

Desigualdade Social, Delinquencia e Depressão: Um Estudo com Adolescentes em Conflito com a Lei⁽¹⁾

**Social inequality, delinquency and depression: a study with
adolescents in conflict with the law**

Elza Maria de Souza¹, Fernanda Pires da Silva-Abrão² e Janayana Oliveira-
Almeida²

1 Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil elzadesouza@terra.com.br

2 Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil feabrao@hotmail.com,
janayana_almeida@yahoo.com.br

Recebido 28 Setembro 2010/Enviado para Modificação 12 Novembro 2010/Aprovado 21 Janeiro 2011

RESUMO

Objetivo Avaliar a autopercepção do estado de saúde de adolescentes em confronto com a lei, obter informações relativas ao relacionamento desses adolescentes e a instituição destinada a oferecer atividades socioeducacionais e propor uma intervenção de reintegração social.

Métodos Estudo qualiquantitativo incluindo um estudo transversal e uma observação de processo entre fevereiro e julho de 2006 com 51 adolescentes em confronto com a lei, atendidos no Centro de Desenvolvimento Social de Ceilândia (CDSC), Distrito Federal, Brasil. Jovens de 14 a 19 anos completaram questionários auto-responsáveis contendo variáveis sócio-demográficas e variáveis referentes ao estado de saúde. Durante a coleta de dados foram feitas observações sobre a opinião dos profissionais, dos pais e dos adolescentes, utilizando-se um diário de campo a fim de entendermos a relação entre instituição, cuidadores e usuários do referido Centro.

Resultados 78,4 % dos entrevistados referiram estado de saúde muito bom ou bom. No entanto, 70,6 % dos jovens referiram algum agravo à saúde. Irritabilidade fácil foi o agravo mais referido (25,5 %), seguido por problemas para dormir (19,6 %), dificuldade de concentração (13,7 %) e alergia (13,7 %). Os dados qualitativos sugeriram possível desconfiança mútua entre usuários e profissionais do CDSC e os adolescentes nele atendidos.

Conclusão Os resultados sugerem alta prevalência de sintomas de depressão. É possível que a irritabilidade fácil esteja relacionada à delinquência na amostra, no entanto, essa relação não foi investigada, merecendo pesquisas futuras para subsidiar políticas públicas em países da América Latina, onde a violência juvenil tornou-se um problema de saúde pública.

¹ Adaptado de la ponencia presentada por los autores en la 5th International Conference de la International Society for Equity on Health, realizada en Creta, Grecia, Junio 9-11 de 2009.

Palavras-chave: Adolescente, depressão, delinqüência juvenil, autopercepção, estado de saúde, iniquidade social (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Evaluating self-perception regarding health status in adolescents released on parole and observing the attitudes of professionals, parents or guardians and the adolescents themselves.

Methods This was quali-quantitative research lasting from February to July 2006 which included a cross-sectional and observational study using a sample of 51 adolescents in conflict with the law who had been released on parole and who were attending a Social Development Centre in Ceilândia (SDCC), Distrito Federal, Brazil. Adolescents aged 14 to 19 completed self-administered questionnaires covering sociodemographic and health status-related variables. Process observation was also conducted so as to obtain qualitative information concerned with the relationship between adolescents and the professionals in charge to provide socio-educational measures in the aforementioned Centre.

Results It was found that 78.4 % of the interviewees mentioned good or very good health status; however, 76.6 % of the sample mentioned at least one health problem. Becoming easily irritated (anger) was the most referred to health problem, followed by sleeping problems (19.6 %), poor concentration (13.7 %) and allergy (13.7 %). Observation suggested that adolescents and parents had a poor relationship with the professionals in charge of caring for them.

Conclusion The results suggested a high prevalence for symptoms of depression. Easy irritability may have been related to delinquency in the sample; however, such association was not investigated and deserves future research to develop appropriate public policy in Brazil and other Latin-American countries as violence becomes a public health problem in the region.

Key Words: Adolescent, depression, juvenile delinquency, self-perception, health status, socioeconomic factor, inequality (*source: MeSH, NLM*).

RESUMEN

Desigualdad social, delincuencia y depresión: un estudio con adolescentes en conflicto con la ley

Objetivo Evaluar la percepción del estado de salud de los adolescentes en conflicto con la ley, la información relativa a la relación de estos adolescentes con la institución diseñada para ofrecer actividades socio-educativas, y proponer una intervención para su reintegración social.

Métodos Estudio cuali-cuantitativo incluyendo un estudio de corte transversal y la observación de un proceso entre febrero y julio de 2006 con 51 adolescentes en conflicto con la ley, al que asistieron el Centro de Desarrollo Social Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. Jóvenes de 14 a 19 años completaron los cuestionarios que contienen las variables socio-demográficas de auto-respuesta y las variables relacionadas con el estado de salud. Durante la recolección de datos, se hicieron observaciones sobre la opinión de los profesionales, padres y adolescentes, utilizando un diario para entender la relación entre las instituciones, los médicos y los usuarios del Centro.

Resultados Aproximadamente el 78,4 % de los encuestados informó un estado de salud muy buena o buena. Sin embargo, cuando se le preguntó acerca de las enfermedades específicas,

el 70,6 % de los jóvenes reportaron algunos daños a la salud. Irritabilidad fácil fue la afección más frecuentemente mencionada (25,5 %), seguido de los problemas del sueño (19,6 %), dificultad para concentrarse (13,7 %) y alergia (13,7 %). Los datos cualitativos sugieren desconfianza recíproca entre los usuarios y profesionales del Centro de Desarrollo Social y los adolescentes tratados en él.

Conclusión Los resultados sugieren una alta prevalencia de síntomas depresivos. Es posible que la irritabilidad fácil esté relacionada con la delincuencia en la muestra, sin embargo, esta relación no se ha investigado y merece más investigación para apoyar las políticas públicas en Brasil y otros países de América Latina, donde la violencia juvenil se ha convertido en un problema de salud pública.

Palabras Clave: Adolescente, depresión, delincuencia juvenil, factores socioeconómicos, inequidad social (*fuentes: DeCS, BIREME*)

Adolescência, de acordo com a OMS, é o período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade (1,2). Porém, mais que uma faixa etária, a adolescência é um período de transformações físicas, psicológicas, sociais e culturais percebidas de forma diferente por diferentes culturas. Há aproximadamente 1,2 bilhões de adolescentes no mundo, dos quais 87 % estão em países em desenvolvimento (3). A população adolescente no Brasil é de 34 milhões, o que corresponde a aproximadamente 18 % da população do País (3,4).

A adolescência é comumente considerada como um período saudável da vida livre das doenças infecto-contagiosas típicas da infância e das doenças crônicas não transmissíveis associadas à idade avançada. No entanto, uma pesquisa da OMS realizada em 1990 (1) com o objetivo de quantificar anos de vida perdidos devido a mortes prematuras e anos de vida saudáveis perdidos devido a agravos à saúde mostrou que aproximadamente 10 % das pessoas doentes no mundo eram adolescentes. Em revisão bibliográfica abrangente conduzida por Duarte e colaboradores em 2003 (5) sobre problema mental em crianças e adolescentes na América Latina em seis países diferentes mostrou uma prevalência variando de 15 % a 20 %, e que a maioria dos jovens com agravos mentais vivia em condição de pobreza extrema. Um estudo realizado com alunos do ensino fundamental em uma escola de Ceilândia, Distrito Federal DF, Brasil verificou alta prevalência de sintomas relativos à irritabilidade fácil, tristeza intensa e dificuldade de concentração, sintomas esses que colocam em risco o desempenho e a integridade física e psicológica dos jovens, além de serem fatores de risco para comportamento anti-social (6)

Dados mostram que a depressão maior constitui o agravo mais frequente entre os distúrbios mentais da adolescência, envolvendo um alto grau de

morbidade e mortalidade, especialmente suicídio (1,7). Além de pouco investigada a depressão na adolescência, é muitas vezes confundida com características próprias da idade ou simplesmente tomada como "turbulências da adolescência" (8). A depressão em adolescentes tem uma apresentação diversa do agravo em adultos, visto que adolescentes deprimidos não estão sempre tristes; apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva em seu comportamento (8-10).

Dentre os graves problemas de comportamento inclui-se, especialmente, o uso abusivo de álcool e drogas lícitas e ilícitas (9,11). Esses comportamentos são em geral interpretados tanto pela família, quanto pela escola e a sociedade em geral como de rebeldia e, portanto, passando sem a abordagem profissional adequada (10). Em estudo longitudinal, envolvendo 550 adolescentes estudantes entre 11 e 17 anos de idade, nos EUA, Garrison e colaboradores (12) concluíram que no início da adolescência o ambiente familiar é um preditor de sintomas depressivo mais importante do que os eventos estressores de vida em geral. Resultados semelhantes foram encontrados por Parten e colaboradores (13), numa pesquisa comunitária na Califórnia-EUA, com 5 531 adolescentes onde. Na Jamaica, assim como em Trinidad e Tobago, investigação conduzida com estudantes do ensino médio (8,10) revelou uma prevalência de 9 % da doença depressiva propriamente dita. A relação turbulenta entre os adolescentes e seus pais pode desencadear "estressores" potenciais que poderiam afetar a vida das famílias para a maioria dos adolescentes (15). Estudo realizado em área urbana de baixa renda no Sul do Brasil mostrou que os adolescentes quando institucionalizados por motivos de abandono, maus-tratos, negligência, perda dos pais ou decisões judiciais apresentam uma maior prevalência de depressão quando comparados com o grupo que mora com a família (15). Pesquisa realizada em 2002 também em uma área urbana de baixa renda do Distrito Federal no Brasil apontou prevalência de 16,6 % de sintomas relativos à irritabilidade excessiva seguida de tristeza intensa e dificuldade de concentração (6) resultado esse compatível com dados epidemiológicos dos transtornos depressivos em crianças e adolescentes, os quais mostram prevalência para a depressão maior variando de 3,3 a 12,4 %.

O mito da adolescência livre de doenças faz com que muitos dos agravos em adolescentes sejam sub-diagnosticados. Muitos desses jovens deixados sem tratamento e acompanhamento adequados são encaminhados para as chamadas medidas socioeducativas criadas pelo Estado e, que, quase sempre falham em prover tais medidas, ficando essas restritas ao tratamento punitivo,

agravando a situação e transformando jovens recuperáveis em adultos criminosos.

Estudos com jovens infratores e intervenções destinadas a reintegração social são raros e pontuais. As políticas existentes ficam mais na retórica. Na prática jovens infratores acabam sendo vítimas e culpados do seu próprio destino.

Embora população de adolescentes seja expressiva, principalmente em países considerados em desenvolvimento, as pesquisas de morbidade na adolescência, bem como estudos que associem sintomas depressivos e delinquência juvenil são raros.

O objetivo deste estudo foi avaliar a autopercepção do estado de saúde e a prevalência de alguns agravos à saúde em uma amostra de adolescentes em liberdade assistida atendidos no Centro de Desenvolvimento Social (CDS) de Ceilândia, Cidade satélite de Brasília, Distrito Federal, Brasil. Foi propósito do estudo também conduzir uma pesquisa qualitativa utilizando-se a técnica do diário de campo para a observação do processo desde o primeiro contato com os profissionais do CDS e os adolescentes, pais ou responsáveis até o final da coleta de dados com os jovens a fim de obter informações sobre a relação desses adolescentes com o CDS e iniciar uma intervenção de promoção social para a saúde com esse grupo de adolescentes.

MÉTODOS

Foi desenvolvida uma pesquisa qualiquantitativa, incluindo um estudo transversal com uma amostra de conveniência de 51 adolescentes com idade entre 14 e 19 anos em situação de liberdade assistida, atendidos no Centro de Desenvolvimento Social (CDS). Paralelamente foi realizado um estudo qualitativo empregando-se a técnica de observação de processo em que quatro estudantes de medicina utilizaram um diário de campo para anotações dos comentários feitos pelos profissionais, pelos pais ou responsáveis e pelos adolescentes atendidos no referido CDS de Ceilândia, DF.

Os centros de desenvolvimentos sociais são unidades vinculadas à Secretaria de Estado da Ação Social. São destinados, entre outras a prover atenção aos adolescentes em conflito com a lei. Contam com uma equipe de profissionais que inclui assistentes sociais, psicólogos e monitores treinados para auxiliar a reintegração social de jovens na condição de liberdade assistida.

A liberdade assistida é definida como uma das medidas sócio-educativas determinadas por um juiz da Vara Especial da Infância e Adolescência, destinadas a adolescentes infratores por um período pré-determinado onde o menor é acompanhado por uma equipe de profissionais capacitados de forma a auxiliá-lo na construção e realização de novos projetos de vida (18).

Antes do início da coleta dos dados quantitativos foi necessário um conjunto de medidas junto a Secretaria de Estado da Ação Social do Distrito Federal (SEAS). Inicialmente foi feita uma reunião da coordenadora do projeto de pesquisa com o Secretário da SEAS para apresentação da proposta. Foram feitas posteriormente quatro reuniões com a assessoria do Secretário e a Diretora do CDS para discussão das estratégias e operacionalização da pesquisa e a entrada dos pesquisadores no CDS antes do primeiro contato com os profissionais do referido Centro. Os dados qualitativos foram coletados por meio de anotações feitas pela coordenadora da pesquisa em diário de campo e quatro estudantes de medicina, envolvidos em um programa de iniciação científica durante as reuniões realizadas com os profissionais, com os pais ou responsáveis e com os adolescentes, e por comentários escritos pelos adolescentes nos questionários auto respondíveis.

O CDS de Ceilândia foi selecionado por estar localizado em uma área urbana de baixa renda com altos índices de violência, por atender também a jovens vindos de outras comunidades vizinhas e por contar com a anuência da direção do Centro para a realização da pesquisa, visto que em geral existe resistência à entrada de pesquisadores nessas instituições.

Para a coleta dos dados quantitativos, os adolescentes completaram questionários auto-respondíveis em um tempo médio de 15 minutos. Os questionários compreendiam questões fechadas referentes à idade, escolaridade, local de nascimento, situação de residência, estado conjugal e escolaridade dos genitores. Os questionários continham também variáveis referentes à percepção do estado de saúde com cinco categorias: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim; além de uma lista de agravos frequentes na adolescência, tais como alergia, problemas articulares, asma ou bronquite, tristeza profunda ou depressão, distúrbio do sono, dificuldade de concentração, irritabilidade fácil, havendo um campo para especificação dos agravos enquadrados na categoria "outros".

A coleta de dados foi realizada de fevereiro a julho de 2006. Durante esse período os jovens responderam questionários no próprio CDS em reuniões

planejadas para este fim, bem como no domicílio daqueles que não compareceram às reuniões por dificuldade de conciliar horários ou por resistência em comparecer ao CDS.

O estudo deveria ser feito com os 106 adolescentes cadastrados no início da pesquisa de acordo com os dados fornecidos pela Direção do CDS. Desses, apenas 51 responderam ao questionário. Os demais não fizeram parte do estudo por não contarem com a anuência dos responsáveis, por estarem ausentes aos encontros marcados no CDS e por não serem encontrados no domicílio após três tentativas, por estarem trabalhando na ocasião da coleta ou por recusa a participação na pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Os termos de consentimento livre e esclarecido foram assinados pelos participantes e também pelos responsáveis legais, em caso de jovens menores de idade. Depois de encerrada a coleta dos dados foi programada uma intervenção intergeracional onde idosos da comunidade compartilhariam suas histórias de vida com os adolescentes. Essa experiência foi anteriormente implantada com sucesso em várias escolas públicas do Distrito Federal (19-22), mostrando que o contato dos jovens com os idosos, usando-se o processo de reminiscências, melhorava a autopercepção do estado de saúde, a convivência familiar e era criado entre os jovens e idosos uma relação semelhante ao laço familiar. Por esse motivo essa atividade foi sugerida, levando-se em conta que, de acordo com os estudos revisados, a depressão e a delinquência estão associadas à condição da relação familiar. Dessa forma foi sugerida a implantação dessa atividade intergeracional como projeto piloto para testar se essa convivência também teria o mesmo efeito com essa clientela.

RESULTADOS

Os dados quantitativos indicaram que a média de idade da amostra foi de 17 anos, sendo a maioria dos entrevistados do sexo masculino e naturais do Distrito Federal. A maioria residia só com a mãe e apenas metade da amostra frequentava escola na ocasião da pesquisa, prevalecendo o ensino fundamental incompleto como grau de escolaridade, conforme mostra a Tabela 1.

A maioria dos adolescentes referiu ser a mãe o responsável legal. O ensino fundamental incompleto predominou como escolaridade da mãe, pai ou

responsável legal. A maior parte dos entrevistados tinha pais separados, como mostra a Tabela 2. No grupo estudado, 40 jovens referiram estado de saúde muito bom ou bom. No entanto, quando foram questionados sobre os agravos específicos, apenas 15 dos adolescentes admitiram não sofrer nenhum agravo no momento da entrevista, enquanto seis deles, não souberam classificar o seu atual estado de saúde. Os agravos mais freqüentes referidos pelos entrevistados estão demonstrados na Tabela 3. Observa-se que a irritabilidade fácil foi o sintoma mais referido (12), seguido de problemas para dormir (10) e dificuldade de concentração (7). Cabe ressaltar que um mesmo adolescente pôde referir mais de um agravo, o que explica a soma dos números absolutos ultrapassar o número de adolescentes da amostra. Dentre os agravos classificados na categoria "outros" foram citados pelos entrevistados dor de dente, dor nas costas, dor no estômago, gripe e queda da própria altura.

Os profissionais foram cooperativos com a coordenadora do projeto e com os estudantes de medicina. Embora esses profissionais trabalhassem sem computadores, numa estrutura precária nos forneceram uma lista atualizada dos adolescentes atendidos no Centro por ocasião da pesquisa.

O resultado da investigação qualitativa obtido pelo diário de campo utilizado mostrou que alguns dos profissionais pareciam pessimistas quanto a possibilidade da realização da pesquisa e descrentes na capacidade de recuperação dos menores como mostra os comentários dos profissionais, dentre eles as assistentes sociais:

"Não quero ser pessimista, mas outros pesquisadores já estiveram por aqui e não conseguiram nem trinta por cento dos adolescentes para responder aos questionários. Eles não aceitam participar de nenhum projeto".

"Olha, não adianta querer fazer nenhuma atividade com esses meninos não, a vida média deles é de 20 anos. Já estão perdidos".

"O Juiz exige que eles trabalhem e freqüentem escola, mas nem todos conseguem entrar na escola ou conseguem um trabalho. Muitos preferem voltar para o crime".

Durante as reuniões era explicado aos adolescentes e aos seus responsáveis o propósito da pesquisa. Mães e avós presentes receberam com otimismo o trabalho, evidenciado pelos comentários predominantes entre elas:

"Que bom que vocês estão se interessando por esses meninos, eles estão precisando muito de fazer alguma coisa".

"Meu Deus! Que coisa boa que vocês vão dar alguma coisa pra esse menino fazer o meu só quer saber de droga"

"O CDS está precisando de gente assim que se importa com os meninos"

Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra por idade, sexo, escolaridade e frequência escolar

Idade*	N	%
14 a 16	15	29,6
17 a 19	36	70,4
TOTAL	51	100
Sexo	n	
Masculino	47	92,2
Feminino	4	7,8
TOTAL	51	100
Está frequentando escola	n	
Sim	26	57,8
Não	18	40,2
TOTAL**	44*	100
Escolaridade***	n	
Sem escolaridade formal	3	6,7
Ensino Fundamental incompleto	21	46,7
Ensino Fundamental completo e acima	20	46,6
TOTAL**	44**	100
Naturalidade	n	
Distrito Federal	42	82,4
Outros estados	9	17,6
TOTAL	51	100
Com quem vive***	N	
Com ambos os genitores	7	13,7
Só com a mãe	24	45,1
Outros	20	41,2
TOTAL	51	100

* Média = 17,06 anos. DP= 1,30; **Sete informações perdidas;
 *** Inclui as categorias "com avós", "só com o pai", "com a mãe e padrasto", "com parentes" e "outros não especificados"

Tabela 2. Características sócio-demográficas da dos pais ou responsáveis, por responsabilidade pelos adolescentes, escolaridade e estado conjugal

Responsável	N	%
Mãe	22	43,1
Pai	2	3,9
Avó	23	45,1
Outros *	4	7,8
Total*	51	100
Escolaridade do pai ou responsável	N	%
Sem escolaridade formal	1	2,0
Ensino Fundamental incompleto	20	39,2
Ensino Fundamental completo e acima	24	58,8
Total**	45	
Escolaridade da mãe	N	
Sem escolaridade formal	2	4,0
Ensino Fundamental incompleto	17	34,0
Ensino Fundamental completo e acima	24	62,0
Total***	43	
Estado conjugal dos pais**	N	
Solteiros, nunca viveram juntos.	8	16,0
Casados ou morando juntos	12	24,0
Separados ou divorciados	20	40,0
Outros	10	36,0
Total****	50	100

*Inclui tia e irmã; **Seis informações perdidas; ***Oito informações perdidas; **** Uma informação perdida

Tabela 3. Percepção do estado de saúde e freqüências dos agravos estudados na amostra

Percepção do estado de saúde	N	%
Muito boa ou boa	40	78,4
Ruim ou muito ruim	11	21,6
TOTAL	51	100
Tipo de agravo	N	%
Nenhum	15	29,4
Irritabilidade fácil	13	25,6
Problemas para dormir	10	19,6
Dificuldade de Concentração	7	13,7
Alergia	7	13,7
Tristeza intensa (depressão)	5	9,8
Asma Bronquite	4	7,8
Problema articular	0	0
Outros	5	9,8
Não soube referir	6	11,8%
TOTAL*	78*	

* A soma dos números absolutos ultrapassa o número de adolescentes da amostra porque um mesmo adolescente pôde referir mais de um agravo

Embora a pesquisadora e os estudantes não fossem profissionais de CDS e deixassem isso claro, os responsáveis e os adolescentes continuavam acreditando que a pesquisa era uma ação do CDS. Enquanto os responsáveis demonstravam interesse pela iniciativa os adolescentes, de modo geral, viam tudo com muita desconfiança. Quando recebiam o comunicado para comparecerem ao Centro para as reuniões que precederam a coleta dos dados muitos faziam a seguinte observação:

"É obrigado a comparecer? Porque no meu cartão diz que eu só preciso comparecer nas datas marcadas. Se não for obrigado não vou não".

Para os que não compareceram às reuniões por motivo de recusa, os estudantes foram até aos domicílios para convencê-los a responder os questionários. Sete adolescentes se recusaram terminantemente a participar, enquanto outros, depois de convencidos participaram com a seguinte ressalva:

"Só vou fazer isso porque vocês não vieram do CDS porque pra lá só faço o que o Juiz obriga".

Essas observações denotam o desinteresse no CDS e descaso dos jovens com as medidas educativas preconizadas pelo Centro. Vários participantes adolescentes mostraram interesse em recuperação.

"Desejo de ter sucesso na vida, mas preciso de oportunidades".

"Achei legal! Foi uma boa a idéia esse questionário porque saberemos mais sobre nós mesmos".

"Muito bom, espero que envolva muito com a minha carreira de artista".

"Nem todos adolescentes são criminosos ou drogados, mas se tamos juntos, vocês e nós com educação, disciplina e compreensão podemos fazer um Brasil melhor sem nos julgar porque não é porque estamos perdidos que somos todos maus".

Esses comentários podem remeter a varias interpretações: os jovens acham que um trabalho conjunto pode dar certo. A disciplina e a compreensão podem ser por parte deles, mas pode ser também um desabafo pela maneira como são tratados e julgados pelos profissionais e pela sociedade em geral. Outro desabafo é que eles entendem que pelo o fato de terem cometido um delito, não quer dizer que sejam maus ou irrecuperáveis. Em conversa com psicólogas e assistentes sociais fomos informados de que o Centro, na verdade, não possuía programas recreacionais ou educativos, limitando-se a entrevistas esporádicas para saber como o adolescente estava conduzindo sua vida. As matrículas nas escolas ficavam a cargo dos responsáveis e como nem sempre as vagas nas instituições de ensino eram suficientes para atender à demanda, muitos adolescentes ficavam sem escola. Chamou a atenção a dificuldade dos jovens em responder por eles mesmos os questionários pela incapacidade de ler e escrever, o que certamente denota a baixa escolaridade. A implantação da intervenção sugerida foi prejudicada. Idosos da comunidade que participaram de atividades semelhantes em escolas foram convidados e se mostraram muito cooperativos e interessados pelo trabalho com os jovens. Embora dez dos adolescentes que responderam aos questionários tenham se comprometido com o projeto, eles não compareceram às sessões. Foram feitos novos convites sem sucesso de comparecimento e depois de quatro tentativas sem êxito a intervenção foi suspensa.

DISCUSSÃO

Uma das limitações deste estudo foi o fato de ser baseado em amostra de conveniência. Isso se deveu ao fato de haver dificuldades em contar com a anuência de instituições que acolhem adolescentes em conflito com a lei. Apesar de ter sido deixado explícito aos entrevistados que a pesquisa era independente das atividades do CDS, muitos adolescentes não concordaram em responder ao questionário por relacionarem à pesquisa as atividades do Centro. O não comparecimento dos que se comprometeram com o projeto também leva a crer no descrédito com atividades educativas. Houve, portanto, perdas consideráveis devido às características dos sujeitos da pesquisa, que se mostraram pouco receptivos as ações do CDS. Isso pode sugerir uma relação de desconfiança entre os usuários e a instituição ou que aqueles que se recusaram não têm, de fato, interesse em medidas educativas. No entanto,

essa é uma especulação, já que o estudo não tem condições de confirmar tal suposição, o que merece atenção em estudos futuros. Parece, no entanto, que a própria instituição na figura de seus profissionais não está preparada e nem convencida da efetividade das medidas socio-educativas oferecidas. Essa falta de esperança de recuperação por parte dos profissionais sugere despreparo para que possam lidar com a questão. Se os próprios técnicos não acreditam é difícil crer que pais e adolescentes possam ver possibilidades de recuperação. A dificuldade de localização dos adolescentes em seus domicílios também contribuiu para as perdas, o que pode ser justificado, dentre outros motivos, pelo grande número de adolescentes que trabalhavam em período integral na ocasião da pesquisa.

Quanto ao estado de saúde, embora a maioria dos adolescentes tenha referido estado de saúde muito bom ou bom, quando questionados sobre agravos específicos, mais de dois terços dos entrevistados relataram apresentar agravo à saúde. Esses dados podem sugerir que os próprios adolescentes acreditam que muitos dos sintomas referidos são característicos da idade. Outra interpretação possível é a de que os adolescentes, mesmo sofrendo de agravos, não acham que estes chegam a influenciar a sua qualidade de vida. Observou-se também que quase metade dos entrevistados mora somente com a mãe e proporção semelhante tem a avó como responsável. Um número elevado de adolescentes referiu pais separados, denotando famílias desestruturadas, com sobrecarga de responsabilidades financeiras e afetivas para a mãe ou a avó, sendo essa desestrutura na família um fator de risco como mostrou vários estudos citados (10,16,17). No grupo estudado, percebe-se uma maior prevalência de agravos relacionados a questões psicológicas, o que, de certa forma, está em conformidade com outras pesquisas realizadas no Distrito Federal (19,20) e outros estudos nacionais e internacionais (7,10,17). Verifica-se que a irritabilidade fácil é um dos sintomas de mais alta prevalência, o que pode estar relacionado à delinquência na amostra estudada. Embora essa relação não tenha sido investigada no presente estudo, a relação entre pobreza, depressão e delinquência já foi estabelecida em estudos anteriores (7,10,16,17). Esse aspecto merece investigações futuras mais aprofundadas. Para a efetivação de medidas de promoção de saúde e bem estar social é fundamental a atuação intersetorial, uma vez que os fatores sociais e culturais podem influenciar muitos dos agravos à saúde de adolescentes e da população em geral ou, em um círculo vicioso, ser também influenciados por estes agravos. De acordo com os dados qualitativos coletados com a técnica da observação de processo, os adolescentes parecem resistentes às ações do CDS. Parecem no, entanto, esperançosos com

possíveis contatos com profissionais vindos de fora para, numa ação conjunta de compreensão mútua, provar que, apesar de terem entrado numa situação de conflito com a lei, não são necessariamente criminosos e, se tiverem oportunidade poderão ser recuperados. O ressentimento de serem considerados como "drogados" "e rebeldes" parece um sentimento comum. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo realizado com adolescentes de escolas públicas do DF (22). Por outro lado, os comentários dos profissionais denotam certo despreparo para lidarem com uma clientela que é ao mesmo tempo vítima e responsável pelo seu estado de liberdade, mais condicional que assistida.

Quanto a não frequência durante a intervenção programada, pode-se supor que os adolescentes não apresentaram interesse nesse tipo de atividade. Muitos não tinham como pagar transporte, o que também dificultou a participação. Uma das falhas da intervenção foi o fato de não ter sido discutido com os interessados o tipo de atividade que eles desejavam desenvolver. Embora eles tenham sido consultados quanto à vontade ou não de participarem, não foi oferecida alternativa. É possível que para essa clientela sejam necessárias estratégias diferentes de promoção social ou que mais estudos qualitativos sejam necessários para aprofundar o conhecimento das necessidades desse grupo. Embora com as limitações apontadas o estudo serviu para mostrar como as condições socioeconômicas e a relação com a família afetam o comportamento de jovens infratores. Mostrou ainda o possível descrédito dos adolescentes em liberdade assistida no sistema destinado às medidas sócio-educativas, propiciando uma reflexão dos métodos hoje empregados, bem como a necessidade de investigações futuras mais aprofundadas para nortear as políticas de prevenção de agravos e promoção de saúde voltadas para este público, além de estratégias conjuntas para garantir a recuperação e reintegração social desse grupo. Parece que enquanto o Estado não for capaz de combater as desigualdades socioeconômicas vigentes, medidas isoladas de combate a delinquência juvenil estarão fadadas ao fracasso. Como as desigualdades sociais e a violência juvenil ainda constituem grandes desafios aos países da América Latina, a ação intersetorial e a ação entre países parece o caminho para o enfrentamento dessa questão♦

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Towards adulthood exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia. Geneva: World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research; 2003.

2. World Health Organization [Internet]. Approach to adolescents. Disponível em: <http://www.un.org.in/Jinit/who.pdf>. Acessado Dezembro 2008.
3. United Nations. World Population Prospects: The 2006 Revisión and World Urbanization Prospects: The 2005 Revisión. New York: Population División of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat; 2007.
4. World Health Organization [Internet]. Life Tables for 191 Countries. Brazil - 2001. Disponível em: http://www3.who.int/whosis/life/life_tableslife_tables_process.cfm?country=bra&language=em Acessado Junho 2006.
5. Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin I, Bird H, Miranda CT. Child mental health in Latin América: present and future epidemiologic research. *Int J Psychiatry Med* 2008; 33 (3): 203-222.
6. De Souza EM, Abrao FPS, Motta IA, Almeida JO. Autopercepcao do estado de saúde: um estudo de prevalência com adolescentes de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. *Comunicacáo em Ciencias da Saúde* 2006; 17(1): 9-15.
7. Martín A, Cohén DJ. Adolescent depression: window of (missed?) opportunity. Editorial. *AmJ Psychiatry* 2000; 157(10):1549-51.
8. Lowe GL, Gibson RC. Depression in adolescence: new developments. *West Indian Med J* 2005; 54 (6): 387-391.
9. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressáo em crianças e adolescentes. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2002; 78(5): 359-366.
10. Maharaj RG, AHÍ F, Cumberbatch K, Laloo P, Mohammed S, RamesarA, et al. Depression among adolescents, aged 13-19 years, attending secondary schools in Trinidad prevalence and associated factors. *West Indian Med J.* 2008; 57(4): 352-359.
11. Bahls SC, Bahls FRC. Depressáo na adolescencia: características clínicas. *Interacáo em Psicologia.* 2002; 6(1): 49-57.
12. Garrison CZ, Jackson KL, Marsteller F, McKeown R, Addy C. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(4): 458-65.
13. Patten CA, Gillin JC, Farkas AJ, Gilpin EA, Berry CC, Pierce JP. Depressive Symptoms in California Adolescents: Family Structure and Parental Support. *J Adolesc Health.* 1997; 20: 271-8.
14. Benincasa M, Rezende MM. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e protecáo. *Boletim de psicologia.* 2006; 56(124): 93-110.
15. Dell'Aglio DD, Hutz CS. Depressáo e Desempenho Escolar em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Psicología e Reflexáo Crítica.* 2004; 17(3): 341-350.
16. Pruli RMA, Moraes MS. Adolescentes em conflito com a lei. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(5):1185-1192.
17. Ritakallio M, Kaltiala-Heino R, Kivivuori J, Rimpelá M. Brief report: delinquent behaviour and depression in middle adolescence: a Finnish community sample. *J Adolesc.* 2005; 28(1):155-9.
18. Cunha M. Adolescentes e Liberdade Assistida [Internet]. *Rev. Integracáo* 2003; 27: 24. Disponível em: http://integracao.fgvsp.br/BancoPesquisa/pesquisas_n24_2003.htm. Acessado jun 2006.
19. De Souza EM. Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37 (4): 463-169.
20. De Souza EM [Internet]. Methods in health promotion programmes evaluation: the description of a triangulation in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500026&lng=pt&nrm=iso&tng=en. Acessado jun 2010
21. De Souza EM, Grundy E. Intergenerational interaction, social capital and health: results from a randomized controlled trial in Brazil. *Soc Sci Med* 2007; 65(7): 1397-1409.
22. De Souza EM. Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. *Rev. Saúde Pública.* Aug 2003;37 (4): 463-469.