

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

AMANDA RAQUEL RODRIGUES OLIVINDA

**PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DE
JOVENS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA
SOCIOEDUCATIVA: Estudo piloto em uma unidade de
internação do Distrito Federal**

Brasília - DF

2018

AMANDA RAQUEL RODRIGUES OLIVINDA

**PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DE
JOVENS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA
SOCIOEDUCATIVA: Estudo piloto em uma unidade de
internação do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional
Orientador: Prof. Dr. Vagner dos Santos
Co-orientadora: Psicóloga Cristhiane Oliveira

Brasília - DF

2018

AMANDA RAQUEL RODRIGUES OLIVINDA

**PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DE
JOVENS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA
SOCIOEDUCATIVA: Estudo piloto em uma unidade de
internação do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional

Orientador: Prof. Dr. Vagner dos Santos

Co-orientadora: Cristhiane Oliveira

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Vagner dos Santos

Orientador(a)

Psicóloga Cristhiane Oliveira

Co-orientador (a)

Prof. Dr. Rafael Garcia Barreiro

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília,.....de.....de.....

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pelas portas abertas até aqui e por todas as maravilhas que me concede.

Aos meus pais, Marcos e Iracema, pelo apoio, incentivo e por nunca me pressionarem fazendo com que esta caminhada fosse mais leve para mim.

À minha irmã Aline e aos meus pequenos sobrinhos Gustavo e Pedro, vocês fazem minha vida ser mais doce e cheia de amor.

Aos colegas e amigos de curso, em especial, Thainá que além do companheirismo acadêmico se tornou companheira de vida, obrigada por cada conselho, lágrimas e sorrisos.

Aos meus professores, cada um contribuiu imensamente para a construção do conhecimento que tenho hoje acerca da Terapia Ocupacional.

Ao Prof. Dr. Rafael, pela sua importante presença como banca examinadora.

À Psicóloga Cris, por ter me apresentado à unidade e os meninos e por ter contribuído para que esta pesquisa acontecesse.

Aos meninos e profissionais da Unidade de Internação do Recanto das Emas, pela receptividade, acolhimento e contribuições.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Vagner dos Santos, que me incentivou e esteve ao meu lado acolhendo minhas dúvidas e as esclarecendo e acolhendo meus anseios acerca do meu trabalho, fazendo com que eu acreditasse que tudo daria certo!

Meus mais sinceros agradecimentos a todos vocês!!

“Disse a flor para o pequeno príncipe: é preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser
conhecer as borboletas.”
Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

OLIVINDA, Amanda Raquel Rodrigues. **Problemas emocionais e comportamentais de jovens em cumprimento de medida socioeducativa: Estudo piloto em uma Unidade de Internação do Distrito Federal**. 2018. 32f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.

A adolescência é um período que ocorre dos 12 aos 18 anos. Os transtornos mentais têm maior probabilidade de ocorrer nesta fase quando esta população está exposta a determinados fatores de risco. Existe uma alta taxa de prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes em privação de liberdade e esta é maior do que a encontrada em adolescentes que não se encontram na mesma situação. Com isso, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de transtornos emocionais e comportamentais de jovens em uma Unidade de Internação do Distrito Federal. Para isso, foi realizada uma pesquisa quantitativa, com análise de dados primários. Os dados foram coletados na Unidade de Internação do Recanto das Emas (UNIRE) através da aplicação do questionário de capacidades e dificuldades/Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). A amostra foi composta por 21 adolescentes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa. Os resultados indicaram que 43% dos adolescentes têm algum problema de saúde mental. A maior prevalência foi em relação aos problemas com os pares (57%). Os resultados também mostraram que 62% dos adolescentes possuem dificuldades que impactam principalmente em seu aprendizado escolar (77%) e nas atividades de lazer (38%). O estudo conclui que a alta prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes em privação de liberdade exige a necessidade de que os mesmos sejam assistidos e cuidados de maneira intersetorial e de responsabilização afim de que não sejam excluídos e negligenciados em suas questões devido a seu estado de privação de liberdade.

Palavras-chave: Adolescência; Ato infracional; Transtorno mental; SDQ; Prevalência.

ABSTRACT

OLIVINDA, Amanda Raquel Rodrigues. **Emotional and behavioral problems of young people in compliance with socio-educational measures: Pilot study in an Internment Unit of the Federal District.** 2018. 32f. Monography (Graduation) - University of Brasília, Graduation in Occupational Therapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2018.

Adolescence is a period that occurs from 12 to 18 years. Mental disorders are more likely to occur at this stage when this population is exposed to certain risk factors. There is a high prevalence rate of mental health problems in adolescents in deprivation of liberty and this is higher than that found in adolescents who are not in the same situation. With this, the objective of this study was to estimate the prevalence of emotional and behavioral disorders of young people in an Internment Unit of the Federal District. For this, a quantitative research was performed, with analysis of primary data. Data were collected at the Recess of Emas (UNIRE) Internment Unit through the application of the capacity and difficulty questionnaire / Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The sample consisted of 21 adolescents who signed the Free and Informed Consent Term (TCLE) for participation in the research. The results indicated that 43% of adolescents have a mental health problem. The highest prevalence was in relation to problems with peers (57%). The results also showed that 62% of adolescents have difficulties that mainly impact on their school learning (77%) and on leisure activities (38%). The study concludes that the high prevalence of mental health problems in adolescents in deprivation of liberty requires the need for them to be assisted and cared in an intersectoral way and co-responsibility so that they are not excluded and neglected in their questions due to their state deprivation of liberty.

Keywords: Adolescence; Infraction act; Mental disorder; SDQ; Prevalence.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	9
2. Justificativa.....	12
3. Objetivos	14
3.1. Geral.....	14
3.2. Específicos	14
4. Metodologia.....	15
4.1. Tipo de Estudo.....	15
4.2. População e amostra	15
4.3. Critérios de Inclusão	15
4.4. Critérios de Exclusão	15
4.5. Coleta de dados	16
4.6. Análise de dados	17
5. Aspectos Éticos.....	17
6. Resultados.....	17
7. Discussão.....	21
8. Conclusão	23
Referências	25
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ)	29
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	31

1. Introdução

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (lei 8.069/1990), a adolescência é um período que ocorre dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990) é uma fase aonde o desenvolvimento vai muito além do âmbito biológico, pois é onde ocorrem grandes mudanças cognitivas, sociais, de papéis, ideias e atitudes. É o período onde o indivíduo tem diversos questionamentos e instabilidades, onde busca sua identidade, liberdade e autoafirmação. A fase onde as mudanças que ocorrem afetam tanto o indivíduo, quanto a sua família e comunidade na qual está inserido (MARTINS, TRINDADE e ALMEIDA, 2003; SCHOEN-FERREIRA, AZNAR-FARIAS e SILVARES, 2010; SILVA, VIANA e CARNEIRO, 2011).

De acordo com Souza e Rezende (2012), a adolescência é considerada uma fase complexa tanto por questões físicas como por questões psicológicas, nesta fase o indivíduo passa por períodos de elevação, introversão, descoordenação, audácia, timidez, apatia que podem vir acompanhados de conflitos afetivos, crises religiosas e postulações filosóficas. Todas estas questões são estressantes e colaboram para a confusão de si mesmo e com estas fragilidades que cercam esta fase os fatores relacionados à saúde mental acabam se sobressaindo nas análises deste período (AVANCI et al 2007).

A Saúde mental segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001) é considerada como “um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de fazer contribuições para a sua comunidade.” sendo esta essencial para o desempenho eficaz do indivíduo e da comunidade.

Menezes e Melo (2010) afirmam que a prevalência das desordens psiquiátricas em crianças e adolescentes é de 10 a 20%. Em uma revisão de literatura Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) relatam que a taxa de prevalência de transtornos mentais nesta população encontrada em Literatura internacional foi de 16,5% e que 4 a cada 5 crianças e adolescentes tem algum problema de saúde mental. Os autores visualizaram que os temas mais encontrados nos estudos dizem respeito a depressão, transtorno de ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias e transtornos de conduta com valores de prevalência variando: depressão 0,6 e 30%, transtorno de ansiedade 3,3% e 32,3%, TDAH 0,9% e 19%, transtorno por uso de substâncias 1,7% e

32,1% e transtornos de conduta 1,8% e 29%, resultando que estes estudos são compatíveis com que já se encontra em outros estudos da literatura científica ao longo dos anos.

Em seu estudo realizado em um ambulatório de psiquiatria infantil na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo, Miyazaki et. al (2014) a partir de análise de registros preenchidos por médicos, sendo estes registros de 109 pacientes, constatou maior prevalência dos seguintes transtornos: transtorno de conduta (n= 34 31,19%), retardo mental (n= 55 50,45%) e TDAH (n= 59 54,12%), sendo TDAH com maior prevalência no sexo masculino e maior prevalência de retardo mental para o sexo feminino, além destes transtornos também foram encontradas altas taxas de prevalência para depressão e ansiedade.

O estudo transversal de abrangência nacional com a população escolar, de Lopes et al. (2014), realizado em 2013-2014, constatou que a prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros era de 30% naquele ano, sendo esta prevalência mais elevada no sexo feminino 38,4% e em meninas entre 15 e 17 anos das escolas privadas da região Norte, seguida das meninas de escola pública da mesma região. Em meninos a prevalência foi de 21,6%. O estudo não visualizou divergências importantes entre macrorregiões e por escolas.

De acordo com Sousa e Resende (2012), os sentimentos, agitações, emoções que ocorrem na fase da adolescência muitas vezes são considerados como normal para a fase, por isso deve-se ter cuidado para que estes não sejam confundidos com algum sintoma psicopatológico, assim como sintomas psicopatológicos não devem ser ignorados e confundidos com “sintomas” normais da idade, por isso a necessidade de avaliações, entrevistas, estudos e escuta.

Os transtornos mentais têm maior probabilidade de ocorrer na adolescência quando esta população está exposta a determinados fatores de risco, segundo Sá et al. (2011) estes dizem respeito a características, experiências e eventos que aumentam a probabilidade de certo desfecho ocorrer quando se tem comparação com uma população que não foi exposta a essas características, experiências e eventos.

Esses fatores de risco ao desenvolvimento de transtorno e saúde mental podem ser abuso sexual, físico, violência na família, escola ou comunidade, pobreza, exclusão social, doenças psiquiátricas, abuso de drogas por parte dos pais, violência conjugal, violência doméstica, física, psicológica, separação dos pais, discussão entre pais e irmãos e baixo suporte emocional durante a infância (PINTO et al. 2014).

Através de seu estudo, Pinto et al (2014) distribui esses fatores de risco da seguinte forma:

- (i) Fatores próprios do indivíduo: Em que são encontrados problemas como baixa autoestima, menor desejo de viver, depressão, ansiedade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno opositor e de conduta, autoagressão, tentativa de suicídio, ideação suicida, sentimento de tristeza e solidão, insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, sentimento de inutilidade, agressividade, problemas interpessoais e transtornos neuróticos;
- (ii) Fatores familiares com a identificação de problemas como: vivenciar violência doméstica com punição física, dificuldade de relacionamento familiar, baixo suporte emocional durante a infância, pais usuários de álcool, divórcio dos pais, problemas financeiros na família, pais com baixo nível de bem-estar e má experiência de comunicação na família;
- (iii) Fatores relacionados ao consumo de droga; escolares com problemas de baixo desempenho, abandono escolar, bullying, discriminação, racismo, vestibular como evento estressante, pressão social dos pares e da vida acadêmica;
- (iv) Fatores de risco sociais: dentro dessa esfera são identificados problemas como: agressividade e violência sofrida, vivência de situações de abuso sexual, envolvimento com gangues, violação de regras, problemas legais, exposição à violência comunitária, roubo, assalto, uso de arma de fogo e estar institucionalizado ou em abrigos.

Esses fatores estão ligados aos fatores que predisõem esta população a prática e ao comportamento violento e não se diferem daqueles que são encontrados em adolescentes que estão em conduta de ato infracional, como visualiza Silveira, Marushi e Bazon (2012) em seu estudo esses fatores são:

- (i) Familiares: conflitos familiares, separação dos pais, desemprego na família, histórico de alcoolismo por parte dos pais, doença mental na família, disciplina por meio de violência física, distanciamento no relacionamento com os pais;
- (ii) Escolares: desmotivação, repetência, comportamento agressivo em sala de aula no passado;

- (iii) Fatores do desenvolvimento psicológico e de comportamento: comportamento antissocial, impulsividade, envolvimento com brigas no passado.

Gallo e Williams (2005) confirmam estes fatores e ainda mencionam o fator do consumo de drogas, pois estas apresentam componentes que levam a agressividade e podem levar a episódios psicóticos de mania.

De acordo com estudos o perfil destes jovens se dá da seguinte maneira: a maioria é do sexo masculino, negros, com idade entre 15 a 17 anos, de família monoparental sendo a mãe a principal provedora da casa, moradores de região periférica, de baixa renda e baixo nível de escolaridade, os principais crimes cometidos por esses jovens são roubo, homicídio e tráfico de entorpecentes (NARDI, JAHN e DELL'AGLIO, 2014; SOUZA, 2016; OLIVEIRA, CARVALHO, 2017; DAMBROS et al. 2018).

2. Justificativa

Através das constatações acima mencionadas, vê-se a relação entre os fatores de risco entre adolescentes em medida socioeducativa e aos fatores de risco que levam ao sofrimento psíquico, logo, a probabilidade de existência de algum transtorno mental nesta população é grande, pois segundo Monteiro e Abelha (2015) altos índices de exposição a estes fatores de riscos levam adolescentes a desenvolver problemas emocionais e/ou comportamentais. Costa e Silva (2017) citam estudos que trazem esta confirmação e que alegam que esta população possui alta taxa de problemas de saúde mental e que estes são maiores do que na população de adolescentes que não se encontram na mesma situação.

Em um estudo seccional, descritivo, de dados primários, Monteiro e Abelha (2015) estudaram uma população de 87 adolescentes em medida de privação de liberdade no estado do Rio de Janeiro, e através de entrevistas foi constatado que do total de adolescentes, 70,11% tinham pelo menos um transtorno mental. Os mais frequentes foram uso de substâncias psicoativas (51,72%), transtorno de estresse pós-traumático (14,94%), depressão e transtorno fóbico (12,64%) cada e metade da amostra estudada (52,87%) apresentou transtornos em comorbidades.

Vilarins (2014) constatou em seu estudo realizado em uma Unidade de Internação do Distrito Federal, a partir da aplicação de instrumento de registro documental em 35 prontuários, que as principais demandas que levaram os adolescentes a serem encaminhados

a um serviço de saúde mental foram insônia, tratamento devido dependência de drogas, ideação suicida, automutilação e depressão. Através do estudo também foi visto que 34 (97%) dos adolescentes receberam diagnóstico de transtorno mental, sendo o transtorno de conduta não socializado o transtorno mais recorrente 19 (47,5%) dentro da unidade, seguido do transtorno mental e comportamental derivado do uso de drogas e os transtornos causados devido o uso de múltiplas drogas 8 (20%), transtorno de ansiedade e depressivo corresponderam a 11 (27,5%). É constatado no estudo que alguns transtornos, como por exemplo, de ansiedade são influenciados pelo estado de privação de liberdade que esses adolescentes se encontram.

Também é visto que adolescentes que cometeram ato infracional são submetidos a medicalização por conta de sua situação de “risco” a sociedade e por isso devem estar nos intramuros do sistema de medida socioeducativa, o que acaba levando essa população a um estado de negligência nos atendimentos dos serviços de saúde mental e nas políticas sociais (VILARINS, 2014).

De acordo com Sousa (2016), as medidas socioeducativas são ações que visam não somente a responsabilização do adolescente pelos seus atos como, também, dá ao mesmo a oportunidade de se desenvolver de modo pessoal e social.

A execução das ações de medida socioeducativa é regulamentada pela lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012 que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e são previstas e definidas no art. 112 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 e no art. 101 da Lei no 8.069 do ECA são elas:

Art. 101: I. Encaminhamento aos pais ou responsáveis, mediante termo de responsabilidade; II. Orientação, apoio e acompanhamento; III. Matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento de ensino fundamental; IV. Inserção em serviços e programas de apoio, proteção e promoção da família, da criança e do adolescente; V. Tratamento médico, psicológico, em regime hospitalar ou ambulatorial; IV. Orientação e tratamento devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

Art. 112: I. Advertência; II. Obrigação de reparar o dano; III. Prestação de serviços à comunidade; IV. Liberdade assistida; V. Inserção em regime de semiliberdade; VI. Internação em estabelecimento educacional.

Para os adolescentes que estão em cumprimento de medida socioeducativa e são diagnosticados com algum transtorno mental o ECA prevê que estes recebam tratamento individual e especializado e em local adequado.

O art. 64 da lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012 ainda visualiza que estes adolescentes devem ser avaliados por equipe multidisciplinar e multisetorial e que “o tratamento a que se submeterá o adolescente deverá observar o previsto na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Como relatado por Costa e Silva (2017), o SINASE anda em conjunto com a Reforma Psiquiátrica e prevê que estes adolescentes tenham acesso de qualidade a um tratamento nos vários equipamentos abertos da rede de atenção à saúde, que os programas socioeducativos estejam articulados com as redes locais, de atenção à saúde mental e de atenção à saúde visando construir programas de reinserção de adolescentes com transtorno mental e que o tratamento seja decidido em conjunto tanto com o paciente, como com a família e equipe multiprofissional.

Tendo em vista estas afirmações é necessário que se realize rastreios, questionários e avaliações sobre a possibilidade de existência de problemas de saúde mental em adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Saur e Ribeiro (2012) afirmam que estes instrumentos para avaliação dos indicadores de saúde mental infanto-juvenil ainda são escassos no Brasil, logo, é importante que haja conhecimento das taxas de transtorno mental nesta população para que se tenha o melhor planejamento dos serviços de saúde oferecidos a esta comunidade e para que seja possível identificação dos grupos de risco a fim de que se tenha a melhor indicação de tratamentos e formulação de programas de saúde mental voltado a esta população.

3. Objetivos

3.1. Geral

- Estimar a prevalência de problemas emocionais e de comportamento existentes em adolescentes internados em Unidade de Internação Socioeducativa.

3.2. Específicos

- Descrever a prevalência de problemas emocionais entre adolescentes internados em Unidade de Internação Socioeducativa;

- Descrever a prevalência de problemas comportamentais entre adolescentes internados em Unidade de Internação Socioeducativa;
- Testar os procedimentos da pesquisa na unidade de internação;
- Discutir resultados preliminares.

4. Metodologia

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo piloto, de abordagem quantitativa, com análise de dados primários. De acordo com Mackey e Gass (2005) o estudo piloto é um ensaio de pequena escala dos procedimentos, materiais e métodos de uma determinada pesquisa. É um estudo importante devido sua capacidade de testar, avaliar, revisar, aprimorar os instrumentos e apontar falhas que possivelmente não são aparentes em um plano de pesquisa. Ainda segundo os mesmos autores, o estudo piloto evita procedimentos que possam causar demoras e gastos na coleta de dados, como também a perda de informações valiosas e insubstituíveis, além disso, o uso dos dados pode ser utilizado no estudo principal.

4.2. População e amostra

A pesquisa foi realizada na Unidade de Internação do Recanto das Emas (UNIRE), onde contém atualmente 200 jovens internados devido ato infracional antes dos 18 anos de idade. A amostra foi composta por 21 jovens que estão em cumprimento de medida socioeducativa e que aceitaram participar da pesquisa.

4.3. Critérios de Inclusão

- Jovens em cumprimento de medida socioeducativa;
- Jovens internados em Unidade de Internação do Recanto das Emas;
- Jovens capazes de responder e entender o questionário e procedimentos da pesquisa;
- Jovens que não estão sob efeito de psicofármacos que dificultam a compreensão e resposta para a pesquisa.

4.4. Critérios de Exclusão

- Jovens que não estão em cumprimento de medida socioeducativa;
- Jovens que não estão internados na Unidade de Internação do Recanto das Emas;
- Jovens incapazes de responder e entender o questionário e procedimentos da pesquisa;
- Jovens que estão sob efeito de psicofármacos que dificultam a compreensão e resposta para a pesquisa.

4.5. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de dados primários. De acordo com Mattar (2005), dados primários “são aqueles que ainda não foram antes coletados. Eles são pesquisados com objetivo de atender as necessidades específicas da pesquisa em andamento”.

Os dados primários desta pesquisa foram coletados através do questionário de capacidades e dificuldades/*Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, criado por Robert Goodman em 1990. O questionário avalia o comportamento de crianças e adolescentes de 4 a 16 anos e é conhecido como o instrumento de pesquisa mais utilizado para detecção dos problemas relacionados à saúde mental desta população (SAUR e RIBEIRO, 2012; DOS SANTOS e CELERI, 2018.). É constituído por 25 itens que são distribuídos em cinco subescalas: sintomas emocionais, problemas de conduta, de hiperatividade, relacionamento com os pares e problemas no relacionamento pró-social. Essas áreas tiveram como base para sua definição o DSM-IV. As respostas para o questionário podem ser: “falso”, “mais ou menos verdadeiro” ou “verdadeiro” (DUARTE e BORDIN, 2000; STIVANIN et al., 2008; SANTOS e CELERI, 2018). A pontuação se dá da seguinte maneira, para a alternativa “falsa” é atribuído zero, “mais ou menos verdadeiro” um ponto e “verdadeiro” dois pontos. Para cada subescala a pontuação varia de 0 a 10 pontos e a pontuação do escore total pode variar de 0 a 40 pontos. Possui três versões para aplicação, uma para crianças acima de 11 anos, uma para pais ou responsáveis e outra para professores e é disponibilizado em 40 idiomas incluindo o português (SAUR e RIBEIRO, 2012). É considerado como um instrumento de alto índice de validade e fidedignidade, sendo confirmada sua adequação e aplicabilidade para o rastreio de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (SAUR e RIBEIRO, 2012). A versão SDQ para crianças acima de 11 anos foi a versão utilizada neste estudo (Apêndice A). A aplicação do questionário durou cerca de 10 minutos.

4.6. Análise de dados

Os dados obtidos nesta pesquisa foram analisados e organizados por meio de dados numéricos em planilha do Excel®.

5. Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido pelo pesquisador responsável ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e à Vara de Execução de Medidas Socioeducativas (VEMSE) tendo recebido sua devida aprovação, sob o título original “EXPLORANDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE JOVENS EM CONFLITO COM A LEI NO DISTRITO FEDERAL”, projeto coordenado por Cristhiane Oliveira, co-orientadora da pesquisa, com número CAAE: 86648318.4.0000.0030. Antes da aplicação dos questionários, cada adolescente foi informado sobre a pesquisa, sendo esclarecidos e convidados a participarem da mesma assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Os adolescentes foram informados de sua participação voluntária e quanto ao sigilo de seus nomes e dos dados fornecidos.

6. Resultados

Constituiu a amostra deste estudo um total de 21 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, todos do sexo masculino, com idade média de 18,3 anos. Os adolescentes participantes foram adolescentes matriculados em nas turmas do 6º ano do ensino fundamental e 1º ano do ensino médio da escola da UNIRE.

Através desta pesquisa também foi possível identificar a prevalência de quadros considerados clínicos, limítrofes e normais em saúde mental. Na amostra estudada foi visto que 43% de casos na pontuação total do SDQ são quadros considerados clínicos (Tabela 1). A pontuação total do questionário foi resultado da soma do total das subescalas “Emocional”, “Conduta”, “Hiperatividade”, “Pares” e “Impacto”.

Tabela 1 - Prevalência de casos considerados como “Normal”, “Limítrofe” e “Clínico”.

SDQ total	
Normal	33%
Limítrofe	24%
Clínico	43%

Fonte: Dados do pesquisador

Na Tabela 2, a seguir, é apresentado os resultados obtidos através das respostas dos adolescentes ao SDQ, esses resultados são referentes às subescalas “Emocional”, “Conduta”, “Hiperatividade”, “Pares” e “Pró-social”.

Tabela 2. Prevalência das subescalas do SDQ.

	SDQ Subescalas					
	Normal		Limítrofe		Clínico	
	N	%	N	%	N	%
Emocional	12	57	2	10	7	33
Conduta	7	33	5	24	9	43
Hiperatividade	17	81	2	10	2	10
Pares	5	24	4	19	12	57
Pró-social	16	76	2	10	3	14

Fonte: Dados do Pesquisador

A partir desses resultados foi observado que as subescalas “Conduta” e “Pares” obtiveram maior percentual de casos considerados clínicos, com 43% e 57%, respectivamente. A subescala “Hiperatividade” obteve maior percentual de casos considerados normais, 81%. Em relação ao comportamento pró-social 76% dos adolescentes apresentaram escore “normal”.

A versão SDQ utilizada neste estudo inclui a parte de “suplemento de impacto”, nela são abordadas questões relacionadas ao impacto de suas dificuldades gerais nas dificuldades emocionais, comportamentais, pouca concentração e de se dar bem com outras pessoas, tempo de existência dessas dificuldades, se as mesmas incomodam ou aborrecem estes adolescentes, se atrapalham no dia a dia como em situações em casa, amizades, aprendizado

escolar e atividades de lazer, e se essas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com esses adolescentes, como família, amigos e professores.

Neste estudo pode-se averiguar que 62% dos adolescentes consideram ter pequenas dificuldades sejam elas emocionais, comportamentais, de pouca concentração ou de se dar bem com outras pessoas. Não houve marcações nas opções “Sim, dificuldades bem definidas” e “Sim, dificuldades graves”. (Tabela 3). Dos 62% de adolescentes, 46% relatam que estas dificuldades existem a mais de um ano (Tabela 4).

Tabela 3. Dificuldades emocionais, comportamentais, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Suplemento de Impacto: Dificuldades emocionais, comportamentais, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas		
	N	%
Não	8	38
Sim, pequenas dificuldades	13	62
Sim, dificuldades bem definidas	-	-
Sim, dificuldades graves	-	-

Fonte: Dados do Pesquisador

Tabela 4. Tempo de existência das dificuldades.

Tempo de existência das dificuldades		
	N	%
Menos de 1 mês	5	39
1-5 meses	2	15
6-12 meses	-	-
Mais de um ano	6	46

Fonte: Dados do Pesquisador

Em relação ao tanto que estas dificuldades incomodam ou aborrecem os adolescentes estudados, 54% relataram que as mesmas incomodam ou os aborrecem um pouco (Tabela 5).

Tabela 5. Estas dificuldades incomodam ou aborrecem?

Estas dificuldades incomodam ou aborrecem?		N	%
Nada		1	23
Um pouco		7	54
Muito		1	23
Mais que muito		-	-

Fonte: Dados do Pesquisador

Quanto aos impactos dessas dificuldades em situações como no dia a dia em casa, amizades, aprendizado escolar e atividades de lazer, 77% dos adolescentes consideram que estas dificuldades atrapalham um pouco em seu aprendizado escolar, seguido de 38% considerando que as dificuldades atrapalham um pouco em atividades de lazer. A maioria dos adolescentes não considera que as dificuldades existentes atrapalhem no seu dia a dia em casa e nas amizades, 46% e 31% respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6. Situações do dia a dia.

	Situações do dia a dia									
	Nada		Um pouco		Muito		Mais que Muito		Não Informado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dia a dia em casa	6	46	1	8	1	8	-	-	5	38
Amizades 38	4	31	3	23	1	8	-	-	5	
Aprendizagem Escolar	-	-	10	77	2	15	-	-	1	8
Atividades de Lazer 31	3	23	5	38	1	8	-	-	4	

Fonte: Dados do Pesquisador

No item “estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc)?” 61% dos adolescentes marcaram a

opção “Nada”, considerando que estas dificuldades não tornam as coisas difíceis para as pessoas que convivem com os mesmos (Tabela 7).

Tabela 7. Dificuldades tornam as coisas difíceis para as pessoas de convivência.

Dificuldades tornam as coisas difíceis para as pessoas de convivência		
	N	%
Nada	8	61
Um pouco	4	31
Muito	1	8
Mais que muito	-	-

Fonte: Dados do Pesquisador

7. Discussão

Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de problemas emocionais e comportamentais de jovens em cumprimento de medida socioeducativa. O principal achado deste estudo foi que 43% da amostra dos adolescentes apresentaram quadros de saúde mental considerados de níveis “clínicos”. Este achado confirma o que se encontra nas demais literaturas, como no estudo de Silva et. al (2015) que através da aplicação do SDQ em 33 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no interior do Estado de São Paulo/Brasil, constatou a prevalência de 67% de casos pontuados como clínicos.

Pinho et. al (2006), em seu estudo realizado na cidade de Salvador, identificaram a prevalência de 75,2% de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa diagnosticados com algum transtorno psiquiátrico. Os autores utilizaram questionários e entrevistas semi estruturadas para obtenção deste resultado.

A literatura internacional também visualiza a alta prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, e como já mencionado neste estudo, ainda relatam que estes problemas são maiores do que a encontrada em adolescentes que não se encontram na mesma situação de privação de liberdade (KARNIK et. al, 2009).

Apesar desta alta prevalência visualizada e apesar do que é previsto pelo artigo 112 do ECA em relação a assistência à saúde mental desses adolescentes, Monteiro (2012) traz em seu estudo que a realidade brasileira se difere do que é previsto por lei, revelando estudos que

afirmam a baixa qualidade de oferta em saúde mental aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e que as ações realizadas pelas unidades socioeducativas é insuficiente frente as exigências da Reforma Psiquiátrica.

Sendo assim, é visto que é de extrema importância a ligação entre o SINASE e a lei 10.216/2001, pois possibilita que estes adolescentes tenham a garantia dos direitos previstos:

(1) do acesso e tratamento de qualidade a pessoa com transtornos mentais, preferencialmente, na rede pública extra-hospitalar de atenção à saúde mental, isto é, nos ambulatórios de saúde mental, nos Centros de Atenção Psicossocial, nos Centros de Convivência ou em outros equipamentos abertos da rede de atenção à saúde;

(2) da articulação dos programas socioeducativos com a rede local de atenção à saúde mental, e a rede de saúde, de forma geral, visando construir, interinstitucionalmente, programas permanentes de reinserção social para os adolescentes com transtornos mentais;

(3) da proibição de que os adolescentes com transtornos mentais sejam confinados em alas ou espaços especiais, sendo o objetivo permanente do atendimento socioeducativo e das equipes de saúde a reinserção social destes adolescentes;

(4) do tratamento dos transtornos mentais por critérios clínicos (nunca punitivos ou administrativos), sendo decidido com a participação do paciente, seus familiares e equipe multiprofissional (BRASIL, 2006).

Apesar de o SINASE prever essas garantias aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, Costa e Silva (2017) trazem em seu estudo que as unidades socioeducativas muitas vezes possuem uma governança verticalizada que têm suas próprias regras para tratar a saúde desses adolescentes e tomando decisões que se diferem do mundo externo. Segundo os autores, a escolha dos tipos de governança na gestão dessas unidades está ligada aos custos de transação que os gestores estão dispostos a arcar na relação com terceiros e na corresponsabilização com demais agentes públicos, muitas vezes a escolha de uma gestão hierarquizada se dá devido ao fato das demais instâncias não terem um comportamento cooperativo e adequado às expectativas das unidades.

A verticalização existente é interpretada por Costa e Silva (2017) como uma desconfiança que agentes governamentais consignam em terceiros e no quanto estão dispostos a arcar nos custos de contratualização para lidar com algo de responsabilidade social.

Outro achado deste estudo diz respeito à alta prevalência de problemas com os pares (57%) e de comportamento pró-social (76%), sendo esta a única habilidade explorada. O

mesmo também é visualizado no estudo de Silva et. al (2015), segundo os autores, apesar da alta prevalência destes problemas com os pares, o alto escore na faixa de avaliação “Saudável” de comportamento pró-social, possibilita que mesmo com as dificuldades, estes adolescentes podem desenvolver potencial e disponibilidade no compartilhamento e construção com os pares.

A alta prevalência dos problemas de conduta (43%) encontrada nos adolescentes deste estudo, também converge com estudos já realizados (VILARINS, 2014; SILVA, 2015; COSTA e SILVA, 2017).

Em relação ao item “suplemento de impacto” do SDQ, foi visto que 62% dos adolescentes consideram ter pequenas dificuldades sejam elas emocionais, comportamentais, de pouca concentração ou de se dar bem com outras pessoas e que a maioria relata que estas existem a mais de um ano. Apesar de serem pequenas dificuldades, estas trazem impacto tanto nas atividades de lazer (38%), como no aprendizado escolar (77%) destes jovens e que se não tratadas de forma intersetorial, articulada e ignoradas pelo sistema de internação, podem ser agravadas devido à negligência destas dificuldades e devido sua atual situação de privação de liberdade, fazendo com que o sistema se torne um potencializador do sofrimento e das dificuldades (VILARINS, 2014).

O SINASE enquanto sistema integrado, visa essa intersetorialidade e articulação com os três níveis de governo para o melhor atendimento desses adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. A existência de equipe multidisciplinar é de extrema importância para que o adolescente seja atendido dentro de suas necessidades, recebendo apoio de diversos profissionais como advogados, pedagogos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros que poderão contribuir para o seu desenvolvimento (VERONESE, 2015).

A intervenção voltada a esses adolescentes de forma articulada com o envolvimento de profissionais empenhados que estão em conjunto com as políticas públicas destinadas ao Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGD) contribui para a redução de diversos fatores como, por exemplo, os problemas emocionais e comportamentais que muitas vezes são as principais causas do ato infracional (MAYER, 2014).

8. Conclusão

Com a alta prevalência encontrada neste estudo, é vista a necessidade de que esses adolescentes sejam cada vez mais assistidos e cuidados de forma adequada em saúde mental, cuidado esse que deve existir de forma intersetorial e de corresponsabilização. É visto que

devido a atual situação desses adolescentes, os problemas tendem a se agravar se não assistidos da melhor maneira, gerando problemas não somente individuais, como também aos seus familiares, socialmente, ao ambiente em que estão inseridos e ao estado.

O tamanho da amostra do estudo restringe a generalização dos resultados, porém através dele também se pode observar a escassez de demais estudos que abordam o tema de saúde mental e ato infracional, sendo assim, é vista a necessidade de produção de mais estudos com este, a fim de que se tenham mais dados e informações sobre a saúde mental desta população em privação de liberdade. Isso é importante para que esses adolescentes sejam vistos como sujeito de direito, logo, como sujeitos que necessitam de total assistência, não sendo excluídos e negligenciados por conta de sua situação de privação de liberdade, não somente isso, mas estudos abordando temas como estes podem fomentar e subsidiar novas políticas públicas a esta população a fim de que sejam assistidos e formados da melhor maneira.

Referências

AVANCI, Joviana Q. et al. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 287-294, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRASIL, Constituição; BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. **Diário Oficial da União**, n. s2001, 2001.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo – SINASE**. Brasília: Conanda; 2006.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1467-1478, May 2017.

DAMBROS, Thiago et al. O adolescente em cumprimento de medida socioeducativa sob perspectiva dos estilos parentais e insegurança alimentar. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Oeste do Paraná - Campus Francisco Beltrão, 2018.

DUARTE, Cristiane S; BORDIN, Isabel AS. Instrumentos de avaliação. **Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo** , v. 22, supl. 2, p. 55-58, Dec. 2000 .

GALLO, Alex Eduardo, & WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. **Psicologia: teoria e prática**, 7(1), 81-95.

GONÇALVES Vilarins, Natália Pereira. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciência & Saúde Coletiva [en linea]** 2014, 19 (Marzo-)

LOPES, Claudia S. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 1, p. -, 2016.

MACKEY, A.; GASS, S. Common data collection measures. In: _____. **Second language research: methodology and design**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005. p. 43-99.

MATTAR, F.N. **Pesquisa de Marketing: Metodologia e planejamento**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS Oliveira Priscilla de, TRINDADE Araújo, Zeidi, ALMEIDA de Oliveira, Angela Maria, O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [en linea] 2003, 16 (3), pp. 555-568.

MAYER, Débora Eliza Coqui. Intersetorialidade na Execução da medida de Internação Provisória no município de Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

MENEZES, T. T.; MELO, V. J. O pediatra a e percepção dos transtornos mentais na infância e na adolescência. **Adolescência & Saúde**. 2010, vol.7, n.3, pp. 38-46

MONTEIRO EMS, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais e fatores de risco em adolescentes do sexo masculino privados de liberdade. **Adolesc Saude**. 2015;12(4):7-18

MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, v. 16, n. 2, 2014.

NARDI, Fernanda Ludke; JAHN, Guilherme Machado; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. **Psicologia em Revista**, v. 20, n. 1, p. 116-137, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Strengthening mental health promotion**. Geneva, World Health Organization, 2001.

PINHO, S.R et al. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2006. 55(2): 126-130.

SÁ, Daniel Graça Fatori et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 643-652, 2011.

SANTOS, Raquel Godinho Hokama; CELERI, Eloisa Helena Rubelo Valler. Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares no contexto da atenção básica à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 1, p. 82-90, 2018.

SAUR, Adriana Martins; LOUREIRO, Sonia Regina. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire: a literature review. **Estudos de psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 4, p. 619-629, 2012.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena; AZNAR-FARIAS, Maria; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. Adolescência através dos séculos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 26, n. 2, p. 227-234, June 2010 .

SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA-SEDH/PR. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. **Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990; 5.537, de 21 de novembro de 1968; 8.315, de 23 de dezembro de 1991; 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nos 4.048, de 22 ... 2012.**

SILVA, Maria Denise Pessoa e et al . Saúde mental e fatores de risco e proteção: focalizando adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 162-169, 2015 .

SILVA, Paulo Sérgio Modesto; VIANA, Ms Meire Nunes. O desenvolvimento da adolescência na teoria de Piaget. 2011.

SILVEIRA, Maria Angélica de Souza; MARUSCHI, Maria Cristina; BAZON, Marina Rezende. Risco e proteção para o engajamento de adolescentes em práticas de atos infracionais. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 3, p. 358-366, 2012.

SOUZA, Carolina Cardoso; RESENDE, Ana Cristina. Transtornos psicológicos em adolescentes socioeducandos. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 11, n. 1, p. 95-109, 2012.

SOUSA, Irma Danielle. Adolescentes em conflito com a lei: as causas que levam os adolescentes a cometerem ato infracional no estado do piauí. **Revista Fundamentos**, v. 2, n. 2, 2016.

MONTEIRO, Edna Maria da Silveira. Prevalência de transtornos mentais em adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - UFRJ/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2012.

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados; uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014.

VILARINS, Gonçalves; PEREIRA, Natália. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2014.

VERONESE, Josiane Rose Petry. O adolescente autor de ato infracional sob a perspectiva da intersectorialidade. **Revista do Direito**, v. 3, n. 47, p. 125-143, 2015.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) Pa 4-17

Importante: Somente utilize este questionário se a CI tiver entre 4 e 17 anos

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreve a CI. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê sua resposta com base no comportamento da criança nos últimos seis meses

Nome: _____

Data de Nascimento ____/____/____

Masculino

Feminino

Dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos últimos seis meses

	Falso	Mais ou Menos Verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, com outras crianças ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É solitário, prefere brincar sozinho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, é querido por outras crianças -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perde a concentração -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É gentil com crianças mais novas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente engana ou mente -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças) -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Falso	Mais ou Menos Verdadeiro	Verdadeiro
Pensa nas coisas antes de fazê-las -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se facilmente -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

- Não
- Sim - pequenas dificuldades
- Sim - dificuldades bem definidas
- Sim - dificuldades graves

Se você respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

Há quanto tempo estas dificuldades existem?

- Menos de 1 mês
- 1-5 meses
- 6-12 meses
- Mais de 1 ano

Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

- Nada
- Um pouco
- Muito
- Mais que muito

Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	NADA	UM POUCO	MUITO	MAIS QUE MUITO
DIA-A-DIA EM CASA -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMIZADES -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZADO -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.) ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

	NADA	UM POUCO	MUITO	MAIS QUE MUITO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos você a participar voluntariamente do projeto de pesquisa EXPLORANDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE JOVENS EM CONFLITO COM A LEI NO DISTRITO FEDERAL, orientada pela professora Dra. Lenora Gandolfi e sob a responsabilidade da pesquisadora Cristhiane Oliveira.

O objetivo desta pesquisa é explorar e caracterizar a saúde mental dos Jovens em conflito com a lei em regime de restrição de liberdade e sua relação com a rede de cuidados à saúde. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). A sua participação se dará por meio de questionário de aproximadamente 10 minutos, e eventualmente convidado a conversar um pouco mais por volta de 10 minutos em um local sigiloso dentro da unidade de internação.

O questionário entrevista não oferecem riscos, caso o tema abordado gere algum desconforto poderá ser feito atendimento psicológico por parte da pesquisadora de forma acolher e minimizar qualquer dano eventual. Se você aceitar participar estará contribuindo para maior e melhor entendimento sobre Quais são os principais dificuldades que os jovens encontram quando precisam se reportar ao serviço de saúde mental e quais suportes estão disponíveis.

Você pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar a ser indenizado obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podemos ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se tiver alguma dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Cristhiane Oliveira ou Dra. Lenora Gandolfi, na Universidade de Brasília no telefone (61) 3107-1991 ou (61) 98103-1802 disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou nos seguintes e-mails: psi.crisoliveira@gmail.com; vagner@unb.br

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento 10:00hs às 12hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso Concorde em participar, Pedimos que assim deste documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e outra com você.

Nome e assinatura do Participante da Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ___ de _____ de _____.