

EDUARDO ALVES GUILHERME

**Transtornos do humor e adolescentes em conflito com a lei
sob custódia**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção de título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2021

EDUARDO ALVES GUILHERME

**Transtornos do humor e adolescentes em conflito com a lei
sob custódia**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção de título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Guilherme, Eduardo Alves
Transtornos do humor e adolescentes em conflito
com a lei sob custódia / Eduardo Alves Guilherme. --
São Paulo, 2021.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.
Orientador: Ricardo Alberto Moreno.

Descritores: 1.Transtornos do humor 2.Menores
infratores 3.Adolescente 4.Comportamento criminoso
5.Transtornos mentais 6.Medicina legal 7.Menores de
idade

USP/FM/DBD-231/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos adolescentes e seus familiares que contribuíram para esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a toda minha família, em especial; a esposa Sabrina, aos pais Luiz e Maria Auxiliadora.

Ao Professor Ricardo Moreno, pela paciência nas orientações e confiança nesta pesquisa.

A todos do GRUDA, pelo suporte quando necessário.

A FAPESP, pela oportunidade e investimento para a realização deste estudo.

Ao Departamento de Atendimento Socioeducativo do Paraná (DEASE) e funcionários do CENSE São Francisco, pela viabilização desta pesquisa.

NORMALIZAÇÃO

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas	
Lista de tabelas	
Resumo	
Abstract	
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3 MATERIAL E MÉTODOS	24
3.1 Desenho do estudo e tamanho da amostra	25
3.2 Critérios de inclusão e exclusão	25
3.3 Ética em pesquisa	26
3.4 Análise estatística	26
4 RESULTADOS	28
5 DISCUSSÃO	37
6 CONCLUSÕES	48
7 REFERÊNCIAS	51
8 APÊNDICES	61
1 Termo de Assentimento para o Menor entre 12 e 18 anos incompletos	62
2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
3 Anamnese	70
4 Artigo submetido em revista científica	78
9 ANEXOS	97
1 Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	98
2 Submissão do artigo	102
3 Entrevista Diagnóstica KIDDIE-SADS referente ao Momento Presente e ao Longo da Vida.....	104
4 Autorização da Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos do Paraná para a realização da pesquisa	118

LISTAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CENSE	Centro de Socioeducação para menores infratores
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 5ª edição
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4ª edição
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente ECA
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version
PNBM	Política Nacional do Bem-Estar do Menor
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
Sinase	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TB	Transtorno Bipolar
TH	Transtornos do Humor
TM	Transtornos Mentais
YCIA	Lei das Instituições de Custódia da Juventude

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Etnia	28
Tabela 2 - Ambiente Residencial	28
Tabela 3 - Escolaridade	29
Tabela 4 - Reprovações escolares.....	29
Tabela 5 - Atividades de lazer.....	30
Tabela 6 - Histórico familiar de conflito com a lei.....	31
Tabela 7 - Histórico pessoal de conflito com a lei	31
Tabela 8 - Ato Infracional atual	31
Tabela 9 - Histórico familiar de TM	32
Tabela 10 - Histórico pessoal de TM.....	32
Tabela 11 - Diagnóstico Prévio	32
Tabela 12 - Prevalência de Transtorno Mental isolado, em comorbidade e ausência de Transtorno.....	33
Tabela 13 - Prevalência dos Transtornos Mentais.....	34
Tabela 14 - Uso atual de medicação psiquiátrica	34

RESUMO

Guilherme EA. *Transtornos do humor e adolescentes em conflito com a lei sob custódia* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

Objetivo: Avaliar a prevalência dos Transtornos do Humor e sua relação com atos infracionais graves na população de adolescentes em conflito com a lei sob custódia do CENSE (Centro de Socioeducação para menores infratores), na região metropolitana de Curitiba-PR. **Método:** Foram entrevistados 123 internos e seus respectivos responsáveis. Esta população englobou indivíduos do sexo masculino da faixa etária dos 15 aos 17 anos de idade. No estudo, foram incluídos indivíduos que foram sentenciados ou temporariamente detidos, cumprindo medida socioeducativa privativa de liberdade. Foram excluídos adolescentes com diagnóstico de deficiência intelectual e transtornos globais do desenvolvimento. A entrevista foi conduzida pelo médico pesquisador executante do projeto, especialista em Psiquiatria Forense; utilizou-se o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime (K-SADS-PL), que é uma entrevista psiquiátrica semiestruturada para identificar transtornos na faixa etária entre 6 e 18 anos. **Resultado:** Neste estudo, os transtornos psiquiátricos mais prevalentes foram semelhantes ao mesmo perfil psicopatológico observado em diversos estudos semelhantes em outros países e no Brasil. Os Transtornos do Humor apresentaram alta prevalência nesta população sendo diagnosticados durante episódio atual em 15.9% da amostra, tornando-se a síndrome mais prevalente após os Transtornos por Abuso/Dependência de Álcool e drogas 22.9% e Transtornos Disruptivos 31.8%. O perfil psicopatológico observado neste estudo em relação aos adolescentes que cometeram “delitos violentos”, confirma outros estudos que têm encontrado alta prevalência de Transtornos do humor nesta população. **Conclusão:** Esta pesquisa confirma a alta prevalência dos Transtornos do humor encontrada em vários estudos em diversos países quando são avaliados adolescentes em conflito com a lei e sob custódia. Demonstrou-se a relação dos Transtornos do Humor com alguns atos infracionais violentos, desta forma os Transtornos do Humor podem ser encarados como um dos vários elementos que podem predispor ao comportamento transgressor em adolescentes.

Descritores: Transtornos do humor; Menores infratores; Adolescente; Comportamento criminoso; Transtornos mentais; Medicina legal; Menores de idade.

ABSTRACT

Guilherme EA. *Mood disorders and adolescents in conflict with the law and in custody* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

Objective: To assess the prevalence of Mood Disorders and their relationship with serious criminal acts in the population of adolescents in conflict with the law under the custody of the CENSE (Socio-education Center for underage offenders), in the metropolitan region of Curitiba-PR. **Method:** 123 inmates and their respective guardians were interviewed. This population comprised male individuals aged 15 to 17 years old. The study included individuals who were sentenced or temporarily detained, serving a socio-educational measure depriving their freedom. Adolescents diagnosed with intellectual disabilities and pervasive developmental disorders were excluded. The interview was conducted by the medical researcher executing the project, a specialist in Forensic Psychiatry; the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime (K-SADS-PL) was used, which is a semi-structured psychiatric interview to identify disorders in the age group between 6 and 18 years. **Results:** In this study, the most prevalent psychiatric disorders were similar to the same psychopathological profile observed in several similar studies in other countries and in Brazil. Mood Disorders had a high prevalence in this population, being diagnosed during the current episode in 15.9% of the sample, becoming the most prevalent syndrome after Alcohol and Drug Dependence Disorders 22.9% and Disruptive Disorders 31.8%. The psychopathological profile observed in this study in relation to adolescents who committed “violent crimes”, confirms other studies that have found a high prevalence of Mood Disorders in this population. **Conclusion:** This research confirms the high prevalence of Mood Disorders found in several studies in different countries when adolescents in conflict with the law and in custody are evaluated. The relationship of Mood Disorders with some violent offenses has been demonstrated, thus Mood Disorders can be seen as one of several elements that can predispose to transgressive behavior in adolescents.

Keywords: Mood disorders; Minor offenders; Adolescent; Criminal behavior; Mental disorders; Legal Medicine; Minors.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um dos períodos mais importantes do desenvolvimento humano, em razão das várias transformações biopsicossociais. É uma fase em que a criança se transforma em adulto, caracterizando um período de risco em que podem ocorrer alterações importantes da personalidade ¹. É caracterizada pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade onde vive. A adolescência inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além de integração em seu grupo social ².

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência, como a faixa etária entre 12 e 18 anos de idade (artigo 2º), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142). O adolescente pode ter o voto opcional, como eleitor e cidadão a partir dos 16 anos. O termo “*menor*” fica subentendido aos menores de 18 anos.

O processo de construção da identidade do adolescente é caracterizado pela busca de autonomia e reconhecimento. Sendo assim, a busca deste reconhecimento social passa por campos como as relações amorosas, sexuais e o poder no âmbito produtivo, financeiro e social. Muitas vezes, no cenário da nossa sociedade, o jovem encontra por meio da prática do ato infracional a satisfação do ideal social de poder pela apreensão imediata de objetos socialmente valorizados, isto explicaria a razão da maioria dos atos infracionais cometidos por adolescentes ³. A origem do termo adolescência pode ser localizada no verbo *adolescere*, do latim, que significa crescer em direção à maturidade. Este crescimento é entendido como

desenvolvimento inevitável, e implica as diversas transformações supracitadas.

O Ato infracional é o ato condenável, de desrespeito às leis, à ordem pública, aos direitos dos cidadãos ou ao patrimônio cometido por crianças ou adolescentes. Só há ato infracional se aquela conduta corresponder a uma hipótese legal que determine sanções a seu autor. No caso de ato infracional cometido por criança (até 12 anos), aplicam-se as medidas de proteção. Nesse caso, o órgão responsável pelo atendimento é o Conselho Tutelar. Já o ato infracional cometido por adolescente deve ser apurado pela Delegacia da Criança e do Adolescente a quem cabe encaminhar o caso ao Promotor de Justiça que poderá aplicar uma das medidas socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90⁴.

Conforme o ECA em seu artigo 103, o ato infracional é a conduta da criança e do adolescente que pode ser descrita como crime ou contravenção penal. Se o infrator for pessoa com mais de 18 anos, o termo adotado é crime, delito ou contravenção penal. Este mesmo artigo do ECA descreve que, embora a prática do ato seja descrita como criminosa, o fato de não existir a culpa, em razão da imputabilidade penal, que somente se inicia aos 18 anos, não será aplicada a pena às crianças e aos adolescentes, mas, apenas medidas socioeducativas. Dessa forma, a conduta delituosa da criança ou adolescente será denominada tecnicamente de ato infracional, abrangendo tanto o crime como as contravenções penais, que constituem uma série de infrações penais de menor porte⁵.

Em seu artigo 104, o ECA prevê, que o menor de 18 anos é inimputável porém capaz, inclusive, a criança de cometer ato infracional, passível de aplicação de medidas socioeducativas, quais sejam: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade; internação em estabelecimento educacional e, por fim, qualquer uma das previstas no artigo 101, I a VI, do ECA⁶.

A medida privativa de liberdade é sujeita aos princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoas em desenvolvimento. Esta medida é a mais severa de todas as previstas no ECA, por privar o adolescente de sua liberdade. Deve ser aplicada somente aos casos mais graves, em caráter excepcional e com a observância do devido processo legal, conforme prescreve o ditame constitucional e o ECA ⁷. Embora sem lei específica para menores, o Código de Processo Criminal de 1830, o primeiro conjunto de leis criminais do Brasil previa que crianças de 7 a 14 anos não poderiam responder criminalmente – depois dos 14, a punição era a mesma dos adultos. Em 1927, o Brasil criou seu Código de Menores, a primeira legislação específica para crianças e adolescentes e que valeu por mais de 50 anos. Ela estabeleceu a maioridade penal aos 18 anos e a prisão de crianças e adolescentes ficou proibida. Em seu lugar, seriam aplicadas medidas socioeducativas, como são chamadas atualmente.

Em 1941 criou-se o Serviço de Assistência ao Menor (SAM). Que tinha como missão amparar, socialmente, os menores carentes, abandonados e infratores, centralizando a execução de uma política de atendimento, de caráter corretivo-repressivo assistencial em todo o território nacional. O objetivo então, era prevenir o perigo de algum desvio e educar os meninos no comportamento social, por meio da disciplina e treinamento militar. Para isso, utilizava-se de instituições chamadas educandários, patronatos, centros de reeducação ou recuperação ⁸.

Com o objetivo de formular uma nova política social à população infanto-juvenil foi criada a PNBM (Política Nacional do Bem-Estar do Menor), pela Lei 4.513, de 1º de dezembro de 1964. A justificativa para a implementação da PNBM foi um diagnóstico realizado pelo próprio governo sobre o problema do menor, pois a sociedade brasileira, passando por um processo acelerado de mudança, enfrentava problemas de desequilíbrios estruturais e desajustes funcionais, que afetavam as instituições, os grupos e os indivíduos. O ambiente em que a criança se desenvolvia, atingido por essas instabilidades, tornaria o processo de socialização mais difícil ⁹.

A FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) foi criada em 1964 com o objetivo de ser uma instituição voltada à execução das políticas públicas dirigidas à infância e aos menores em situação irregular, gozando de autonomia administrativa e financeira, com jurisdição em todo território nacional. A FUNABEM foi criada para substituir o SAM, que não mais estava respondendo às necessidades de atendimento.

O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) apresenta o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei. Coordenado pela Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, o Sinase foi instituído pela Lei 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que regulamenta a execução das medidas socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O Brasil possui 25 milhões de adolescentes na faixa entre 12 e 18 anos, o que representa, aproximadamente, 15% (quinze por cento) da população ¹⁰. O levantamento estatístico da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial dos Direitos Humanos ¹¹ identificou que existiam no Brasil cerca de 39.578 adolescentes no sistema socioeducativo. Este quantitativo representava 0,2% (zero vírgula dois por cento) do total de adolescentes na idade de 12 a 18 anos existentes no Brasil.

Conforme Rocha (2002) ¹², no país havia 9.555 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Destes, 90% eram do sexo masculino; 76% tinham idade entre 16 e 18 anos, 51% não frequentavam a escola; 90% não concluíram o Ensino Fundamental; 49 não trabalhavam; 81% viviam com a família quando praticaram o ato infracional e 85,6% eram dependentes químicos.

Os Centros de Socioeducação – CENSE recebem adolescentes que, após o devido processo legal, foram considerados pela Justiça da Infância e da Juventude do Paraná responsáveis pelo cometimento do ato infracional, cuja natureza e gravidade, aliadas ao histórico do adolescente, resultaram na

aplicação de medida socioeducativa de internação. Os CENSE's têm a finalidade de efetivar o processo socioeducativo respeitando os dispositivos constitucionais Federal e Estadual, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei nº 8.069/90 e a Legislação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) – Lei nº 12.594/12, além das Normativas Internacionais. Atualmente, o Estado do Paraná possui 19 Centros de Socioeducação, os profissionais que compõem o quadro das Unidades de Atendimento Socioeducativo, são: Educador Social; Assistente Social; Pedagogo; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional; Médico; Odontólogo; Enfermeiro; Auxiliar de enfermagem; Motorista; Administrador; Técnico Administrativo; Auxiliar Administrativo; Auxiliar de Saúde; Agente de Manutenção e Agente Operacional. Atualmente o quadro de pessoal de servidores efetivos do Sistema de Atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná é composto por 1.302 servidores ¹³.

Conforme os dados do Sistema Informatizado de Medidas Socioeducativas do Paraná, grande parte dos adolescentes que chegam até os CENSE's têm entre 16 e 17 anos de idade, em sua maior parte são do sexo masculino, evadidos da escola e com uma grande defasagem idade/série escolar, não estavam trabalhando ou possuíam experiência laboral anterior. A média de escolarização dos adolescentes que estão cumprindo Medida Socioeducativa de Internação e Internação Provisória não ultrapassa os 6 anos de ensino formal, sendo grande o número de adolescentes que estão evadidos da escola há mais de 2 anos, quando de sua apreensão. Quando indagados sobre os motivos que os levaram a abandonar a escola, muitos atribuem a inúmeras reprovações, vergonha por estar em defasagem de idade/série em relação aos demais colegas de classe, não entenderem onde aplicar os conhecimentos aprendidos na escola e não reconhecer a escolarização como fator importante na vida.

A K-SADS PL é a versão brasileira da Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Instrumento adaptado da K-SADS-P (Versão de Episódio Presente) por Kaufman e colaboradores ¹⁴ em outubro de 1996 e validado

para o português em junho de 2003, por Heloisa Helena Brasil¹⁵. Instrumento reconhecido e utilizado por pesquisadores em vários países, para pesquisas na área da Psiquiatria da Infância e Adolescência (Anexo 1).

A entrevista diagnóstica semiestruturada foi projetada para obter pontuação de gravidade de sintomatologia e avaliar a história de transtorno psiquiátrico no momento presente e, ao longo da vida, em crianças e adolescentes, conforme os critérios do DSM-III e DSM-IV. Perguntas e critérios objetivos são fornecidos para pontuar cada um dos sintomas. Os diagnósticos principais avaliados pelo K-SADS-PL são: Depressão Maior, Distímia, Mania, Hipomania, Ciclotímia, Transtornos Bipolares, Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Psicose Reativa Breve, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Evitação na Infância e Adolescência, Fobias Simples, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada e (ou) de Ansiedade Excessiva, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno de Conduta, Enurese, Encoprese, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno Transitório de Tique, Transtorno de Tourette, Transtorno de Tique Vocal ou Motor Crônico, Abuso de Álcool, Abuso de Substâncias, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Ajustamento. O entrevistador deve sentir-se livre para adequar as perguntas ao nível de desenvolvimento da criança e usar a linguagem fornecida pelos pais ou criança, quando interrogados sobre sintomas específicos¹⁵.

A K-SADS-PL é administrada entrevistando-se um dos pais (ou os dois), a criança e (ou) adolescente, finalmente, chegando a uma pontuação conclusiva, que inclua todas as fontes de informações (pais, crianças, escola, prontuário e outras)¹⁵. A administração da K-SADS-PL requer a aplicação de: 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada (no caso da pesquisa foi a anamnese psiquiátrica); 2) uma Entrevista de Rastreamento para Diagnóstico; 3) a Lista de Checagem de Suplementos a serem Completados; 4) os Suplementos Diagnósticos Adequados; 5) a Folha de Resumo dos Diagnósticos; 6) a pontuação da Escala de Avaliação Global de Crianças

(CGAS). De início, a K-SADS-PL é completada com cada informante separadamente ¹⁵. A aplicação deste instrumento somente foi realizada pelo Pesquisador. A K-SADS-PL é uma entrevista clínica semiestruturada tendo como informante a criança e seu responsável legal, em geral quem respondeu foi a mãe. Posteriormente os adolescentes passaram pela aplicação do K-SADS-PL, a partir destas informações, o entrevistador precisou usar seu julgamento clínico para garantir a correta avaliação das respostas ¹⁵.

Adolescentes infratores são uma população com alta prevalência a desenvolver transtornos mentais (TM) ¹⁶. Na maioria dos casos, estes transtornos não são nem identificados nem tratados adequadamente, com isso, podem apresentar cronificação de muitas doenças. Dados epidemiológicos sobre a população carcerária adulta são robustos ¹⁷, inclusive no Brasil e permitem uma leitura adequada ¹⁸, o que não ocorre com os adolescentes sob custódia. Existem diferenças significativas nos padrões de morbidade psiquiátrica entre infratores adolescentes que entram em contato com serviços psiquiátricos em comparação com adultos infratores ¹⁹. Isso sugere que o desenvolvimento de serviços de saúde que atendam às necessidades psiquiátricas dos infratores mais jovens precisam basear-se em informações sobre suas necessidades específicas de saúde mental.

Transtornos do humor são condições neurobiológicas complexas. Para os transtornos unipolares, depressão maior e transtorno distímico, a alteração do humor segue um dos polos do espectro afetivo. Para as condições bipolares, transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II e transtorno ciclotímico, as alterações do humor atingem os dois polos do espectro, envolvendo tanto episódios de depressão quanto de mania/hipomania ²⁰.

De forma geral, os transtornos do humor são prevalentes. Evidências apontam para uma prevalência da depressão maior entre 10% e 25% para mulheres entre 5% e 12% para homens; enquanto a prevalência do transtorno bipolar é cerca de 1,5%, afetando igualmente homens e mulheres, trata-se de condições crônicas que causam prejuízos funcionais significativos ²¹. Diversos estudos independentes vêm sugerindo que a neurobiologia dos transtornos

do humor é complexa e envolve múltiplos sistemas. Os mecanismos que implicam em sua fisiopatologia, englobam fatores genéticos, que conferem suscetibilidade, alterações neuroquímicas, disfunção em circuitos cerebrais, desregulação no processamento de informações e cognições negativas, como fontes ambientais de estressores precipitantes ²².

Existe dificuldade no diagnóstico dos transtornos do humor (TH), sobretudo em crianças e adolescentes ²³. A incidência de cada TH é muito variável nesta população, a depender também da faixa etária a ser analisada, contribuindo, desta forma, para este subdiagnóstico. Em média, o período transcorrido entre a incidência das alterações afetivas e a realização de um diagnóstico médico nesta população é de 10 anos ²⁴, neste tempo, há evidentes diferenças na expressão dos comportamentos indicadores de desajustamento. Pacientes apresentando TH, assim como outras doenças psiquiátricas, são mais frequentemente vítimas de violência do que os autores de conduta violenta; todavia, em alguns TH, como na fase maníaca do transtorno bipolar (TB), estes indivíduos são mais vulneráveis a comportamento violento, promiscuidade sexual e confrontos com autoridades de segurança pública; em razão de irritabilidade, impulsividade, aumento de energia, euforia, sensação de onipotência, que podem ser característicos desta fase da doença ²⁵.

Esta pesquisa avaliou a prevalência dos TH na população de adolescentes em conflito com a lei sob custódia do CENSE, na região metropolitana de Curitiba-PR, secundariamente, conhecendo outras doenças psiquiátricas presentes nesse ambiente. Outras variáveis, como idade, ambiente residencial, escolaridade, presença de abandono escolar, hobbies, histórico familiar de delitos e doenças psiquiátricas serviram como ferramentas para traçar o perfil desta população.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência dos Transtornos do Humor e sua relação com alguns crimes violentos na população de adolescentes em conflito com a lei sob custódia do CENSE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Exploratórios: conhecer a prevalência dos transtornos mentais em menores infratores privados de liberdade.
- Descritivos: identificar o tipo de ato infracional cometido, o diagnóstico do transtorno do humor e variáveis epidemiológicas da população do CENSE.
- Explicativos: avaliar se indivíduos com diagnóstico de transtornos do humor apresentam elevada incidência em cometer atos infracionais graves.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

MATERIAL

3.1 DESENHO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA

Foi realizado um estudo de corte transversal que incluiu 123 adolescentes do sexo masculino, com idades entre 14 e 17 anos que cumpriam medidas socioeducativas privativas de liberdade, nas dependências do CENSE (Centro de Socioeducação para Menores Infratores do Paraná) localizado no município de Piraquara-PR região metropolitana de Curitiba, atualmente, com capacidade para 75 adolescentes.

A amostragem deu-se de forma não probabilística, por conveniência, de todos os menores que estavam em privação de liberdade no período da pesquisa. Os adolescentes e seus familiares que participaram do estudo foram recrutados nos dias de visita no período de Novembro de 2017 a Junho de 2019. Os menores foram selecionados de forma aleatória, pela lista de adolescentes internados, que estavam cumprindo medida socioeducativa. No caso de aceite, os pais assinaram o Termo de Consentimento, para que se desse início à pesquisa. As entrevistas do genitor e do menor foram realizadas isoladamente em ambiente fechado sem a presença de outras pessoas.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão corresponderam aos menores de idade que foram sentenciados ou temporariamente detidos, cumprindo medida socioeducativa privativa de liberdade no CENSE/Piraquara, além de consentir por escrito com a realização da pesquisa, tanto o interno como seu responsável legal. Os critérios de exclusão aplicados compreenderam o

diagnóstico pelo DSM-5 de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, Transtorno do Espectro Autista e os maiores de 18 anos.

3.3 ÉTICA EM PESQUISA

Todos os entrevistados e seus responsáveis legais que concordaram voluntariamente em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo responsável legal (Apêndice 2) e o de Assentimento assinado pelos adolescentes (Apêndice 1), após esclarecimento da pesquisa. Foi assegurado ao adolescente, assim como a seus familiares, que a participação na pesquisa não iria interferir nas decisões judiciais, pois as informações obtidas seriam de caráter confidencial. O pesquisador assegurou o caráter anônimo dos adolescentes e a manutenção das identidades protegidas.

O estudo foi autorizado pela Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos do Departamento de Atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná Protocolo nº 14.705.540 (Anexo 4) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Parecer nº 2.579.568 (Anexo 1).

MÉTODOS

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O delineamento do estudo foi quantitativo e transversal em uma amostra de 123 menores infratores sob custódia. Para a construção do banco de dados e a realização dos cálculos estatísticos, utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 e a significância estatística adotada foi 0,05.

As variáveis dependentes deste estudo foram dicotômicas (presença ou ausência do Transtorno). Foram explorados os modelos preditivos dos TH: Depressão, Transtorno Bipolar tipo 1 e Transtorno Bipolar tipo 2. As variáveis independentes incluíram: ambiente residencial, escolaridade, reprovação escolar, ato infracional atual e anterior. O teste de Kolmogorov Smirnov e Shapiro Wilk foi usado para verificar se as variáveis contínuas seguiam distribuição normal, rejeitando-se a hipótese nula. Aplicou-se o teste de independência Qui-quadrado, para verificar se a frequência absoluta observada no cruzamento de algumas variáveis era significativamente diferente da distribuição da frequência absoluta esperada.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Dos 126 menores entrevistados, três preencheram critérios de exclusão, sendo dois devido a maioridade e um devido a deficiência intelectual, deste modo a amostra contou com 123 adolescentes. A idade mínima encontrada foi 14 anos, a máxima 17 anos e a média 16,26 anos. Quanto à etnia (tabela 1), os brancos corresponderam à maioria dos entrevistados 60 (48,8%), seguido pelos pardos 44 (35,8%) e negros 19 (15,4%). No que tange ao ambiente residencial (tabela 2), a figura de maior autoridade no lar na maioria dos lares 63 (51,2%) era apenas um dos genitores (pais separados), 26 (21,1%) moravam com ambos os pais biológicos, 18 (14,6%) não residiam com nenhum dos genitores, 16 (13,0%) habitavam apenas com um ou com os dois avós.

Tabela 1 - Etnia

Etnia	N	%
Branco	60	48,8
Pardo	44	35,8
Negro	19	15,4

Tabela 2 - Ambiente Residencial

Ambiente Residencial	N	%
Pais separados	63	51,2
Pais biológicos	26	21,1
Não reside com nenhum genitor	18	14,6
Reside com 1 ou mais avós	16	13,0

A escolaridade (tabela 3) da amostra foi avaliada pela quantidade de anos de estudo no ambiente escolar, a maioria dos menores 33 (26,8%) estudou apenas 9 anos na escola, ou seja, não concluiu o ensino fundamental; 28 (22,8%) estudaram 1 ano a menos e 28 dos entrevistados (22,8%) 1 ano a mais, ou seja, até o 1o. ano do ensino médio. A média de anos estudados avaliada pelo teste de normalidade foi 8,68 anos (IC 95%), com desvio-padrão de 1,399 e p-valor de 0,00. Foi possível evidenciar (tabela 4) que 49 internos (39,8%) reprovaram duas vezes enquanto estavam na escola, 23 menores (18,7%) reprovaram três vezes durante sua vida escolar e 22 (17,9%) nunca reprovaram. A maioria dos adolescentes 87 (70,7%) não frequentava a escola regularmente no momento em que recebeu a medida socioeducativa privativa de liberdade.

Tabela 3 - Escolaridade

Tempo de estudo no ambiente escolar	N	%
8 anos	28	22,8
9 anos	33	26,8
10 anos	28	22,8

Tabela 4 - Reprovações escolares

Reprovações escolares	N	%
2 (duas) vezes	49	39,8
3 (três) vezes	23	18,7
nenhuma	22	17,9

Tendo em vista que os adolescentes, independente da classe social e conflito com a lei, possuem seus passatempos, divertimentos e recreações (tabela 5); 47 entrevistados (38,2%) citaram que, em momentos de lazer, praticam esportes, sobretudo futebol. 24 menores (19,5%) divertiam-se jogando videogame, 19 (15,4%) preferiam artes cênicas ou plásticas, como dança, grafite, artesanato; 10 (8,1%) dos menores gostavam de passear de carro ou motocicleta nas horas livres, enquanto 23 (18,7%) não mencionaram *hobbies*.

Tabela 5 - Atividades de lazer

Hobbies	N	%
Futebol	47	38,2
Videogame	24	19,5
Artes cênicas/plásticas	19	15,4
Passear de carro/moto	10	8,1
Nenhum(a)	23	18,7

No que se refere ao conflito com a lei, foi observado que 68 (55,3%) menores possuíam algum familiar que já se envolveu com atividades delituosas (tabela 6); 114 (92,7%) dos entrevistados são reincidentes, ou seja, possuem histórico pessoal de conflito com a lei. Os atos infracionais mencionados que originaram a atual medida socioeducativa privativa de liberdade foram (tabela 8): tráfico de drogas 34 sujeitos (27,6%), homicídio 23 (18,7%), furto 20 (16,3%), roubo 18 (14,6%), latrocínio 12 (9,8%), tentativa de homicídio 12 (9,8%) e estelionato 4 (3,3%).

Tabela 6 - Histórico familiar de conflito com a lei

Histórico familiar de conflito com a lei	N	%
Sim	68	55,3
Não	55	44,7

Tabela 7 - Histórico pessoal de conflito com a lei

Reincidência de ato infracional	N	%
Sim	114	92,7
Não	9	7,3

Tabela 8 - Ato Infracional atual

Ato infracional atual	N	%
Tráfico de drogas	34	27,6
Homicídio	23	18,7
Furto	20	16,3
Roubo	18	14,6
Latrocínio	12	9,8
Tentativa de Homicídio	12	9,8
Estelionato	4	3,3

Sobre os TM, 32 (26%) dos adolescentes possuíam ao menos um familiar próximo com diagnóstico de TM (tabela 9). Apenas 14 (11,3%) dos infratores não preenchiam critérios diagnósticos para TM prévio (tabela 10). Entre os diagnósticos prévios mais apresentados estão (tabela 11) o Abuso/Dependência de Drogas ilícitas correspondendo a 44 internos (35,5%), Abuso/Dependência de Álcool 28 pessoas (22,6%), Transtorno de Conduta 38 menores (30,6%), Transtorno Desafiador Opositivo 24 adolescentes

(19,4%), Transtornos do Humor 39 (31,5%) e Transtornos Ansiosos oito menores (6,5%), Estes transtornos ocorreram de forma isolada ou em comorbidade, 61 (55,9%) dos menores que possuíam algum diagnóstico de transtorno mental prévio, receberam no passado alguma forma de tratamento, seja psicoterápico ou medicamentoso.

Tabela 9 - Histórico familiar de Transtorno Mental (TM)

Histórico familiar de TM	N	%
Sim	32	26
Não	90	74

Tabela 10 - Histórico pessoal de Transtorno Mental (TM)

Histórico pessoal de TM	N	%
Sim	109	88,7
Não	14	11,3

Tabela 11 - Diagnóstico prévio de de Transtorno Mental (TM)

Transtorno Mental	N	%
Abuso/Dependência de Drogas ilícitas	44	35,5
Abuso/Dependência de Álcool	28	22,6
Transtorno de Conduta	38	30,6
Transtorno Desafiador Opositivo	24	19,4
Transtornos do Humor	39	31,5
Transtornos Ansiosos	8	6,5

54 menores (43,9%) apresentaram um único diagnóstico psiquiátrico, enquanto 37 (30,0%) mostraram mais de um diagnóstico psiquiátrico atual (tabela 12). 33 dos entrevistados (26,8%) preencheram critérios para Transtorno de Conduta (tabela 13), 24 adolescentes (19,5%) corresponderam ao diagnóstico de Abuso/Dependência de Drogas ilícitas, 21 menores (17,1%) Transtorno Desafiador Opositivo, 15 (12,2%) Abuso/Dependência de Álcool, Depressão 11 (8,9%), Transtorno Bipolar tipo I 10 entrevistados (8,1%), Transtorno Bipolar tipo II 6 (4,9%), TDAH 9 (7,3%), Transtornos de Ansiedade 7 (5,7%) e Transtornos Psicóticos 2 (1,6%). Não preencheram critérios diagnósticos para TM 32 adolescentes (26%); 79 menores (64,2%) da amostra total estavam em tratamento com medicação psiquiátrica no momento da entrevista (tabela 14).

Tabela 12 - Prevalência de Transtorno Mental isolado, em comorbidade e ausência de Transtorno

Transtorno Mental	N	%
Isolado	54	43,9
em Comorbidade	37	30,0
Ausência de Transtorno	32	26,1

Tabela 13 - Prevalência dos Transtornos Mentais

Transtornos Mentais	Respostas	
	N	%
Transtorno de Conduta	33	19,4
Abuso/dependência de substâncias	24	14,1
Transtorno desafiador opositivo	21	12,4
Abuso/dependência de álcool	15	8,8
Depressão	11	6,5
Transtorno Bipolar tipo I	10	5,9
TDAH	9	5,3
Transtornos Ansiosos	7	4,1
Transtorno Bipolar tipo II	6	3,5
Psicoses	2	1,2
Total de respostas	138	100,0

Tabela 14 - Uso atual de medicação psiquiátrica

Uso atual de medicação psiquiátrica	N	%
Sim	79	64,2
Não	44	35,8

Buscou-se avaliar se existe associação estatisticamente significativa entre TH e Atos Infracionais Graves, para isso, foi aplicado o teste de independência Qui-Quadrado. O p-valor obtido desta associação foi 0,036, demonstrando que apesar de pequena, existe significância estatística entre as variáveis TH e Atos Infracionais Graves (homicídio, tentativa de homicídio e latrocínio) [$X^2 (2) = 4,408; p < 0,001$].

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Por meio da prática do ato infracional, o adolescente satisfaz o ideal social de poder pela apreensão imediata de objetos socialmente valorizados. Não é por acaso que a maioria dos atos infracionais cometidos por adolescentes correspondem a crimes contra o patrimônio. Além disso, por meio da violência o jovem consegue produzir medo. Esta parece ser uma alternativa de reconhecimento para aqueles que não conseguiram conquistar um espaço na sociedade e, conseqüentemente, respeito ³.

Com altas taxas de transtornos psiquiátricos na população de adolescentes em conflito com a lei sob custódia, conclui-se que uma das prioridades para esta população deveria ser o tratamento em saúde mental. Obter uma compreensão mais profunda desta população é fundamental para o tratamento, desenvolvendo abordagens e esforços para uma prevenção mais eficaz. As comorbidades psiquiátricas apresentaram-se como um grande problema de saúde entre estes adolescentes. Há uma associação significativa entre todos os transtornos psiquiátricos e o Transtorno de Abuso de Substâncias. O diagnóstico precoce e um tratamento efetivo podem contribuir para que os adolescentes desenvolvam competências e habilidades, colocando-os com maiores chances na idade adulta de conseguirem assumir papéis adequados de cidadãos ²⁶.

A partir dos resultados obtidos, observou-se no presente estudo que a média de idade da amostra foi 16,26 anos de acordo com o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, que apresentou um desvio-padrão de 0,798, significância estatística de 0,278 e o p-valor 0,00. Os brancos corresponderam à maioria dos entrevistados 60 (48,8%), o predomínio da amostra foi constituído por lares de pais separados ou divorciados 63 (51,2%). Destaca-se que 85 entrevistados (69,1%) não concluíram o ensino fundamental e a maioria dos adolescentes 87 (70,7%) não frequentava a escola regularmente no momento em que recebeu a medida socioeducativa privativa de liberdade, concordando com o estudo realizado na Fundação

Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA) em Ribeirão Preto-SP que demonstrou que a maioria, 103 menores (68,7%) possuía o ensino fundamental incompleto e metade 75 (50%) não estava estudando, quando foram internados ²⁷.

Sobre as variáveis que predisõem a comportamentos antissociais, a briga entre os pais, a delinquência de um membro da família próximo (pai, irmão), disciplina frágil e punição inconsistente são variáveis que favorecem ao comportamento antissocial em adolescentes ²⁸. Um grupo de pesquisadores apoia a ideia de que o comportamento agressivo é aprendido na família, crianças podem estar imitando comportamentos agressivos e violentos dos quais são vítimas em casa ²⁹. No presente estudo, observou-se que 68 (55,3%) menores possuem algum familiar próximo que já se envolveu com atividades delituosas. Adolescentes que sofreram maus tratos ou foram negligenciados quando crianças, apresentam maior probabilidade de se envolver em comportamentos delinquentes e cometer crimes violentos do que os que não sofreram maus tratos quando crianças.

A maioria dos entrevistados 114 (92,7%), é reincidente, ou seja, possui histórico de conflito com a lei. A alta prevalência de reincidentes está associada ao fato de que os menores que estão privados de liberdade, geralmente, já receberam outra medida socioeducativa anterior ³⁰. É preciso que se entenda o prejuízo causado ao menor ao encaminhá-lo a uma instituição, pois ao ser institucionalizado ele perde grande parte das potencialidades que permitiriam sua competitividade com os demais cidadãos, tornando-o alienado às regras sociais e incapaz de se adaptar a elas. O modelo de custódia atual de adolescentes contribui mais para a reincidência do que para a remissão de comportamentos delituosos.

Os dados nacionais mais recentes sobre a população cumprindo medidas socioeducativas no Brasil foram apresentados pelo Levantamento Anual SINASE referentes ao ano de 2016, publicado em 2018 ³¹. Este levantamento descreveu um total de 26.450 atendidos, sendo 18.567 em medida de internação (70%), 2.178 em regime de semiliberdade (8%) e 5.184

em internação provisória (20%). A distribuição nacional das 477 unidades de atendimento socioeducativo acompanha, em grande medida, a concentração demográfica dentro do território nacional, sendo possível observar a relação entre o maior número de unidades com os Estados mais populosos. Só o Estado de São Paulo corresponde a 146 (30,6%) do total de unidades de atendimento socioeducativo, enquanto a soma das UF: MG, PR, RJ, SC, PE, e RS representa 156 (32,7%) das unidades.

O Levantamento Nacional SINASE apontou que 47% do total de atos infracionais no Brasil foram classificados como análogos a roubo³¹. No Estado de São Paulo, estes atos infracionais corresponderam a 45% e no Estado do Paraná 39%, o presente estudo apontou 31% destes atos infracionais na amostra. Os dados nacionais ainda registraram que 22% dos adolescentes brasileiros que receberam medidas socioeducativas, cometeram atos infracionais análogos ao tráfico de drogas, o Estado de São Paulo apresentou 38%, ao mesmo tempo que o Estado do Paraná 16%, esta pesquisa apresentou 27%. Os atos infracionais análogos ao homicídio registrados no Brasil corresponderam a 16% do total de atos praticados, ao passo que o Estado de São Paulo apresentou 8%, o Paraná 22% e, neste estudo, 38%. Um dos maiores estudos internacionais com uma amostra de 3.058 indivíduos suecos³², apontou uma prevalência de 32% dos atos infracionais análogos ao homicídio na população de jovens infratores.

Os atos infracionais análogos ao homicídio apresentaram importante dissonância tanto no Levantamento Nacional entre os Estados como neste estudo. Uma justificativa seria que no Brasil o uso de meios letais e a violência apresentam significativa variabilidade em cada Estado, e que nesta pesquisa, a alta prevalência deste ato infracional na amostra do CENSE Piraquara justifica-se, pois este Centro de Socioeducação engloba indivíduos que cometeram atos infracionais mais graves por ser uma instituição de maior segurança, com mais recursos e mais próxima à capital.

Em relação ao histórico familiar de TM, 32 (26%) dos adolescentes possuíam, ao menos, um familiar de 1º. ou 2º. graus com diagnóstico

psiquiátrico, o genitor (pai) foi o familiar mais relatado pelos entrevistados como portador de TM, 20 indivíduos (62.5%), destes, o diagnóstico mais frequente encontrado foi a dependência de álcool e drogas 18 indivíduos (90%). A maioria destes genitores 14 (70%) não residia com o menor no momento da detenção; foi aplicado o teste de independência Qui-Quadrado para avaliar se existiam associações relevantes estatisticamente entre as variáveis: familiar com TM x atos infracionais graves, residir com familiar com TM x atos infracionais graves, no entanto, não foram encontradas associações válidas estatisticamente entre as variáveis descritas. Na Ásia, encontrou-se a prevalência de 4% de TM entre familiares de adolescentes que cumpriam medida socioeducativa privativa de liberdade³³.

A maioria dos infratores 109 (88,7%) preenchia critérios diagnósticos para TM prévio, destes, 61 (49,6%) recebeu alguma forma de tratamento (psicoterápico ou medicamentoso) no passado. Em uma amostra de 1.420 crianças nos EUA em um estudo longitudinal de, aproximadamente, 10 anos de seguimento³⁴ demonstrou que mais da metade dos indivíduos que cometeram crimes quando adultos não tinham histórico pessoal de TM e muitos adolescentes com Transtornos Mentais na adolescência não apresentaram conflito com a lei na adolescência ou na idade adulta. Isto sugere que os Transtornos Mentais na adolescência são apenas uma das muitas variáveis para a criminalidade. Atender às necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes não seria suficiente para desviar todos os jovens da atividade delituosa³⁵ não obstante, o sistema de saúde mental, o poder judiciário e a sociedade como um todo, beneficiar-se-iam com uma melhor identificação e tratamento dos adolescentes com TM.

Quanto ao diagnóstico atual de TM, um dos poucos estudos realizados no Brasil que avaliou jovens infratores em regime de privação de liberdade³⁶ demonstrou que do total de 290 entrevistados, 39.3% apresentaram TM Isolado (apenas um diagnóstico), 35,8% TM em comorbidade e 24,8 % não preencheram os critérios diagnósticos para TM. Nesta mostra 54 (43,9%) apresentaram um único diagnóstico psiquiátrico, 37 (30,0%) mais de um diagnóstico psiquiátrico atual e 32 (26%) não preencheram os critérios

diagnósticos para TM, concordando com os dados nacionais ³⁷. O primeiro estudo canadense que comparou a presença de Transtornos Mentais em jovens sob custódia e jovens vivendo na comunidade demonstrou que 63,3% dos sujeitos sob custódia apresentavam dois ou mais diagnósticos psiquiátricos, e que na comunidade apenas 12,2% apresentavam comorbidade psiquiátrica ³⁸.

Nas décadas entre 1980 e 1990, nos EUA os órgãos de justiça começaram a relatar uma proporção crescente de jovens em conflito com a lei com TM. Embora existam várias explicações possíveis para esse aumento, os autores associaram-no ao declínio dos serviços de saúde mental adequados às necessidades dos jovens naquele país ³⁹.

Os TM mais prevalentes na população brasileira adolescente privada de liberdade em razão de conflito com a lei em um dos maiores estudos ⁴⁰ nacionais, com 898 indivíduos incluindo jovens de 18 anos de idade, mostrou o Transtorno Disruptivo e de Personalidade como os mais prevalentes, correspondendo a 28,5% da amostra, seguido pelos TM decorrentes do abuso/dependência de álcool ou drogas 27,1% e Transtornos do Humor 15%. Em nossa amostra, os mesmos TM foram os mais prevalentes, correspondendo a 31,8% os Transtornos Disruptivos, 22,9% com Abuso/Dependência álcool/drogas e 21,8 % os TH. Estes são os Transtornos mais prevalentes nesta população nos mais variados estudos em todos continentes ^{32, 33, 41}, mas, conforme observado nas amostras brasileiras, a prevalência destes três Transtornos pode sofrer significativa variabilidade ⁴². Fatores como características da população pesquisada, por exemplo, amostras do sexo feminino, indivíduos que estão em semiliberdade, recém admitidos na instituição, reincidentes, entre outros, constituem fatores confundidores. Todavia, estes vieses já são esperados como podemos observar em estudos desde a década de 1980 ⁴³. A variação do diagnóstico de Transtornos do Humor variou entre 2% ⁴⁴ e 88% ⁴⁵ na amostra dos adolescentes entrevistados e a mesma discrepância é observada em outros transtornos como dependência/abuso de álcool e drogas com taxas variando entre 13% e 88% ^{45, 46}.

Em nossa amostra, o Abuso/dependência de álcool e drogas apresentou alta prevalência em relação aos adolescentes brasileiros da mesma faixa etária vivendo na comunidade⁴⁷. Do mesmo modo, adolescentes canadenses sob custódia apresentaram quatro a 37 vezes maior prevalência de Abuso/dependência de álcool e drogas em comparação com menores sem privação de liberdade⁴⁸. Esta discrepância não foi observada em relação ao TDAH, que, em diversos estudos mundiais, apresentou aumento da prevalência entre 2 e 4 vezes comparados aos jovens na comunidade^{32, 49}. Em nossa amostra, também, não houve aumento da prevalência deste Transtorno entre os adolescentes privados de liberdade.

Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Justiça da Juventude e Prevenção da Delinquência nos EUA⁵⁰ sugeriu que os jovens eram muito mais propensos a serem avaliados por problemas com drogas ou álcool do que por outros tipos de problemas de saúde mental. Eles descobriram que 75%-80% dos jovens receberam uma avaliação abrangente do uso de álcool e substâncias, mas apenas 61% foram avaliados sobre problemas de saúde mental. Existem diferenças significativas nos padrões de morbidade psiquiátrica em adolescentes vivendo na comunidade e infratores sob custódia, por exemplo, na comunidade os Transtornos Ansiosos apresentam maior prevalência em relação aos Transtornos do Humor⁵¹, invertendo-se esta relação nos adolescentes cumprindo medidas privativas de liberdade⁵². Pacientes com Transtornos do Humor, assim como com outras doenças psiquiátricas são mais frequentemente vítimas de violência do que autores de conduta violenta. Na fase maníaca do Transtorno Bipolar por exemplo, estes pacientes estão mais propensos a comportamentos de risco como comportamento violento, promiscuidade sexual e confrontos com agentes da segurança pública; geralmente, em razão de episódios de irritabilidade, impulsividade, aumento de energia, euforia e sensação de onipotência, que podem ser característicos desta fase da doença, levando a uma baixa capacidade de medir o risco de seus atos²⁵. Durante episódios depressivos no Transtorno Bipolar a prevalência de ataques de raiva baseada em questionários autoaplicáveis é estimada entre 30% e 50%⁵³, estimando-se

uma possível associação entre ataques de raiva e violência⁵⁴. A Depressão com sintomas psicóticos é também associada com aumento da suscetibilidade à violência⁵⁵, especialmente, se existe comorbidade com abuso de álcool e/ou drogas.

Comparados com adultos sob custódia, jovens da faixa etária dos 15 aos 21 anos³⁷, apresentam taxas maiores de Depressão e taxas menores de Psicoses, TB e Dependência Química. Os Transtornos Disruptivos e o abuso/dependência de álcool e drogas, em razão de sua elevada prevalência na população de adolescentes em conflito com a lei, são colocados, muitas vezes como diagnósticos inerentes a esta população⁵⁶. Desta forma, os TH tornar-se-iam o transtorno mais prevalente nestes indivíduos, justificando a relevância deste diagnóstico (conforme os dados da Tabela 15).

Tabela 15 - TM isolados ou em comorbidade agrupados por Síndromes

Transtorno	N	%
Transtornos Disruptivos	54	31,8
Abuso/dependência de álcool e drogas	39	22,9
Transtornos do Humor	27	21,8
Transtornos Hipercinéticos	9	5,3
Transtornos Ansiosos	7	4,1
Transtornos Psicóticos	2	1,2

No presente estudo, encontrou-se significância estatística entre as variáveis Transtornos do Humor e Atos Infracionais Graves. Mais da metade 15 (55,5%) dos indivíduos da amostra diagnosticados com Transtornos de Humor cometeram atos infracionais graves (análogos a homicídio), todavia, a maioria (10) destes adolescentes possuía comorbidade com abuso/dependência de álcool e drogas, corroborando estudos que apontam que existe associação entre Transtornos de Humor e crimes violentos^{25, 57},

contudo, quando há comorbidade com abuso/dependência de álcool e drogas, esta associação torna-se mais robusta.

A relação entre transtornos do humor e atos infracionais não é clara. Enquanto a maioria dos estudos encontra uma correlação positiva e simultânea entre depressão e comportamento antissocial na juventude^{58, 59}, os resultados não são totalmente consistentes⁶⁰. Além disso, embora vários estudos longitudinais tenham demonstrado que os sintomas depressivos possam determinar comportamentos antissociais posteriores^{61, 62}, outro estudo sugeriu que essa relação existe apenas para meninas e que os sintomas depressivos são protetores contra comportamentos antissociais em meninos⁵⁸.

No Brasil, de acordo com a lei que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)⁶³, o artigo 64 expõe: “todo adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial”⁶³.

A referida lei ainda menciona que excepcionalmente, o juiz poderá suspender a execução da medida socioeducativa, com vistas a incluir o adolescente em programa de atenção integral à saúde mental que melhor atenda aos objetivos terapêuticos estabelecidos para seu caso específico.

Muitos países variam o modelo em que conferem aos jovens sob custódia o direito a serviços de saúde mental. Por exemplo, no Reino Unido, o ano 2000 foi um período de “crescente ênfase no diagnóstico de TM em jovens sob custódia, promovendo intervenções que levaram a redução da recorrência de delitos”⁶⁴. Esta ênfase na melhoria dos serviços de saúde mental para jovens infratores no Reino Unido começou no final de 1990, quando o reconhecimento legal da necessidade de prestar serviços apropriados aos jovens infratores foi evidenciado em dois grandes documentos legislativos: *the Crime and Disorder Act (1998) and the Youth Justice and Criminal Evidence Act (1999)*. Na Holanda, uma nova legislação da justiça da infância e adolescência entrou em vigor em 2001, intitulada Lei

das Instituições de Custódia da Juventude (YCIA). A intenção desta lei era fortalecer e proteger os direitos legais dos jovens sob custódia ⁶⁵.

Enquanto é amplamente conhecido que adolescentes infratores sob custódia têm o direito de receber tratamento em saúde mental e que os Transtornos Mentais podem contribuir para a delinquência, identificar e tratar adolescentes infratores sob custódia deveria ser prioridade ao sistema judicial e de saúde. Uma das pesquisas mais aprofundadas sobre saúde mental de jovens infratores sob custódia realizada nos Estados Unidos da América ⁶⁶ demonstrou que de todos jovens diagnosticados com Transtornos Mentais que estavam sob custódia, somente um quarto recebia tratamento em Saúde Mental. Outro estudo nos EUA demonstrou que só 40% dos jovens diagnosticados com dependência/abuso de álcool/drogas recebiam tratamento adequado, e os jovens com diagnóstico de Transtornos de Humor e Transtornos Ansiosos só 34% recebiam algum tipo de tratamento em saúde mental, quando estavam em medidas socioeducativas restritivas de liberdade ⁶⁷.

Em relação aos adolescentes que estavam em tratamento psiquiátrico neste estudo, 79 (64,2%) conforme descrito nos prontuários médicos, faziam uso de medicação psiquiátrica, todavia não mais que 60,9% dos entrevistados apresentavam diagnóstico psiquiátrico passível de tratamento medicamentoso, ou seja, alguns menores recebiam medicação sem diagnóstico psiquiátrico; uma hipótese para esta conduta reside na cultura do uso de medicação psiquiátrica para alterações comportamentais e de conduta que não respondem a tratamento medicamentoso. O inverso desta situação também é verdadeiro, pois, 9 (7,3%) menores com diagnóstico psiquiátrico passível de tratamento medicamentoso não estavam recebendo nenhum tipo de tratamento, seja medicamentoso ou psicoterápico; cumpre ressaltar que não é oferecido tratamento psicoterápico no CENSE ainda que existam psicólogos em seu quadro funcional.

Algumas limitações deste estudo incluem os vieses da amostra, como os critérios de exclusão diagnóstica: déficit intelectual e transtornos globais do

desenvolvimento, além da ausência de adolescentes do sexo feminino, não sendo possível extrapolar estes resultados para indivíduos deste sexo. Alguns Transtornos Mentais que apresentam baixa prevalência entre 1% e 4% por exemplo, necessitam de grandes amostras para gerar estimativas confiáveis, amostras pequenas como desta pesquisa podem apresentar viés de seleção. Os adolescentes, sobretudo aqueles com Transtornos Disruptivos apresentam uma tendência de minimizar seus sintomas, em especial, as queixas de humor⁶⁸, podendo ocorrer subestimação de alguns Transtornos.

É inegável que alguns sintomas psiquiátricos possam ser uma reação à privação de liberdade, não obstante, independente da etiologia, os adolescentes em conflito com a lei apresentam alto risco para Transtornos Mentais, mesmo em tenra idade; indubitavelmente, são necessários mais estudos, sobretudo longitudinais, para avaliar porque alguns adolescentes com TM cometem atos infracionais ao longo da vida e outros não, bem como avaliar se adolescentes com TM e conflito com a lei são mais propensos a delitos quando adultos.

A maioria das instituições mundiais que oferecem programas de privação de liberdade, não estão equipadas a fornecer serviços de saúde mental adequados ao grande número de adolescentes com Transtornos Mentais. Esta omissão é crítica. Precisamos que a academia, governantes e legisladores se debrucem sobre este tema, no intuito de conduzir mais pesquisas visando a orientar as políticas de saúde mental a entender a complexa interação entre adolescência, saúde mental e justiça.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Neste estudo, os transtornos psiquiátricos mais prevalentes foram semelhantes ao mesmo perfil psicopatológico observado em diversos estudos semelhantes em outros países e no Brasil. Os Transtornos do Humor apresentaram alta prevalência nesta população sendo diagnosticados durante episódio atual em 15.9% da amostra, tornando-se a síndrome mais prevalente após os Transtornos por Abuso/Dependência de Álcool e drogas e Transtornos Disruptivos. O perfil psicopatológico observado neste estudo em relação aos adolescentes que cometeram “delitos violentos”, confirma outros estudos que têm encontrado alta prevalência de Transtornos do humor nesta população.

Esta pesquisa confirma a alta prevalência dos Transtornos do humor encontrada em diversos países quando são avaliados adolescentes em conflito com a lei e sob custódia. Demonstrou-se a relação dos Transtornos do Humor com alguns atos infracionais violentos, desta forma os Transtornos do Humor podem ser encarados como um dos vários elementos que podem predispor ao comportamento transgressor em adolescentes.

Não podemos inferir que os TM causem comportamentos violentos ou aumentem a probabilidade de atos infracionais, todavia ressalta-se que alguns Transtornos, especialmente, os Disruptivos e o abuso/dependência de álcool e drogas podem contribuir com estas condutas. Observou-se que a falha em diagnosticar transtornos mentais pode privar o jovem infrator de tratamento psiquiátrico, sendo capaz de levar à recorrência do comportamento criminoso. Esta pesquisa teve a pretensão de alertar a sociedade sobre a prevalência de Transtornos do humor nesta população e sua relação com alguns crimes violentos.

É inegável que alguns sintomas psiquiátricos possam ser uma reação à privação de liberdade, não obstante, independente da etiologia, os

adolescentes em conflito com a lei apresentam alto risco para Transtornos Mentais, mesmo em tenra idade; indubitavelmente, são necessários mais estudos, sobretudo longitudinais, para avaliar porque alguns adolescentes com TM cometem atos infracionais ao longo da vida e outros não, bem como avaliar se adolescentes com TM e conflito com a lei são mais propensos a delitos quando adultos.

7 REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

- 1 Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EF. Adolescence through the Centuries. *Psic Teor e Pesq.* 2010;26:227-34.
- 2 Tanner JM. *Growth at adolescence.* 2 ed. Oxford: Blackwell, 1962.
- 3 Zappe JG. *Adolescência, ato infracional e processos de identificação: um estudo de caso com adolescentes privados de liberdade.* Dissertação (mestrado). Santa Maria, RS: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Federal de Santa Maria; 2010.
- 4 Brasil. *Jurisprudência.* Revista Jurídica Consulex, n° 193, p. 40, 31 de Janeiro/2005.
- 5 Barreira, W. *Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente.* Rio de Janeiro: Editora Forense. 1991.
- 6 Cury M. *Estatuto da Criança e do Adolescente comentado.* São Paulo: Malheiros, 2003.
- 7 Del-Campo ERA, Oliveira TC. *Estatuto da Criança e do Adolescente.* São Paulo: Atlas Editora, 2005
- 8 Pilotti F, Rizzini I. *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.* Rio de Janeiro: Amais Livraria e Editora; 1995.
- 9 Saraiva JBC. *Adolescente e ato infracional: Garantias processuais e medidas socioeducativas.* Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2002.

-
- 10 IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Características gerais da população – resultado da amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.
- 11 Murad JGP, Arantes RS, Saraiva ALR. Levantamento estatístico sobre o sistema socioeducativo da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SPDCA/SEDH-PR; 2004.
- 12 Rocha E. Mapeamento nacional da situação das Unidades de execução da medida socioeducativa de privação de liberdade ao adolescente em conflito com a lei. Brasília: IPEA/DCA-MJ; 2002.
- 13 Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos. Programa de Atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná. Curitiba: Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos; 2017.
- 14 Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Jul;36(7):980-8.
- 15 Brasil HHA. Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e estudo de suas propriedades psicométricas. Tese (Doutorado em Ciências). Psiquiatria e Psicologia Médica, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 2003.
- 16 Pondé MP, Freire AC, Mendonça MS. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *J Forensic Sci*. 2011;56(3):679-82.

- 17 Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(5):494-500.
- 18 Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JG et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PLoS One*. 2014;9(2): e88836.
- 19 Vreugdenhil C, Doreleijers TA, Verneire R, Wouters LF, van den Brink W. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004;43(1): 97-104.
- 20 Marchand WR, Jensen C. Neurobiology of mood disorders. *Hospital Physician*. 2005;43:17-26.
- 21 Lau JY, Eley TC. The genetics of mood disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:313-37.
- 22 Kapczinski F, Isquierdo I. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional. 3. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 23 Barzman DH, DelBello MP, Fleck DE, Lehmkuhl H, Strakowski SM. Rates, types, and psychosocial correlates of legal charges in adolescents with newly diagnosed bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2007;9(4):339-44.
- 24 Tijssen MJ, van Os J, Wittchen HU, Lieb R, Beesdo K, Mengelers R, Wichers M. Prediction of transition from common adolescent bipolar experiences to bipolar disorder: 10-year study. *Br J Psychiatry*. 2010;196(2):102-8.

-
- 25 Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: A critical review. *Psychiatr Serv*. 2015;66(4):348-53.
- 26 Dória GS. Avaliação dos transtornos psiquiátricos em adolescentes em conflito com a lei Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.
- 27 Martins MC, Pillon SC. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(5):1112-20.
- 28 Dilalla LF, Mitchell CM, Arthur MW, Pagliocca PM. Aggression and delinquency: Family and environmental factors. *J Youth Adolesc*. 1988;17(3):233-46.
- 29 Forbes D, Greenberg MT. *New directions for child development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1982.
- 30 Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente, 2002
- 31 Brasil. Ministério dos Direitos Humanos (MDH) Levantamento Anual SINASE 2016. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos; 2018.
- 32 Fazel M, Långström N, Grann M, Fazel S. Psychopathology in adolescent and young adult criminal offenders (15-21 years) in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(4):319-24.
- 33 Azlin B, Salina Akhtar MY, Nik Ruzyanei NJ, Hazli Z, Normala I. Psychiatric disorders among young male adult prisoners: a cross sectional study

in a Malaysian Prison. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences JMHS*. 2010;6(2):65-70.

34 Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(11):1668-75.

35 Ulzen TP, Hamilton H. The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents. *Canad J Psychiatry*. 1998;43(1):57-63.

36 Pinho SR, Dunningham W, de Aguiar WM, Andrade-Filho AS, Guimarães K, Almeida TRP, Dunningham VA, Guimarães K. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(2):126-130.

37 Andrade RC, Assumpção Junior F, Teixeira IA, Fonseca VAS. Prevalence of psychiatric disorders in juvenile offenders in the city of Rio de Janeiro (RJ, Brazil): comparison between genders and relation to the severity of the offense. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(4):2179-88.

38 Ulzen TPM, Hamilton H. The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents. *Can J Psychiatry*. 1998;43(1):57-63.

39 Grisso, T. *Double jeopardy: Adolescent offenders with mental disorders*. Chicago, IL: The University of Chicago Press; 2004.

40 Dias AM, Serafim AP, Barros DM. Prevalence of mental disorders and recidivism in young offenders. *Psicol Reflex Crit*. 2014;27(2):317-22.

41 Domalanta DD, Risser WL, Roberts RE, Risser JM. Prevalence of depression and other psychiatric disorders among incarcerated youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42(4):477-84.

-
- 42 Timmons-Mitchell J, Brown C, Schulz SC, Webster SE, Underwood LA, Semple WE. Comparing the mental health needs of female and male incarcerated juvenile delinquents. *Behav Sci Law* 1997;15(2):195-202.
- 43 Chiles JA, Miller ML, Cox GB. Depression in an adolescent delinquent population. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(10):1179-84.
- 44 Cocozza, JJ. Responding to the mental health needs of youth and juvenile justice system [monograph]. *Albany*, New York: U.S. Department of Justice - Nacional Institute of Justice; 1992.
- 45 Timmons-Mitchell J, Brown C, Schulz SC, Webster SE, Underwood LA, Semple WE. Comparing the mental health needs of female and male incarcerated juvenile delinquents. *Behav Sci Law*. 1997;15(2):195-202.
- 46 McManus M, Brickman A, Alessi NE, Grapentine WL. Borderline personality in serious delinquents. *Comp Psychiat*. 1984;25(4):446-54.
- 47 Carlini EA (supervisão), Galduróz JCF (coordenação), Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, Moura YG, Sanchez Zvan der M. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005.- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo; 2006.
- 48 Gretton HM, Clift RJW. The mental health needs of incarcerated youth in British Columbia, Canada. *Int J Law Psychiatry*. 2011;34(2):109-15.
- 49 Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.

-
- 50 Parent DG, Lieter V, Kennedy S, Livens L, Wentworth D, Wilcox S. Conditions of confinement: Juvenile detention and corrections facilities (Report 145793). Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention; 1994.
- 51 Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(10):972-86.
- 52 Rijo D, Brazão N, Barros R, da Silva DR, Vagos P, Vieira A, Lavado A, Macedo AM. Mental health problems in male young offenders in custodial versus community based-programs: implications for juvenile justice interventions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2016;10:40.
- 53 Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in patients with depression. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl. 15):21-4.
- 54 Fava M, Rosenbaum JF, Pava JA, McCarthy MK, Steingard RJ, Bouffides E. Anger attacks in unipolar depression, Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*. 1999;150(8):1158-63.
- 55 Schatzberg A., Rothschild AJ. Psychotic (delusional) major depression: Should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? *Am J Psychiatry*. 1992;149(6):733-45.
- 56 Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(12):1133-43.
- 57 Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin MG, Langström N. Bipolar disorder and violent crime new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(9):931-8.

- 58 Ritakallio M, Koivisto AM, von der Pahlen B, Pelkonen M, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Continuity, comorbidity and longitudinal associations between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: A 2-year prospective follow-up study. *J Adolesc.* 2007;31(3):355-70.
- 59 Vieno A, Kiesner J, Pastore M, Santinello M. Antisocial behavior and depressive symptoms: Longitudinal and concurrent relations. *Adolescence*, 2008;43(171):649-60.
- 60 Sigfusdottir ID, Farkas G, Silver E. The role of depressed mood and anger in the relationship between family conflict and delinquent behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 2004;33:509-22.
- 61 Beyers JM, Loeber R. Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 2003;31(3):247-66.
- 62 Loeber R, Russo MF, Stouthamer-Loeber M, Lahey BB. Internalizing problems and their relation to the development of disruptive behaviors in adolescence. *Journal of Research on Adolescence.* 1994;4(4):615-37.
- 63 Brasil. Lei Nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012: Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.
- 64 Harrington R, Bailey S, Chitsabesan P, Krol, L, Macdonald W, Sneider S, Barrett B. Mental health needs and effectiveness of provision for young offenders in custody and in the community. London, UK: Youth Justice Board; 2005.
- 65 Bruning MR, Liefaard T, Volf LMZ. The rights of juveniles in youth custodial institutions: Evaluating of the Youth Custodial Institutions Act, Executive Summary. Amsterdam, The Netherlands: Amsterdam Center for

Child Studies; 2004. Retrieved from <http://www.ack.vu.nl/htmls/onderzoek/samenvattingengels.pdf>

66 Shelton, D. Patterns of treatment services and costs for young offenders with mental disorders. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2005;18(3):103-12.

67 Novins DK, Duclos CW, Martin C, Jewett CS, Manson SM. Utilization of alcohol, drug, and mental health treatment services among American Indian adolescent detainees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(9):1102-8.

68 Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport JL, Kalikow K, Walsh BT, Davies M, Braiman S, Dolinsky A. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47(5):487-96.

8 APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA O MENOR ENTRE 12 E 18 ANOS
INCOMPLETOS

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP
TERMO DE ASSENTIMENTO PARA O MENOR ENTRE 12 E 18 ANOS INCOMPLETOS**

DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "Transtornos do humor e adolescentes em conflito com a lei sob custódia"

PESQUISADOR: Dr. Eduardo Alves Guilherme

FUNÇÃO/CARGO: Médico Psiquiatra Forense

INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL: CRM-PR 26.070

UNIDADE DO HC-FMUSP:Instituto de Psiquiatria (IPq)-Programa de transtorno afetivos (GRUDA)

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: (x) mínimo () baixo () médio() alto

DURAÇÃO DA PESQUISA: 12 meses.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA: Avaliar a prevalência dos Transtornos do Humor: Transtornos Depressivos, Transtorno Bipolar do Humor, Transtorno Ciclotímico, Transtorno Distímico e Transtorno de humor devido a uma condição médica geral; na população de adolescentes em conflito com a lei sob custódia do CENSE (Centro de Socioeducação para menores infratores do Paraná), na região metropolitana de Curitiba-PR; de acordo com a idade e o tipo de ato infracional cometido. Este estudo tem o objetivo de colaborar com um maior entendimento a respeito das doenças que acometem esta população, podendo auxiliar como parte do planejamento e desenvolvimento de políticas apropriadas para as necessidades de saúde mental desta faixa etária.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS: Os pacientes que aceitarem participar desta pesquisa fornecerão dados demográficos, de antecedentes pessoais, antecedentes familiares e antecedentes psiquiátricos para fins de avaliação epidemiológica e clínica. Também serão solicitados a preencher escalas auto-aplicáveis a respeito de sintomas psíquicos gerais que serão aplicadas por médico psiquiatra forense; o procedimentos de aplicação da escala não devem ultrapassar o tempo de 2 horas por participante.

ETAPAS DO ESTUDO: Este estudo será conduzido na unidade do CENSE (Centro de Socioeducação para menores infratores do Paraná), no município de Piraquara-PR, com todos os adolescentes que concordarem com a participação.

DESCONFORTO E RISCOS ESPERADOS: Não haverá procedimentos invasivos que ofereçam desconforto ou situações de risco neste estudo.

BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS: O participante do estudo será diretamente beneficiado com um diagnóstico psiquiátrico correto, caso este exista, e poderá ser encaminhado para um tratamento adequado e supervisionado da sua condição mórbida.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Os participantes serão avaliados em uma única oportunidade, por médico psiquiatra. Serão assistidos durante todo o momento em que participarem da pesquisa e serão encaminhados para a Rede de Atenção em Saúde Mental, caso haja necessidade.

GARANTIA DE ACESSO EM QUALQUER ETAPA DO ESTUDO: Em qualquer etapa do estudo, você ou seu responsável legal, terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dr. Eduardo Alves Guilherme, que pode ser encontrado no endereço do CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para Portadores de Transtornos decorrentes do Abuso/dependência de Álcool e outras Drogas, Av. Centenário Paraná, 67 - Jardim Bela Vista - CEP 83310-060 – Piraquara-PR, Tel.: (41) 3590-3731 – E-mail: eduardo@medicopsiquiatra.org

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661- 7585, (11) 2661-1548, 2661-1549; e-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

GARANTIA DE RETIRADA DO TERMO DE CONSENTIMENTO: É garantida a plena liberdade ao participante ou seu responsável legal, de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, de sigilo e privacidade.

DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante. O adolescente ou seu responsável legal, também tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores.

DESPESAS E COMPENSAÇÕES: Não há despesas para o participante que decidir participar deste estudo, incluindo diagnósticos e encaminhamentos. Não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Fui suficientemente informado a respeito do estudo "Transtornos do humor e adolescentes em conflito com a lei sob custódia".

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável (Dr. Eduardo Alves Guilherme) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do encaminhamento para tratamento na Rede de Saúde Mental quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de assentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

	Dr. Eduardo Alves Guilherme
Nome do participante	Nome do investigador
Assinatura do participante/representante legal	Assinatura do investigador
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE: **CPF:**
SEXO : M F **DATA NASCIMENTO:**/...../.....
ENDEREÇO

.....
Nº **COMPLEMENTO**
BAIRRO: **CIDADE**
CEP:..... **TELEFONES:(.....)**
 (.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL

.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... **CPF:**
SEXO: M F **DATA NASCIMENTO.:**/...../.....
ENDEREÇO:
Nº **COMPLEMENTO:**
BAIRRO: **CIDADE:**
CEP: **TELEFONES:**

APÊNDICE 2
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Transtornos do humor e adolescentes em conflito com a lei sob custódia”

PESQUISADOR: Dr. Eduardo Alves Guilherme

FUNÇÃO/CARGO: Médico Psiquiatra Forense

INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL: CRM-PR 26.070

UNIDADE DO HC-FMUSP: Instituto de Psiquiatria (IPq)-Programa de Transtorno Afetivos (GRUDA)

AValiação DO RISCO DA PESQUISA: (x) mínimo () baixo () médio() alto

DURAÇÃO DA PESQUISA: 15 meses.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA: Avaliar a prevalência dos Transtornos do Humor: Transtornos Depressivos, Transtorno Bipolar do Humor, Transtorno Ciclotímico, Transtorno Distímico e Transtorno de humor devido a uma condição médica geral; na população de adolescentes em conflito com a lei sob custódia do CENSE (Centro de Socioeducação para menores infratores do Paraná), na região metropolitana de Curitiba-PR; de acordo com a idade e o tipo de ato infracional cometido. Este estudo tem o objetivo de colaborar com um maior entendimento a respeito das doenças que acometem esta população, podendo auxiliar como parte do planejamento e desenvolvimento de políticas apropriadas para as necessidades de saúde mental desta faixa etária.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS: Os menores e o responsável legal que aceitarem participar desta pesquisa fornecerão dados demográficos, de antecedentes pessoais, antecedentes familiares e antecedentes psiquiátricos para fins de avaliação epidemiológica e clínica. Também serão solicitados a preencher escalas auto-aplicáveis a respeito de sintomas psíquicos gerais que serão aplicadas por médico psiquiatra forense; os procedimentos de aplicação da escala não devem ultrapassar o tempo de 2 horas por participante.

ETAPAS DO ESTUDO: Este estudo será conduzido na unidade do CENSE (Centro de Socioeducação para menores infratores do Paraná), no município de Piraquara-PR, com todos os adolescentes que concordarem com a participação.

DESCONFORTO E RISCOS ESPERADOS: Não haverá procedimentos invasivos que ofereçam desconforto ou situações de risco neste estudo.

BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS: O participante do estudo será diretamente beneficiado com um diagnóstico psiquiátrico correto, caso este exista, e poderá ser encaminhado para um tratamento adequado e supervisionado da sua condição mórbida.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Os participantes serão avaliados em uma única oportunidade, por médico psiquiatra. Serão assistidos durante todo o momento em que participarem da pesquisa e serão encaminhados para a Rede de Atenção em Saúde Mental, caso haja necessidade.

GARANTIA DE ACESSO EM QUALQUER ETAPA DO ESTUDO: Em qualquer etapa do estudo, você ou seu responsável legal, terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dr. Eduardo Alves Guilherme, que pode ser encontrado no endereço do CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para Portadores de Transtornos decorrentes do Abuso/dependência de Álcool e outras Drogas, Av. Centenário Paraná, 67 - Jardim Bela Vista - CEP 83310-060 – Piraquara-PR, Tel.: (41) 3590-3731 – E-mail: eduardo.guilherme@usp.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661- 7585, (11) 2661-1548, 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

GARANTIA DE RETIRADA DO TERMO DE CONSENTIMENTO: É garantida a plena liberdade ao participante ou seu responsável legal, de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, de sigilo e privacidade.

DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante. O adolescente ou seu responsável legal, também tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores.

DESPEAS E COMPENSAÇÕES: Não há despesas para o participante que decidir participar deste estudo, incluindo diagnósticos e encaminhamentos. Não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “Transtornos do humor e adolescentes em conflito com a lei sob custódia”.

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável (Dr. Eduardo Alves Guilherme) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do encaminhamento para tratamento na Rede de Saúde Mental quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

	Dr. Eduardo Alves Guilherme
Nome do participante	Nome do investigador
Assinatura do participante/representante legal	Assinatura do investigador
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA E RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: CPF:

.....

SEXO : .M F DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO

NºCOMPLEMENTO

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONES:(.....) (.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... CPF:

SEXO: M F DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO:

Nº COMPLEMENTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONES:

APÊNDICE 3

ANAMNESE

Data da avaliação Psiquiátrica _____ Prontuário _____ Processo _____
Médico Responsável: _____
Nome do Adolescente _____
Sexo: _____ Cor: branco () pardo () negro () amarelo () outros _____
Naturalidade _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Meses _____ Dias _____
Informante: _____
Pai: Nome _____ Idade _____
Profissão _____
Nível de Instrução _____ Situação trabalhista no último ano _____
Situação atual: (empregado/ desempregado)
Mãe: Nome _____ Idade _____
Profissão _____
Nível de Instrução _____ Situação trabalhista no último ano _____
Situação atual: (empregada/ desempregada)

Endereço: _____
Cep _____ Cidade _____ Estado _____
Telefones _____ Recado _____ Cel. _____
Nome da última escola _____
Série _____ Orientadora _____

Queixa e duração:

Parto:

Local _____

Assistido por: médico/ enfermeira/ parteira/outros.

Tipo: Normal/ Fórceps/ Cesárea. Motivo _____

Tipo de anestesia: _____ Pós-parto materno _____

Prematuridade: _____ meses Pós-maturidade: _____ meses

Condições do RN: Peso: _____ grs. Altura: _____ cm

(Cianose/ Hipotonia/ Toco traumatismo/ Reanimação) _____

Intercorrências no berçário: (Cianose/ Convulsões/ Icterícia/ Desequilíbrio metabólico/ incubadora. UTI Outros).

_____**Desenvolvimento neuropsicomotor:**

Primeiros dias de vida (alimentação, choro e sono) _____

Sucção _____ Reação aos estímulos visuais e auditivos _____ Tono muscular _____

Iniciou sorriso social _____ Controle cervical _____

Sentou sem apoio _____ Primeiros passos _____ Andou sem apoio _____

Primeiras palavras _____ Frases _____ Compreendeu ordens verbais simples _____

Iniciou relatos _____ Gagueira _____

Controlou esfíncteres: Vesical (D) _____ Vesical(N) _____ Anal _____

Vestiu-se sozinho _____ Vacinação: completa _____ Incompleta _____

Faz distinção entre direita e esquerda _____ Sono (agitado ou tranquilo) _____

Interação social no primeiro ano de vida _____

Aleitamento/ Desmame/ Sinais de apego/ Uso de chupeta/ Sucção do polegar.

Antecedentes patológicos: (Virose da Infância/Convulsões/TCE/Cirurgias/Enurese/Encoprese/ interações, otite, amigdalite, rinite, adenóide, cirurgias, desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação; infecções: meningoencefalites, sarampo, Intoxicações exógenas: remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio); acidentes: trânsito, afogamento, asfixia, quedas, etc.

Sensibilidade ou alergia a alguma medicação? Caso positivo Qual.

Tratamentos anteriores e medicações usadas: (Nome e dose da medicação) (sedativo, tranqüilizantes menores, neurolépticos, tranqüilizantes maiores, antidepressivos, psicoestimulantes, lítio, outros – especificar).

Antecedentes patológicos dos familiares: (quadros psiquiátricos e neurológicos, internações, medicações).

Uso de álcool, drogas nos familiares:

Caso de suicídio, homicídio:

Contaminação com HIV:

Existência de algum parente envolvido com a lei

Existência de algum caso parecido ao do adolescente na família:

Hábitos: (Hábitos alimentares (tipos de alimentos, freqüência e quantidade), Hábitos de higiene, Outros hábitos inconvenientes.

Conduta pré-mórbida: (Nível de comunicação/ Reações às mudanças de rotina/ brincadeiras e brinquedos preferidos até que idade)

Escolaridade:

Início da pré-escola _____ Adaptação _____

Início da escola _____ Adaptação _____

Gosta de estudar _____

Dedicação aos estudos _____ Aproveitamento escolar _____

Nível escolar atual _____ Dificuldades específicas de aprendizado _____

Repetência _____ Causas: _____

Mudanças de escola _____

Conduta e disciplina na escola (relacionamento com professores e colegas, suspensões).

Dinâmica familiar: (Como é o relacionamento familiar/situação conjugal dos pais/personalidade e métodos educacionais do pai, da mãe – relacionamento com o paciente/períodos de afastamento – reação do paciente/posição do paciente entre os irmãos/relacionamento intrafamiliar):

Dinâmica social: (Tem amigos, quem são, onde conheceu, tempo de relacionamento, relacionamento com a vizinhança, atividade com os amigos. Percebe que se sensibiliza e compartilha com os sentimentos das pessoas (tristeza, alegria, braveza e etc.). Problemas: envolvimento com brigas, e ou alvo de gozação. Atividades sócio-culturais/práticas de esportes, grupos e organizações, lazer).

História progressiva de Abuso? Não _____ Sim _____

Físico Negligência Sexual Psicológico

Idade do paciente no abuso _____

Foi realizada notificação _____ data aproximada _____

A denúncia tinha fundamento _____ não tinha fundamento _____ não tem certeza _____

Grau de parentesco entre paciente e agressor _____
 Atitude tomada? _____
 Qual é o contato deste agressor com o paciente na atualidade? _____

Histórico de tratamento psiquiátrico

Idade	Período de tratamento	Sintomas e condições de tratamento	Local do tratamento

Exame psíquico:

(Impressão geral, Consciência, Orientação, Atenção, Memória, Linguagem, Pensamento, Ideação, Sensopercepção, Afetividade, Humor, Volição, Psicomotricidade, Inteligência, Juízo e Crítica)

Peso _____ kg Altura _____ cm

Sexualidade: Menarca _____ Ciclos menstruais: _____ Regulares _____

Irregulares _____ TPM _____

Espemarca _____ 1.ª relação sexual _____ Vida sexual ativa? _____

Uso de contraceptivo _____ Qual? _____

Gravidez _____ Abortamento _____ (espontâneo/ provocado).

Se o adolescente não está vivendo com os pais biológicos, obter informações sobre o paradeiro dos pais história de separação, visitação, moradia atual, história da institucionalização, etc.

Marque com quem o adolescente reside: mãe biológica () pai biológico () madrasta () padrasto () pais adotivos () irmãos () avós () outros parentes () não familiares () outros _____

Antecedentes familiares:

Nome dos irmãos	Idade	Série	Lateralidade

Árvore genealógica:

SÍMBOLOS: Masculino; feminino; gêmeos idênticos; gêmeos não idênticos; prematuro; natimorto; falecido; adotivo; epilepsia; psicopatologia (especificar); outras doenças (especificar); assinalar paciente.

Estudo familiar:

Tipo de moradia: _____ Relação de propriedade _____

N.º de cômodos _____ Região onde mora _____

Residem na habitação: _____

Renda familiar mensal: R\$ _____ Responsável (s) pelo sustento: _____

Precedência: _____

Eventuais mudanças e conseqüências: _____

Importantes eventos de vida: _____

Hábitos religiosos: _____

Lazer: _____

APÊNDICE 4
ARTIGO SUBMETIDO EM REVISTA CIENTÍFICA

MOOD DISORDERS IN ADOLESCENTS IN CONFLICT WITH THE LAW AND IN CUSTODY

Eduardo Alves Guilherme^{1,2}, Fábio Brasil², Ricardo Alberto Moreno¹.

¹Mood Disorders Unit (GRUDA), Department and Institute of Psychiatry, School of Medicine, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil.

²Program of Mood and Anxiety Disorders (PROTHA), Federal University of Parana (UFPR), Curitiba, Brazil.

Correspondence: Eduardo A. Guilherme, Ambulatório de Saúde Mental, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Rua Padre Antônio, 360, CEP 80030-100, Curitiba, PR, Brazil.

E-mail: eduardo.guilherme@usp.br

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of Mood Disorders and their relationship with serious criminal acts in the population of adolescents in conflict with the law under the custody of the CENSE (Socio-education Center for underage offenders), in the metropolitan region of Curitiba-PR. **Method:** 123 inmates and their respective guardians were interviewed. This population comprised male individuals aged 15 to 17 years old. The study included individuals who were sentenced or temporarily detained, serving a socio-educational measure depriving their freedom. Adolescents diagnosed with intellectual disabilities and pervasive developmental disorders were excluded. The interview was conducted by the medical researcher executing the project, a specialist in Forensic Psychiatry; the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime (K-SADS-PL) was used, which is a semi-structured psychiatric interview to identify disorders in the age group between 6 and 18 years. **Results:** In this study, the most prevalent psychiatric disorders were similar to the same psychopathological profile observed in several similar studies in other countries and in Brazil. Mood Disorders had a high prevalence in this population, being diagnosed during the current episode in 15.9% of the sample, becoming the most prevalent syndrome after Alcohol and Drug Dependence Disorders 22.9% and Disruptive Disorders 31.8%. The psychopathological profile observed in this study in relation to adolescents who committed “violent crimes”, confirms other studies that have found a high prevalence of Mood Disorders in this population. **Conclusion:** This research confirms the high prevalence of Mood Disorders found in several studies in different countries when adolescents in conflict with the law and in custody are evaluated. The relationship of Mood Disorders with some violent offenses has been demonstrated, thus Mood Disorders can be seen as one of several elements that can predispose to transgressive behavior in adolescents.

Keywords: Mood disorders; Minor offenders; Adolescent; Criminal behavior; Mental disorders; Legal Medicine; Minors.

Introduction

Adolescence is one of the most important periods of human development, due to various bio psychosocial transformations. It is a phase in which the child becomes an adult, characterizing a period of risk in which important personality changes may occur.¹ Adolescents offenders are a population with high prevalence of developing Mental Illnesses (MI).³ In most cases, these disorders are neither identified nor adequately treated, and consequently, many diseases can become chronic. Epidemiological data on the adult prison population are robust,⁴ including in Brazil, and they allow an adequate reading,⁵ which does not happen for adolescents in custody. There are significant differences in patterns of psychiatric morbidity among adolescent offenders who are exposed to psychiatric services compared to adult offenders.⁶ This suggests that the development of health services that meet the psychiatric needs of younger offenders needs to be based on information about their specific mental health needs.

The incidence of each MI is very variable in this population,⁷ anxiety disorders were the most common condition (31.9%), followed by behavior disorders (19.1%), mood disorders (14.3%), and substance use disorders (11.4%) The

Mood Disorders (MD) are frequently overlooked or misdiagnosed in children and adolescents,⁸ on average, the period between the incidence of mood symptoms and the medical diagnosis in this population is 10 years,⁹ and there are evident differences in the expression of behaviors indicating maladjustment.

Patients with MD, as well as other psychiatric diseases, are more often victims of violence than authors of violent conduct. However, in some MD, such as in the manic phase of bipolar disorder (BD), these individuals are more vulnerable to violent behavior, sexual promiscuity and confrontations with public security officials, due to irritability, impulsivity, increased energy, euphoria, feeling of omnipotence, which can be characteristic of this stage of the disorder.

This research evaluated the prevalence of MD in adolescents in conflict with the law and in the custody of CENSE (Socio-Educational Center for Minor Offenders) in the metropolitan region of Curitiba-PR. And secondarily, to know more other psychiatric disorders present in this environment. Other variables such as age, residential environment, education, school dropout, hobbies, family history of crimes and psychiatric disorders served as tools to profile this population

Methods

The studied population included 123 male adolescents, aged between 14 and 17 years, who were serving socio-educational measure with freedom restraint in the facilities of CENSE (Socio-Educational Center for Minor

Offenders) located in the municipality of Piraquara in the state of PR, metropolitan region of Curitiba, with current capacity for 75 teenagers. The inclusion criteria corresponded to minors who were sentenced or temporarily detained, serving a socio-educational measure with freedom restraint at CENSE/Piraquara, in addition to both the intern and their legal guardian consenting in writing to the research. The exclusion criteria included the diagnosis of Intellectual Disability, Pervasive Developmental Disorders and teenagers older than 18. All respondents and their legal guardians who voluntarily agreed to participate in the study signed a consent form for children between 12 and 18 years of age. The study was authorized by the State Department of Justice, Labor and Human Rights of the Department of Social and Educational Services of the State of Paraná under the Protocol No. 14705540 and approved by the Research Ethics Committee of USP Medical School under Opinion No. 2579568.

Instruments

Psychiatric diagnoses were evaluated by the main researcher, who is skilled to apply the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime (K-SADS-PL),¹² a semi-structured psychiatric interview to identify disorders in 6 to 18 year olds for assessing the MD Axis I of the DSM-IV and ICD 10 for children and adolescents. This diagnostic tool is subdivided into three main parts, the first part of the interview consisted of identification, demographic data, general medical history and current medical care, development, psychiatric history, school history and social relationships. The second part consisted of sorting out 82 symptoms to detect key symptoms for past and current episodes in twenty different diagnostic areas. The third part consisted of complementary diagnostic scales, for example, other affective, psychotic, anxiety, behavioral and substance abuse disorders) containing proportions of confirmatory diagnostic symptoms in which the triage was positive.

Statistical Analysis

The study design was quantitative and cross-sectional in a sample of 123 juvenile offenders in custody. For the construction of the database and the performance of statistical calculations, the software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 23.0 was used and the statistical significance adopted was 0.05.

The dependent variables in this study were dichotomous (presence or absence of the Disorder). The following predictive models of the MD were explored: Depression, Bipolar Disorder type 1 and Bipolar Disorder type 2. The independent variables included residential environment, education, school failure, and current and previous infraction. The Kolmogorov Smirnov and Shapiro Wilk test was used to verify whether the continuous variables followed a normal distribution, rejecting the null hypothesis. The chi-square independence test was applied to verify whether the absolute frequency observed at the intersection of some variables was significantly different from the distribution of the expected absolute frequency.

Results

Of the 126 minors interviewed, 3 met exclusion criteria, so the sample included 123 adolescents. The minimum age found was 14 years, the maximum age was 17 years and the average was 16.26 years. As for ethnicity, whites corresponded to the majority of respondents 60 (48.8%), followed by browns 44 (35.8%) and blacks 19 (15.4%). Regarding the residential environment, the figure of greatest authority in most homes 63 (51.2%) was only one parent (separated parents), 26 (21.1%) lived with both biological parents, 18 (14.6%) did not live with either parent, 16 (13.0%) lived with only 1 or 2 grandparents.

The education level of the sample was assessed by the number of years of study in school environment. The majority of minors 33 (26.8%) studied only 9 years at school, i.e., they did not finish elementary school; 28 (22.8%)

studied 1 year less and 28 of the respondents (22.8%) studied 1 year more, i.e., until the 1st high school year. The average number of years studied assessed by the normality test was 8.68 years (95% CI), with a standard deviation of 1.399 and a p-value of 0.00. It was possible to show that 49 inmates (39.8%) failed 2 times while at school, 23 minors (18.7%) failed 3 times during their school life and 22 (17.9%) never failed.

Most of the adolescents 87 (70.7%) did not attend school regularly when they received the socio-educational measure with freedom restraint.

Considering that adolescents, regardless of social class and conflict with the law, have their hobbies, entertainment and recreations; 47 respondents (38.2%) reported that at leisure they play sports, mainly football. 24 minors (19.5%) had fun playing video games, 19 (15.4%) preferred performing or visual arts such as dance, graffiti, handicrafts; 10 (8.1%) of minors liked to ride a car or motorcycle in their free time, while 23 (18.7%) did not mention any hobbies.

Considering the conflict with the law, it was observed that 68 (55.3%) minors had a family member who has already been involved in criminal activities; 114 (92.7%) of the respondents are repeat offenders, i.e., they have a personal history of conflict with the law. The aforementioned offenses that originated the current socio-educational measure with freedom restraint were: drug trafficking 34 (27.6%), homicide 23 (18.7%), theft 20 (16.3%), robbery 18 (14.6%), armed robbery 12 (9.8%), attempted murder 12 (9.8%) and fraud 4 (3.3%).

Regarding MD, 32 (26%) adolescents had at least one close relative diagnosed with MD. Only 14 (11.3%) offenders did not fulfill diagnostic criteria for previous MD. Among the most frequently mentioned previous diagnoses are Illicit drugs Abuse/Addiction corresponding to 44 inmates (35.5%), Alcohol Abuse/Addiction 28 people (22.6%), Conduct Disorder 38 minors (30.6%), Oppositional Defiant Disorder 24 adolescents (19.4%), Mood Disorders 39 (31.5%) and Anxiety Disorders 8 minors (6.5%); these were isolated or comorbid disorders, 61 (55.9%) minors, who had previous MD diagnosis, had received some psychotherapeutic treatment or drug therapy in the past.

54 minors (43.9%) had a single psychiatric diagnosis, while 37 (30.0%) had more than one psychiatric diagnosis (table 1). 33 respondents (26.8%) satisfied criteria for Conduct Disorder, 24 adolescents (19.5%) for Illicit Drug Abuse/Addiction, 21 minors (17.1%) for Oppositional Defiant Disorder, 15 (12.2%) Alcohol Abuse/Addiction, 11 (8.9%) Depression, 10 respondents (8.1%) for Bipolar Disorder type I, 6 (4.9%) for Bipolar Disorder type II, 9 (7.3%) ADHD, 7 (5.7%) Anxiety Disorders and 2 (1.6%) for Psychotic Disorders; 32 adolescents (26%) did not satisfied the criteria for MD diagnosis (table 2). 79 minors (64.2%) of the total sample were being treated with psychiatric medication at the time of the interview.

We sought to assess whether there is a statistically significant association between MD and Serious Infractions, and for this reason the Chi-Square independence test was applied. The p-value obtained from this association was 0.036, showing that although small, there is statistical significance between the variables MD and Serious Infractions (murder, attempted murder and armed robbery) [$X^2(2) = 4.408$; $p < 0.001$].

Discussion

Based on the results obtained in the present study, it was observed that the average age of the sample was 16.26 years according to the Kolmogorov-Smirnov normality test, which presented a standard deviation of 0.798, statistical significance of 0.278 and the p-value 0.00. The whites corresponded to the majority of the respondents - 60 (48.8%), the predominance of the sample consisted of homes of separated or divorced parents 63 (51.2%), it is highlighted that 85 respondents (69.1%) had not finished elementary school and most of the adolescents 87 (70.7%) were not attending school regularly when they received the socio-educational measure with freedom restraint, in agreement with the study carried out at CASA - *Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente* (Juvenile Detention Center) in Ribeirão Preto-SP that demonstrated that the majority of them - 103 minors (68.7%) had incomplete primary education and half of them - 75 (50%) were not studying when they were admitted at the institution.¹⁴

Regarding the variables that predispose to antisocial behaviors, parental fighting and arguing and the delinquency of a close family member (father, brother), are variables that favor antisocial behavior in adolescents,¹⁵ it was observed in the present study that 68 minors (55.3%) have a close family member who has already been involved in criminal activities. Most of the respondents - 114 (92.7%) are repeat offenders, i.e., they have a history of conflict with the law. The high prevalence of repeat offenders is associated with the fact that minors who are deprived of their liberty generally have already received another previous socio-educational measure.¹⁶

The most recent national data on the population serving socio-educational measures in Brazil were presented by the SINASE Annual Survey for the year 2016 and published in 2018¹⁷. This survey described a total of 26,450 patients, 18,567 of whom were inmates (70%), 2,178 were on semi-liberty regime (8%) and 5,184 on temporary admission (20%). The national distribution of the 477 units of socio-educational assistance follows, to a large extent, the demographic concentration within the national territory, and it is

possible to observe the relationship between the largest number of units with the most populous States. Only the State of São Paulo corresponds to 146 (30.6%) of the total units of socio-educational assistance, while the sum of UF, MG, PR, RJ, SC, PE, and RS, represents 156 (32.7%) of the units.

The SINASE National Survey indicated that 47% of the total infractions in Brazil were classified as stealing-related.¹⁷ In the State of São Paulo these infractions corresponded to 45% while in the State of Paraná it corresponded to 39%; the present study pointed out 31% of these infractions in the sample. National data also registered that 22% of Brazilian adolescents who received socio-educational measures, committed infractions related to drug trafficking. The State of São Paulo presented 38%, while the State of Paraná presented 16%, and this research presented 27%. Homicide-related infractions recorded in Brazil corresponded to 16% of the total infractions committed, while the State of São Paulo presented 8%, Paraná 22% and this study 38%. One of the largest international studies with a sample of 3,058 Swedish individuals,¹⁸ found a prevalence of 32% of infractions related to homicide in the population of young offenders.

The homicide-related infractions showed significant dissonance both in the National Survey between States and in this study, and a justification would be that in Brazil the use of lethal means and violence have significant variability in each State, while in this research, the high prevalence of this infraction in the sample of CENSE Piraquara is justified, since this Socio-educational Center receives individuals who committed more serious infractions because it is a more secure institution, with more resources and closer to the capital.

Regarding the family history of MD, 32 (26%) adolescents had at least one 1st or 2nd degree relative with psychiatric diagnosis; the parent (father) was the family member most reported as having MD by the respondents with 20 individuals (62.5%), of these, the most frequent diagnosis found was alcohol and drug addiction corresponding to 18 individuals (90%). Most of these parents, 14 (70%) individuals, were not living with the child at the time of detention; the Chi-Square independence test was applied to assess whether there were statistically relevant associations between the variables: family

member with MD x serious infractions, living with a family member with MD x serious infractions; however, no statistically valid associations were found between the variables described. In Asia, the prevalence of 4% of MD was found among relatives of adolescents who were serving socio-educational measure with freedom restraint.²⁰

Most offenders 109 (88.7%) met diagnostic criteria for previous MD, of these, 61 (49.6%) had received some form of treatment (psychotherapeutic or medication) in the past. In a sample of 1,420 children in the USA in a longitudinal study of approximately 10 years of follow-up,²¹ it was demonstrated that more than half of the individuals who committed crimes as adults had no personal history of MD and many adolescents with Mental Disorders in adolescence did not have any conflict with law in adolescence or adulthood. This suggests that Mental Disorders in adolescence are just one of many variables for criminality. Meeting the mental health needs of children and adolescents would not be enough to divert all young people from criminal activity,²² however, the mental health system, the judiciary and society as a whole would benefit from better identification and treatment of adolescents with MD.

The most prevalent MDs in the Brazilian adolescent population with freedom restraint due to conflict with the law in one of the largest national studies,²⁴ with 898 individuals including 18-year-olds, showed Disruptive and Personality Disorders as the most prevalent, corresponding to 28.5% of the sample, followed by MDs resulting from alcohol/drug abuse/addiction 27.1%, and Mood Disorders 15%. In our sample, the same MDs were the most prevalent, corresponding to 31.8% with Disruptive Disorders, 22.9% with alcohol and drug Abuse/Addiction and 21.8% Mood Disorders. These are the most prevalent disorders in this population in the most varied studies on all continents,^{18,25,20} however, as observed in the Brazilian samples, the prevalence of these three disorders can suffer significant variability.²⁶ Factors such as characteristics of the researched population, for example, female samples, individuals who are in semi-freedom, recently admitted to the institution, repeat offenders, among others, are confounding factors. However,

these biases are already expected as we can observe in studies since the 1980s.²⁷ The variation in the diagnosis of Mood Disorders ranged from 2%²⁸ to 88%²⁹ in the sample of adolescents interviewed and the same discrepancy is observed in other disorders such as alcohol and drug abuse/ addiction with rates ranging from 13% to 88%.^{30,29}

There are significant differences in patterns of psychiatric morbidity in adolescents living in the community and offenders in custody. In the community, for example, Anxiety Disorders are more prevalent in relation to Mood Disorders,³¹ reversing this relationship in freedom restrained adolescents.² Patients with Mood Disorders, as well as other psychiatric diseases, are more often victims of violence than authors of violent acts. In the manic phase of Bipolar Disorder, these patients are more prone to risky behaviors such as violent behavior, sexual promiscuity and confrontations with public security agents; usually due to episodes of irritability, impulsivity, increased energy, euphoria and a feeling of omnipotence, which can be characteristic of this phase of the disease, leading to a low ability to measure the risk of their actions.⁹

Compared with adults in custody, young people aged 15 to 21 years¹⁹ showed higher rates of Depression, and lower rates of Psychosis, Bipolar disorders and Chemical Dependency. Disruptive Disorders and alcohol and drug abuse/addiction, due to their high prevalence in the population of adolescents in conflict with the law, are often placed as diagnoses inherent to this population.³² Thus, Mood disorders would become the most prevalent disorder in these individuals, justifying the relevance of this diagnosis (table 3).

In the present study, statistical significance was found between the variables Mood Disorders and Serious Infractions. More than half of the sample individuals - 15 (55.5%) diagnosed with Mood Disorders had committed serious infractions (similar to homicide); however, the majority (10) of these adolescents had comorbid alcohol and drug abuse/addiction, corroborating with studies which indicate that there is an association between

Mood Disorders and violent crimes,^{9,33} however when there is comorbidity with alcohol and drug abuse/addiction this association becomes more robust.

In Brazil, according to the law which instituted the National System of Socio-Educational Assistance (Sinase)³⁴, article 64 states: “every adolescent serving a socio-educational measure who presents signs of mental disorder, mental disability, or associated disorders, should be evaluated by a multidisciplinary and multisectoral technical team.” (Brazil, 2012). The aforementioned law also states that the judge may suspend the execution of the socio-educational measure, with a view to including the adolescent in a comprehensive mental health care program that best meets the therapeutic objectives established for each specific case.

Regarding the 79 (64.2%) adolescents who were undergoing psychiatric treatment in this study, as described in the medical records, they were using psychiatric medication; however, no more than 60.9% of the respondents had a psychiatric diagnosis subject to drug treatment, that is, some minors were receiving medication without a psychiatric diagnosis; a hypothesis for this conduct lies in the culture of using psychiatric medication for behavioral problems and conduct disorders that do not respond to drug treatment. The reverse of this situation is also true, since 9 (7.3%) minors with a psychiatric diagnosis subject to drug treatment were not receiving any type of treatment, neither drugs nor psychotherapy. It should be noted that psychotherapy is not offered at CENSE even though there are psychologists on its staff.

Some limitations of this study include sample biases, such as the diagnostic exclusion criteria: intellectual deficit and global developmental disorders, in addition to the absence of female adolescents, and it is not possible to extrapolate these results to individuals of this gender. Some Mental Disorders that have a low prevalence, between 1% and 4% for example, need large samples to generate reliable estimates; small samples like this research's may present selection bias. Adolescents, especially those with Disruptive Disorders, have a tendency to minimize their symptoms, mainly complaints of mood,³⁵ and underestimation of some Disorders may occur.

Conclusion

We cannot infer that MDs cause violent behaviors or increase the probability of infractions; however it is emphasized that some Disorders, especially Disruptive ones and alcohol or drug abuse/addiction can contribute to these behaviors. Although this and other studies show an association between Mood Disorders, violent behaviors and the consequent conflict with the law,^{9,33} this association cannot be seen as a causal relationship, however MD can be seen as one of several elements that can predispose to offending behavior in teenagers.

It is undeniable that some psychiatric symptoms may be a reaction to restrained freedom,³⁶ regardless of the etiology, adolescents in conflict with the law are at high risk for Mental Disorders, even at a young age; undoubtedly more studies, mainly longitudinal, are needed to assess why some adolescents with MD commit infractions throughout their lives and others do not, as well as to assess whether adolescents with MD and conflict with the law are more prone to crimes as adults.

Most institutions worldwide that offer programs of freedom restraint³⁶ are not prepared to provide adequate mental health services for the large number of adolescents with Mental Disorders. This omission is critical. We need the academy to focus on this topic, in order to conduct more research aiming to guide mental health policies to understand the complex interaction between adolescence, mental health and justice.

Acknowledgements

Funding was provided by Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP; grant 2018/04981-0)

Disclosure

The authors report no conflicts of interest.

References

- 1 Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EF. Adolescence through the Centuries. *Psic Teor e Pesq.* 2010;26:227-234.
- 2 Rijo D, Brazão N, Barros R, da Silva DR, Vagos P, Vieira A, et al. Mental health problems in male young offenders in custodial versus community based-programs: implications for juvenile justice interventions, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2016;10:40.
- 3 Pondé MP, Freire AC, Mendonça MS. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *J Forensic Sci.* 2011;56(3):679-82.
- 4 Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(5):494-500.
- 5 Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JG et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PLoS ONE.* 2014;9(2): e88836. doi:10.1371/journal.pone.0088836.
- 6 Vreugdenhil C, Doreleijers TA, Verneire R, Wouters LF, van den Brink W. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 2004;43(1): 97-104.
- 7 Barzman DH, DelBello MP, Fleck DE, Lehmkuhl H, Strakowski SM. Rates, types, and psychosocial correlates of legal charges in adolescents with newly diagnosed bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2007; 339:344-9(4).
- 8 Tijssen MJ, van Os J, Wittchen HU, Lieb R, Beesdo K, Mengelers R, Wichers M. Prediction of transition from common adolescent bipolar experiences to bipolar disorder: 10-year study. *Br. J. Psychiatry.* 2010;196(2):102-108.

- 9 Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals With Bipolar Disorder and Their Relationship With the Criminal Justice System: A Critical Review. *Psychiatr. Serv.* 2015;66:4.
- 10 American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4^a. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2002.
- 11 Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
- 12 Alves, HH. Development of the Brazilian Version of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) and Study of Psychometric Properties. Tese (Doutorado) - São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2003.
- 13 Mercadante MT, Asbahr F, Rosário-Campos MC, Ayres AM, Karman L, Ferrari MC, et al. K-SADS Entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância, versão epidemiológica. Quarta versão (Orvaschel H, Puig-Antich J, 1987) com permissão dos autores. São Paulo, SP: Protoc Hospital das Clínicas da FMUSP; 1995.
- 14 Martins MC, Pillon SC. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(5):1112-1120.
- 15 DiLalla, LF, Mitchell CM, Arthur MW, Pagliocca PM. Aggression and delinquency: Family and environmental factors - *J. Youth Adolesc.* 1988; 17(3):233-246.
- 16 Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990.
- 17 Brasil. Ministério dos Direitos Humanos (MDH). *LEVANTAMENTO ANUAL SINASE 2016*. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.
- 18 Fazel M, Långström N, Grann M, Fazel S. - Psychopathology in adolescent and young adult criminal offenders (15-21 years) in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;;43(4):319-24.
- 19 Andrade RC, Francisco Assumpção Junior Ivan Abdalla Teixeira Vilma Aparecida da Silva Fonseca Prevalence of psychiatric disorders in juvenile offenders in the city of Rio de Janeiro (RJ, Brazil): comparison between genders and relation to the severity of the offense - *Cien Saude Colet.* 2011;16(4):2179-2188.
- 20 Azlin B, Salina MY, Nik NJ, Hazli Z & Normala I. Psychiatric Disorders Among Young Male Adult Prisoners: A Cross Sectional Study in a Malaysian Prison. *MJMHS.* 2010; 65:70-6.

- 21 Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G, Angold A, Costello EJ, - Childhood Psychiatric Disorders and Young Adult Crime: A Prospective, Population-Based Study *Am J Psychiatry* 2007; 166:1675-1684.
- 22 Ulzen TP, Hamilton H. The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents. *Canad J Psychiatry* 1998;43:57–63.
- 23 Pinho SR, Dunningham W, de Aguiar WM, Andrade-Filho AS, Guimarães K, Guimarães K, et al. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(2): 126-130.
- 24 Dias AM, Serafim AP, Barros DM. Prevalence of Mental Disorders and Recidivism in Young Offenders. *Psicol reflex crit.* 2014; 27:317-322.
- 25 Domalanta DD, Risser WL, Roberts RE, Risser JM. Prevalence of depression and other psychiatric disorders among incarcerated youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003; 42(4):477-484.
- 26 Timmons-Mitchell J, Brown C, Schulz SC, Webster SE, Underwood LA, Semple WE. Comparing the mental health needs of female and male incarcerated juvenile delinquents. *Behav Sci Law* 1997;15:195–202.
- 27 Chiles JA, Miller ML, Cox GB. Depression in an adolescent delinquent population. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1179–1184.
- 28 Coccozza, JJ. Responding to the Mental Health Needs of Youth and Juvenile Justice System [monograph]. *Albany, New York; U.S. Department of Justice - National Institute of Justice* 1992.
- 29 Timmons-Mitchell J, Brown C, Schulz SC, Webster SE, Underwood LA, Semple WE. Comparing the mental health needs of female and male incarcerated juvenile delinquents. *Behav Sci Law* 1997;15:195–202.
- 30 McManus M, Brickman A, Alessi NE, Grapentine WL. Borderline personality in serious delinquents. *Comp Psychiat* 1984;25:446–454.
- 31 Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005; 44:10.
- 32 Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59(12):1133–1143.
- 33 Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin MG, Langström N. Bipolar Disorder and Violent Crime New Evidence From Population-Based Longitudinal Studies and Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(9):931-938.
- 34 Brasil. Lei Nº 12.594, de 18 de Janeiro de 2012.

- 35 Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport JL, Kalikow K, Walsh BT, et al. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:487–496.
- 36 Penner E, Roesch R, Viljoen J. Young offenders in custody: an international comparison of mental health services. *Int J Forensic Ment Health*. 2011;10:215–32.

Table 1 Prevalence of current isolated Mental Disorder, in comorbidity and absence of disease.

Disorder	N	%
Isolated	54	43.9
In comorbidity	37	30.0
Absence of disease	32	26.1

Table 2 Current prevalence of Mental Disorders at CENSE (n=123)

Mental Disorder	%	95%CI*
Disruptive Disorders	31.8	30.1-33.2
Conduct Disorder	19.4	15.7-22.3
Oppositional defiant disorder	12.4	10.2-14.1
Alcohol and drug abuse/addiction	22.9	18.9-24.8
Substance abuse/addiction	14.1	10.7-17.3
Alcohol abuse/addiction	8.8	7.0-10.9
Mood Disorders	15.9	12.3-19.1

Depression	6.5	4.8-8.7
Bipolar Disorder type I	5.9	4.1-7.2
Bipolar Disorder type II	3.5	2.3-4.8
Hyperkinetic Disorders	5.3	3.2-8.1
Anxiety Disorders	4.1	2.9-6.9
Psychotic Disorders	1.2	0.5-2.1

**Confidence Interval.*

Table 3 Lifetime prevalence of Mental Disorders at CENSE (n=123)

Mental Disorder	%	95%CI*
Disruptive Disorders	50.0	41.1-57.2
Conduct Disorder	30.6	28.2-32.9
Oppositional defiant disorder	19.4	15.4-22.0
Alcohol and drug abuse/addiction	58.1	50.9-64.8
Substance abuse/addiction	35.5	31.7-40.3
Alcohol abuse/addiction	22.6	19.0-25.9
Mood Disorders	31.5	26.3-37.1
Anxiety Disorders	6.5	3.9-9.7

**Confidence Interval.*

ANEXO 1

Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtornos do humor e adolescentes em conflito com a lei sob custódia

Pesquisador: Ricardo Alberto Moreno

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83913618.1.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.579.568

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto visando a obtenção do título de mestrado abordando os transtornos do humor entre adolescentes. Estes transtornos estão entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes. Apesar de novas descobertas, avanços no estudo das bases neurobiológicas e abordagens terapêuticas destas doenças precisam ser abordadas. Elevadas taxas de recorrência, sintomas subsindrômicos persistentes e refratariedade terapêutica são aspectos clínicos desafiadores e também carecem de maior investigação. O número de indivíduos com diagnóstico de Transtornos do Humor entre adolescentes em conflito com a lei, sob custódia no Brasil, é desconhecido, desta maneira é inevitável a necessidade em desenvolver estratégias de abordagem de doenças tão complexas em uma população tão vulnerável.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prevalência dos Transtornos do Humor numa população de adolescentes em conflito com a lei sob custódia do CENSE (Centro de Socioeducação para menores infratores do Paraná), na região metropolitana de Curitiba-PR; de acordo com a idade e o tipo de ato infracional cometido. Os Transtornos do Humor serão classificados de acordo com o DSM-5.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos relativos a avaliação de transtornos do humor por meio de resposta a questionário por adolescentes sob custódia do Estado no CENSE. O participante do estudo será diretamente beneficiado com um diagnóstico psiquiátrico correto, caso este exista, e poderá ser encaminhado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.248-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.579.568

para um
tratamento adequado e supervisionado da sua condição mórbida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O delineamento do estudo, será quantitativo e transversal em uma amostra de aproximadamente 70 menores infratores sob custódia. A amostra probabilística será estratificada de acordo com a idade do indivíduo, o transtorno do humor e o tipo do ato infracional; realizando o cálculo de média, desvio padrão e proporção.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados para o estudo proposto.

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1056634.pdf	20/03/2018 10:52:25		Aceito
Outros	TH_adolescentes.pdf	20/03/2018 10:51:26	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Outros	K_Sads_PL.pdf	20/03/2018 10:51:04	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Outros	CENSE.pdf	20/03/2018 10:48:15	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Outros	respostaCappesq20_03_18.pdf	20/03/2018 10:46:08	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Folha de Rosto	fdraprovado.pdf	20/03/2018 10:45:24	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Outros	CEPassinado.pdf	16/02/2018 11:00:10	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Outros	SGPaprovado.pdf	16/02/2018 10:59:11	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/01/2018 09:34:26	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_FM_adolesce.docx	04/01/2018	Ricardo Alberto	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.248-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.579.568

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FM_adolesce.docx	09:31:22	Moreno	Aceito
--	-----------------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 04 de Abril de 2018

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO 2
SUBMISSÃO DO ARTIGO

🏠 Home

✍ Author

Submission Confirmation

🖨 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Acta Psychiatrica Scandinavica

Manuscript ID

ACP-2020-9107

Title

MOOD DISORDERS IN YOUNG OFFENDERS IN CUSTODY

Authors

Guilherme, Eduardo
Moreno, Ricardo
Brasil, Fabio

Date Submitted

08-Jul-2020

Author Dashboard

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2020. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

🐦 @ScholarOneNews | 🖨 System Requirements | 🔒 Privacy Statement | 📄 Terms of Use



Acta Psychiatrica Scandinavica

Edited By: Ida Hageman

Impact factor: 5.362

2019 Journal Citation Reports (Clarivate Analytics): 20/155 (Psychiatry) 14/142 (Psychiatry (Social Science))

Online ISSN: 1600-0447

© John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd

ANEXO 3

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA KIDDIE-SADS REFERENTE AO MOMENTO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA

Introdução e informações preliminares

Lista de checagem a serem completadas (rastreamento)

Folha de resumos dos diagnósticos (suplemento)

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

KIDDIE- SADS REFERENTE AO MOMENTO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA (K-SADS-PL)

**Versão 1.0
(Outubro de 1996)**

**Versão Brasileira da
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children
para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos**

Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*
(K-SADS-PL) para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

KIDDIE-SADS REFERENTE AO MOMENTO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA
(K-SADS-PL)

Versão 1.0
(Outubro de 1996)

USO PERMITIDO

Este instrumento tem direitos autorais. Seu emprego é permitido livremente, sem necessidade de permissão, para uso que atenda pelo menos, a uma das seguintes condições:

- Uso clínico em instituição sem fins lucrativos
- Uso em pesquisa com o respectivo projeto aprovado

Todos os outros empregos desse instrumento necessitam permissão, por escrito, do autor principal, Dra. Kaufman, incluindo, entre outras, as seguintes condições:

- Redistribuição do instrumento seja por meio impresso ou eletrônico, seja por qualquer outro meio.
- Uso comercial do instrumento

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA**Versão da Kiddie-Sads referente ao momento Presente e ao Longo da Vida (K-SADS-PL)****- Entrevista de Rastreamento -**

Nome da criança: _____ N° do prontuário _____

Médico: _____ N° do protocolo de pesquisa _____

Serviço: _____ Psiquiatra: _____

Data da entrevista (dia/ mês/ ano): _____

A K-SADS-PL foi adaptada da K-SADS-P (Versão de Episódio Presente), a qual foi desenvolvida por William Chambers, M.D. e Joaquim Puig-Antich, M.D. e revisada, posteriormente, por Joaquim Puig-Antich, M.D., e Neal Ryan, M.D. A K-SADS-PL foi escrita por Joan Kaufman, Ph.D., Boris Birmaher, M.D., David Brent, M.D., Uma Rao, M.D., e Neal Ryan, M.D.

A K-SADS-PL foi projetada para obter pontuação de gravidade de sintomatologia e avaliar história de transtorno psiquiátrico no momento presente e ao longo da vida, incluindo vários transtornos não pesquisados na K-SADS-P. Os autores da K-SADS-PL reconhecem a grande importância de vários outros instrumentos psiquiátricos estruturados e semi-estruturados existentes, para a estruturação deste instrumento, incluindo o KSADS-E (Orvachel & Puig-Antich), o SADS-L (Spitzer e Endicott), o SCID (Spitzer, Williams, Gibbon, e First), o DIS (Robins e Helzer), o ISC (Kovacs), o DICA (Reich, Shayka e Taibleson), e o DUSI (Tarter, Laird, Bukstein, e Kaminer). Diretrizes para a entrevista introdutória no início desse instrumento foram fornecidas por Michael Rutter, M.D. e Philip Graham, M.D. e modificações para a seção de transtornos de ansiedade foram fornecidas por Cynthia Last, Ph.D. Outros consultores incluem Oscar Bukstein, M.D., Walter Kaye, M.D., David Kolko, Ph.D., Rolf Loeber, Ph.D., William Pelham, Ph.D., David Rosenberg, M.D. e John Walkup, M.D. Os agradecimentos são extensivos a todos os colaboradores, assim como a Denise Carter-Jackson, pela digitação deste instrumento.

Seções Completadas:

Entrevista de Rastreamento: _____

Suplementos: N°1 _____ N°2 _____ N°3 _____ N°4 _____ N°5 _____

SUMÁRIO

Introdução	5
Informações Preliminares	10
Enurese	16
Encoprese	18
Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade	20
Transtorno de Oposição Desafiante	22
Transtorno de Conduta	24
Transtorno do Pânico	26
Transtorno de Ansiedade de Separação	27
Transtorno de Evitação/ Fobia Social	29
Agorafobias/ Fobias Específicas	32
Transtorno de Ansiedade Generalizada/ Ansiedade Excessiva	33
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	35
Transtornos do Tique	37
Transtornos Depressivos	38
Mania	44
Psicoses	46
Transtorno do Estresse Pós-Traumático	48
Anorexia Nervosa	56
Bulimia Nervosa	57
Uso de Cigarro	59
Uso / Abuso de Álcool	60
Uso / Abuso de Substâncias	62
Lista de Drogas	64
Escala de Avaliação Global da Criança (CGAS) ¹	65
Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados	67

¹ Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H e Aluwahlia S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40: 1228-1231. O CGAS foi adaptado do *Global Assessment Scale for Adults* (Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H, Aluwahlia, S).

**Versão brasileira da Kiddie-SADS referente ao momento Presente e ao Longo da Vida (K-SADS-PL)
- 6-18 anos -**

A K-SADS-PL é uma entrevista diagnóstica semi-estruturada projetada para avaliar episódios de psicopatologia, no momento atual e no passado, em crianças e adolescentes segundo os critérios do DSM-III-R e DSM-IV. Perguntas e critérios objetivos são fornecidos para pontuar cada um dos sintomas. Os diagnósticos principais avaliados pela K-SADS-PL são: Depressão Maior, Distímia, Mania, Hipomania, Ciclotímia, Transtornos Bipolares, Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Psicose Reativa Breve, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Evitação na Infância e Adolescência, Fobia Simples, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada/de Ansiedade Excessiva, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno de Conduta, Enurese, Encoprese, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno Transitório de Tique, Transtorno de Tourette, Transtorno de Tique Vocal ou Motor Crônico, Abuso de Álcool, Abuso de Substância, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtornos de Ajustamento.

A K-SADS-PL é uma entrevista semi-estruturada. As perguntas incluídas no instrumento *não* têm que ser formuladas tal como redigidas. Antes de tudo, elas são fornecidas para ilustrar maneiras de obter as informações necessárias para pontuar cada item. O entrevistador deve sentir-se livre para adequar as perguntas ao nível de desenvolvimento da criança e usar a linguagem fornecida pelos pais ou criança, quando interrogados sobre sintomas específicos.

A K-SADS-PL é administrada entrevistando-se um dos pais(ou os dois), a criança e, finalmente, chegando a uma pontuação conclusiva, que inclua todas as fontes de informações (pais, crianças, escola, prontuário e outras). Quando administrado a pré-adolescentes entreviste primeiro os pais. Com adolescentes, inicie com eles. Quando houver discordância entre diferentes fontes de informações, o avaliador deverá usar seu melhor julgamento clínico. Informações discrepantes entre pais e crianças costumam ocorrer em relação a aspectos subjetivos como culpa, sentimento de desesperança, interrupção do sono, alucinações e ideação suicida. Em geral, os pais desconhecem certos sintomas e é a criança quem tem certeza da presença ou ausência deles. Se as discordâncias se relacionam a comportamentos observáveis (p.ex., matar aula, pôr fogo em coisas, apresentar rituais compulsivos), o examinador deve interrogar pais e criança sobre as informações discordantes. Se não for suficiente, é útil reunir pais e criança para discutir as razões da discordância. No final, o entrevistador é quem atribui as pontuações conclusivas segundo seu melhor julgamento clínico.

As seguintes diretrizes devem ser usadas na codificação dos sintomas:

1. *Diagnóstico atual:* Na pontuação do episódio atual (EA) dos transtornos, os sintomas devem ser pontuados em relação ao período de tempo em que, durante o episódio, eles foram mais graves. *Anote nas margens se e quando um determinado sintoma (p. ex., insônia) melhorou ou foi solucionado.*
2. *Transtornos tratados com medicamentos:* Na pontuação de transtornos tratados com medicamentos (p. ex., TDAH) use as pontuações para descrever a gravidade dos sintomas na sua maior intensidade anterior ao uso da medicação ou durante recesso da droga. *Anote nas margens os sintomas nos quais a medicação efetivamente atuou.*

3. *Diagnóstico do Passado:* Para um episódio ser considerado “Passado” ou “Solucionado”, a criança deve ter ficado no mínimo dois meses sem os sintomas associados ao transtorno. Episódios pontuados na seção de transtornos no passado devem representar o episódio de maior gravidade ocorrido no passado (EMGP) do determinado transtorno.
4. *Linha do Tempo:* Para crianças com história de transtornos episódicos ou recorrentes, é recomendado estabelecer uma linha de tempo para registrar o curso temporal do transtorno e facilitar a pontuação dos sintomas associados a cada episódio da doença.

No processo de fechamento da entrevista, um diagnóstico inicialmente considerado ser do “passado” pode revelar-se um diagnóstico atual em remissão parcial. Retificações na codificação da gravidade das pontuações atual e passada podem ser feitas após o término da entrevista.

A administração da K-SADS-PL requer a aplicação de 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada; 2) uma Entrevista de Rastreamento para Diagnóstico; 3) a Lista de Checagem dos Suplementos a serem Completados; 4) os Suplementos Diagnósticos adequados; 5) a Folha de Resumo dos Diagnósticos, 6) a pontuação da Escala de Avaliação Global de Crianças (CGAS). De início, a K-SADS-PL é completada com cada informante separadamente e, após a síntese de todos os dados e o esclarecimento de informações discrepantes entre os informantes, são preenchidas as Folhas de Resumo dos Diagnósticos e a pontuação do CGAS. Se não houver nenhuma indicação de psicopatologia atual ou no passado, nenhuma investigação além da entrevista de rastreamento será necessária. Cada uma das fases da entrevista da K-SADS-PL é discutida brevemente abaixo.

A Entrevista Introdutória Não Estruturada. Esta seção da K-SADS-PL leva aproximadamente 10 a 15 minutos para ser completada. Nesta seção, dados demográficos, de saúde, queixas atuais e dados de tratamento psiquiátrico anterior são obtidos junto com informações sobre o funcionamento escolar da criança, *hobbies* e o relacionamento com a família e com os pares. O exame desses últimos tópicos é extremamente importante, porque ele oferece um contexto para avaliação dos sintomas referentes ao humor (depressão e irritabilidade), e obtém informação para avaliar a limitação funcional. Esta seção da K-SADS-PL deve ser usada para favorecer uma boa relação na conversa com os pais, com a criança e *nunca* deve ser omitida. A folha de registro das informações obtidas durante a entrevista introdutória encontra-se na página 67. Diretrizes detalhadas para conduzir esta entrevista estão nas páginas 8-9.

A Entrevista de Rastreamento Diagnóstico. A entrevista de rastreamento pesquisa os sintomas principais dos diferentes diagnósticos avaliados na K-SADS-PL. Perguntas específicas e critérios para pontuação são fornecidos para avaliar cada sintoma. *O avaliador não é obrigado a dizer as perguntas tal como escritas, ou usar todas as perguntas fornecidas, mas somente tantas quanto forem necessárias para pontuar cada item.* As perguntas devem ser tão neutras quanto possível e perguntas com indução de respostas devem ser evitadas (p.ex. “Você não se sente triste, não é?”).

Os sintomas pontuados na entrevista de rastreamento são pesquisados, simultaneamente, para episódio atual (EA) e episódio de *maior gravidade no passado* (EMGP). Comece perguntando se a criança *alguma* vez teve o sintoma. Se a resposta é não, pontue o sintoma como negativo para episódio atual e no passado e vá para a próxima questão. Se a resposta é sim, procure saber quando o sintoma esteve presente. Se o sintoma é confirmado para um determinado período de tempo (p.ex., atualmente), pergunte se alguma vez ele esteve presente em algum outro momento (p.ex., no passado).

NOTA DOS TRADUTORES: Na entrevista de rastreamento e nos suplementos, **P** corresponde à pontuação baseada na informação dos Pais; **C** corresponde à pontuação baseada na informação da Criança; **R** corresponde à pontuação conclusiva baseada no resumo de todas as informações obtidas pelo entrevistador.

Os diagnósticos avaliados com a entrevista de rastreamento não têm que ser pesquisados na ordem apresentada. O entrevistador pode começar perguntando acerca dos diagnósticos relevantes sugeridos pela

informação da queixa apresentada obtida durante a entrevista não estruturada. Todas as seções da Entrevista de Rastreamento devem ser completadas. Muitos entrevistadores acham mais fácil seguir a seqüência do instrumento do começo ao fim.

Após os sintomas principais associados a cada diagnóstico serem pesquisados, critérios de avanço (*skip out criteria*) são fornecidos para os episódios do transtorno no momento atual e no passado. Um espaço é destinado para indicar se a criança atende os critérios de avanço, ou se a criança tem manifestações clínicas dos sintomas principais associados com diagnósticos específicos. Se a criança não atende critérios de avanço para alguns diagnósticos, os suplementos adequados devem ser administrados após a Entrevista de Rastreamento ser completada.

Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados. A Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados está na última página dessa Entrevista de Rastreamento. Ela deve ser destacada antes de se começar a entrevista. Os suplementos que necessitam ser completados devem ser assinalados nos espaços correspondentes e as datas de um possível episódio do transtorno no momento atual ou no passado devem ser registradas.

Suplementos Diagnósticos. A K-SADS-PL tem cinco suplementos diagnósticos:

- Suplemento Nº 1: Transtornos Afetivos
- Suplemento Nº 2: Transtornos Psicóticos
- Suplemento Nº 3: Transtornos de Ansiedade
- Suplemento Nº 4: Transtornos do Comportamento
- Suplemento Nº 5: Abuso de Substância e Outros Transtornos

Os diagnósticos pesquisados em cada um desses suplementos estão incluídos na Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados e no Sumário de cada suplemento. O critério de avanço na Entrevista de Rastreamento determina quais os suplementos que devem ser completados. Cada suplemento tem uma lista de sintomas, perguntas e critérios para avaliar o episódio atual (EA) e o episódio de maior gravidade no passado (EMGP) dos transtornos. São fornecidos os critérios necessários para se fazer diagnósticos pelo DSM-III-R e DSM-IV.

Os suplementos devem ser administrados na ordem em que os sintomas dos diferentes diagnósticos apareceram. Por exemplo, se a criança tinha evidência de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) começando na idade de 5 anos, e um possível Transtorno de Depressão Maior (TDM) começando aos nove anos, o suplemento de TDAH deve ser completado antes do suplemento para TDM. Se a criança tinha uma história de dificuldade de atenção associada com TDAH, ao perguntar sobre dificuldades de concentração para avaliar TDM é importante descobrir se o início dos sintomas depressivos esteve associado com uma piora da dificuldade de concentração pré-existente. Se não houve mudança nos problemas de atenção com o início dos sintomas depressivos, o sintoma de dificuldade de concentração não deve ser pontuado positivamente no suplemento de TDM.

Quando o curso temporal dos transtornos se superpõe, os suplementos dos transtornos que podem influenciar o curso de outros transtornos devem ser completados primeiro. Por exemplo, se há evidência de uso de substância e uma possível Mania, o suplemento de abuso de substância deve ser completado primeiro, e deve ser tomado cuidado para avaliar a relação entre o uso de substância e os sintomas de Mania.

Folha de Resumo dos Diagnósticos. As informações dessa folha de resumo baseiam-se no conjunto dos dados obtidos a partir de todas as fontes. A Folha de Resumo permite registrar as seguintes informações para cada diagnóstico: presença ou ausência de episódio no passado ou atual; idade de início do primeiro episódio; idade de início do episódio atual; número total de episódios e soma do tempo de duração de todos os episódios. Informações referentes a tratamentos também são registradas na Folha de Resumo.

Escala de Avaliação Global de Crianças (CGAS). A pontuação do CGAS é realizada para estimar o nível de funcionamento geral das crianças no momento atual. Para crianças sem nenhuma história de problemas psiquiátricos em sua vida só a pontuação do CGAS referente ao momento atual é registrada. Para crianças com história de problemas psiquiátricos no momento atual ou no passado, duas pontuações do CGAS são registradas: (1) para criança com episódio atual, além da pontuação do CGAS no momento atual, também deve ser registrada uma pontuação do CGAS referente ao passado que estime o mais alto nível de funcionamento prévio da criança; (2) para criança com história anterior de problemas psiquiátricos, além da pontuação do CGAS no momento atual, também deve ser registrada a pontuação do CGAS no passado que estime o nível de funcionamento prévio da criança durante o episódio mais grave da doença.

Pontuação. A maioria dos itens na K-SADS-PL é avaliada usando uma escala de pontuação de 0 – 3. Pontuação 0 indica que nenhuma informação está disponível; pontuação 1 sugere que o sintoma está ausente; pontuação 2 indica nível de sintomatologia abaixo do limiar clínico; e pontuação 3 representa critério no limiar. Os itens restantes são pontuados numa escala de 0 – 2 na qual 0 representa nenhuma informação; 1 indica que o sintoma está ausente e 2 indica que o sintoma está presente. *Embora manifestações de sintomas abaixo do limiar não sejam suficientes para o diagnóstico de transtornos, em certos casos deve ser realizada uma investigação posterior mais aprofundada. Pontuação de sintomas psicóticos abaixo do limiar ou "clusters" de sintomas associados com um dado diagnóstico devem chamar a atenção do médico ou supervisor de pesquisa.*

Diretrizes para a Condução da Entrevista Introdutória Não Estruturada: Pacientes

A entrevista não-estruturada deve levar de 10 a 15 minutos para ser aplicada. O objetivo da entrevista é estabelecer um *rapport*, obter informações sobre as queixas atuais, problemas psiquiátricos anteriores e o funcionamento global da criança. Usar alguns minutos iniciando a conversa com aspectos gerais é útil para deixar pais e crianças mais à vontade.

A entrevista se inicia com questões sobre aspectos sociodemográficos básicos. A maioria das pessoas se sente mais à vontade para falar sobre esses aspectos, e as informações ajudam o entrevistador a conhecer as circunstâncias de vida da criança. Dados da história do desenvolvimento e de saúde também devem ser obtidos, pois estas informações podem ser úteis para se fazer algum diagnóstico diferencial. Exemplos de perguntas para investigar as queixas atuais são delineadas abaixo:

Eu gostaria de conversar com você sobre o motivo que o trouxe aqui, pois só assim eu posso pensar em como ajudá-lo.

O que seus pais lhe disseram para trazê-lo aqui?

Para você, isso é um problema?

O que isso lhe causa? Isso te aborrece?

O que aconteceu, mais recentemente, para seus pais trazerem você aqui?

Tem alguma coisa acontecendo com você que te está incomodando ou atrapalhando?

Qual o principal motivo para você ter vindo?

Quando você notou que estas coisas estavam acontecendo com você?

Se a criança fala pouco – Você pode me falar um pouco mais sobre isso?

Se é difícil compreender o que ela diz – Você pode explicar o que você quer dizer com isto?

Se a criança é vaga (lacônica) – Você pode me dar um exemplo de?

Você tem algum outro problema?

Ao conversar sobre início e curso dos sintomas, muitas crianças são incapazes de fornecer dados confiáveis acerca da época dos sintomas. Isso é normal do ponto de vista do desenvolvimento da criança. Se a criança não oferece tais dados na primeira vez, provavelmente ela não será capaz de fazê-lo de modo algum.

Ao entrevistar os pais modifique as perguntas feitas à criança.

Na entrevista introdutória e ao longo da K-SADS-PL os entrevistadores devem adequar-se à linguagem usada pela criança e/ou pelos pais quando perguntar sobre sintomas, empregando termos regionais ou expressões usuais à família.

Após investigar o motivo da consulta, obtenha informações sobre tratamentos anteriores. Depois pergunte sobre a adaptação escolar e o relacionamento social.

Ao entrevistar crianças não é necessário, e geralmente não é produtivo, tentar completar toda a entrevista introdutória. Recapitule dados sociodemográficos (p.ex. idade, série escolar, constituição familiar, nome dos irmãos e idades), motivo da consulta (com menos detalhes do que com os pais) e informações sobre família, adaptação escolar e relacionamento com crianças da mesma idade.

A conversa sobre esses últimos tópicos é extremamente *importante* porque ela favorece um contexto para se obter da criança informações sobre sintomas do humor (depressão e irritabilidade) e obter informações preliminares para avaliar a limitação funcional.

Entrevista Introdutória Não Estruturada: Não Pacientes

Quando avaliar crianças que não são pacientes psiquiátricos, as perguntas sobre o motivo do encaminhamento devem ser omitidas na entrevista introdutória. No entanto, a abordagem para a entrevista introdutória é a mesma a ser seguida. A Folha de Registro da Entrevista Introdutória delinea os tópicos que devem ser pesquisados durante esta parte da avaliação.

LISTA DE CHECAGEM DOS SUPLEMENTOS A SEREM COMPLETADOS

ORIENTAÇÕES: Marque as seções a serem completadas em cada suplemento.
Registre datas e/ou idades de início de cada um dos possíveis transtornos no passado ou no momento atual.

SUPLEMENTO N^o 1: TRANSTORNOS AFETIVOS

- _____ Transtornos Depressivos – Atual
- _____ Transtornos Depressivos – Passado
- _____ Mania – Atual
- _____ Mania – Passado

SUPLEMENTO N^o 2: TRANSTORNOS PSICÓTICOS

- _____ Psicoses – Atual
- _____ Psicoses – Passado

SUPLEMENTO N^o 3: TRANSTORNO DE ANSIEDADE

- _____ Transtorno de Pânico – Atual
- _____ Transtorno de Pânico – Passado
- _____ Transtorno de Ansiedade de Separação - Atual
- _____ Transtorno de Ansiedade de Separação – Passado
- _____ Transtornos Fóbicos – Atual
- _____ Transtornos Fóbicos – Passado
- _____ Agorafobia - Atual
- _____ Agorafobia - Passado
- _____ Transtorno de Ansiedade Generalizada / Excesso de Ansiedade - Atual
- _____ Transtorno de Ansiedade Generalizada/ Excesso de Ansiedade – Passado
- _____ Transtorno Obsessivo-Compulsivo – Atual
- _____ Transtorno Obsessivo-Compulsivo – Passado
- _____ PTSD – Atual (na seção da entrevista de rastreamento)
- _____ PTSD – Passado (na seção da entrevista de rastreamento)

SUPLEMENTO N^o 4: TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO

- _____ Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade - Atual
- _____ Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade - Passado
- _____ Transtorno de Oposição Desafiante - Atual
- _____ Transtorno de Oposição Desafiante - Passado
- _____ Transtorno de Conduta - Atual
- _____ Transtorno de Conduta - Passado

SUPLEMENTO N^o 5: ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS

- _____ Abuso de Álcool - Atual
- _____ Abuso de Álcool - Passado
- _____ Abuso de Substância – Atual
- _____ Abuso de Substância - Passado
- _____ Bulimia - Atual
- _____ Bulimia - Passado
- _____ Anorexia Nervosa – Atual
- _____ Anorexia Nervosa - Passado
- _____ Transtornos de Tique - Atual
- _____ Transtornos de Tique – Passado

**ENTREVISTA DIAGNÓSTICA
- SUPLEMENTOS -**

**VERSÃO DA KIDDIE-SADS REFERENTE AO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA
(K-SADS-PL)**

**Versão 1.0
(Outubro de 1996)**

**Versão Brasileira da
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children
para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos**

FOLHA DE RESUMO DOS DIAGNÓSTICOS

(a ser preenchida após o uso dos suplementos)

Nome: _____ N° do Prontuário: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

- 0 = Nenhuma informação
- 1 = Ausente
- 2 = Provável
- 3 = Remissão Parcial
- 4 = Presente

Crítérios para Diagnóstico Provável

1. Atende critério para os sintomas essenciais do transtorno
2. Atende todos menos um ou, no mínimo, 75% dos critérios restantes necessários para o diagnóstico, e
3. Evidência de limitação funcional

	Diagnóstico do episódio anterior	Idade no início do primeiro episódio	Diagnóstico do episódio atual	Idade no início do episódio atual	Soma do tempo de duração de todos os episódios (em meses)	N° total de episódios
Transtorno Depressivo Maior*	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Traços Psicóticos	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Distímia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno Depressivo SOE	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. de Ajustamento com Humor Depressivo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Mania	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Hipomania	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Ciclotímia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Bipolar SOE	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Bipolar I	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Bipolar II	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. Esquizoafetivo – Maníaco	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. Esquizoafetivo – Depressivo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Esquizofrenia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. Esquizofreniforme	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Psicose Reativa Breve	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Pânico	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Ansiedade de Separação	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Evitação da Infância	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Fobia Simples	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Fobia Social	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Agorafobia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Ansiedade Excessiva	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Ansiedade Generalizada	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. de Estresse Pós-Traumático	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Estresse Agudo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. de Ajustamento com Humor Ansioso	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Enurese	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Encoprese	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Anorexia Nervosa	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Bulimia Nervosa	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. do Déficit de Atenção/ Hiperatividade*	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Conduta*	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Oposição Desafiante	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. de Ajustamento com Perturbação de Conduta	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____

K-SADS PL, versão 1.0, outubro de 1996
K-SADS-PL, versão brasileira autorizada pelos autores do instrumento original

1996, Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan; Todos os direitos reservados
Junho de 2003, Brasil, HHA & Bordin, IAS

	Diagnóstico do episódio anterior					Idade no início do primeiro episódio	Diagnóstico do episódio atual					Idade no início do episódio atual	Soma do tempo de duração de todos os episódios (em meses)	Nº total de episódios
T. de Ajustamento com Perturbação Mista do Humor e Conduta	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno de Tourette	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. de Tique Vocal ou Motor Crônico	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. de Tique Passageiro	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Abuso de Álcool	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Dependência de Álcool	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Abuso de Substância	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Dependência de Substância	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Retardo Mental	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Outro Transtorno Psiquiátrico (especificar)	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Sem Transtorno Psiquiátrico	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____

OBSERVAÇÃO: * Especificar o Subtipo

História de Tratamento (Critério: 0 = nenhuma informação; 1 = não; 2 = sim)

Tratamento Ambulatorial	0	1	2	Antipsicóticos (Especificar)	0	1	2
Idade no Primeiro Tratamento Ambulatorial	_____	Antidepressivos (Especificar)	0	1	2		
Duração Total do Tratamento Ambulatorial (semanas)	_____	Sedativos ou Tranquilizantes Menores(Especificar)	0	1	2		
Hospitalização Psiquiátrica	0	1	2	Estimulantes (Especificar)	0	1	2
Idade na Primeira Internação Psiquiátrica	_____	Lítio (Especificar)	0	1	2		
Número de Internações Psiquiátricas	_____	Outros (Especificar)	0	1	2		
Duração Total dos Tratamentos em Internação (semanas)	_____	Medicação Atual (Especificar:)	0	1	2		

Comportamento Suicida	Não	Confabilidade da Informação					
Ideação	_____	Boa	_____				
Gestos	_____	Aceitável	_____				
Tentativas	_____	Pouco Provável	_____				

Notas:

ANEXO 4
AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, TRABALHO E
DIREITOS HUMANOS DO PARANÁ PARA A REALIZAÇÃO DA
PESQUISA



SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, TRABALHO E DIREITOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

Protocolo nº 14.705.540-4

Curitiba, 11 de julho de 2017

P/ Direção

Após contato por e-mail com o pesquisador, Dr. Eduardo Alves Guilherme, e o envio dos documentos solicitados, informamos que anexo a este parecer foram adicionados o **Termo de Assentimento para menor entre 12 e 18 anos incompletos** e a atualização da primeira página do **Requerimento e Termo de Compromisso de Pesquisa**, devido à alteração da titularidade desta pasta.

Sendo assim, informa-se que o projeto de pesquisa intitulado "**Transtornos do humor e adolescentes em conflito com a lei sob custódia**", foi DEFERIDO.

Com esta aprovação, a pesquisa deverá ser articulada pelo CENSE de Piraquara, realizada a partir da data e em horário compatível com a atividade da Unidade Socioeducativa.

Mediante esta aprovação, está sendo enviado o Termo de Compromisso de Pesquisa assinado para ser entregue para o pesquisador, juntamente com cópia desse parecer.

Outrossim, solicita-se que seja enviado uma cópia do resultado da pesquisa quando esta estiver finalizada, conforme item 2.2 da cláusula 4ª do Requerimento e Termo de Compromisso de Pesquisa.

Atenciosamente,

Flávia Ziliotto
Flávia Ziliotto
Assessora Técnica - DEASE/SEJU
Decreto 3025/2015

Assessora Técnica do Departamento de Atendimento Socioeducativo

Palácio das Aracárias Rua Jacy Loureiro de Campos, s/n Térreo, Ala C - Centro Cívico
80530-915 Curitiba Paraná Telefone: (041) 3221-7208

