhos e desempenho escolar deficiente. Considerou fatores preditivos fracos: negligência dos pais e família com muitos filhos¹³¹.

O reconhecimento de altas taxas de transtornos psiquiátricos e de dificuldades na esfera psicossocial levou Thomas e Pen (2002) a recomendar uma assistência especializada ao número crescente de jovens infratores portadores de doença mental. Para colocar em prática essa assistência, é preciso realizar pesquisas sobre a saúde mental dos menores que cometem infrações; desenvolver protocolos de avaliação, para *screening*, dos transtornos psiquiátricos; além de dar atenção médico-psicológica e social a essa população. É fundamental, ainda, a avaliação prévia do adolescente, especialmente voltada para a identificação do uso nocivo de substâncias psicoativas, pois, de acordo com os autores, se esse problema não for enfrentado, provavelmente o indivíduo levará o resto da vida em processos judiciais. Por isso defendem que estabelecer programas de assistência a esses jovens é a base para a sua reabilitação, devendo os profissionais de saúde mental estar preparados para fornecer-lhes o suporte adequado¹³².

A morbidade psiquiátrica, associada à delinqüência juvenil, é um fenômeno universal, apesar das peculiaridades demográficas, econômicas e socioculturais, conforme demonstram as pesquisas que fundamentam o presente estudo de avaliação do perfil psiquiátrico do jovem, autor de ato infracional.

Na busca do entendimento de determinadas vivências,⁶ o cientista opta por sair da posição de mero observador, formula hipóteses, estabelece objetivos, recorre aos métodos para organizar e classificar seus resultados. Consciente da dinâmica do conhecimento, não dogmatiza suas conclusões, mas aspira torná-las úteis à comunidade.

Solange Rubim de Pinho, 2005

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

A ocorrência de transtornos psiquiátricos entre jovens em conflito com a lei, detectada na vivência clínica e na literatura científica especializada, despertou o interesse de desenvolver este estudo, com o objetivo geral de descrever o perfil de morbidade psiquiátrica dos adolescentes que cumprem medidas de privação de liberdade na Casa de Acolhimento ao Menor (CAM), em Salvador/Bahia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Com o intuito de contribuir para o planejamento de políticas nos diversos níveis de prevenção de transtornos psiquiátricos no adolescente, a investigação teve como objetivos específicos:

- a) descrever as características da população estudada;
- b) identificar associações entre os transtornos psiquiátricos e os tipos de delito cometidos pelos adolescentes institucionalizados;
- c) estabelecer associações entre fatores psicossociais específicos, considerados de risco para a morbidade psiquiátrica dos jovens em

conflito com a lei, e os transtornos psiquiátricos identificados na população pesquisada.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A história da CAM teve início em 1987, quando o Serviço Estadual de Assistência do Menor (Seam) promoveu a desativação da antiga Escola Agroindustrial da Menores de Maragóipe, a qual funcionava como presídio para



Figura 3 – Fachada da CAM/Bahia, 2005
Fotografia: Katriana Guimarães

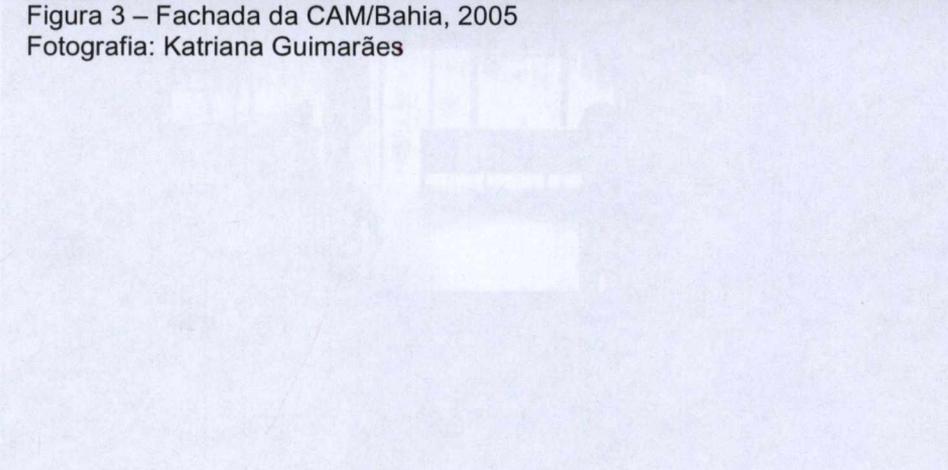


Figura 4 – Hall de entrada da CAM/Bahia, 2005
Fotografia: Katriana Guimarães

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A história da CAM teve início em 1987, quando o Serviço Estadual de Assistência do Menor (Seam) promoveu a desativação da antiga Escola Agroindustrial de Menores de Maragogipe, a qual funcionava como presídio para menores. Com a desativação da escola, os adolescentes foram alojados em uma ala do Centro de Recepção e Triagem (CRT) da Fundação de Assistência aos Menores do Estado da Bahia (Fameb). Posteriormente, essa ala foi readaptada, recebendo o nome de Casa de Acolhimento do Menor (CAM)¹³³. Com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, ocorreu a reestruturação da Fameb, que em 1991 se transformou em Fundac^{134,135} (Figura 4).



Figura 4 – *Hall* de entrada da CAM/Bahia, 2005
Fotografia: Katriana Guimarães

Desde a sua criação em 1991, a CAM vem recebendo também adolescentes infratores das comarcas do interior do Estado. A Casa foi estruturada, inicialmente, para atender 20 jovens, mas o número de internos foi crescendo e, no ano de 1993, a instituição já abrigava 120 internos, contando atualmente com cerca de 250 jovens.

Os alojamentos do antigo CRT foram progressivamente modificados, formando seis alas masculinas (CAM 01, 02, 03, 04, 05, 06), e duas alas femininas. Os internos estão distribuídos de acordo com o grau da vivência infracional; a existência de necessidades especiais; procedência; idade e comportamento. Compõem a população indivíduos de ambos os sexos, com idade que varia de 12 a 21 anos, quase todos procedentes da capital e do interior do Estado da Bahia; parte deles sentenciados, outros em internamento provisório por medida de segurança, à disposição do juiz.

São oferecidos cursos de borracharia, costura, artefato de cimento, padaria, serigrafia e artes em geral.

Para dar continuidade ao ensino fundamental, os internos freqüentam a Escola Marcos Carlos Formigli e a Escola Marcos Antonio Veronese, as quais funcionam dentro da área da CAM.

No período da pesquisa, a CAM contava com 1 psiquiatra, 1 clínico, 1 enfermeiro; 12 auxiliares de enfermagem, 1 dentista, 5 psicólogos e 8 assistentes sociais¹³⁴.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO E POPULAÇÃO ESTUDADA

Este é um estudo descritivo censitário, de corte transversal, no qual se procedeu à avaliação psiquiátrica de 290 adolescentes infratores, que tinham de 12 a 21 anos e se encontravam em privação de liberdade na CAM. A coleta de dados transcorreu de outubro de 2002 a abril de 2003.

Na presente pesquisa, foram considerados adolescentes os indivíduos na faixa etária de 12 a 18 anos e, excepcionalmente, aqueles de 18 e 21 anos, que, conforme o ECA¹⁰, em seu artigo 2º, por prolongamento da medida de internação, permanecem na instituição até os 21 anos de idade.

Foi constituída uma equipe de 1 psiquiatra e 5 estagiários (3 estudantes de psicologia, 1 estudante de terapia ocupacional e 1 médico residente de psiquiatria). O psiquiatra atuou como coordenador da pesquisa de campo. Nos meses de agosto e setembro de 2002, essa equipe foi treinada pela investigadora principal para a aplicação do questionário.

4.3 INSTRUMENTO

4.3.1 Descrição

O instrumento utilizado na presente pesquisa foi o Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adolescente em Conflito com a Lei (MPACL) – construído pelo Grupo

de Pesquisa em Saúde Mental⁽⁵⁾ –, o qual teve como base a experiência clínica dos membros desse grupo, bem como a revisão da literatura. Instrumento auxiliar do exame psiquiátrico, o MPACL, que utilizou como referência os critérios diagnósticos da CID-10, está dividido em três partes.

O MPACL– I, elaborado a partir do Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA) – instrumento de rastreamento desenvolvido por Santana¹³⁶, utilizado nas pesquisas de Dunningham¹³⁷ e Aguiar¹³⁸ –, consistiu em uma ficha para a coleta dos dados de identificação, dos sintomas clínicos e dos tipos de delito cometidos.

Foram retiradas 9 questões das 45 que faziam parte do QMPA. Das 36 remanescentes, foram adaptadas e acrescidas 3: “Respeita as instruções dos pais ou dos mais velhos?”; “Você se sente culpado quando é perverso com alguém ou tem comportamento que considere errado?”; “É cruel com animais ou pessoas mais frágeis?”. Todas essas mudanças foram efetuadas para adequar o questionário à população estudada, priorizando a investigação dos transtornos de conduta. Consta, ainda, nessa ficha de coleta de dados, um espaço para descrição livre dos atos infracionais. Buscou-se com isso verificar a relação doença psiquiátrica–natureza do delito. Outros itens em pauta referiam-se à história prévia de infrações, número de infrações cometidas, número de recidivas e à forma de atuação na prática delituosa, se solitária ou em grupo (Apêndices A, B e C).

⁽⁵⁾ Grupo de estudos em saúde mental, vinculado ao CNPq, que atua em Salvador/BA, e tem como proposta realizar pesquisas em epidemiologia psiquiátrica, neurociências, reabilitação e reinserção social.

A segunda parte do instrumento, o MPACL– II, foi elaborada com base no modelo de entrevista semi-estruturada, proposto por Josef e Silva (2002). Buscou-se uma adequação do instrumento à realidade brasileira, mais precisamente baiana, considerando tratar-se de uma população-alvo constituída, inclusive, de um número expressivo de jovens de área rural, sem contato com familiares¹³⁹.

O instrumento de Josef e Silva incluiu itens da Escala de Avaliação de Psicopatia (*Hare Psychopathy Checklist-Revised* ou *Hare PCL-R*)¹³⁹ – criada por Robert Hare (1991) e validada por Morana (2004) –, hoje considerada fundamental no estudo da psicopatia. O *Hare PCL-R* foi delineado para avaliar os traços da personalidade psicopática, seu grau de periculosidade e a possibilidade de reinserção do transgressor na vida comunitária¹⁴⁰. Contudo, mostrou-se extenso e inadequado à atual pesquisa, em razão da especificidade da sua população-alvo e do contexto em que esta estava inserida.

Em razão de uma maior proximidade, no âmbito cultural, entre este estudo e as pesquisas de Josef e Silva, considerou-se mais adequado adaptar sua entrevista, procedendo-se, assim, à elaboração do MPACL– II.

A terceira parte do instrumento, o MPACL– III, foi construída tendo como referência, para a delimitação de determinadas variáveis – violência sexual, criminalidade e história de maus-tratos na família –, alguns critérios utilizados por Bordin (1996)¹²⁸ (Apêndice E).

4.3.2 Aplicação

A seqüência utilizada para a avaliação de cada interno seguiu a ordem estabelecida pela enfermeira, que optou por obedecer à seqüência das alas da casa. Os adolescentes vinham acompanhados até a sala dos pesquisadores pelos monitores da própria instituição.

Os 290 adolescentes foram submetidos à primeira parte do instrumento – o MPACL– I – aplicado pela equipe. Em seguida, a investigadora principal examinou cada interno da instituição, ao realizar a Entrevista Psiquiátrica Semi-Estruturada (MPACL– II), estando ela *cega* quanto aos dados colhidos na etapa anterior, bem como em relação àqueles existentes nos prontuários da CAM.

O MPACL– II (Apêndice D) foi apresentado a cada interno pela examinadora, que explicou a necessidade de realizar uma segunda etapa de investigação e solicitou o consentimento do adolescente para a continuidade do estudo. Colhidos os dados de identificação, o adolescente foi interrogado sobre a razão de sua internação na CAM. Na entrevista, aplicada de forma semi-estruturada, foi solicitada ao interno a indicação do delito cometido – homicídio, roubo, furto, estupro, tráfico de drogas e outros – e a livre descrição do delito.

Quanto ao sentimento de doença e à associação de sintomas psíquicos com acontecimentos externos, além de responderem sinteticamente – sim ou não –, foi dada a opção de o indivíduo falar livremente.

Em seguida, perguntou-se acerca de seus sentimentos diante do ato infracional e das vítimas – culpa, indiferença, alegria, tristeza, medo e alívio. Em relação à instituição, foi investigada a percepção do jovem quanto às vivências na CAM, incluindo os itens: recuperação, prisão, castigo e outros.

Em seguida, procedeu-se à inspeção física, buscando identificar traços como defeitos físicos, tatuagens, *piercings*, cicatrizes, aspectos estéticos bizarros, que constam da entrevista semi-estruturada de Josef e Silva¹³⁹. Durante o exame psiquiátrico, além de avaliar as funções psíquicas, foi investigada a ocorrência de: mentira patológica, manipulação, ausência de culpa, falta de empatia, vida parasitária, impulsividade, irresponsabilidade, vários parceiros na vida sexual.

Na última fase, realizou-se um sorteio para a definição de uma amostra de 100 indivíduos, dentre os 290 adolescentes do universo inicial; selecionando-se, aleatoriamente, 60 portadores de doença psiquiátrica e 40 não-portadores. A aplicação do MPACL– III em 290 indivíduos não se mostrou viável, pela demanda de material a ser coletado e analisado no período de tempo previsto para a pesquisa. Dessa forma, optou-se pela sua aplicação à amostra, a fim de investigar determinados fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno psiquiátrico. Posteriormente, os achados foram confrontados com dados de prontuário para verificar a fidedignidade das informações prestadas.

O diagnóstico psiquiátrico foi realizado com base nos critérios da CID-10; nos dados registrados nos questionários, principalmente a entrevista; na observação clínica da pesquisadora, única responsável pela aplicação do MPACL– II.

4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.4.1 Variável Dependente

A variável dependente do presente estudo foi o transtorno psiquiátrico do adolescente, caracterizado por alterações no funcionamento mental que se expressam através de um conjunto de sintomas e alterações comportamentais que constituem a síndrome psiquiátrica⁵⁴.

As categorias nosológicas identificadas na população foram: transtornos de conduta, transtornos por uso nocivo de substância psicoativa, retardo mental, transtornos hipercinéticos, outros transtornos psicóticos, esquizofrenia, estados ansiosos, estados depressivos e transtornos mentais orgânicos.

Para o diagnóstico, utilizaram-se os Critérios Diagnósticos para Pesquisa da *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10)*⁵⁴, elaborada pela OMS (Anexo D). Os estados ansiosos e os estados depressivos foram caracterizadas de forma sindrômica, não havendo o compromisso de identificar a patologia de base; enquanto a categoria transtornos psicóticos abrangeu quadros psicóticos diversos, com exceção da esquizofrenia.

4.4.1.1 Transtornos de Conduta

Caracterizados por um padrão repetitivo e persistente de conduta anti-social, agressiva ou desafiadora, os transtornos de conduta, quando levados ao extremo, extrapolam as expectativas sociais de ações compatíveis com a idade do indivíduo. Para a confirmação desse diagnóstico, é preciso que três ou mais dos sintomas

listados na categoria tenham estado presentes por pelo menos seis meses ou que, no mínimo, um dos seguintes sintomas – 11, 13, 15, 16, 20, 21 e 23 – tenha ocorrido apenas uma vez, por um período mínimo de seis meses. Comportamentos anti-sociais ou criminosos isolados não são, em si mesmos, base para o diagnóstico, que implica um padrão permanente de comportamento⁵⁴.

4.4.1.2 Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do Uso Nocivo de Substância Psicoativa

Transtornos em que há evidência de dano real à saúde física e/ou mental do indivíduo em decorrência do uso de substância psicoativa, além de um padrão de uso que comprometa atividades de estudo, trabalho e as relações sociais. Para satisfazer os critérios da CID-10, a natureza do dano deve estar claramente identificada e o padrão de uso deve ter persistido por pelo menos um mês ou ter ocorrido repetidamente durante um período de 12 meses⁵⁴.

4.4.1.3 Retardo Mental

O retardo mental – especialmente caracterizado por comprometimento das aptidões cognitivas, de linguagem, desenvolvimento motor e funcionamento social – é uma condição resultante do desenvolvimento incompleto da mente. Foram identificados, na população estudada, os dois níveis de retardo mental sumariamente descritos a seguir.

a) Retardo mental leve: indivíduos com comprometimento mínimo na esfera sensório-motora, o que permite ao indivíduo desenvolver habilidades acadêmicas,

sociais e profissionais. Com suporte adequado, ele é capaz de viver na comunidade de forma auto-suficiente.

b) Retardo mental moderado: atinge pessoas que necessitam de treinamento de habilidades sociais e ocupacionais, mas, mesmo recebendo essa assistência, na maior parte das vezes, não chegam à segunda série do ensino fundamental. Na adolescência, têm dificuldade para identificar as convenções sociais e, durante a vida adulta, estão aptas a executar trabalhos não qualificados ou semiquilificados⁵⁴.

4.4.1.4 Transtornos Hiperkinéticos

Transtornos caracterizados por início precoce; comportamento persistentemente hiperativo e pobremente modulado, com desatenção marcante e falta de envolvimento nas tarefas. O critério utilizado na presente pesquisa envolve a existência de níveis anormais de desatenção, hiperatividade e inquietação, de caráter persistente e não decorrente de outros transtornos. Conforme a CID-10, para se estabelecer o diagnóstico de transtorno hiperkinético, é preciso que tenham ocorrido pelo menos seis dos sintomas da desatenção, no mínimo três dos sintomas da hiperatividade, e ao menos um dos sintomas da impulsividade por pelo menos seis meses, levando-se em conta o nível evolutivo da criança. Essa categoria também reconhece indivíduos que preenchem critérios para a desatenção e não apresentam hiperatividade e impulsividade, bem como outros que preenchem critérios para a hiperatividade e não apresentam déficit de atenção, configurando diferentes tipos clínicos⁵⁴.

4.4.1.5 Esquizofrenia

Trata-se de alteração significativa e consistente em alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, uma atitude ensimesmada e retraimento social. Sintomas observados: alucinações auditivas; delírios persistentes; sintomas *negativos* como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento afetivo.

Essa categoria envolve formas variadas de esquizofrenia, bem como diferentes padrões de curso da doença.

Para se estabelecer o diagnóstico, pelo menos um dos sintomas a seguir deve estar presente, pela maior parte do tempo, durante um episódio de doença psicótica, e permanecer no mínimo por um mês:

- a) eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento ou irradiação do pensamento;
- b) delírios de controle, influência, percepção delirante;
- c) vozes alucinatórias discutindo sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindos de alguma parte do corpo;
- d) delírios persistentes.

Outros sintomas podem estar presentes, caracterizando o transtorno esquizofrênico⁵⁴.

4.4.1.6 Transtornos Mentais Orgânicos

Nesses transtornos, deve existir uma relação temporal entre o aparecimento do quadro psiquiátrico e a ocorrência de uma lesão, disfunção cerebral ou doença física sistêmica. É também critério para o diagnóstico a ocorrência de recuperação do paciente, isto é, a possibilidade de reversão do quadro mental, uma vez melhorada a causa primária⁵⁴.

4.4.1.7 Estados Ansiosos

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos que fazem parte do espectro considerado normal ao ser humano. Passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não decorre de uma causa aparente. Essa categoria inclui quadros sindrômicos que têm a ansiedade como sintoma central e manifesta-se por tensão proeminente, preocupação e sentimento de apreensão em relação a eventos e problemas cotidianos, experiências subjetivas de medo ou emoção como terror, alarme ou pânico; desconforto corporal subjetivo¹⁴¹. Apesar de não terem sido estabelecidos subtipos de estados ansiosos, visto que o diagnóstico foi mais abrangente, ataques recorrentes de pânico, idéias obsessivas, fobias específicas, fobia social, compulsões, dissociações e somatizações, reações ansiosas de ajustamento ou ao estresse grave foram categorias incluídas nessa variável⁵⁴.

4.4.1.8 Estados Depressivos

Nessa categoria – que abrange transtornos psiquiátricos diversos –, estão os quadros nos quais a depressão se apresenta como sintoma principal. Os estados depressivos são caracterizados por alteração significativa e consistente em alguns

aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, ansiedade, irritabilidade, falta de objetivos, inatividade e retraimento social. Essa variável não pretende especificar o transtorno de base, em razão da limitação de tempo, das características metodológicas e do próprio objetivo do estudo. Não foram utilizadas escalas para o diagnóstico dos subtipos de depressão.

Entre os estados depressivos, estão os transtornos de ajustamento de tipo depressivo; os transtornos de humor bipolar, recorrente e persistente (distímia); bem como o transtorno misto de ansiedade e depressão, citados na CID-10⁵⁴.

4.4.1.9 Outros Transtornos Psicóticos

Nessa categoria, foram incluídos, além de episódios psicóticos por uso nocivo de substância psicoativa, episódios psicóticos secundários ao retardo mental, quadros depressivos com sintomas psicóticos e psicoses não especificadas em outra categoria.

Para caracterizar como transtorno psicótico por uso nocivo de substância psicoativa, é preciso que o episódio tenha ocorrido durante ou dentro de duas semanas do uso, e persistido por mais de 48 horas, não excedendo seis meses. O quadro clínico pode cursar com sintomatologia diversa: esquizofreniforme, predominantemente delirante, alucinatória, polimórfica, depressiva, maníaca ou mista. Nas psicoses secundárias ao retardo mental, podem ocorrer alterações no conteúdo do pensamento, com idéias delirantes, pobres e mal-estruturadas. É também comum que o indivíduo apresente alterações na senso-percepção, humor instável e estados de excitação indiferenciados. Trata-se de um quadro de caráter

polimórfico, de duração variável. Nos episódios depressivos, devem estar presentes delírios ou alucinações com conteúdo de culpa, hipocondria ou auto-referência. Dentre as psicoses não especificadas, estão os transtornos agudos e transitórios e os transtornos delirantes⁵⁴.

4.4.2 Variáveis Independentes

Foram consideradas como variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, procedência, renda familiar e tipos de delito cometidos.

A população pesquisada foi constituída de 290 adolescentes infratores, que tinham de 12 a 21 anos e estavam em privação de liberdade na CAM/BA.

É importante explicar a presença de indivíduos maiores de 18 anos numa instituição criada para atender adolescentes infratores. Como eles ficam privados de liberdade por até três anos, é compreensível que haja na CAM indivíduos na faixa etária de 18 a 21 anos, que cometeram delito entre os 15 e os 18 anos. A medida de privação de liberdade não comporta prazo determinado, devendo ocorrer reavaliações periódicas. Há uma correlação direta entre a conduta do educando e o tempo de internação. Apesar de ser compulsória a liberação dos internos aos 21 anos de idade – até porque a aplicação da medida de internação não deve exceder de três anos –, essa norma nem sempre é cumprida. Dessa forma, foram encontrados indivíduos que já haviam completado 21 anos no universo estudado.

O nível socioeconômico foi avaliado com base nas seguintes variáveis categóricas:

- a) escolaridade, estratificada em quatro níveis: fundamental incompleto e analfabeto, fundamental completo, médio incompleto e médio completo;
- b) renda familiar, estratificada em três níveis: menor que 1 salário mínimo, entre 1 e 3 salários mínimos, mais de 3 salários mínimos e não sabia;

Os adolescentes foram investigados, levando-se em consideração os seguintes tipos de delito:

- homicídio (assassinato);
- furto (ato de subtrair coisas alheias);
- tráfico de drogas (transporte ilícito de drogas);
- roubo (ato de subtrair coisa alheia mediante ameaça ou violência à vítima);
- estupro (constranger o outro à conjunção carnal mediante violência ou grave ameaça)⁵⁷;
- outros (delitos não especificados nos itens acima).

4.4.3 Variáveis Psicossociais

As variáveis psicossociais que constam no MPACL– III são apresentadas a seguir:

- a) experiência de maus-tratos na infância, caracterizada por, pelo menos, um desses eventos: chute, mordida, soco, queimadura ou sufocamento provocado pelos responsáveis;
- b) abuso sexual, caracterizado por, no mínimo, um desses eventos: exposição à nudez, ameaça de ter relações sexuais, toque em partes íntimas do corpo do menor, estupro;
- c) problemas de saúde física e/ou psiquiátrica em um ou ambos os genitores; por exemplo: pai e/ou mãe fazem uso nocivo de substância psicoativa, pai e/ou mãe portadores de transtorno psicótico pelo período de, pelo menos, seis meses;
- d) pais e/ou parentes de 1º grau envolvidos em crimes;
- e) pais e/ou parentes de 1º grau assassinados;
- g) prostituição na família;
- h) número de entradas na instituição;
- i) idade por ocasião do primeiro delito;
- j) experiência de atendimentos em serviços de psiquiatria ou psicologia, antecedendo a internação na instituição.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a construção do banco de dados e a realização dos cálculos estatísticos, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, 1998)¹⁴².

Os resultados das variáveis contínuas foram apresentados sob a forma de média \pm desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas como proporções (frequência relativa).

Utilizando-se os dados da população pesquisada, foi calculada a prevalência de cada um dos transtornos psiquiátricos identificados. Como medida de associação estatística, para estabelecer comparações entre as variáveis, calcularam-se as razões de prevalência dos transtornos psiquiátricos por tipo de delito e tipo de transtorno psiquiátrico, com seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Por fim, procedeu-se ao cálculo das razões de prevalência dos transtornos psiquiátricos por determinados fatores psicossociais, assim como dos seus intervalos de confiança a 95%.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos consistiram na aprovação da investigação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Juliano Moreira e na sua autorização pelo Juizado da Infância e da Juventude de Salvador/Bahia, por ter como sujeitos adolescentes sob tutela judicial. Foi facultada a cada um dos jovens a possibilidade de deliberar quanto à sua participação na pesquisa. Esclarecidos sobre a sua finalidade, a inexistência de riscos para a saúde física e psíquica, e a ausência de relação entre a pesquisa e os trâmites da Justiça, todos os adolescentes concordaram em participar da investigação (Anexos A, B e C).

5 RESULTADOS

Observou-se que existe associação entre comportamento infrator e transtorno psiquiátrico.



Figura 5 – Decoração externa da CAM/Bahia, 2005
Fotografia: Katriana Guimarães

Quanto à escolaridade, 95,1% tinham o curso fundamental incompleto ou eram analfabetos; 0,7%, o curso fundamental completo; 3,5%, o curso médio incompleto; e 0,7%, o curso médio completo.

5 RESULTADOS

Observou-se que existe associação entre comportamento infrator e transtorno psiquiátrico.

A população estudada constou de 290 jovens internados na Casa de Acolhimento do Menor (CAM) em Salvador/Bahia, no período de outubro de 2002 a abril de 2003. A Tabela 2 mostra as características gerais dos adolescentes pesquisados.

Dos 290 jovens, 259 (89,3%) eram do sexo masculino e 31 (10,7%) do sexo feminino.

A idade variou de 12 a 21 anos, e a média de idade foi de 16,4 anos (DP 1,7). Do total de indivíduos estudados, 13,4% tinham de 12 a 15 anos incompletos; 64,1%, de 15 a 18 anos incompletos e 22,4 %, 18 anos ou mais.

Quanto à escolaridade, 95,1% tinham o curso fundamental incompleto ou eram analfabetos; 0,7%, o curso fundamental completo; 3,5%, o curso médio incompleto; e 0,7%, o curso médio completo.

A renda familiar estava distribuída da seguinte maneira: 67,6% possuíam uma renda familiar média menor que um salário mínimo; 24,8%, de 1 a 3 salários mínimos; 1,4%, mais de 3 salários mínimos e 6,2% não souberam informar.

No que se refere à procedência, 54% eram de Salvador; 42,9%, do interior do Estado da Bahia; e 3,1%, de outros Estados do país.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos 290 adolescentes da CAM/BA, 2003

Variável	%
Sexo	
Masculino	89,3
Feminino	10,7
Idade	
12 a 15 anos	13,4
15 a 18 anos	64,1
18 anos ou mais	22,4
Escolaridade	
Fundamental incompleto ou analfabeto	95,1
Fundamental completo	0,7
Médio incompleto	3,5
Médio completo	0,7
Renda familiar	
Menor 1 salário	67,6
1 a 3 salários	24,8
Maior 3 salários	1,4
Não sabia	6,2
Procedência	
Salvador	54,0
Interior da Bahia	42,9
Outros Estados	3,1
Transtorno psiquiátrico*	75,2

* Diagnóstico isolado, duplo ou triplo.

Dentre os 290 adolescentes examinados, 218 foram diagnosticados como portadores de transtorno psiquiátrico, isolado ou em comorbidade, conferindo uma prevalência de 75,2% (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos – isolados e em comorbidade – e ausência de doença. CAM/BA, 2003

Transtorno psiquiátrico	N	%
Isolado	114	39,31
Em comorbidade	104	35,86
Ausência	72	24,83

Quanto aos transtornos apresentados isoladamente, destacaram-se com as maiores taxas os transtornos de conduta (14,8%), o retardo mental (6,9%); os transtornos por uso nocivo de substância psicoativa (5,2%) e outros transtornos psicóticos (4,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos isolados na população estudada. CAM/BA, 2003

Categoria diagnóstica	N	%
T. de conduta	43	14,8
T. hipercinéticos	02	0,7
T. uso nocivo de substância psicoativa	15	5,2
Outros t. psicóticos	14	4,8
Esquizofrenia	05	1,7
Retardo mental	20	6,9
Estados ansiosos	07	2,4
Estados depressivos	03	1,0
T. mentais orgânicos	05	1,7

Nota: T. = Transtornos.

Uma vez identificados os transtornos psiquiátricos isolados e algumas das comorbidades que evidenciaram as taxas mais altas de prevalência, é importante traçar o perfil de morbidade psiquiátrica dos adolescentes pesquisados.

Os transtornos isolados e em comorbidade estavam assim distribuídos: transtornos de conduta (39,3%); transtornos por uso nocivo de substância psicoativa (27,9%); retardo mental (11,7%); transtornos hipercinéticos (11,4%); esquizofrenia (2,4%); outros transtornos psicóticos em geral (7,2%); estados ansiosos (5,5%); estados depressivos (5,5%); transtornos mentais orgânicos (3,4%) (Tabela 5 e Figura 5).

Tabela 5 – Distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos – isolados e em comorbidade – na população da CAM/BA, 2003

Categoria diagnóstica	N	%
T. de conduta	114	39,3
T. hipercinéticos	33	11,4
Esquizofrenia	7	2,4
T. uso nocivo subst. psicoativa	81	27,9
Outros t. psicóticos	21	7,2
Retardo mental	34	11,7
Estados ansiosos	16	5,5
Estados depressivos	16	5,5
T. mentais orgânicos (TMO)	10	3,4

Nota: T. = Transtornos.

Tabela 6 – Distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos por tipo de delito. CAM/BA, 2003

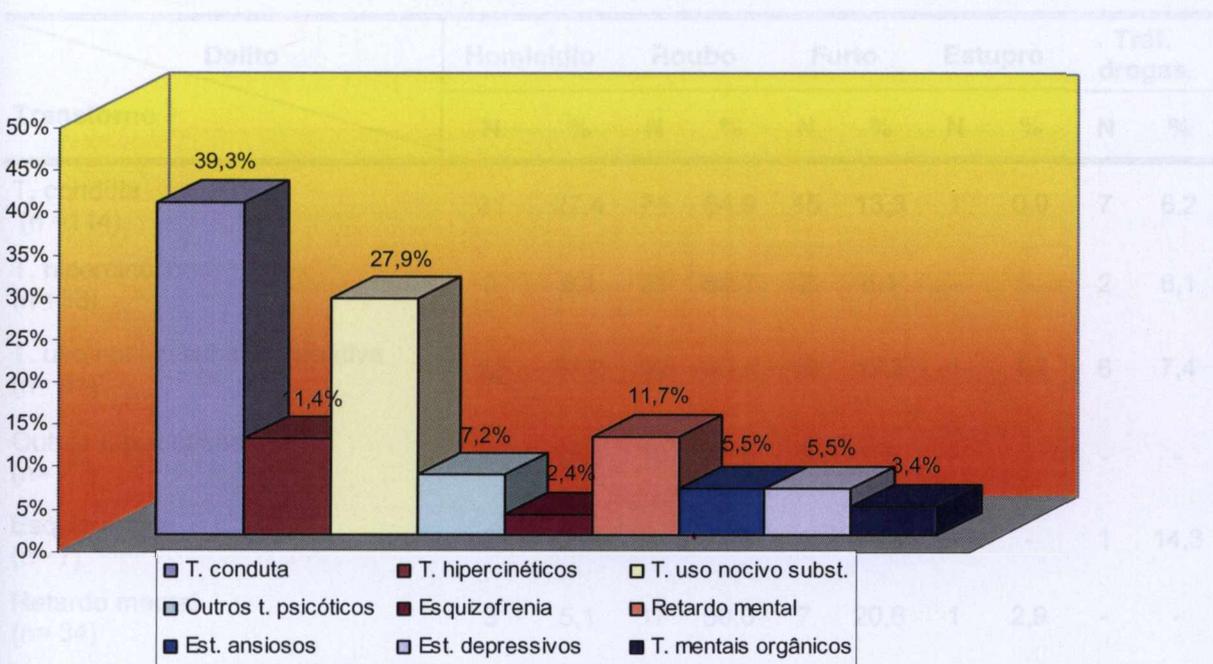


Figura 6 – Gráfico da prevalência das patologias por categorias diagnósticas isoladas e em comorbidade na população de 290 indivíduos

Nota: T. = Transtornos; Tráf. = Tráfico; TMO = Transtornos mentais orgânicos.

A Tabela 6 mostra a prevalência dos transtornos psiquiátricos de acordo com o tipo de delito. As maiores taxas foram observadas entre aqueles indivíduos que cometeram roubo. A segunda categoria de delito mais representada foi a dos homicidas. Os portadores de transtorno de conduta foram os que mais praticaram delitos, nessa ordem: roubo, homicídio e furto. Os indivíduos com transtorno por uso nocivo de substância psicoativa vieram em segundo lugar, tendo cometido os mesmos delitos: roubo, homicídio e furto. O terceiro lugar foi ocupado pelos portadores de transtorno hiper-cinético, com uma taxa de prevalência importante apenas para roubo.

Tabela 6 – Distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos por tipo de delito. CAM/BA, 2003

Delito \ Transtorno	Homicídio		Roubo		Furto		Estupro		Tráf. drogas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
T. conduta (n = 114)	31	27,4	74	64,9	15	13,3	1	0,9	7	6,2
T. hiper-cinéticos (n= 33)	3	9,1	23	69,7	2	6,1	-	-	2	6,1
T. uso nocivo subst. psicoativa (n= 81)	22	27,2	49	60,5	10	12,3	1	1,2	6	7,4
Outros t. psicóticos (n= 21)	4	19,0	10	47,6	2	9,5	-	-	-	-
Esquizofrenia (n= 7)	2	28,6	1	14,3	1	14,3	-	-	1	14,3
Retardo mental (n= 34)	3	5,1	17	50,0	7	20,6	1	2,9	-	-
Estados ansiosos (n= 16)	2	12,5	8	50,0	1	6,3	2	12,5	-	-
Estados depressivos (n= 16)	1	6,3	13	81,3	3	20,0	-	-	-	-
TMO (n = 10)	2	20,0	-	-	1	10,0	-	-	-	-

Nota: T. = Transtornos; Tráf. = Tráfico; TMO = Transtornos mentais orgânicos.

Analisando a prevalência dos transtornos comórbidos na população estudada, foi encontrada maior ocorrência dos transtornos de conduta, associados aos transtornos por uso nocivo de substância psicoativa (13,5%), e dos transtornos de conduta com os transtornos hipercinéticos (6,2%). As maiores taxas de prevalência dos transtornos por uso nocivo de substância psicoativa ocorreram quando estes apareceram associados com os transtornos de conduta (13,5%), e nos casos de diagnóstico triplo, em que se manifestaram em comorbidade com os transtornos de conduta e os hipercinéticos (3,1%). A entidade clínica retardo mental foi observada mais freqüentemente associada a outros transtornos psicóticos (1,7%) e aos transtornos por uso nocivo de substância psicoativa (1,4%).

Observou-se que, entre os indivíduos com diagnóstico de transtorno de conduta, houve 1,72 vez mais homicídios do que entre os não-portadores desse transtorno. Entre os portadores de transtorno de conduta, a prática de roubo foi 1,31 vez maior do que entre os jovens não diagnosticados como portadores. Quanto ao transtorno hipercinético, houve 1,30 vez mais roubo entre os portadores desse transtorno do que entre os não-portadores. Ao comparar os indivíduos que apresentavam estado depressivo com aqueles sem esse diagnóstico, foi possível detectar 1,46 vez mais roubo no primeiro grupo do que no segundo.

As razões de prevalência dos transtornos psiquiátricos por tipo de delito foram estatisticamente significativas no caso de transtornos de conduta (homicídio, roubo); transtornos hipercinéticos (roubo); estados depressivos (roubo), conforme demonstra a Tabela 7.

Tabela 7 – Razões de prevalência dos transtornos psiquiátricos por tipo de delito. CAM/BA, 2003

Transtorno	Delito	Homicídio RP - IC	Roubo RP-IC	Furto RP-IC
T. conduta		1,72 (1,096 – 2,713)	1,31 (1,076 – 1,596)	–
T. hipercinéticos		–	1,30 (1,021 – 1,663)	–
T. uso nocivo subst. psicoativa		1,53 (0,963 – 2,421)	1,11 (0,893 – 1,369)	–
Outros t. psicóticos		–	–	–
Esquizofrenia		1,41 (0,428 – 4,665)	–	–
Retardo mental		–	–	1,28 (0,623 – 2,613)
Estados ansiosos		–	–	–
Estados depressivos		–	1,46 (1,128 – 1,893)	1,21 (0,42 – 3,456)
TMO		–	–	–

Notas: Foram desconsiderados os valores menores ou iguais a 1.

RP = Razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança; T. = Transtornos; subst.= substância; TMO = Transtornos mentais orgânicos.

Nas questões objetivas, aplicadas na Entrevista Psiquiátrica Semi-Estruturada, ao serem interrogados sobre o sentimento ante o ato e a vítima, 55% dos indivíduos assinalaram indiferença; 23%, culpa; 15%, tristeza; 7%, medo e 5% referiram alívio. No que diz respeito à maneira como encaravam a CAM, 51% a percebiam como uma prisão; 19%, castigo; 28%, uma instituição para a recuperação do menor e 3% assinalaram a opção outros.

Para a terceira etapa da pesquisa, foi selecionada, por sorteio, uma amostra de 100 indivíduos, 60 portadores de doença psiquiátrica e 40 sem doença.

A análise dos fatores psicossociais, baseada nos dados relativos a essa amostra, demonstrou haver 91% de pessoas do sexo masculino e 9% do sexo feminino; com idade variando de 12 a 21 anos, e média de idade de $16,3 \pm 1,5$ anos. A distribuição da escolaridade seguiu o seguinte padrão: fundamental incompleto ou analfabeto, 92%; 1º grau completo, 2%; 2º grau incompleto, 5%; 2º grau completo, 1%. A procedência esteve assim representada: 56% de indivíduos da cidade do Salvador, 43% do interior do Estado da Bahia e 1% de outros Estados do país. As características desta amostra estão descritas na Tabela 8.

Tabela 8 – Características sociodemográficas dos 100 adolescentes estudados. CAM/BA, 2003

Variável	%
Sexo	
Masculino	91
Feminino	9
Escolaridade	
Fundamental incompleto ou analfabeto	92
Fundamental completo	2
Médio incompleto	5
Médio completo	1
Renda familiar	
Menor 1 salário	65
1 a 3 salários	27
Maior 3 salários	2
Não sabia	6
Procedência	
Salvador	56
Interior da Bahia	43
Outros Estados	1
Transtorno psiquiátrico*	60

* Diagnóstico isolado, duplo ou triplo.

A idade em que ocorreu o primeiro delito variou de 8 a 17 anos, com média de idade de $14,3 \pm 2,2$. Dentre os 100 jovens pesquisados, 30 não souberam informar qual a sua idade quando se deu o primeiro delito. A moda e a mediana para a prática do primeiro ato infracional foram de 15 anos de idade.

A análise das razões de prevalência dos fatores psicossociais – maus-tratos, criminalidade, abuso sexual e assassinato na família – mostraram-se estatisticamente significativas nos casos de transtornos de conduta. Quanto aos transtornos hipercinéticos, foram significativos os valores relativos a criminalidade, abuso sexual e assassinato na família. No que se refere aos transtornos por uso nocivo de substância psicoativa, apresentaram razões de prevalência significativas dois fatores: abuso sexual e assassinato na família.

Ao comparar os indivíduos que tinham transtorno de conduta com aqueles sem o mesmo diagnóstico, verificou-se que havia, no primeiro grupo, 1,97 vez mais vivência de maus-tratos; 2,03 vezes mais de criminalidade; 1,58 vez mais de abuso sexual; 2,23 vezes mais de assassinato na família do que entre os jovens do segundo grupo. Quanto aos portadores de transtorno hipercinético em relação aos não-portadores, foi possível observar 1,63 vez mais criminalidade; 1,59 vez mais abuso sexual; e 2,18 vezes mais assassinato na família dos indivíduos que apresentavam o transtorno. Entre os portadores de transtorno por uso nocivo de substância psicoativa, houve 1,53 vez mais criminalidade; 1,59 vez mais abuso sexual; e 2,18 vezes mais assassinato na família do que entre os não-portadores do mesmo transtorno. Os demais fatores de risco não apresentaram razões de prevalência com significância estatística.

Dentre todos os transtornos pesquisados, somente a variável doença física na família dos portadores de transtornos mentais orgânicos foi estatisticamente significativa (RP 2,35).

As Tabelas 9 e 10 apresentam as razões de prevalência dos transtornos psiquiátricos de acordo com a exposição a fatores psicossociais considerados de risco.

Tabela 9 – Razões de prevalência dos transtornos psiquiátricos de acordo com a exposição a fatores psicossociais, numa amostra de 100 internos da CAM/BA, 2003

F. Psicossoc. Transtorno	Maus-tratos	Criminalidade	Prostituição	Abuso sexual	Assassinato
	RP- IC	RP- IC	RP- IC	RP- IC	RP- IC
T. conduta	1,97 (1,363–2,844)*	2,03 (1,345–3,071)*	2,78(0,801–9,659)	1,58(1,119–2,230)*	2,23(1,250–3,962)*
T. hiperclínicos	1,03(0,655–1,612)	1,63(1,067–2,479)*	2,28(0,661–7,841)	1,59(1,132–2,234)*	2,18(1,234–3,838)*
T. por uso nocivo de subst. Psicoativa	1,03(0,655–1,612)	1,63(1,067–2,479)*	2,28(0,661–7,841)	1,59(1,132–2,234)*	2,18(1,234–3,838)*
Outros t. psicóticos	3,79(0,964–14,952)	-	-	-	-
Esquizofrenia	1,38(0,602–3,143)	-	-	-	-
Retardo mental	-	-	-	1,28(0,703–2,226)	1,12(0,346–3,618)
Estados ansiosos	1,56(0,856–2,861)	1,14(0,18–3,125)	-	-	-
Estados depressivos	-	1,14(0,418–3,125)	3,01(0,485–18,561)	-	-
TMO	-	-	-	-	-

*Razão de prevalência estatisticamente significativa.

Nota: RP = Razão de prevalência; F. Psicossoc. = Fatores Psicossociais; IC = Intervalo de confiança; T. = Transtornos; subst.= substância; TMO = Transtornos mentais orgânicos.

Tabela 10 – Razões de prevalência da variável doença na família, por categoria nosológica, na amostra de 100 internos da CAM/BA, 2003

Doença na família Transtorno	Doença psiquiátrica	Doença física
	RP-IC	RP-IC
T. conduta	0,894 (0,537 - 1,489)	0,686 (0,299 - 1,574)
T. hiperativos	1,111 (0,673 - 1,833)	1,163 (0,558 - 2,424)
T. por uso nocivo de subst. psicoativa	1,5 (0,808 - 2,783)	1,163 (0,558 - 2,424)
Outros t. psicóticos	1,5 (0,808 - 2,783)	1,316 (0,315 - 5,501)
Esquizofrenia	0,970 (0,238 - 3,956)	1,316 (0,315 - 5,501)
Retardo mental	1,500 (0,808 - 2,783)	1,316 (0,315 - 5,501)
Estados ansiosos	-	1,316 (0,315 - 5,501)
Estados depressivos	0,636(0,126 - 3,208)	0,860 (0,167 - 4,425)
TMO	0,970 (0,238 - 3,956)	2,350 (1,300 - 4,248)*

*Razão de prevalência estatisticamente significativa.

Nota: RP = Razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança; T. = Transtornos; subst. = substância; TMO = Transtornos mentais orgânicos.

Quanto à frequência de atendimento prévio em serviço de saúde mental, observou-se que, no grupo de 100 pesquisados, 85% não tiveram atendimento prévio e os 15% restantes foram atendidos antes do ingresso na instituição.

No que se refere ao grau de reincidência na transgressão à lei e quanto à recorrência da internação na CAM, 30% estavam na primeira internação, enquanto 70% tinham duas ou mais internações.

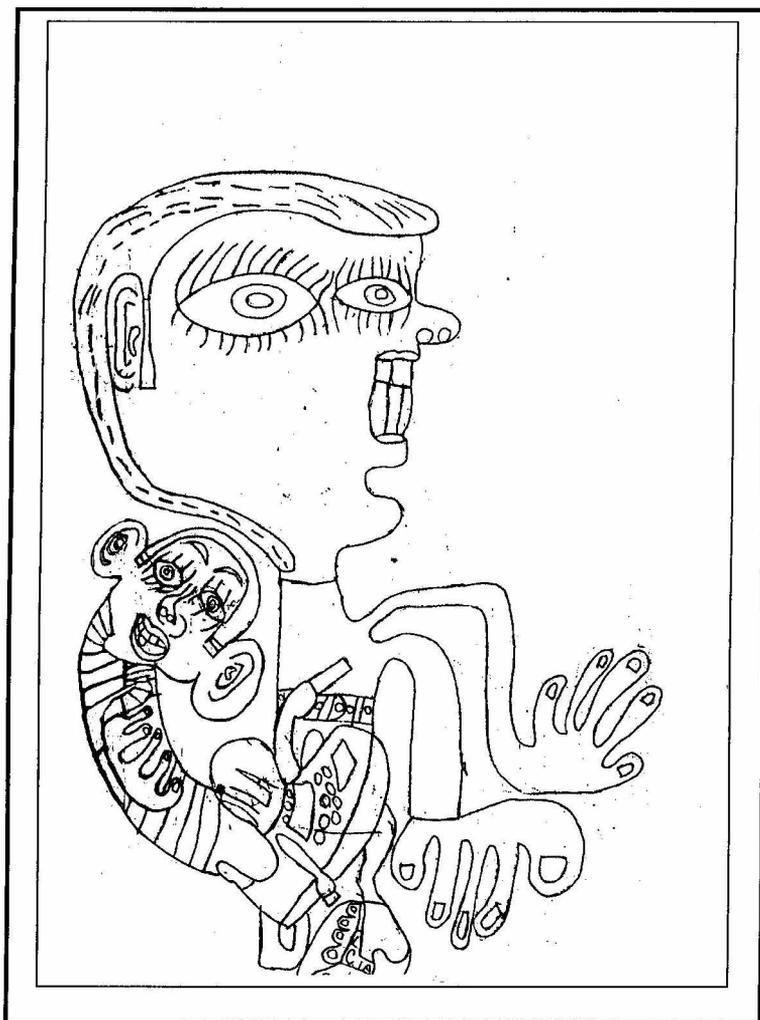


Figura 7 – Desenho Sem Título
Autor: JS (Idade - 15 anos)
Impressão diagnóstica: Esquizofrenia
Fonte: Arquivo particular de S.R.Pinho

6 DISCUSSÃO

6.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Esta tese – que tem como tema Perfil de Morbidade do Adolescente em Conflito com a Lei em Privação de Liberdade – é de grande interesse científico e social, e pode vir a constituir-se em um eixo norteador de novos estudos, visto que são raros no Brasil, e inexistem no Nordeste, investigações que abordem a prevalência de transtornos psiquiátricos, tendo como população-alvo adolescentes em privação de liberdade.

A associação entre comportamento violento e doença mental é um assunto ainda controverso^{9,143}. Os estudos que avaliam a relação entre tipo de patologia e natureza do delito cometido na adolescência são insuficientes no Brasil.

Dessa forma, discussão envolveu, principalmente, pesquisas internacionais, não obstante as diferenças socioculturais. Ao abordar a relação entre os resultados desta pesquisa e aqueles dos estudos revisados, alguns fatores foram considerados: a diversidade de instrumentos diagnósticos, a variabilidade da população (indivíduos em conflito com a Justiça e indivíduos em casas correccionais) e o contexto no qual se processaram os estudos (em casas de acolhimento, na comunidade e em diferentes serviços de assistência ao adolescente).

Considerando que o adolescente em conflito com a lei tem alto risco de apresentar doença mental e que esta pode contribuir para a conduta infratora, torna-se relevante, nesta discussão, abordar o perfil de morbidade psiquiátrica dos jovens da CAM/BA, registrando a prevalência das patologias psiquiátricas, e relacionar os dados deste estudo com aqueles encontrados por outros autores.

A operacionalização desta pesquisa envolveu certo grau de dificuldade por ter tido como alvo uma população que: (1) se encontrava na adolescência, fase do desenvolvimento típica de conflitos; (2) tinha uma parcela significativa de jovens portadores de transtorno de conduta, tipo de comportamento que propicia o fornecimento de informações de pouca confiabilidade; (3) possuía pouca escolaridade; (4) grande parte dela não mantinha contato com os familiares; (5) vivia em instituição, o que implicou obediência da pesquisadora e dos seus auxiliares às normas de acesso ao lugar; (6) não deixou registros suficientes na instituição, principalmente a parcela de jovens procedente de área rural.

A discussão obedeceu à seguinte seqüência: características do universo populacional pesquisado, o perfil de morbidade psiquiátrica, a relação entre tipo de transtorno–natureza do delito e fatores de risco para os transtornos psiquiátricos detectados neste estudo.

6.2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

Na pesquisa sobre o perfil de morbidade psiquiátrica do adolescente em conflito com a lei, realizada na CAM/BA, dentre os 290 internos pesquisados, 259 (89,3%) eram do sexo masculino e 31 (10,7%), do sexo feminino. Alguns trabalhos relatados na literatura especializada, no que se refere à abordagem do gênero do infrator, demonstraram maior envolvimento de jovens do sexo masculino com a Justiça^{1,2,3}.

No País de Gales, Elgar e colaboradores (2003)¹⁴⁴ realizaram um estudo de corte transversal, que teve como universo uma população de jovens em privação de liberdade, e detectaram maiores índices de adolescentes do sexo masculino, comparando-os aos índices do sexo feminino. Observação semelhante ocorreu em estudo seccional desenvolvido em Maryland por Shelton (2001)², que encontrou 81% de indivíduos do sexo masculino entre jovens confinados. Ao investigarem, no Reino Unido, uma amostra de 18.769 jovens, Maughan, Brock e Ladva (2004)³ observaram, também, maior proporção de adolescentes do sexo masculino entre aqueles que se encontravam em conflito com a lei, e revelaram que indivíduos do gênero masculino têm maior possibilidade de se envolver em atividades consideradas ilícitas.

É interessante considerar que, no curso desta pesquisa, foi identificado apenas um trabalho com população jovem, exclusivamente feminina, em conflito com a lei. Trata-se de um estudo de caso-controle, desenvolvido por Dixon, Howie e

Starling (2004)¹²⁹, na Austrália, em que foram comparados dois grupos de 100 adolescentes, um dos grupos com história de delito.

Andrade e Assumpção Junior (2004)¹²⁵, ao investigarem a prevalência dos transtornos psiquiátricos, compararam as taxas detectadas no gênero masculino com aquelas identificadas no gênero feminino. De uma população de 373 indivíduos do sexo masculino e 58 do sexo feminino, foram avaliados 99 jovens do sexo masculino e 17 do sexo feminino. Os autores desse estudo – que teve como universo jovens cumprindo medidas de liberdade assistida na Ilha do Governador, Rio de Janeiro – concluíram que existiam mais jovens do sexo masculino na população estudada, dado também verificado na presente pesquisa, realizada na CAM/BA.

É possível que os fatores biopsicossociais interajam, determinando as diferenças entre os gêneros no comportamento agressivo. Os fatores hormonais têm importante peso nessa determinação. Alguns trabalhos demonstraram a relação da agressividade física com os níveis de testosterona, como, por exemplo, o de Stone (1999)¹⁴. Outros autores, como Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989)¹¹¹, abordaram as questões do âmbito psicológico, enquanto a influência de determinados valores socioculturais sobre o comportamento dos indivíduos do sexo masculino foi estudada por Bee (2003)²¹. Em uma reflexão sobre a questão do gênero, pode-se afirmar que ainda é atribuído ao homem, em quase todas as culturas, o papel de provedor maior das necessidades materiais da família. Ele é educado para usar a força, a agressividade, na busca pela liderança. Espera-se do menino uma atitude mais agressiva e, quando se trata do comportamento delituoso,

observa-se que os indivíduos do gênero masculino são responsáveis pelos atos infracionais mais violentos¹⁴⁵.

A complexa interação entre a genética, a fisiologia e a história emocional predispõe o indivíduo ao comportamento agressivo.

Na pesquisa em discussão, a idade dos internos variou de 12 a 21 anos, com média de $16,4 \pm 1,7$ anos; tendo 13,4% dos jovens entre 12 e 15 anos incompletos; 64,1%, de 15 a 18 anos incompletos; e 22,4%, 18 anos ou mais.

Nos estudos ora revisados, desenvolvidos por Shelton (2001)², Doreleijers e colaboradores (2000)¹, Rueda e Lopez (1998)¹⁴⁶, Vreugdenhil e colaboradores (2004)¹²², Andrade e Assumpção Junior (2004)¹²⁵, assim como na presente investigação, os jovens transgressores tinham, na sua maioria, entre 15 e 17 anos de idade.

Em pesquisa realizada no Departamento da Justiça de Maryland, para avaliar a saúde mental de 350 indivíduos, em regime de privação de liberdade, Shelton (2001)² observou que 82% estavam na faixa etária entre 15 e 17 anos. No estudo de Rueda e Lopez (1998)¹⁴⁶, intitulado *Diagnóstico sobre Consumo de Substâncias Psicoativas em Jovens Detidos em Bucaramanga*, Colômbia, a análise das variáveis sociodemográficas revelou que a população pesquisada era predominantemente do sexo masculino, com idade de 15 a 17 anos, apresentava pouca escolaridade e compunha-se de desempregados ou empregados em setores informais. Esses indivíduos viviam sós ou em famílias desintegradas e haviam iniciado o consumo de

substâncias psicoativas entre 14 e 15 anos de idade. Doreleijers e colaboradores (2000)¹, na Holanda, ao investigarem 108 jovens trazidos à Corte Juvenil de The Hague, observaram que 16% destes tinham de 12 a 14 anos e 84%, de 15 a 17 anos de idade.

Na pesquisa *Prevalência de Transtornos Psiquiátricos em Adolescentes Infratores – Um Estudo de Gênero*, Andrade e Assumpção Junior (2004)¹²⁵ verificaram que a idade média, no Pólo de Liberdade Assistida/RJ, era $16,5 \pm 1,3$, portanto bem próxima da que foi encontrada na população da CAM/BA em 2003: $16,4 \pm 1,7$. Portanto, essas duas pesquisas sobre a morbidade psiquiátrica em adolescentes em conflito com a lei, no Brasil, trazem idades médias bem próximas.

Em investigação de Rodrigues e Bosco (2005)¹⁴⁵, foram levantadas informações acerca de 119 jovens adolescentes do Programa Socioeducativo de Liberdade Assistida, em São Paulo, no período de junho de 2003 a fevereiro de 2004, e observou-se que 92% dos infratores tinham entre 16 e 20 anos de idade.

Na faixa etária de 15 a 17 anos, com frequência, o adolescente brasileiro, de maneira precoce, é impelido a entrar no mercado de trabalho. Neste país, as jornadas de trabalho excessivas e os salários precários comprometem a educação, o lazer e a cultura do jovem. A adolescência é o momento em que os indivíduos ficam mais propensos à prática do ato infracional, e a transgressão aparece como uma resposta à negação dos direitos, à falta de oportunidade, à fantasia de uma prosperidade rápida e ao desejo de uma mudança brusca da situação financeira.

O presente estudo sobre o perfil de morbidade psiquiátrica do jovem em conflito com a lei detectou que, entre os indivíduos pesquisados, 95,1% tinham o curso fundamental incompleto ou eram analfabetos; 0,7%, o curso fundamental completo; 3,5%, o curso médio incompleto; 0,7%, o curso médio completo. Em 2001, foi publicado o resultado de um levantamento que teve por universo os 146 internos da CAM/BA¹⁴⁷; destes, 8 eram analfabetos, 124 tinham o fundamental incompleto, 9 tinham o segundo grau, e sobre 5 deles não se obteve informação quanto à escolaridade. A comparação dos resultados desses dois momentos – 90,41% e 95,1% de indivíduos analfabetos e com ensino fundamental incompleto, respectivamente, nas pesquisas desenvolvidas em 2001 e em 2003 – permitiu concluir que não houve uma mudança importante no padrão de escolaridade dos jovens da instituição, nos últimos três anos.

Os estudos internacionais revisados adotaram diferentes classificações para determinar o grau de escolaridade do jovem em conflito com a lei. Na Holanda, os resultados apresentados por Doreleijers e colaboradores (2000)¹, assim como aqueles registrados por Vreugdenhil e colaboradores (2004)¹²², demonstraram que a população infratora tinha baixo nível de escolaridade.

Os índices de escolaridade dos jovens em privação de liberdade são divergentes, ao se considerar as várias regiões do Brasil. No Projeto Redescobrimo o Adolescente na Comunidade (RAC)¹⁴⁵, realizado em São Paulo (distritos de Capão Redondo, Jardim São Luiz e Jardim Ângela), no ano 2000, procedeu-se a um levantamento das condições de jovens entre 18 e 19 anos de idade, o qual apontou os seguintes resultados: 47,19% (Capão Redondo); 44,94% (Jardim São Luiz) e

51,33% (Jardim Ângela) concluíram o ensino fundamental, que inclui as oito séries consideradas obrigatórias pela legislação brasileira. No presente estudo, um alto percentual dos internos da CAM tinha curso fundamental incompleto ou era analfabeto, denotando uma escolaridade bastante inferior à do grupo focado no trabalho realizado pelo Projeto RAC.

De acordo com estudo realizado em todo o Brasil, pelo Ministério Público do Rio Grande do Sul (2002)¹⁴⁸, a Bahia apresentou baixos índices de escolaridade em comparação com outros Estados do país, o que indica a fragilidade do processo educacional, as experiências didáticas e pedagógicas malsucedidas nas instituições correccionais e, especialmente, o não-cumprimento do direito à educação, estabelecido pelo ECA¹⁰.

A desvalorização do educador, uma orientação pedagógica inadequada às necessidades da clientela, a inexistência de políticas públicas que confirmem à educação seu verdadeiro valor fazem com que a maior parte dos jovens não se interesse pela escola, vindo a executar tarefas pouco qualificadas e de baixa remuneração. Observa-se, também, que a escolaridade, no geral, abrange apenas os primeiros anos de estudo, evidenciando-se um índice de defasagem na relação série-idade¹⁴⁹.

A escassez de cursos profissionalizantes para os jovens evidencia a fragilidade da formação a eles oferecida e a necessidade de se estruturar, no Brasil, uma educação profissional fundamentada na melhoria do ensino público (Unicef, 2003)⁸⁵. É freqüente que o adolescente se utilize do *status* de infrator, conflitando-se

com normas, e dê preferência à prática de ações que gerem resultados financeiros com maior rapidez, em vez de preparar-se para o mercado de trabalho, que é competitivo e excludente.

Gerar conhecimento é um desafio a ser enfrentado na infância e na adolescência; portanto, é necessária a realização de um trabalho conjunto da escola, da família, da comunidade e do poder público, que têm a função de promover os cuidados nessa etapa da vida. Segundo Reis (2003) “a educação é o melhor caminho para reduzir as desigualdades”¹⁵⁰.

No que se refere à análise de dados desta pesquisa, observou-se que os adolescentes examinados pertenciam, em sua maioria, à população de baixa renda. Dos 290 jovens entrevistados, 67,6% possuíam renda familiar média menor que 1 salário mínimo; 24,8%, de 1 a 3 salários mínimos; 1,4%, de mais de 3 salários mínimos e 6,2% não souberam informar. É importante ressaltar que a variável renda familiar é um indicador de classe social, capaz de caracterizar as condições de vida da população pesquisada.

De acordo com os estudos revisados, os adolescentes em conflito com a lei, inclusive aqueles que vivem em países desenvolvidos, pertencem, com mais frequência, a famílias de poder econômico abaixo da média observada no seu país^{2,122}.

Contudo, a desvantagem socioeconômica foi avaliada isoladamente por Fergusson, Swain-Campbell e Horwood (2004)¹⁵¹, na Nova Zelândia, em uma coorte

de 1.265 indivíduos, acompanhados do nascimento até os 21 anos, e examinados de 15 a 16 anos; de 17 a 18 anos e de 20 a 21 anos. Além de concluíram que não existe uma associação estatisticamente significativa entre crime e baixa situação socioeconômica, os autores advertiram que, apesar de os maiores índices de delito terem sido observados entre jovens provenientes de famílias socioeconomicamente desfavorecidas, a susceptibilidade ao delito decorria da combinação de fatores biológicos e psicossociais.

O quadro geral do Brasil demonstra desigualdades econômicas marcantes, e esse fato é confirmado quando se comparam dados relativos à renda familiar dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em diferentes lugares do país.

O Projeto RAC¹⁴⁵, em parceria com o Unicef; estudou o perfil de 87 adolescentes, no período de março de 2003 a março de 2004. Sobre a renda familiar, constatou que 22% pertenciam a famílias com renda de menos de 2 salários mínimos; 35%, de 2 a 3 salários mínimos; 28%, de 3 a 5 salários mínimos e 4%, acima de 5 salários mínimos. Esses dados refletem importantes diferenças de renda familiar no Brasil, quando comparados aos encontrados na pesquisa em discussão.

De acordo com pesquisas da Unesco, desenvolvidas por Waiselfisz (2002)⁸¹, mais do que a pobreza, a desigualdade suscita grande sofrimento nos jovens, que comparam sua condição com a do indivíduo socialmente privilegiado. A privação de direitos gera a vulnerabilidade social, que pode ser canalizada para o comportamento violento. A influência do meio ambiente é particularmente sentida

pelo indivíduo na adolescência. No caso dos meios culturalmente desfavorecidos, toma-se mais difícil o êxito escolar, a profissionalização e a inserção social.

São raros os trabalhos que avaliam como a procedência do jovem, rural ou urbana, interfere no desenvolvimento do comportamento infrator. Segundo os resultados da presente pesquisa, 54% dos jovens eram de Salvador; 42,9%, do interior do Estado da Bahia; e 3,1%, de outras localidades do país. Portanto, nesse universo, não foi observada diferença expressiva entre as procedências urbana e rural dos adolescentes em conflito com a lei.

Em estudo realizado no País de Gales, Elgar e colaboradores (2003)¹⁴⁴, após avaliarem uma amostra de 68 jovens delinquentes, abordaram a influência do contexto ambiental sobre indivíduos de áreas urbanas e rurais. Os autores concluíram que os jovens privados de liberdade, de procedência urbana, apresentavam maior índice de alterações comportamentais.

A inexistência de pesquisas, no Brasil, que tratem da procedência do jovem infrator decorre das dificuldades metodológicas, financeiras e políticas para viabilizá-las.

6.3 PERFIL DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA

A presente investigação trouxe resultados importantes no que se refere à prevalência de transtornos psiquiátricos entre os jovens em conflito com a lei da

CAM/BA. Do total de indivíduos pesquisados, 75,2% preencheram critérios diagnósticos para transtornos psiquiátricos, fato que demonstra a associação entre comportamento infrator e transtorno psiquiátrico na adolescência. Observou-se que a proporção de transtornos isolados correspondeu a 35,9% e a ocorrência de dois ou mais transtornos, em conjunto, a 39,3%.

Os estudos revisados revelaram que o jovem em conflito com a lei, freqüentemente, apresentava dois ou três transtornos psiquiátricos. Maughan, Brock e Ladva (2004)³ detectaram a ocorrência de um ou mais distúrbios psiquiátricos em 95% dos 18.760 adolescentes pesquisados. Foram registrados, por Abram e colaboradores (2003)¹²⁴, altos índices dos seguintes transtornos: uso de substância com ocorrência simultânea de psicose, episódio de depressão, ansiedade e déficit de atenção/comportamento. Preencheram critérios para dois ou mais transtornos psiquiátricos 56% dos indivíduos do sexo feminino e 45,9%, do sexo masculino. Dentre os 108 adolescentes em privação de liberdade, investigados por Doreleijers e colaboradores (2000)¹, 75% apresentaram, no mínimo, um diagnóstico; 46%, dois; enquanto 17% evidenciaram três diagnósticos. No universo de estudo desenvolvido por Vreugdenhil e colaboradores (2004)¹²², 67% dos indivíduos eram portadores de transtornos em comorbidade.

Na pesquisa em discussão, os transtornos em comorbidade que ocorreram com maior freqüência foram: transtorno de conduta combinado com transtorno por uso nocivo de substância psicoativa e transtorno de conduta combinado com transtorno hipercinético. Abram e colaboradores (2003)¹²⁴, no Centro de Detenção

Juvenil Cook County Illinois, encontraram as mesmas combinações, mas com taxas mais elevadas, quando comparadas às registradas nesta tese.

Outros estudos apontaram a coexistência do comportamento anti-social com a psicopatologia infanto-juvenil. Em artigo de revisão do *National Institute of Mental Health* (2000)¹³⁰, foram também abordadas as associações delinquência–transtorno de conduta e delinquência–transtorno hiperkinético.

Pincus e First (2004)¹⁵² assinalaram que, desde a publicação da revisão do DSM-III, vem ocorrendo um significativo aumento no número de diagnósticos de transtornos psiquiátricos em comorbidade. Segundo esses autores, a detecção de múltiplos diagnósticos revela a complexidade de um determinado quadro clínico. Contudo, acrescentaram que a caracterização dos diagnósticos e a precisão do prognóstico podem ser alteradas pela existência de múltiplos diagnósticos.

Apesar das diferenças geográficas, culturais e metodológicas, observadas nas diversas pesquisas, foi detectado um número importante de jovens em conflito com a Justiça, que apresentaram transtornos psiquiátricos em comorbidade, tanto neste estudo como nos estudos revisados. Para uma discussão bem fundamentada, faz-se necessária a realização de outras investigações sobre o tema no Brasil.

Serão discutidos, nesta etapa do trabalho, os transtornos psiquiátricos mais freqüentes, considerando-se as taxas de prevalência dos transtornos isolados e em comorbidade.

Na presente pesquisa, a patologia mais prevalente foi o transtorno de conduta (39,3%). Quanto aos jovens com esse diagnóstico, freqüentemente não são vistos como portadores de patologia psiquiátrica, mas como pessoas que não internalizaram normas e desafiam os limites socialmente determinados. Os transtornos de conduta – que, não raro, evoluem para os transtornos de personalidade – manifestam-se com sentimento deficitário de empatia pelo próximo e ausência de culpa, que atuam como facilitadores para a incursão ao crime^{126,127}. A maioria dos estudos revisados utiliza o DSM-IV para classificar os transtornos psiquiátricos. Nessa classificação, aparecem os transtornos de déficit de atenção e de comportamento disruptivo, que correspondem, na CID-10, respectivamente, aos transtornos hipercinéticos e de conduta. O transtorno desafiador de oposição encontra-se entre os transtornos de conduta na CID-10⁵⁴.

Diferentes índices de transtorno de conduta foram observados nos trabalhos revisados, desenvolvidos com população de jovens que cumpriam medidas de privação de liberdade: Garland e colaboradores (2001)¹²³ detectaram 49,7% de adolescentes portadores de transtornos de déficit de atenção e de comportamento disruptivo; Shelton (2001)² observou 39,8% de jovens com transtornos de déficit de atenção e de comportamento disruptivo; Doreleijers e colaboradores (2000)¹ encontraram 75% de jovens portadores de transtorno de comportamento disruptivo; Ruchkin e colaboradores (2003)¹⁵³, na Rússia, detectaram 73% de jovens que preenchiem critérios para transtorno de conduta.

Nesta tese, se somada a taxa de prevalência dos transtornos de conduta (39,3%) com a dos transtornos hiper-cinéticos (11,3%), o valor encontrado (50,6%) aproxima-se do apontado no estudo de Garland e colaboradores (2001)¹²³.

O transtorno por uso nocivo de substância psicoativa, o segundo mais prevalente neste estudo (27,9%), apareceu associado às mais diversas patologias: transtorno hiper-cinético, esquizofrenia, outras psicoses, estados ansiosos e estados depressivos. O uso nocivo de substância psicoativa leva alguns adolescentes a perder a capacidade de controlar seus impulsos, enquanto outros entram no comércio ilegal, passando a conviver com ameaças de morte, fugas, furtos, assaltos, tráfico de drogas e outros delitos.

Vários padrões de uso foram observados nas investigações acerca do consumo de substância psicoativa: Shelton (2001)² identificou o uso abusivo em 37% dos casos por ele pesquisados; Doreleijers e colaboradores (2000)¹ referiram-se ao uso moderado e grave em 37,2% dos jovens avaliados; Wasserman e colaboradores (2002)¹⁵⁴ registraram o uso moderado e prejudicial em 30,1% dos indivíduos que compunham o universo do seu estudo; Andrade e Assumpção Jr. (2004)¹²⁵ observaram que 63% dos jovens pesquisados faziam uso abusivo de drogas ilícitas.

Na investigação em discussão, foram encontradas taxas relativamente menores dos transtornos por uso nocivo de drogas do que nos estudos internacionais revisados e na pesquisa realizada por Andrade e Assumpção Junior¹²⁵. Esse fato pode ser atribuído às diferenças entre a população deste estudo

e as dos demais estudos, no que diz respeito ao poder aquisitivo, às medidas de segurança a que estavam submetidas; além dos aspectos metodológicos, que foram bastante diferenciados em todas as pesquisas ora referidas.

Com relação ao retardo mental, que revelou o terceiro maior índice de prevalência no presente trabalho, Abdalla-Filho (2004) afirmou: “Os indivíduos mentalmente retardados integram uma população que muitas vezes entra em conflito com a lei”¹⁵⁵. Quando pertencem a uma classe social desfavorecida, os adolescentes com retardo mental apresentam maior risco de envolvimento em atos infracionais. A falta de assistência da família e de instituições especializadas os torna vulneráveis à prática de atos ilegais. O grau severo de retardo mental não foi detectado na CAM/BA. Contudo, observou-se que adolescentes portadores dessa patologia em graus moderado e leve foram, freqüentemente, envolvidos em delitos complexos, ou no uso de drogas, assumindo comportamento destemido e violento. Nesta pesquisa, a taxa de prevalência do retardo mental foi de 11,7%; no entanto, os estudos revisados não apontaram freqüência expressiva desse transtorno nas casas correccionais.

Os estudos revisados não incluíram o retardo mental no perfil de morbidade do adolescente em conflito com a lei. O trabalho de Dalton (2002)¹⁵⁶ sobre os direitos da criança com necessidades especiais chama a atenção para a importância do acompanhamento à saúde e à educação, bem como da garantia dos direitos de proteção ao menor.

Os adolescentes com retardo mental nem sempre são reconhecidos e respeitados como portadores de doença mental, e são raros os recursos, na esfera da saúde e da educação, direcionados para esses jovens, especialmente no Nordeste do Brasil, o que explica o percentual de 11,7% de jovens portadores de retardo mental, identificado na CAM/BA. Sabe-se que o Brasil é um país onde o acompanhamento pré-natal e todos os cuidados básicos de saúde nem sempre são realizados adequadamente. Isso pode ser constatado por fatores como: número elevado de intercorrências obstétricas, de casos de prematuridade e de baixo peso no recém-nascido; má alimentação da gestante e da criança nos primeiros anos de vida; abandono afetivo no período neonatal, comprometendo o desenvolvimento cognitivo, emocional e físico da criança; dificuldades na aprendizagem e processo educacional de má qualidade. Tais fatores podem conduzir o jovem com retardo mental a dificuldades na esfera familiar, social, cultural e econômica, contribuindo para que ele passe a transgredir a lei.

Os transtornos hipercinéticos ocorreram em 11,3% da população desta pesquisa. A impulsividade, sintoma importante nesse tipo de patologia, faz prever maior vulnerabilidade ao comportamento agressivo. As freqüentes associações de transtorno hipercinético com transtorno de conduta e com transtorno por uso nocivo de substância psicoativa predispõem à conduta delituosa.

Os dados registrados na literatura pesquisada evidenciaram, no geral, grandes diferenças entre os índices de transtorno hipercinético em jovens em conflito com a lei: Dixon, Howie e Starling (2004)¹²⁹, estudando uma população do sexo feminino na Austrália, detectou transtorno de déficit de atenção em 13% dos

indivíduos. Na Holanda, Vreugdenhil e colaboradores (2004)¹²² identificaram 8%, enquanto Doreleijers e colaboradores (2000)¹ encontraram 58%. Maru, Kathuku e Ndetel (2003)¹⁵⁷, em Nairobi, no Kenya, detectaram 12,5% de indivíduos com transtorno hiper-cinético; enquanto Andrade e Assumpção Junior (2004)¹²⁵, no Rio de Janeiro, identificaram 54%.

Essa divergência nos resultados apresentados pode ser atribuída, a princípio, às diferenças entre os estudos no que diz respeito às características de cada população e às metodologias aplicadas. Devem ser, ainda, consideradas as dificuldades decorrentes dos diagnósticos múltiplos; bem como dos diagnósticos diferenciais entre transtorno de conduta, transtorno de ansiedade, transtorno de humor, transtorno na aprendizagem e retardo mental leve. No caso específico desta pesquisa na Bahia, as informações foram prestadas pelo próprio adolescente e a pesquisadora não teve contato nem com seus familiares nem com a escola, o que dificultou a obtenção de dados detalhados sobre o desenvolvimento e o desempenho escolar do indivíduo.

A prevalência de esquizofrenia na CAM/BA, em 2003, foi de 2,4%; e a de outros transtornos psicóticos correspondeu a 7,2%. Foram muitos os estudos de psiquiatria que abordaram a relação entre esquizofrenia e comportamento violento, dentre eles, os realizados por Taylor e Gunn (1984)⁹³; Teplin, Abram e McClelland (1990)⁹⁴; Walsh Buchanan e Fahy (2002)¹⁴³.

Pesquisas sobre o Sistema Judicial Juvenil mostraram que as taxas de prevalência dos transtornos de conduta e dos transtornos por uso nocivo de substância psicoativa foram superiores à dos transtornos psicóticos. Entretanto,

esses dados refletem as características da instituição e do contexto social em que cada pesquisa foi realizada: Shelton (2001)², por exemplo, registrou 32% de esquizofrenia e outras psicoses; e Vreugdenhil e colaboradores (2004)¹²² identificaram 34% de sintomas psicóticos.

Pacientes psicóticos requerem um cuidado adequado e bastante específico para que possam conviver na comunidade. A não-adesão ao tratamento, episódios de descompensação aguda da psicose, o uso insuficiente de medicação, a combinação entre psicose e transtorno mental por uso nocivo de substância psicoativa, dentre outros fatores, podem levar a alucinações de comando e a idéias persecutórias, que, algumas vezes, se manifestam com comportamento agressivo.

Nas pesquisas revisadas, os autores estabeleceram como variáveis transtornos de ansiedade e de humor, enquanto, no estudo realizado na CAM/BA em 2003, as variáveis utilizadas foram estados depressivos e estados ansiosos. Apesar de essas duas últimas categorias envolverem um maior número de patologias, os índices detectados na Bahia mostraram-se menores do que os registrados nos estudos referidos a seguir. Vreugdenhil e colaboradores (2004)¹²² identificaram 9% de transtorno de ansiedade e 6% de transtorno de humor; Garland e colaboradores (2001)¹²³ encontraram 9,9% e 7%, respectivamente; Shelton (2001)² detectou 17,7% de transtorno de humor e 57,6% de sintomas de ansiedade; enquanto Andrade e Assumpção Junior (2004)¹²⁵ registraram a ocorrência de transtornos depressivos em 71% dos indivíduos do sexo feminino e 54% daqueles do sexo masculino e de transtornos ansiosos em 82% e 52%, respectivamente.

A ocorrência simultânea de transtorno de humor ou de ansiedade com transtorno por uso nocivo de substância psicoativa foi estudada, dentre outros pesquisadores, por Grant e colaboradores (2004)¹⁵⁷. Os estudos revisados – a exemplo do realizado por Beyers e Loeber (2003)¹⁵⁹ – confirmaram que o humor depressivo no adolescente pode ser um fator preditivo para a conduta delinqüente. Na CAM/BA, 50% dos jovens que apresentaram estados depressivos faziam uso nocivo de substância psicoativa.

Quanto aos transtornos mentais orgânicos, a prevalência foi de 3,4% no presente estudo; entretanto, deve-se considerar que, por não se tratar de uma pesquisa clínica, e sim epidemiológica, não estavam disponíveis recursos diagnósticos de neuroimagem.

6.4 RELAÇÃO TIPO DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO–NATUREZA DO DELITO

Na apreciação da relação entre tipo de transtorno psiquiátrico e tipo de delito cometido, foram indicadas as associações estatisticamente significativas detectadas neste estudo: transtornos de conduta com homicídio e com roubo; transtornos hiper-cinéticos com roubo; e estados depressivos com roubo. Além disso, foram feitas considerações sobre outras relações relevantes entre morbidade psiquiátrica e modalidade do delito.

Os transtornos de conduta e os transtornos por uso nocivo de substância psicoativa mostraram associação com o homicídio no estudo da CAM/BA. Não foram

encontradas pesquisas, no Brasil, que relacionassem transtorno psiquiátrico no adolescente com natureza do ato infracional por ele cometido.

Para Palomba (2003)³⁷, os portadores de transtorno de conduta praticam os mais variados delitos, desde o assalto, o tráfico de drogas, o estupro, furtos simples, até mesmo o homicídio. Portanto, ele não referiu associação, especificamente, entre homicídio e essa patologia na adolescência. Apesar de chamar a atenção para a prática de assassinatos em série, parricídio e piromania por parte de jovens que apresentam transtorno de conduta, sinalizou que outras patologias podem também conduzi-los a esses delitos. Bassarath (2001)¹³¹ não enfocou a relação transtorno de conduta–homicídio, mas abordou aspectos epidemiológicos, fatores de risco e de proteção para transtorno de conduta, considerando, como referido por Palomba (2003)³⁷, que esse transtorno leva muitos jovens a cometer atos delituosos diversos.

Alguns pesquisadores, a exemplo de Scott (1999)¹⁶⁰, desenvolveram trabalhos de revisão e concluíram que há relação entre doença mental e homicídio. Josef e Silva⁹ referiram-se a estudos que apontaram grande incidência de transtorno de conduta ou de personalidade, muitas vezes em comorbidade com transtorno por uso nocivo de substância psicoativa, entre jovens delinqüentes.

Em artigo sobre assassinatos múltiplos cometidos por crianças e adolescentes nos Estados Unidos, Villalpando e Toscano (1999)¹⁶¹ discutiram sobre aspectos psíquicos capazes de levar o jovem à conduta homicida. Friedman, Terras e Glassman (2003)¹⁶², apesar de terem observado associação entre o uso de

maconha e o comportamento violento, não registraram uma associação significativa entre o uso dessa substância e o tipo de delito cometido.

Investigações em diferentes países consideraram os transtornos de personalidade e os transtornos por uso nocivo de substância psicoativa aqueles mais prevalentes na população carcerária adulta. Isso foi demonstrado, por exemplo, por Souza (2004)¹⁶³, em levantamento de pesquisas de prevalência de morbidade psiquiátrica. No âmbito internacional, Hakkanen (2003)¹⁶⁴, em um estudo longitudinal de 19 homicídios por estrangulação, realizado na Finlândia entre 1996 e 2003, além de identificar o transtorno de personalidade como o mais prevalente, registrou raros casos de esquizofrenia.

Apesar de alguns trabalhos apontarem para a relação entre homicídio e esquizofrenia na adolescência – a exemplo dos que foram realizados por Rajs e colaboradores (1998)¹⁶⁵; Haller, Dittrich e Kocsis (2001)¹⁶⁶; além de Mafullul, Ogunlesi e Sijuwola (2001)¹⁶⁷ –, no estudo da CAM/BA, foram encontrados apenas 2 esquizofrênicos homicidas, não havendo, portanto, associação estatisticamente significativa entre essa patologia e o delito homicídio.

Na presente investigação, o delito mais freqüente foi o roubo, fato que corrobora os resultados do levantamento realizado pelo Unicef (2001)¹⁴⁷ e por Volpi (2001)¹⁴⁹, entre adolescentes em privação de liberdade de diferentes regiões do Brasil.

O presente estudo apresentou razões de prevalência estatisticamente significantes entre roubo e alguns quadros psiquiátricos como transtorno de conduta, transtorno hipercinético e estado depressivo.

Os estudos revisados sinalizaram que os transtornos de conduta, com freqüência, aparecem combinados com os transtornos por uso nocivo de substância psicoativa e com os transtornos hipercinéticos. Dentre os critérios que caracterizam o padrão de comportamento do menor com transtorno de conduta, está, segundo a CID-10⁵⁴, o cometimento de crime envolvendo confronto com a vítima, incluindo roubo de bolsa, extorsão e assalto.

Barkley e colaboradores (2004)¹⁶⁸ concluíram que o jovem hipercinético tem maior risco de praticar atividades anti-sociais, principalmente quando esse comportamento se encontra associado ao uso nocivo e tráfico de drogas. Num estudo de *follow-up*, desenvolvido durante 13 anos, observaram que jovens portadores de transtorno hipercinético evoluíram para a prática de atos como roubo, assalto, porte ilegal de armas e prisão, acabando por envolver-se com a Justiça.

Satterfield e Schell (1997)¹⁶⁹, num estudo prospectivo com 89 indivíduos hiperativos e 87 casos-controle, concluíram que a hiperatividade na infância expõe à criminalidade na juventude ou na vida adulta. Rohde e colaboradores (2000)¹⁷⁰ abordaram a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção como sintomas que vêm conjuntamente com a agressividade e maior dificuldade de adaptação social. Os transtornos hipercinéticos aparecem, freqüentemente, em comorbidade com os transtornos de conduta e os transtornos por uso nocivo de substância psicoativa.

Os estados depressivos são comuns em adolescentes que apresentam comportamento delinqüente. Em um estudo longitudinal com 506 adolescentes do sexo masculino, Bayers e Loeber (2003)¹⁵⁹ afirmaram que os estados depressivos podem ser preditores de determinados quadros de delinqüência. Essas investigações – que tratam da relação entre transtorno depressivo e comportamento delinqüente – e a pesquisa realizada na CAM/BA em 2003 revelaram uma associação estatisticamente significativa entre estados depressivos e roubo. Cabe registrar que, nessa instituição, 1/3 dos indivíduos que apresentaram estado depressivo faziam uso nocivo de substância psicoativa, fator que predispõe o jovem às práticas de extorsão, roubo, assalto e a outros tipos de comportamento transgressor.

6.5 FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Com o objetivo de viabilizar o estudo dos fatores de risco, optou-se por avaliar uma amostra de 100 jovens, selecionada por sorteio aleatório. Faziam parte da população da CAM/BA indivíduos que, ao contrário do que garante a Constituição Federal, estavam expostos a maus-tratos, abuso sexual, fome, detenções arbitrárias – situações que ainda compõem o cenário dos adolescentes no Brasil, conforme referido no item desta tese, intitulado *Adolescência – Um Desafio*. Este é um momento de transformações biopsicossociais e vulnerabilidade às pressões ambientais.

Constatou-se que os transtornos de conduta, os transtornos por uso nocivo de substância psicoativa e os transtornos hipercinéticos foram as patologias que tiveram associação estatisticamente significativa com os fatores psicossociais. Dentre os fatores de risco estudados, os dados referentes a doença física ou psíquica em um ou ambos os genitores não se mostraram significativos, o que pode ser atribuído ao fato de terem sido as informações fornecidas pela população estudada.

A bibliografia consultada abordou alguns trabalhos, com diferentes metodologias, que demonstraram a importância dos fatores de risco para a conduta infratora, sem, no entanto, relacioná-la aos transtornos psiquiátricos. Stouthamer-Lober e colaboradores (2001)¹¹⁴, em um estudo de caso-controle, nos Estados Unidos, com 250 crianças do sexo masculino vítimas de maus-tratos, concluíram que a prevenção de maus-tratos diminui a ocorrência de atos ilícitos praticados por jovens. Shelton (2000)¹⁷¹, ao estudar uma amostra randomizada, composta de 350 jovens privados de liberdade nesse mesmo país, notou que 53% tinham sofrido abuso físico ou sexual e observou altos índices de abuso de substância psicoativa e de comportamento criminal nos pais dos adolescentes pesquisados. Dixon, Howie e Starling (2004)¹²⁹, em estudo de corte transversal também nos Estados Unidos, detectaram altos índices de violência doméstica (52%), abuso sexual (50%), abuso físico (49%) e parentes encarcerados (63%). Farias (2004)¹¹⁵, avaliando 40 menores das cidades de Santos e de São Paulo, na faixa etária de 12 e 18 anos, identificou, dentre outros fatores de risco para a criminalidade, a defasagem escolar no grupo de infratores e concluiu que a educação é um fator de proteção para a marginalidade.

Neste estudo, foram relacionados os diferentes transtornos psiquiátricos identificados na CAM/BA, em 2003, com os fatores de risco selecionados durante a elaboração do projeto de pesquisa. Os fatores de risco psicossociais mostraram-se especialmente relacionados com os transtornos de conduta e os transtornos por uso nocivo de substância psicoativa, fato também evidenciado nos estudos a seguir. Bassarath (2001)¹³¹, em revisão de literatura sobre fatores de risco, considerou como fatores preditores mais significativos para os transtornos de conduta: sexo masculino, história de comportamento transgressor, uso precoce de substância psicoativa e pais ou companheiros com comportamento anti-social. Para Vander Stoep, Evens e Taub (1997)¹⁷², o transtorno psiquiátrico no adolescente está relacionado a familiares com história de conflito com a Justiça, uso nocivo de substância psicoativa pelo menor e abuso sexual do menor. Bordin (1996)¹²⁸, estudando fatores de risco para o comportamento anti-social na adolescência, de acordo com o gênero e a idade, detectou que, para o sexo masculino, o melhor modelo preditivo foram as condutas anti-sociais antes dos 15 anos e os transtornos psiquiátricos nos pais, enquanto, para o feminino, o abuso sexual e pais anti-sociais. Para Andrade (2004)¹⁷³ – que abordou a associação de abuso físico e emocional/violência familiar com risco de dependência de álcool e tabaco –, a prevenção depende de um acesso facilitado aos serviços de saúde, bem como de boa qualidade de relação na família, na escola e na comunidade.

Os resultados encontrados no presente estudo estão de acordo com os das pesquisas citadas, ao indicarem que maus-tratos, abuso sexual e criminalidade na família estão associados às conseqüências negativas para o comportamento do adolescente.

A variável maus-tratos mostrou uma relação estatisticamente significativa com os transtornos de conduta, mas não com os demais transtornos psiquiátricos identificados. Foi detectada, também, uma associação estatisticamente significativa do fator de risco criminalidade na família com transtornos de conduta, transtornos hiper-cinéticos e transtornos por uso nocivo de substância psicoativa.

Embora os estudos revisados não tenham investigado, de forma discriminada, a categoria assassinato na família, esse dado foi incluído nesta pesquisa, já que, em entrevista prévia com o grupo estudado, foi identificado grande número de jovens com parentes de 1º grau vítimas de homicídio.

6.6 DADOS PARA PLANEJAMENTO DE MEDIDAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

No presente estudo, a média de idade por ocasião do primeiro delito foi de $14,3 \pm 2,2$ anos. Dentre os 100 jovens pesquisados, 30 não souberam informar qual a sua idade quando se deu o primeiro delito. Loeber e Farrington (2000)¹⁷⁴, em um estudo de revisão, sinalizaram que o comportamento delinqüente se instala, em média, aos 13 anos de idade e tende a ter uma evolução crônica, agravando-se naqueles que o apresentam precocemente. Segundo Vólpi (2001)¹⁴⁹, que realizou estudo no Brasil com 4.286 adolescentes privados de liberdade, a média de idade por ocasião do primeiro delito foi de 15 anos. Portanto, o resultado do atual estudo assemelha-se ao de cada um dos trabalhos ora citados, no que diz respeito à idade do indivíduo quando ocorreu o primeiro delito.

No que se refere ao grau de reincidência na transgressão à lei e quanto à recorrência de internação na CAM/BA em 2003, 30% estavam na primeira internação, enquanto 70% tinham duas ou mais internações. Dembo e colaboradores (1991)¹⁷⁵, em um estudo de coorte desenvolvido nos Estados Unidos, analisaram como álcool e drogas; abuso físico; vitimização sexual, emocional ou psicológica estavam relacionados com a reincidência de internação em instituição da Justiça Juvenil. Silva e Tuma (2002)¹⁷⁶, ao investigarem esse tema em estudo retrospectivo realizado em Belém/PA, observaram que, dos 47 indivíduos com indicação para avaliação psicológica e/ou psiquiátrica, apenas 18 foram diagnosticados como portadores de doença psiquiátrica; destes, 15 indivíduos apresentavam transtorno de conduta e 8 tinham história de reincidência no ato infracional. Os resultados da presente pesquisa, além de corroborarem os dos estudos revisados, evidenciaram uma realidade que aponta para a importância de se realizar um trabalho de reabilitação do adolescente infrator.

Quanto à frequência de atendimento prévio em serviço de saúde mental, observou-se que, no grupo de 100 pesquisados, 85% não haviam recebido atendimento prévio e os 15% restantes haviam sido atendidos antes do ingresso na CAM/BA.

Na revisão bibliográfica, foram encontrados poucos estudos que trouxessem dados quantitativos acerca de contato prévio de jovens em privação de liberdade com serviços de saúde mental infanto-juvenil. O estudo de Andrade e Assumpção Jr. (2004)¹²⁵ revelou que 5,3% dos indivíduos haviam recebido tratamento psiquiátrico no passado, mas nenhum deles estava em tratamento no período da pesquisa. No

universo pesquisado, 17,5% haviam usado medicação psicotrópica, especialmente no período em que se encontravam em privação de liberdade. Apesar de terem abordado situações distintas e utilizado recursos metodológicos diferentes em populações com características próprias, esse estudo, assim como a presente investigação, apontaram a necessidade do Brasil de oferecer serviços de saúde mental capazes de promover a assistência a jovens vulneráveis a múltiplos riscos de desenvolver transtorno psiquiátrico, e, a depender do caso, mais susceptíveis de praticar ou se envolver em atos violentos.

Esses programas de cuidados da saúde mental devem ser formulados e constantemente atualizados com base em levantamentos epidemiológicos que permitam não apenas identificar as necessidades da população vulnerável e daquela que apresenta doença mental, mas, também, estabelecer dispositivos organizacionais capazes de possibilitar a prevenção, nos níveis primário, secundário e terciário.

Trajetória de Risco

A proteção da ordem jurídica não se resume simplesmente à aplicação das leis. As autoridades necessitam de contar com o saber técnico e científico dos especialistas, não permitindo que ocorra um uso policial da psiquiatria.

Como cuidar dos jovens que cruzam as ruas frias, com o semblante de desespero, abandono, fome ou mesmo loucura?

Solange Rubim de Pinho, 2005

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, verificou-se que os transtornos de conduta, os transtornos por uso nocivo de substância psicoativa, o retardo mental e os transtornos hipercinéticos, quando isolados ou em comorbidade, foram os mais prevalentes na população-alvo.

Os transtornos em comorbidade apareceram em 47,7% do total de 218 indivíduos portadores de doença psiquiátrica, o que demonstra um alto índice de diagnósticos múltiplos entre jovens autores de atos infracionais.

Observou-se que existe associação entre comportamento infrator e transtorno psiquiátrico. Chama a atenção a alta frequência de jovens portadores de transtorno de conduta – patologia na qual o fator social tem um peso relevante. Dentre os adolescentes examinados, um número expressivo é proveniente de família de baixa renda, apresenta baixa escolaridade e está exposto a fatores de risco como maus-tratos, criminalidade, abuso sexual e assassinato na família, todos estes estatisticamente significativos na determinação dos transtornos de conduta, mas somente alguns deles significantes na ocorrência dos demais transtornos citados.

As classificações dos transtornos na infância e na adolescência geram algumas controvérsias no que se refere aos critérios para o diagnóstico dos transtornos de conduta e dos transtornos hipercinéticos, visto que ambos são

categorias muito abrangentes. A partir da utilização do DSM-III, instalou-se a possibilidade da formulação dos múltiplos diagnósticos, assim como do diagnóstico multiaxial, assegurando o enfoque da síndrome clínica dos seguintes eixos: distúrbios do desenvolvimento, condições físicas, fatores psicossociais e avaliação global do funcionamento do indivíduo. O fato de o adolescente estar em desenvolvimento dificulta o diagnóstico dos transtornos psiquiátricos que ocorrem nessa etapa da vida. Este estudo demonstra a necessidade de maior especificação dessas categorias nosológicas, com utilização de conceitos mais apurados, proporcionando, assim, diagnósticos e prognósticos mais confiáveis.

Dentre as dificuldades encontradas nesta investigação, é pertinente sinalizar a não-participação dos familiares dos indivíduos pesquisados, pois boa parte deles não estava comprometida com o atendimento ao adolescente, mesmo porque muitos eram procedentes do interior do Estado. Em decorrência da idade e das características psicológicas próprias dos indivíduos estudados, muitas informações foram omitidas ou distorcidas. Trata-se de uma pesquisa de validade interna, cujos resultados não oferecem conclusões precisas sobre causalidade, visto que os comportamentos anti-sociais envolvem uma multiplicidade de fatores.

O profissional de saúde mental deve estar preparado para proceder a um diagnóstico precoce, após avaliação e triagem do jovem por uma equipe interdisciplinar, por ocasião de sua chegada à delegacia. Evidencia-se a necessidade da formulação de instrumentos a serem aplicados na detecção precoce de sintomas psiquiátricos nos adolescentes em conflito com a lei. O aperfeiçoamento e a padronização dos recursos metodológicos tornarão viável a execução de novos

estudos epidemiológicos na área forense do menor. Com esses recursos, será possível comparar os resultados obtidos em diferentes regiões do Brasil; bem como planejar a assistência a essa população específica.

Uma vez identificados os transtornos mais prevalentes na CAM/BA, torna-se urgente adotar medidas que possam tratar, preventivamente, o indivíduo de forma integral, articulando os serviços forenses com a rede de serviços de saúde e criando equipamentos assistenciais eficientes para cuidar de todos os jovens que cumprem medidas socioeducativas nessa instituição correcional. Portanto, é importante que sejam implementados programas capazes de garantir os direitos à saúde física e psíquica dos internos. As iniciativas devem contemplar questões como: uso e abuso de drogas, orientação sexual, doenças sexualmente transmissíveis, higiene pessoal, violência, preservação do ambiente, gravidez precoce e combate ao abuso e à exploração sexual.

No âmbito dos aspectos psíquicos, toda a população pesquisada requer suporte psicológico, social e pedagógico, e determinados casos identificados no estudo demandam, além dos atendimentos citados, acompanhamento psiquiátrico.

A assistência médica aos adolescentes que cumprem medidas de privação de liberdade e são portadores de transtorno psiquiátrico *stricto-sensu*, quando em episódios agudos, deve ser efetuada em unidade psiquiátrica específica para adolescentes. É fundamental que o acesso e a permanência obedeçam a critérios e procedimentos bem definidos. Sabe-se que a reforma do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil preconiza a integração entre ambulatórios, unidades

psiquiátricas em hospitais gerais, emergências psiquiátricas e Centros de Atendimento Psicossocial (Caps). A hospitalização é um recurso técnico importante, que possibilita a tomada de medidas terapêuticas, inviáveis em outra ambiência. Os quadros agudos requerem tempo de hospitalização adequado para o efetivo controle da doença, e as intervenções farmacológicas e psicopedagógicas devem ser mantidas após a internação.

Faz-se necessário reestruturar os atuais Caps infanto-juvenis e criar novas unidades, para que nelas sejam adotadas as medidas de prevenção e tratamento, voltadas para crianças e adolescentes com transtorno psiquiátrico, que estejam suscetíveis a atos de violência.

Quanto à população identificada como portadora de alterações comportamentais precoces, com probabilidade de vir a apresentar transtorno de personalidade na vida adulta, se auxiliada, previamente, pode ter sua incursão para a criminalidade evitada. A criação de Caps para menores, com ênfase em atividades pedagógicas, artísticas, esportivas e profissionalizantes, aliadas ao acompanhamento psicológico e à orientação familiar, poderá promover a reformulação dos valores, prevenindo, por conseguinte, a delinqüência infanto-juvenil.

Como demonstrou este estudo, é freqüente o uso de substâncias psicoativas entre jovens. Sendo assim, é pertinente a implantação de Caps especializados no tratamento de menores usuários de drogas.

O número de indivíduos portadores de retardo mental também se mostrou importante, indicando a necessidade da implantação de serviços dirigidos a esse grupo, que, eventualmente, poderão abrigar portadores de transtornos mentais orgânicos.

Se parcela significativa dos custos envolvidos na manutenção de adolescentes em privação de liberdade passar a ser direcionada para ações de prevenção primária da sua saúde, os benefícios obtidos serão mais expressivos para o menor, a sociedade e o Estado.

A qualidade de toda a assistência prestada deve ser o foco de atenção dos gestores públicos. Atualmente, é reconhecido que os grandes serviços precisam ser progressivamente substituídos por unidades menores, vinculadas às comunidades. No caso do adolescente infrator, as medidas a céu aberto podem facilitar a inserção social; no entanto, nas situações em que a privação de liberdade é determinada, esta deve ocorrer em ambiente saudável, humanizado, preparado para comportar pequenos grupos, de modo a possibilitar a realização de um trabalho individualizado.

Compreender, acolher, integrar, qualificar equipes para estabelecer a superação de enfoques repressivos ou assistencialistas e adotar um trabalho pautado na cidadania são metas a serem atingidas. As ações da instituição devem ser inovadoras e coerentes, obedecendo aos direitos dos adolescentes em conflito com a lei.

Educar o público, envolver as comunidades e as famílias nos programas e serviços que atendam às necessidades dos portadores de transtorno, além de efetivar políticas baseadas nos direitos humanos, são também medidas imprescindíveis.

Desenvolver um projeto coletivo que possibilite o fortalecimento da identidade da criança e do adolescente é função da sociedade e do Estado.

A pesquisa demonstrou a necessidade de reconhecer que a privação dos direitos humanos gera doença, assim como a garantia desses direitos gera saúde. A desigualdade social é um fator que contribui para alterações comportamentais nos adolescentes. Esse fato é constatado pelo perfil de morbidade psiquiátrica observado na população da CAM/BA. Para a realização de uma adequada assistência aos autores de atos infracionais, Justiça e saúde devem atuar juntos. O olhar dos operadores da lei não pode ficar restrito ao ato infracional cometido pelo jovem, mas deve dirigir-se para as complexas conexões entre comportamento delinqüente, educação, família e sociedade.

Além disso, o Poder Judiciário precisa ser mais célere nas suas decisões. Foram observados, na CAM/BA, alguns quadros psiquiátricos (estados depressivos e ansiosos) que estavam vinculados à expectativa e à lentidão dos processos judiciais.

Esta investigação traz propostas de novas pesquisas: mapeamento dos menores em situação de risco social em diferentes localidades do país; estudo

multicêntrico sobre o perfil do adolescente em conflito com a lei no Brasil e trabalhos de intervenção visando a prevenção e tratamento de adolescentes portadores de transtorno de conduta e transtorno por uso de substância psicoativa.

Conclui-se que não existe uma ação isolada que possa resolver a questão da violência juvenil. São necessárias ações em diversas áreas. O Brasil necessita de investir recursos para implantar e implementar serviços de saúde mental comunitários, voltados para crianças e adolescentes, possibilitando a formação de adultos saudáveis e a conseqüente redução dos índices de criminalidade.

O Meu Guri

Quando, seu moço, nasceu meu rebento
Não era o momento dele rebentar
Já foi nascendo com cara de fome
E eu não tinha nem nome pra lhe dar
[...] Olha aí, ai o meu guri, olha aí
[...] Chega suado e veloz do batente
E traz sempre um presente pra me encabular
Tanta corrente de ouro, seu moço
Que haja pescoço pra enfiar
Me trouxe uma bolsa já com tudo dentro
Chave, caderneta, terço e patuá
Um lenço e uma penca de documentos
Pra finalmente eu me identificar, olha aí
[...] Olha aí, ai o meu guri, olha aí
[...] Chega estampado, manchete, retrato
Com venda nos olhos, legenda e as iniciais
Eu não entendo essa gente, seu moço
Fazendo alvoroço demais
O guri no mato, acho que tá rindo
Acho que tá lindo de papo pro ar
Desde o começo, eu não disse, seu moço
Ele disse que chegava lá
Olha aí, olha aí
Olha aí, ai o meu guri, olha aí

Chico Buarque de Holanda (1981)

REFERÊNCIAS

1. Doreleijers TAH, Moser F, Thijs P, Engeland HV, Beyaert FHL. Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands. *J Adolesc* 2000; 23: 263-75.
2. Shelton D. Emotional disorders in young offenders [editorial]. *J Nurs Scholarship* 2001;33(3): 259-63.
3. Maughan B, Brock A, Ladva G. Mental health. In: National Mental Health Association. The health of children and young people. Reino Unido: Office for National Statistics, march, 2004. [cited 2005 jun 20] Available from: URL:<http://www.nso.gov.nt/pdf>.
4. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde (2001). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde; Direcção-Geral da Saúde; 2002. 133p.
5. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação mundial da infância 2005: infância ameaçada: relatório. Disponível em: [URL:http://www.unicef.org.br](http://www.unicef.org.br) [2005 ago 10].
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Disponível em: URL: www.ibge.gov.br. [2005 jul 22].
7. Rede Internacional Solidária. Situação do sistema sócio-educativo 2004. Disponível em: <http://www.risolidaria.org.br>. [2005 set 15].

8. Josef F, Silva JAR. Doença mental e comportamento violento: novas evidências da pesquisa. *J Bras Psiquiatr* 2003;52(2):127-35.
9. Josef F, Silva JAR. Homicídio: aspectos epidemiológicos, fenomenológicos e vitimológicos. *R Bras Psiquiatr* 2003;52 (4):275-82.
10. Oliveira J, organizador. Estatuto da Criança e do Adolescente. 7a ed. São Paulo: Saraiva; 1996.
11. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Rio de Janeiro: Atlas; 1998.
12. Alexander FG, Selesnick ST. História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. Trad. A Arruda. São Paulo: Ibrasa; 1968. 573p.
13. Kaplan HI, Sadock BJ. Tendências históricas e teóricas na psiquiatria. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Trad. HM Souza, MCL Schaun, MCR Goulart, ML Silveira, S Ribeiro. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 1986. p.1-20.
14. Stone MH. A cura da mente: a história da psiquiatria da Antiguidade até o presente. Tradutor MC Monteiro. Porto Alegre: Artmed; 1999. 480p.
15. Mora G. Historical and theoretical trends in pshychiatry. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1980. v.3.
16. Assumpção FB Jr. Pequena história da psiquiatria infantil: aspectos críticos. In: Assumpção FB Jr, organizador. *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Maltese; 1994. p. 3-27.
17. Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatria infantil. 2a ed. Tradução PC Geraldês, SRP Alves. Rio de Janeiro: Mason; 1997. 946p.

18. Lopes JL. Conceito e evolução histórica da psiquiatria infantil. In: Krynski S, organizador. Temas de psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1977. p. 1-10.
19. Chess AS, Hassi M. Princípios e prática da psiquiatria infantil. Tradutor R Cabral. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. 535p.
20. Freud S. Um caso de histeria. Três ensaios sobre sexualidade (1901-1905). Tradutor JL Meurer. Rio de Janeiro: Imago; 1969. 387p. (Edição Standart brasileira de obras completas de Sigmund Freud, 7).
21. Bee H. A criança em desenvolvimento. Trad. MAV Veronese. 9a ed. Porto Alegre: ArtMed; 2003. 612p.
22. Gesell A, Amatruda C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño: metodos clinicos y aplicaciones practicas. Trad. B Serebrinsk. Buenos Aires: Paidós; 1946. 500p.
23. Krynski S, organizador. Temas de psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1977. 1-10. p.
24. Leckman JF. Genes e neurobiologia evolutiva. In: Lewis M, organizador. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Trad. ICS Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 25-32.
25. Werry JS. Cérebro e comportamento. In: Lewis M, organizador. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Trad. ICS Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 95-105.
26. Ornitz EM. Aspectos do desenvolvimento da neurofisiologia. In: Lewis M, organizador. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Trad. ICS Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 58-69.

27. Nitrini R, Caramelli P, Mansur IL. Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. São Paulo: Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento; 2003. 380p.
28. Irwing M, Hauger LR. Aspectos do desenvolvimento da psiconeuroimunologia. In: Lewis M, organizador. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Trad. ICS Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 70-82.
29. Hauger LR, Irwing M, Richter R. Aspectos do desenvolvimento da psiconeuroendocrinologia. In: Lewis M, organizador. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Trad. ICS Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 82-94.
30. Freud S. Os casos do “pequeno Hans” e do “homem dos ratos”. Trad. L Meurer. Rio de Janeiro: Imago; 1909 c. (Edição Standart brasileira de obras completas de Sigmund Freud, 10).
31. Freud S. Uma neurose infantil. Trad. JL Meurer. Rio de Janeiro: Imago; c1919. (Edição Standart brasileira de obras completas de Sigmund Freud, 17).
32. Assumpção FB Jr. História da psiquiatria infantil brasileira. In: Assumpção FB Jr, Kuczynski E, organizadores. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 2 -12.
33. Pinho SR. Setor de Saúde Mental Infanto Juvenil (SSMIJ) da Universidade Federal da Bahia: da origem a atualidade (pôster) In: Congresso da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia 1998; Salvador; Universidade Federal da Bahia: 1998. p. 22.
34. Associação Brasileira de Psiquiatria. Psiquiatria da infância e adolescência. Fundação do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Disponível em: URL: [http:// www.abp.com.br](http://www.abp.com.br). [2003 abr 5].

35. Peixoto A. Psicopatologia forense. 5a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1938.
36. Moraes T, Fridman S. Medicina forense e psiquiatria forense. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla E. Psiquiatria forense. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 21-29.
37. Palomba GA. Tratado de psiquiatria forense, civil e penal. São Paulo: Atheneu; 2003. 886p.
38. Almeida A Jr, Costa JBO Jr. Lições de medicina legal. 15a ed. São Paulo: Nacional; 1978. 523p. (Biblioteca universitária. Série ciências aplicadas, 1).
39. Morana H, Mendes Filho RB. Revisão sobre os transtornos da personalidade. In: Moraes T de, organizador. Ética e psiquiatria forense. Rio de Janeiro: Centro Universitário de Cultura José Octavio de Freitas Júnior; Ipub-Cuca; 2001. p. 103-33. (Coleções IPUB).
40. Pinho SR, Serra PF, Dunningham W. História da psiquiatria na Bahia: breve revisão acerca de Juliano Moreira. Rev Bras Neurol Psiq 2001;2:76-9.
41. Piccinini W. Apontamentos históricos sobre a psiquiatria forense no Brasil. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla E. Psiquiatria forense. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.31-41.
42. Peixoto A. A memória de Juliano Moreira. Fundador e Presidente da Academia. An Acad Bras Cienc 1933; 5(2):81-97.
43. Conceição AC, Nery GC, Pinho SR, Almeida Filho N de organizadores, Rubim de Pinho A. Fragmentos da psiquiatria transcultural. Salvador: Edufba; 2002.
44. Pacheco MT. Nina Rodrigues e Estácio de Lima. Salvador; 17 fev. 2006. 1 disquete, 3 ½ pol. Word for Windows 9.0.

45. Rubim de Pinho A. A psiquiatria e suas implicações legais: aspectos dessa problemática no Brasil. *Rev Cons Penitenc* 1982;3(4):7-34.
46. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. p. 89, 120.
47. Scivoletto S. A adolescência. In: Fleitlich-Bilyk B, Andrade ER, Scivoletto S, Pinzon VD, organizadores. *A saúde mental do jovem brasileiro*. São Paulo: Inteligentes; 2004. p. 23-40.
48. Aberastury A, Knobel M. *La adolescência normal: um enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós; 1977.
49. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação mundial da infância 2002: relatório*. Brasília: Unicef; 2002.
50. Scivolletto S. Herança genética, influências ambientais e aspectos psicológicos. In: Fleitlich-Bilyk B, Andrade ER, Scivoletto S, Pinzon VD, organizadores. *A saúde mental do jovem brasileiro*. São Paulo: Inteligentes; 2004. p. 69-94.
51. Engels F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979.
52. Safra GA. *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco; 1999. 164p.
53. Curatolo E. Transtornos de conduta. In: Assumpção FB Jr, Kuczynski E, organizadores. *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 343-60.
54. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: critérios diagnósticos para pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

55. American Psychiatric Association. DSM–IV TR™- manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. C Dornelles. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
56. Mealey LA. Sociobiologia da sociopatia: um modelo evolucionário integrado. *NeuroPsicoNews* 2002;(42):13-22.
57. Sidou JMO, organizador. Dicionário jurídico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990. 601p. (Forense universitária biblioteca jurídica).
58. Blair RJ. Neurobiological models of aggression, the antisocial personality disorders and psychopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71(6):727-31.
59. Ratto LRC. Prevalência da comorbidade entre transtornos mentais graves devido ao uso de substâncias psicoativas em São Paulo, Brasil. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000. p. 10-28.
60. Bordin IAS, Offord DR. Transtornos de conduta e comportamento anti-social *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22 (Supl II):12-15.
61. Silva AFA, Cury M. Parte geral: Das disposições preliminares. Art. 1º. In: Cury M, Silva AFA, Mendez EG, coordenadores. Estatuto da criança e do adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais. 5a ed. São Paulo: Malheiros; 2002. p. 1-12.
62. Solari UC. Parte geral: Das disposições preliminares. Art. 2º. In: Cury M, Silva AFA, Mendez EG, coordenadores. Estatuto da criança e do adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais. 5a ed. São Paulo: Malheiros; 2002. p. 14-5.
63. César J, Viana E, Luz C. Dos direitos individuais. Art. 107. In: Cury M, Silva AFA, Mendez EG, coordenadores. Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais. 5a ed. São Paulo: Malheiros; 2002. p. 344-5.

64. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. [2005 jul 11].
65. Brasil. Novo Código Civil. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. 2a ed. São Paulo: Atlas; 2003.
66. Vercelone P. Parte geral: Das disposições preliminares. Art. 3º. In: Cury M, Silva AFA, Mendez EG, coordenadores. Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais. 5a ed. São Paulo: Malheiros; 2002. p.17.
67. Volpi M. O adolescente e o ato infracional. R Ilanud 2001;(14):21-33.
68. Gomes GG Neto. O adolescente autor de ato infracional frente aos princípios e garantias do Estatuto da Criança e do Adolescente. R Ilanud 2001;(14):43-54.
69. Lima IMS. O direito à saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva – ISC; 2002.
70. Faleiros VP. A infância e o processo político no Brasil. In: Plotti F, Rizzini I, organizadores. A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Nino; Universidade Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora; 1995. p. 46- 98.
71. Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-47.
72. Minayo MCS, Souza ER, Reis AC, Malaquias JV. Morbimortalidade de jovens por causas violentas no Brasil: uma análise dos anos 90. Disponível em: URL: http://www.funasa.gov.br/epi/ntransmi/epi_ntransmi/estudos. [2005 jul 30].

73. World Health Organization. Preventing violence: a guide to implementing the recommendation of the world report on violence and health. Geneva: 2004. Available from: [URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/08-09-2005/en/print.htm/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/08-09-2005/en/print.htm/)
74. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano. 2004. Disponível em: [URL: www.pnud.org.br/pobreza/desigualdade/reportagens/index.php?](http://www.pnud.org.br/pobreza/desigualdade/reportagens/index.php?) [2005 out 21].
75. Belém L. Pobreza extrema ameaça o futuro das crianças: miséria, guerra e contaminação pelo HIV são os maiores problemas diz Unicef. A Tarde, Salvador 2004 dez 10; Local: 4.
76. Waiselfisz JJ. Pronunciamento: o analfabetismo proposta para a sua erradicação. São Paulo [2004 maio 11]. Disponível em: [URL: http://www.unesco.org.br/opiniao/index_2004](http://www.unesco.org.br/opiniao/index_2004). [2005 jan 15].
77. Waiselfisz JJ, organizador. Mortes matadas por armas de fogo no Brasil 1979-2003. Brasília: Unesco; 2005.
78. UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Brasil registra mais mortes por armas de fogo do que conflitos armados internacionais. Brasília: 2005. Disponível em: <http://www.unesco.org.br/noticias>. [2005 out 06].
79. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência IV: os jovens do Brasil: juventude, violência e cidadania. Brasília (DF): Futura, Unesco; 2004.
80. Londoño JL, Gaviria A, Guerrero R. Asalto al desarrollo: violencia en América Latina. Washington (DC): BID; 2000.
81. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência III. Brasília (DF); Unesco/Instituto Ayrton Senna/Ministério da Justiça/SEDH; 2002.

82. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Radar social. Brasília (DF): Ipea; 2005. 141p.
83. Carvalho A, Miranda R. Números oficiais comprovam que a violência e o crime organizado estão em todas as partes do país. Rev Isto É (São Paulo) 2003 jun;(1757): 24-8.
84. Abramovay M, Pinheiro LC. Violência e vulnerabilidade social. In: Fraerman A. Inclusión social y desarrollo: presente y futuro de la comunidad Ibero-Americana. Madri: Comunica; 2003. p.155-160.
85. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação mundial da infância 2003: Relatório. Disponível em: URL: <http://www.unicef.org.br>. [2005 fev 06].
86. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Anais da IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. 2002; Brasília (DF): Conanda; 2002.
87. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. PNUD e seus objetivos. ONU. Disponível em: URL: <http://www.pnud.org.br/home>. [2005 maio 10].
88. Monahan JA. Terror to their neighbors: beliefs about mental disorder and violence in historical and cultural perspective. Bull Am Acad Psychiatry Law 1992;20:191-5.
89. Steadman HJ, Mulvey HJ, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. Arch Gen Psychiatry 1998;55:393-401.
90. Hafner H, Boocker W. Crimes of violence by mentally abnormal offenders. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

91. Swanson JW, Holzer CEIII, Ganju VK. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:761-70.
92. Regier DA. ECA: contributions to national policy and further research. *Int J Methods Psychiatr Res* 1994;4:73.
93. Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis: risk of violence among psychotic men. *Br Med J* 1984;288:1945-9.
94. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women, I: pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:505-512.
95. Arboleda-Florez. An epidemiological study of mental illness in a remanded population and the relationship between mental condition and criminality [dissertation]. Calgary: University of Calgary Press; 2005.
96. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:489-96.
97. Stuart H. Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry* 2003 June;2(2):121-7.
98. Brink JH, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *J Law Psychiatry* 2001 Jul-Oct;24(4-5):335-56.
99. Robertson AA, Dill PL, Husain J, Undesser C. Prevalence of mental illness and substance abuse disorders among incarcerated juvenile offenders in Mississippi. *Child Psychiatry Hum Dev* 2004;35(1):55-74.

100. Del-Ben CM. Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. Rev Psiquiatr Clin 2005;32(1):27-35.
101. Hinde RA, Tamplin A, Barrett J. Home correlates of aggression in preschool [editorial]. Aggressive Behavior 1993;19:85-105.
102. Lewis DO. O desenvolvimento do sintoma de violência. In: Lewis M. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 346-55.
103. Andrade AS Filho, Dunningham WA. Os rastros genéticos da violência [editorial]. R Bras Neurol Psiquiatr 2003;7(3):77-8.
104. Jackowski AP. Neuroanatomia. In: Kapczinski F, Quevedo J, Izquierdo I, organizadores. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 53-69.
105. Josef F, Silva JAR, Greenhalgh S, Leite E, Ferreira V. Comportamento violento e disfunção cerebral: estudo de homicidas no Rio de Janeiro [editorial]. R Bras Psiquiatr 2000;22(3):124-9.
106. Ferrão YA, Bedin NR, Busnello EAD. Impulsividade. In: Kapczinski F, Quevedo J, Izquierdo I, organizadores. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 309-24.
107. Sant'Anna MK, Quevedo J. Psiconeuroendocrinologia. In: Kapczinski F, Quevedo J, Izquierdo I, organizadores. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 83-99.
108. Wallon H. A evolução psicológica da criança. Lisboa: Setenta; 1981.
109. Piaget J. A construção do real na criança. Trad. A.Cabral. São Paulo: Zahar; 1970. 360p.

110. Soledade T. Bases neuropsicológicas da ética. Salvador: Faculdade Ruy Barbosa; 2004.
111. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on anti-social behavior. *American Psychologist* 1989;44:329-335.
112. Winnicott DN. Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes; 1987.
113. Freud A. Infância normal e patológica: determinantes do desenvolvimento. Tradutor A Cabral. 3a ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1980. 213p.
114. Stouthamer-Loeber M, Loeber R, Homish DL, Wei E. Maltreatment of boys and the development of disruptive and delinquent behavior. *Dev Psychopathol* 2001;13 (4):941-55.
115. Farias MD. Adolescentes infratores e não infratores uma análise comparativa através do CBCL e YSR. [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2001.
116. Fleitlich BW, Goodman R. Epidemiologia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(suppl.2):2-6.
117. Fleitlich BB. The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 years olds in the South East of Brazil [dissertation]. London: University of London, Department of Child and Adolescent Psychiatry Institute of Psychiatry Kings College; 2002.
118. Fleitlich BB, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectorial survey [editorial]. *British Med J* 2001;322:1-4.
119. Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(1):11-7.

120. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: Cebrid, Unifesp; 2002.
121. Noto AR, Galduróz JCF, Nappo AS, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YGM, Carlini EA. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua em 27 capitais brasileiras. São Paulo: Cebrid, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; Departamento de Psicobiologia; 2003. 248p.
122. Vreugdenhil C, Doreleijers TA, Verneire R, Wouters LF, van den Brink W. Psychiatric disorders in representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(1):97-104.
123. Garland AE, Hough RL, McCabe KM, Yeh M, Wood PA, Aarons GA. Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care [editorial]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(4):409-18.
124. Abram KM, Teplin LA, McClelland GM, Dulcan MK. Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(11):1097-108.
125. Andrade RC, Silva VA, Assumpção FB Jr. Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile. *Braz J Med Biol Res* 2004;37(8):1155-60.
126. Agüero JA. El trastorno de conducta en la infancia como precursor del trastorno antisocial del adulto. Estudios de seguimiento a medio y largo plazo. Necesidad de programas preventivos [editorial]. *R Electr Psiquiatria* 1998;2(4):1-12.
127. Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, Brook JS. Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood [editorial]. *Am J Psychiatry* 2003;159(9):1406-12.

128. Bordin IAS. Fatores de risco para comportamento anti-social na adolescência e início da vida adulta. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (USP); 1996. 166 p.
129. Dixon A, Howie P, Starling J. Psychopathology in female juvenile offenders. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45(6):1150-8.
130. National Institute of Mental Health. Child and Adolescent Violence research at the NIMH 2000. Available from:
URL:<http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/violencemenu.cfm>
131. Bassarath L. Conduct disorder: a biopsychosocial review. *Can J. Psychiatry* 2001;46(7):609-16.
132. Tomas CR, Pen JV. Juvenile justice mental health services [editorial]. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11(4):731- 48.
133. Maia MHO. Estatuto da Criança e do Adolescente 09 anos de vigência. Programa Nacional de Direitos Humanos. Atos infracionais – teoria e prática do ECA. Situação da 2ª Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Salvador – BA. Salvador; 1996.
134. Oliveira MFS. Um mundo social específico: Casa de Acolhimento do Menor – CAM. Medida sócio-educativa de internação ou medida privativa da liberdade? [dissertação]. Salvador: Universidade Católica do Salvador, Escola do Servidor Público (Fundesp); 1995.
135. Fundação da Criança e do Adolescente. Documento da CAM: histórico, estrutura da instituição, perfil da população atendida. Salvador (Br): Governo do Estado da Bahia, Secretaria do Trabalho e Ação Social, Casa de Acolhimento do Menor; 2002.

136. Santana VS. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador - Nordeste de Amaralina [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1978.
137. Dunningham WA. Estudos epidemiológicos das doenças mentais, por classes sociais, em uma área urbana da região Metropolitana de Salvador – Bahia [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho; 1992.
138. Aguiar WM. Condições de trabalho feminino e transtornos mentais: um estudo de prevalência [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia-Ufba; 1988.
139. Josef F, Silva A. Psiquiatria forense no Brasil: modelo de entrevista semi-estruturada para emprego em pesquisa psiquiátrica forense, com utilização do Hare PCL-R. *J Bras Psiquiatria* 2002;51(1):47-54.
140. Abdalla-Filho E. Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 2004;31(6):279-84.
141. Andrade L, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. In: Gorenstein C, Andrade L, Guimaraes S, Zuardi AW. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos; 2000. p.139-4.
142. Norusis MJ. *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Chicago; 1998.
143. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British J Psychiatry* 2002;180:490-5.
144. Elgar FJ, Knight J, Worrall GJ, Sherman G. Attachment characteristics and behavioural problems in rural and urban juvenile delinquents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2003;34(1):35-48.
145. Rodrigues JC, Bosco SMS, organizadores. *Redescobrimo o adolescente na comunidade: uma outra visão da periferia*. São Paulo: Cortez; 2005. 58p.

146. Rueda JGE, Lopez PMC. Diagnóstico sobre el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes detenidos en la ciudad de Bucaramanga, 1997 / Diagnosis about consumption psychoactive substances of arrested youth in the Bucaramanga city, 1997. Bucaramanga, Santander: Dirección Nacional de Estupefacientes; 1998. 40p.
147. 10 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente: elementos para reflexão. Salvador: MOC, Fórum de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Unicef; 2001.
148. Mapeamento Nacional do Sistema de Atendimento Sócio-Educativo: sumário dos resultados. Disponível em: [URL:http://www.mp.rs.gov.br/infancia/estudos/id423.htm](http://www.mp.rs.gov.br/infancia/estudos/id423.htm). [2005 ago 20].
149. Volpi M. Sem liberdade, sem direitos: a privação de liberdade na percepção do adolescente. São Paulo: Cortez; 2001. 152p.
150. Reis AJ. Alicerce para reduzir a vida social do país. Fenae Agora 2003; 34(6):4-8.
151. Fergusson D, Swain-Campbell N, Horwood J. How does childhood economic disadvantage lead to crime? J Child Psychol Psychiatry 2004; 45(5):956-66.
152. Pincus HA, Tew JD JR, First MB. Psychiatric comorbidity: is more less? World Psychiatry 2004 feb;3(1):18 -23.
153. Ruchkin V, Kuposov R, Vermeiren R, Schwab-Stone M. Psychopathology and age at onset of conduct problems in juvenile delinquents. J Clin Psychiatry 2003;64(8):913-20.
154. Wasserman GA, McReynolds LS, Lucas CP, Fischer P, Santos L. The voice DISC-IV with incarcerated male youths: prevalence of disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002 mar;43(3):314-321.

155. Abdalla-Filho E. Retardo mental. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E, organizadores. São Paulo: Artmed; 2004. p.315-26.
156. Dalton MA. Education rights and the special needs child. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11(4):859-68.
157. Maru HM, Kathuku DM, Ndetel DM. Psychiatric morbidity among children and young persons appearing in the Nairobi Juvenile Court, Kenya. *East Afr Med J* 2003 jun;80(6):282-8.
158. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(8):807-16.
159. Beyers JM, Loeber R. Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2003 jun; 31(3):247-66.
160. Scott CL. Juvenile violence. *Psychiatr Clin North Am* 1999 mar;22(1):71-83.
161. Amor Villalpando A, Toscano IS. Asesinatos múltiples por niños y adolescentes. *Rev Sanid Mil* 1999;53(1):62-5.
162. Friedman AS, Terras A, Glassman K. The differential disinhibition effect of marijuana use on violent behavior: a comparison of this effect on a conventional, non-delinquent group versus a delinquent or deviant group. *J Addict Dis* 2003;22(3):63-78.
163. Souza CAC. Doentes mentais em prisões e em casas de custódia e tratamento: um grande e permanente desafio à psiquiatria e à Lei. *Psychiatry on-line Brazil* 2004;(9):1-15. Disponível em: URL: <http://www.polbr.med.br/art204a.htm>. [2005 maio 04].

164. Hakkanen H. Homicide by ligature strangulation in Finland: offence and offender characteristics. *Int J Law Psychiatry* 1986;8(1):19-37.
165. Rajs J, Lundström M, Broberg M, Lidberg L, Lindquist O. Criminal mutilation of the human body in Sweden-a thirty-year medico-legal and forensic psychiatric study. *J Forensic Sci* 1998;43(3):563-80.
166. Haller R, Dittrich I, Kocsis E. How dangerous are patients with mental disorders? *Wien Med Wochenschr* 2004;154(15-16):356-65.
167. Mafullul YM, Ogunlesi OA, Sijuwola OA. Psychiatric aspects of criminal homicide in Nigeria. *East Afr Med J* 2001;78(1):35-9.
168. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004 feb; 45(2):195-211.
169. Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1997 dec;36(12):1726-35.
170. Rodhe LA, Barosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *R Bras Psiquiatria* 2000;22(Supl II):7-11.
171. Shelton D. Health status of young offenders and their families. *J Nurs Scholarsh* 2000;32(2):173-8.
172. Vander Stoep A, Evens C, Taub J. Risk of Juvenile Justice System referral among children in a public mental health system. *J Ment Health Adm* 1997; 24(4):428-442.
173. Andrade ER. Fatores protetores e fatores de risco. In: Fleitlich-Bilyk B, Andrade ER, Scivoletto S, Pizon VD. *A saúde mental do jovem brasileiro*. São Paulo: Inteligentes; 2004. p.102-27.

174. Loeber R, Farrington DP. Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev Psychopathol* 2000;12(4):737- 62.
175. Dembo R, Williams L, Getreu A, Genung L, Schmeidler J, Berry E, Wish ED, La Voie L. Recidivism among high-risk youths: study of a cohort of juvenile detainees. *Inter J Addictions* 1991;26(2):121-77.
176. Silva CJ, Tuma F. A relação entre reincidência ao ato infracional e o transtorno de conduta em adolescentes infratores. Congresso Brasileiro de Psiquiatria; 2002; Florianópolis: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2002. p. 475.

APÊNDICE A – MPAQL – 1: Parte A

MORBIDADE PSQUIÁTRICA DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO



Figura 8 – Um Monstro Negro (lado vermelho ou do sentimento) e uma Mulher (lado azul ou espiritual)⁽⁶⁾

Autor: Henry (criança em processo de análise)

Fonte: Jung, 1977, p. 294

⁽⁶⁾ Compreender e lidar com agressividade humana foi e será sempre um grande desafio. Jung ilustrou sua obra *O Homem e seus Símbolos* com uma pintura feita por uma criança, que divide o espaço plástico em duas situações: o mal e o bem. As duas imagens unem-se e separam-se por uma flor verde que traduz a esperança. Jung CG. *O homem e seus símbolos*. Trad. Maria Lúcia Pinho. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.

APÊNDICE A – MPACL– I : Parte A

MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ___/___/___

Dados Pessoais

Iniciais do Adolescente:

Nº do Indivíduo:

Data de Nascimento:

Idade:

Cor da Pele:

Branca Negra Parda Sexo: Masc. Fem

Contato com Familiares:

Frequência:

Sim Não

Escolaridade:

Frequência Escolar: Sim Não

Procedência:

Entrevistador:

APÊNDICE B– MPACL– I : Parte B

INVESTIGAÇÃO DAS QUEIXAS CLÍNICAS

	Sim = 1	Não = 0
01. Sofre de falta de apetite?		<input type="checkbox"/>
02. Tem dificuldade de dormir?		<input type="checkbox"/>
03. Tem queixa de zumbidos nos ouvidos, agonia?		<input type="checkbox"/>
04. Sente dores ou pontadas freqüentes na cabeça?		<input type="checkbox"/>
05. Sente cansaço ou fraqueza nas pernas, dores nos nervos?		<input type="checkbox"/>
06. Fica agressivo, explode com facilidade?		<input type="checkbox"/>
07. Fica períodos triste, com desânimo?		<input type="checkbox"/>
08. Sente um bolo na garganta, "queimor" no estômago?		<input type="checkbox"/>
09. Sente tremores ou frieza nas mãos?		<input type="checkbox"/>
10. Tem com freqüência crises de irritação?		<input type="checkbox"/>
11. Tem dificuldade de aprender, lembrar ou entender as coisas?		<input type="checkbox"/>
12. Bebe exageradamente?		<input type="checkbox"/>
13. Às vezes fica parado, chorando muito?		<input type="checkbox"/>
14. Já pensou em dar fim à vida?		<input type="checkbox"/>
15. Já esteve descontrolado, fora de si, como se fosse doente da cabeça?		<input type="checkbox"/>
16. Já ficou sem poder falar ou enxergar?		<input type="checkbox"/>
17. Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?		<input type="checkbox"/>
18. Fica bêbado pelo menos uma vez por semana?		<input type="checkbox"/>
19. Bebe todo dia?		<input type="checkbox"/>
20. Tem queixa de falta de ar, palpitação ou aperto no coração?		<input type="checkbox"/>
21. Sofre de nervosismo ou está sempre intranquilo?		<input type="checkbox"/>
22. Tem muita preocupação com doenças? Você se queixa sempre?		<input type="checkbox"/>
23. Já sofreu algum ataque depois de um susto ou contrariedade?		<input type="checkbox"/>
24. Tem medo excessivo de certas coisas, ou de alguns bichos, ou de lugares fechados ou de escuro?		<input type="checkbox"/>
25. Tem mania de limpeza ou de arrumação?		<input type="checkbox"/>
26. Antes de sair ou dormir, verifica sempre exageradamente se as portas estão bem fechadas?		<input type="checkbox"/>
27. Tem queixa de ouvir vozes, ou de ver coisas que os outros não vêem?		<input type="checkbox"/>

APÊNDICE C – MPACL– I : Parte C

HISTÓRIA DE DELITO

DELITOS PRÉVIOS:

SIM

NÃO

NATUREZA DO DELITO

1	
---	--

Homicídio

2	
---	--

Roubo

3	
---	--

Furto

4	
---	--

Estupro

5	
---	--

Tráfico de Drogas

6	
---	--

Outros

DESCRIÇÃO DO DELITO: _____

História prévia de infrações _____

Número de infrações cometidas _____

Número de recidivas _____

Age só ou em grupo _____

APÊNDICE D – MPACL- II: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Apresentação		
Explicação da continuidade da investigação		
Consentimento para nova etapa		
1. Identificação e localização		
Iniciais	Sexo	Idade
Escolaridade	Procedência	
2 Razão da internação na CAM (a variável é o tipo de delito)		
3 Investigação de enfermidade		
3.1 Há queixa ou sentimento de doença?		
3.2 Início dos sintomas (formas, idade na época, condições de aparecimento)		
3.3 Associação com eventos. Quais?		
3.4 Evolução		
3.5 Sentimento frente à vítima e à instituição		

4 Comportamento	Mentira patológica, atitude manipuladora, ausência de culpa, falta de empatia, vida parasitária, impulsividade, irresponsabilidade, vários parceiros na vida sexual
5 Exame psíquico	Aparência, orientação, atenção, memória, pensamento, afetividade, vontade, inteligência, julgamento do estado atual e noção de morbidade
6 Exame físico	Defeitos físicos congênitos ou não, cicatrizes, estado dentário, tatuagens, aspectos bizarros do ponto de vista estético, higiene
7 Impressão diagnóstica	

APÊNDICE E – MPACL– III

HISTÓRIA PSICOSSOCIAL DO MENOR

INICIAIS: _____

Nº: _____

1 Procedência

Capital

Interior

Outros

2 Vida Escolar

Analfabeto

Fundamental Incompleto ou
Analfabeto

Fundamental Completo

Superior Incompleto

Superior Completo

3 Antecedentes Pessoais

A. Sofreu maus-tratos na infância? Pelo menos um desses eventos durante a infância: chute, mordida, soco, queimadura, sufocamento provocado pelos responsáveis.

Sim

Não

B. Sofreu algum tipo de violência sexual? Pelo menos um desses eventos: exposição à nudez, ameaça de ter relações sexuais, toque em partes íntimas do corpo do menor, estupro.

Sim

Não

C. Tem pai e/ou mãe com problemas de saúde física e/ou psiquiátrica: uso abusivo de álcool, sintomas de loucura ou outros tipos de doenças?

Sim

Não

D. Tem pais e/ou parentes de 1º grau envolvidos em crimes, com polícia, detenção?

Sim

Não

E. Tem parentes próximos que foram assassinados: pais, irmãos ou parentes de 1º grau, vítimas de homicídio?

Sim

Não

F. Tem caso de prostituição na família?

Sim

Não

G. Entradas na CAM:

Primeira

Duas ou mais

H. Idade por ocasião do 1º delito

I. Tipo de delito

Homicídio

Roubo

Furto

Assalto

Tráfico de drogas

Estupro

Falsificação

Outros

J. Em algum momento já foi atendido em serviços de psiquiatria ou psicologia?

Sim

Não

Rap-rua

De manhã, [...] Vejo um resto de lua e olho a rua:

Vários camaradas andando por aqui e por ali.

Usando roupas e tênis que eu sempre quis. [...] Quem quiser vai aprender

As leis da rua, as leis do mundo, do meu mundo. sem lar e sem poder.

[...] E minha mãe onde será que está?

Na lua? Na rua? Não sei, só sei que me deixou o mundo.

Me deixou no mundo sem ter para onde ir ou voltar.

Minha casa é o ar

A rua, o lado de fora.

Meu lugar é indo embora

No meu sonho de consumo [...]

Imagino uma solução: o roubo.

Vejo tudo acontecer.

Viver sem fronteiras e talvez, até morrer...

Me chamam de marginal,

De cão vadio, de ladrão.

Não sou nada disso. Aqui fala um cidadão.

ANEXO A – Autorização do Juizado da Infância e Adolescência

AUTORIZAÇÃO

A Dra. Solange Tavares Rubim de Pinho, está devidamente autorizada a realizar pesquisa sobre o Perfil Psiquiátrico do Adolescente em conflito com a Lei, nas Unidades de Privação de Liberdade: Casa de Acolhimento ao Menor (CAM), Comunidade de Atendimento Sócio-educativo (CASE II), no Centro de Educação Especial Elcy Freire e no Abrigo Julieta Calmon, dentre outras.

Salvador, 15 de janeiro de 2002


Maria Helena Oliveira Maia

Juíza das 2ª Vara da Infância e da Juventude

ANEXO B – Autorização da Comissão de Ética do Centro de Estudos e Pesquisas Juliano Moreira



Governo do Estado da Bahia
SESAB – Secretaria de Saúde
Centro de Estudos e Pesquisas Juliano Moreira – CEPES Comissão de Ética
em Pesquisa
CGC 42188813/0001-05
Av. Edgard Santos, s/n. Cabula, Salvador-BA; CEP 41180000
Fone: 231-2359, 231-2360, 231-24-10 Fax:371-0310

Salvador, 26 de novembro de 2002

Ilma. Senhora
Dra. Solange Tavares Rubim de Pinho
NESTA

Prezada Senhora,

Comunicamos que a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Juliano Moreira analisou o Projeto de Pesquisa de sua autoria **“Perfil de Morbidade Psiquiátrica do Adolescente em Conflito com a Lei”** e o considerou aprovado.

Atenciosamente,


Dra. Rosa Garcia
MEMBRO DA COMISSÃO
DE ÉTICA EM PESQUISAS
HJM

ANEXO C

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para
Participar do Estudo****PERFIL DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DO ADOLESCENTE EM
CONFLITO COM A LEI**

Este é um convite para participar voluntariamente de um estudo médico realizado com jovens em privação de liberdade no Estado da Bahia. Visamos investigar se as vivências do menor em conflito com a lei estão associadas a problemas psiquiátricos. Caso você aceite participar será realizado um exame através de um questionário especializado e uma entrevista.

O questionário foi elaborado especialmente para esta pesquisa. Tal procedimento não acarreta riscos para sua saúde, nem interfere nas medidas sócio educativas que estão sendo aplicadas.

Sua participação é voluntária e se você decidir sair do estudo a qualquer momento, sua opção será acatada. O investigador pode também decidir interromper a sua participação se julgar que não é adequado para você este estudo.

Você pode e deve, fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo. O seu médico, psicólogo, professor e assistente social, também podem fornecer informações que sejam úteis ao trabalho.

Sua identificação será confidencial e os resultados serão revelados sem a sua identidade. Os registros realizados ficarão disponíveis à equipe de estudo, ao Comitê de Ética, Autoridades Legais e de Saúde.

Solange Rubim de Pinho
CREMEB - 5969
Coordenadora da Pesquisa

ANEXO D – Critérios Diagnósticos para Pesquisa⁽⁷⁾

Os grandes grupos de transtornos psiquiátricos, identificados na presente pesquisa, foram sistematizados, obedecendo à seqüência em que são apresentados na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Foram utilizados os critérios para diagnóstico da CID-10, relativos a: (1) outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física, (2) transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa, (3) esquizofrenia, (4) retardo mental, (5) transtornos hiperkinéticos, (6) transtornos de conduta.

⁽⁷⁾ Os critérios são designados com letras e/ou números para indicar seu lugar em uma hierarquia de generalidade e importância. Os transtornos são identificados com a letra F. Critérios gerais, os quais devem ser preenchidos por todos os membros de um grupo de transtornos [...] são designados com uma letra G maiúscula mais um número. Critérios obrigatórios para transtornos individuais são distinguidos por letras maiúsculas (A,B,C etc.). Números (1,2,3 etc.) e letras minúsculas (a,b,c etc.) são usados para identificar grupos e subgrupos adicionais de características, dos quais apenas alguns são requeridos para o diagnóstico. CID-10, 1993, p. 19.

OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DE LESÃO E DISFUNÇÃO CEBRAIS E DE DOENÇA FÍSICA

F06 Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física

F06.0 Alucinação orgânica

F06.1 Transtorno catatônico orgânico

F06.2 Transtorno delirante (esquizofreniforme) orgânico

.30 Transtorno maníaco orgânico

.31 Transtorno bipolar orgânico

.32 Transtorno depressivo orgânico

.33 Transtorno afetivo misto orgânico

F06.4 Transtorno orgânico de ansiedade

F06.5 Transtorno dissociativo orgânico

F06.6 Transtorno astênico (de labilidade emocional) orgânico

F06.7 Transtorno cognitivo leve

70 Não associado a um transtorno físico

71 Associado a um transtorno físico

F06.8 Outros transtornos mentais especificados decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física

F06.9 Transtorno mental decorrente de lesão e disfunção cerebrais e de doença física, não especificado

Critérios gerais para transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física:

- G1. Evidência objetiva (a partir de exame físico e neurológico e de testes laboratoriais) e/ou história de doença, dano ou disfunção cerebral ou de transtorno físico sistêmico, incluindo perturbações hormonais e efeito de drogas não-psicoativas.
- G2. Relação presumida entre o desenvolvimento da doença e o transtorno mental.
- G3. Recuperação significativa do transtorno mental, seguindo-se à melhora da causa subjacente presumida.

TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

F10.- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool

F11.- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de opióides

F12.- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinóides

F13.- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos

F14.- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína

F15.- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de outros estimulantes, incluindo cafeína

F16.- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes de alucinógenos

F17.- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de tabaco

F18.- Transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de solventes voláteis

F19.- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas.

Critérios para uso nocivo de substância psicoativa

A. Deve haver evidência clara de que o uso da substância foi responsável (ou contribuiu substancialmente) por dano físico ou psicológico, incluindo julgamento comprometido ou disfunção de comportamento, podendo levar a uma incapacidade ou ter conseqüências adversas para os relacionamentos interpessoais.

B. A natureza do dano deve ser claramente identificável (e especificada).

C. O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses.

D. O transtorno não satisfaz os critérios para qualquer outro transtorno mental ou de comportamento relacionado à mesma droga durante o mesmo período (exceto para intoxicação aguda).

ESQUIZOFRENIA

F20 Esquizofrenia

➔ Categoria que inclui as variedades comuns de esquizofrenia, juntamente com algumas variedades menos comuns e transtornos intimamente relacionados.

F20.0 - Esquizofrenia paranóide

F20.1 - Esquizofrenia hebefrênica

F20.2 - Esquizofrenia catatônica

F20.3 - Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 - Depressão pós-esquizofrênica

F20.5 - Esquizofrenia residual

F20.6 - Esquizofrenia simples

F20.8 - Outra esquizofrenia

F20.9 - Esquizofrenia, não especificada

Critérios gerais para esquizofrenia paranóide, hebefrênica, catatônica e indiferenciada

☞ G1. (1) Pelo menos um dos sintomas a seguir deve estar presente pela maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos um mês:

(a) eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento ou irradiação do pensamento;

(b) delírios de controle, influência, percepção delirante;

(c) vozes alucinatórias discutindo sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;

(d) delírios persistentes;

(2) Ou pelo menos dois dos sintomas seguintes devem estar presentes pela maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos um mês:

- (a) alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando ocorrendo todos os dias por pelo menos um mês, se acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais) sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por idéias superestimadas persistentes;
- (b) neologismos, interceptações, resultando em discurso incoerente ou irrelevante;
- (c) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor;
- (d) sintomas *negativos* como apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais.

TRANSTORNOS DE HUMOR

F32 Episódio depressivo

F32.0 Episódio depressivo leve

.00 sem síndrome somática

.01 Com síndrome somática

F32.1 Episódio depressivo moderado

.10 Sem síndrome somática

.11 Com síndrome somática

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

.30 Com sintomas psicóticos humor-congruentes

.31 Com sintomas psicóticos humor-incongruentes

F32.8 Outros episódios depressivos

F32.9 Episódios depressivo, não especificado

F33 Transtorno depressivo recorrente

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

.00 Sem síndrome somática

.01 Com síndrome somática

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

.10 Sem síndrome somática

.11 Com síndrome somática

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

.30 Com sintomas psicóticos humor-congruentes

.31 Com sintomas psicóticos humor-incongruentes

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 Transtorno depressivo recorrente, não especificado

F34 Transtornos persistentes do humor (afetivos)

F34.0 Ciclotimia

F34.1 Distímia

F34.8 Outros transtornos persistentes do humor (afetivos)

F34.9 Transtorno persistente do humor (afetivo), não especificado

F38 Outros transtornos do humor (afetivos)

F38.0 Outros transtornos únicos do humor (afetivos)

.00 Episódio afetivo misto

F38.1 Outros transtornos recorrentes do humor (afetivos)

.10 transtorno depressivo breve recorrente

F38.8 Outros transtornos do humor (afetivos) especificados

F39 Transtorno do humor (afetivo), não especificado**TRANSTORNOS NEURÓTICOS, RELACIONADOS AO ESTRESSE E SOMATOFORMES****F40 – F48 Transtornos fóbico-ansiosos**

F40 Agorafobia

.00 Sem transtorno de pânico

.01 Com transtorno de pânico

F40.1 Fobias sociais

F40.2 Fobias específicas (isoladas)

F40.8 Outros transtornos fóbico-ansiosos

F40.9 Transtorno fóbico-ansioso, não especificado

F41 Outros transtornos de ansiedade

F41.0 Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)

.00 Moderado

.01 Grave

F41.1 Transtorno de ansiedade generalizada

F41.2 Transtorno misto de ansiedade e depressão

F41.3 Outros transtornos mistos de ansiedade

F41.8 Outros transtornos de ansiedade especificados

F41.9 Transtorno fóbico-ansioso, não especificado

F42 Transtorno obsessivo- compulsivo

F42.0 Predominante pensamentos obsessivos ou rumações

F42.1 Predominante atos compulsivos (rituais obsessivos)

F42.2 Pensamentos e atos obsessivos mistos

F42.8 Outros transtornos obsessivos-compulsivos, não especificado

F43 Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento

F43.0 Reação aguda a estresse

.00 leve

.01 Moderada

.02 grave

F43.1 Transtorno de estresse pós-traumático

F43.2 Transtorno de ajustamento

.20 Reação depressiva leve

.21 Reação depressiva prolongada

.22 Reação mista ansiosa e depressiva

.23 Com perturbação predominante de outras emoções

.24 Com perturbação predominante de conduta

.25 Com Perturbação mista de emoções e conduta

.28 Com outros sintomas predominante especificados

F43.8 Outros reações a estresse grave

F43.9 Reação a estresse grave, não especificada

F44 Transtornos dissociativos (ou conversivos)

F44.0 Amnésia dissociativa

F44.1 Fuga dissociativa

F44.2 Estupor dissociativo

F44.3 Transtornos de transe e possessão

F44.4 Transtornos motores dissociativos

F44.5 Convulsões dissociativos

F44.6 Anestesia e perda sensorial dissociativas

F44.7 Transtornos dissociativas (ou conversivos) mistos

F44.8 Outros transtornos dissociativos (ou conversivos)

.80 Síndrome de Ganser

.81 Transtorno de personalidade múltipla

.82 Transtornos dissociativos (ou conversivos)

.88 Outros transtornos dissociativos (ou conversivos) especificados

F44.9 Transtorno dissociativo (ou conversivo), não especificado

F45 Transtorno somatoformes

F45.0 Transtorno de somatização

F45.1 Transtorno somatoforme indiferenciado

F45.2 Transtorno hipocondríaco

F45.3 Disfunção autonômica somatoforme

.30 Coração e sistema cardiovascular

.31 Trato gastrointestinal superior

.32 Sistema respiratório

.34 Sistema geniturinário

.38 Outro órgão ou sistema

F45.4 Transtorno doloroso somatoforme persistente

F45.8 Outros transtornos somatoformes

F45.9 Transtorno somatoforme, não especificado

F48 Outros transtornos neuróticos

F48.0 Neurastenia

F48.1 Síndrome de despersonalização-desrealização

F48.8 Outros transtornos neuróticos especificados

F48.9 Transtorno neurótico, não especificado

RETARDO MENTAL

F70 Retardo Mental

Critérios diagnósticos clínicos detalhados que possam ser usados internacionalmente para pesquisa não podem ser especificados para retardo mental do mesmo modo que o podem para a maioria dos outros transtornos no Capítulo V (F) da CID-10. Isso ocorre porque manifestações dos dois principais componentes do retardo mental, a saber, baixa capacidade cognitiva e competência social diminuída, são profundamente afetados por fatores sociais e culturais.

Um quarto caractere pode ser usado para especificar a extensão do comprometimento associado de comportamento.

F7x.0 Nenhum ou mínimo comprometimento de comportamento

F7x.1 Comprometimento significativo de comportamento requerendo atenção ou tratamento

F7x.2 Outros comprometimentos de comportamento

F7x.3 Sem menção de comprometimento de comportamento

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental, não especificado

TRANSTORNOS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO COM INÍCIO USUALMENTE OCORRENDO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

F90 Transtornos hipercinéticos

F90.0 Perturbação de atividade de atenção

F90.1 Transtorno de conduta hipercinética

F90.8 Outros transtornos hipercinéticos

F90.9 Transtorno hipercinético, não especificado

Critérios gerais para os transtornos hipercinéticos:

➡ G1. *Desatenção*. Pelo menos seis dos seguintes sintomas têm ocorrido com frequência durante pelo menos seis meses:

(1) falha em prestar atenção em detalhes ou comete erros por descuido em trabalhos escolares, atividades laborativas ou outras;

- (2) falha em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- (3) parece não ouvir o que lhe está sendo dito;
- (4) falha em seguir instruções;
- (5) tem comprometimento na organização de tarefas e atividades;
- (6) evita tarefas que exigem esforço mental;
- (7) perde coisas necessárias para certas tarefas ou atividades;
- (8) é facilmente distraído por estímulos externos.

➔ G2. *Hiperatividade*. Pelo menos três dos seguintes sintomas têm sido freqüentes por pelo menos seis meses:

- (1) mexe, com inquietação, as mãos e pés;
- (2) levanta do lugar na sala de aula ou em outras situações nas quais o esperado é permanecer sentado;
- (3) corre excessivamente;
- (4) é barulhento;
- (5) exibe padrão persistente de atividade motora excessiva que não é substancialmente modificado pelo contexto social.

➔ G3. *Impulsividade*. Pelo menos um dos seguintes sintomas tem ocorrido com freqüência por pelo menos seis meses:

- (1) responde sem pensar;
- (2) falha em aguardar sua vez;
- (3) interrompe ou se impõe aos outros;
- (4) fala excessivamente sem o devido respeito às restrições sociais.

F91 Transtornos de Conduta

- ➔ F91.0 Transtorno de conduta restrito ao contexto familiar

- F91.1 Transtorno de conduta não socializado
- F91.2 Transtorno de conduta socializado
- F91.3 Transtorno desafiador de oposição
- F91.8 Outros transtornos de conduta
- F91.9 Transtorno de conduta, não especificado

F92 Transtornos mistos de conduta e emoções

- F92.0 Transtorno depressivo de conduta
- F92.8 Outros transtornos mistos de conduta e emoções
- F92.9 Transtorno misto de conduta e emoções, não especificado

Critérios gerais para o diagnóstico de transtorno de conduta.

- ⇒ G1. Padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual os direitos básicos dos outros ou as regras sociais são violadas, permanecendo por pelo menos seis meses, durante os quais alguns dos seguintes sintomas estão presentes.

Nota: É bastante que os sintomas correspondentes aos itens 11, 13, 15, 16, 20, 21 e 23 tenham ocorrido apenas uma vez para que o critério seja preenchido.

⇒ O indivíduo:

- (1) tem acessos de birra freqüentes ou graves para seu nível de desenvolvimento;
- (2) com freqüência discute com adultos;
- (3) com freqüência recusa ativamente os pedidos dos adultos ou desafia regras;
- (4) com freqüência, de forma aparentemente deliberada, faz coisas que aborrecem outras pessoas;
- (5) com freqüência culpa os outros por seus próprios erros ou mau comportamento;
- (6) é com freqüência "sensível" ou facilmente aborrecido pelos outros;
- (7) fica com freqüência zangado ou ressentido;
- (8) é com freqüência rancoroso ou vingativo;
- (9) com freqüência mente ou quebra promessas para obter vantagens ou favores ou para evitar obrigações;
- (10) freqüentemente inicia lutas corporais (isto não inclui brigas com irmãos);

(11) usa de uma arma que pode causar dano físico sério aos outros (p.ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, revólver);

(12) com freqüência fica fora de casa após o escurecer, a despeito de proibição dos pais (começando antes dos 13 anos de idade);

(13) exhibe crueldade física para com outras pessoas (p. ex., amarra, corta ou queima uma vítima);

(14) exhibe crueldade física para com animais;

(15) deliberadamente destrói a propriedade alheia (de outra forma que não atear fogo);

(16) deliberadamente atea fogo com risco ou intenção de causar danos sérios;

(17) furta objetos de valor significativo sem confrontar a vítima, dentro ou fora de casa (p. ex., furto em loja, roubo com arrombamento, falsificação);

(18) cabula aula freqüentemente, começando antes dos 13 anos de idade;

(19) fugiu da casa dos pais ou dos substitutos destes por pelo menos duas vezes ou fugiu de vez, ficando fora mais que uma única noite (isto não inclui sair para evitar abuso físico ou sexual);

(20) comete um crime envolvendo confronto com a vítima (incluindo roubo de bolsa, extorsão, assalto);

(21) força uma outra pessoa à atividade sexual;

(22) freqüentemente maltrata os outros (p. ex., causar dor ou lesão, incluindo intimidação, tormento ou molestar persistentes);

(23) invade a casa, o edifício ou o carro de outra pessoa.

Solange Tavares Rubim de Pinho, graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia em 1978, realizou curso de especialização pelo Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1980. Em 1994, recebeu o título de Especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria.

Professora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal da Bahia desde 1980, coordenadora do Setor de Saúde Mental Infanto-Juvenil do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, desenvolve pesquisas, atividades docentes e assistenciais.

Em Clínica Psiquiátrica, supervisiona casos clínicos para profissionais da área de Saúde Mental Infanto-Juvenil; trabalha em projetos de supervisão e consultoria, além de realizar assistência e perícias psiquiátricas.

Atuou como Presidente da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil, Regional/BA; foi membro da Sociedade Baiana de Pediatria; da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores, Regional/BA; e da Comissão de Ética do Centro Pediátrico Prof. Hosannah de Oliveira. Atualmente, além de fazer parte do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Associação Brasileira de Psiquiatria, é membro da Associação Bahiana de Medicina e da Associação Psiquiátrica da Bahia.