



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RICARDO HENRIQUE GONÇALVES DE MOURA

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS A SINTOMAS DE
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA EM ADOLESCENTES
ESCOLARES**

**SALVADOR
2023**

RICARDO HENRIQUE GONÇALVES DE MOURA

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS A SINTOMAS DE
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA EM ADOLESCENTES
ESCOLARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, na área de Concentração: Enfermagem, cuidado e saúde, na Linha de Pesquisa: “Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos”.

Orientadora: Profa. Dra. Ridalva Dias Felix Martins.

SALVADOR
2023

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M929 Moura, Ricardo Henrique Gonçalves de
Fatores sociodemográficos associados a sintomas de ansiedade,
depressão e desesperança em adolescentes escolares/Ricardo Henrique
Gonçalves de Moura. – Salvador, 2023.

65 f.: il.

Orientadora: Profª. Drª. Ridalva Dias Felix Martins.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,
2023.

Inclui referências e apêndices.

1. Saúde - adolescentes. 2. Depressão. 3. Desesperança.
4. Ansiedade. I. Martins, Ridalva Dias Felix. II. Universidade Federal
da Bahia. III. Título.

CDU 616.89-053.7

RICARDO HENRIQUE GONÇALVES DE MOURA

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS A SINTOMAS DE
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA EM ADOLESCENTES
ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, na área de Concentração: Enfermagem, cuidado e saúde, na Linha de Pesquisa: “Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos”.

Aprovada em 01 de agosto de 2023

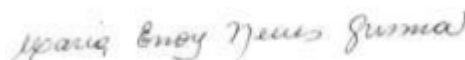
BANCA EXAMINADORA

Ridalva Dias Felix Martins



Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Gusmão



Doutora em Saúde Coletiva. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Nadirlene Pereira Gomes



Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico a Dante, meu filho, e a todas às
crianças que assim como ele possam crescer
num mundo melhor com a ajuda deste
trabalho.

AGRADECIMENTOS

Nada além de gratidão, é isso que sinto por toda essa jornada proporcionada por este projeto, foram desafios, trocas, aprendizados, alegrias e sobretudo superação sobre um tema muito caro para mim.

Agradeço a Escola de Enfermagem por proporcionar um espaço tão rico e salutar, com professores competentes, colegas dedicados, amigos para vida e que juntos ajudaram na concretização deste trabalho.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela oportunidade de aprendizado e por investir na minha qualificação.

Agradeço a minha orientadora, Profa. Dra. Ridalva Dias Felix Martins, pois sem sua ajuda, acolhimento, sensibilidade, sabedoria, paciência e trocas, esse projeto jamais teria sido possível. Obrigado pela excelente orientação e por compartilhar comigo do meu sonho. Gratidão eterna.

Agradeço as professoras que aceitaram compor a minha banca. Sou grato pela dedicação, paciência e cuidado necessários para ler e avaliar produções acadêmicas.

Impossível não agradecer a escola que me acolheu para a realização do levantamento dos dados e aos jovens que aceitaram fazer parte dessa pesquisa, visando a criação de um mundo melhor.

Agradeço ao Prof. Dr. Tilson Nunes Mota por me acolher sob seu guarda-chuva e oferecer cuidado em momentos de tempestade.

Minha eterna gratidão, respeito e admiração a Keile Kemyly Assis da Silva por compartilhar minha jornada acadêmica e me nortear em inúmeros momentos ao longo desse projeto.

Agradeço a Naiara N. M. Assunção e Jesús Enrique Patiño Escarcina por me ajudarem a caminhar através dos meus dados e transformar matéria prima em arte.

Meu afeto, amor e gratidão a meus pais e minha esposa, sem os quais nada disso seria possível: Sandra Moura, Juscelio Moura e Laura Silva.

Agradeço ao meu terapeuta, Georges Salim Khouri, pelas incontáveis horas de suporte e apoio e por muitas vezes acreditar em mim mesmo quando eu não acreditava.

Obrigado pelos anos de amizade e crescimento mútuo: Fernando e Victor Hugo.

Obrigado a todos que me ajudaram nessa jornada, é inviável nominar todos individualmente, mas sou eternamente grato a todos vocês que somaram comigo.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Mais importante que a ciência, é o que ela produz
Uma resposta provoca uma centena de perguntas

Mais importante do que a poesia, é o que ela produz
Um poema invoca uma centena de atos heroicos

Mais importante do que o reconhecimento, é o que ele produz dor e culpa

Mais importante do que a procriação é a criança
Mais importante do que a evolução da criança
é a evolução do criador
Em lugar dos passos imperiais, o imperador
Em lugar dos passos criativos, o criador
Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face
e quando você estiver perto arrancarei seus olhos
e os colocarei no lugar dos meus;
arrancarei meus olhos
e os colocarei no lugar dos seus;
então verei você com seus olhos
e você me verá com meus olhos.

Então até a coisa mais comum servirá ao silêncio e
nosso encontro permanecerá meta sem cadeias
Um lugar indeterminado, num tempo indeterminado
Uma palavra indeterminada para um homem indeterminado.

(Jacob Levy Moreno, 1889)

RESUMO

MOURA, Ricardo Henrique Gonçalves de. **Fatores sociodemográficos associados a sintomas de ansiedade, depressão e desesperança em adolescentes escolares**. 2023. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

Este trabalho objetiva investigar a associação entre fatores sociodemográficos e nível moderado ou grave dos sintomas de ansiedade, depressão e desesperança em adolescentes escolares. Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado com adolescentes escolares de uma escola pública de Salvador/BA. Utilizou-se um *software* específico para análise dos dados coletados na pesquisa. Os três questionários foram preenchidos presencialmente na escola frequentada pelos sujeitos alvo da pesquisa. Os dados foram armazenados em planilhas do Excel e posteriormente analisados no programa estatístico SPSS, versão 26.00, considerando os seguintes parâmetros: índices de avaliação das Escalas Becks de Ansiedade, depressão e ansiedade, nível de significância (α) de 5,0%; precisão de erro de 2,0% e poder de estudo de 80,0%. Foi utilizada a amostragem de todos os alunos elegíveis (maiores de 17 anos), do ensino médio, que aceitaram participar da pesquisa, totalizando 206 participantes. A população estudada foi de 206 sujeitos. Os participantes apresentaram uma faixa etária média de 17,5 (DP=0,7) anos e 51,7% (n=106) eram do sexo masculino. Quanto a orientação sexual, 87,5% (n=77) afirmaram serem heterossexuais, 4,5% (n=4) gays e 4,5% (n=4) bissexuais. No que se refere a raça/cor, 39,8% (n=35) se afirmavam como pretos. Na variável religião, 37,1% (n=33) afirmaram não possuir nenhuma religião, seguido de 30,3% (n=27) católicos. 85,1% (n=171) adolescentes estavam solteiros e a escolaridade da maioria dos participantes era do terceiro ano do ensino médio. A média da renda familiar foi de 2.577,90 (DP=2715,20). Os estudantes de ensino médio de escolas públicas necessitam de acolhimento, acompanhamento, direitos e possibilidades para construção de um futuro, através da garantia de um presente.

Palavras-chave: Saúde. Ansiedade. Depressão. Desesperança.

ABSTRACT

MOURA, Ricardo Henrique Goncalves de. **Sociodemographic factors associated with symptoms of anxiety, depression, and hopelessness in adolescent students.** 2023. 75 f Dissertation (Masters in Nursing and Healthcare) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2023.

This study to investigate the association between sociodemographic factors and moderate or severe level of symptoms of anxiety, depression, and hopelessness in adolescent students. This is a cross-sectional study, carried out with adolescent students from a public school in Salvador/BA. Specific software was used to analyze the data collected in the survey. The three questionnaires were completed in person at the school attended by the research subjects. Data were stored in Excel spreadsheets and subsequently analyzed in the SPSS statistical program, version 26.00, considering the following parameters: evaluation indexes of the Becks Anxiety, Depression and Anxiety Scales, significance level (α) of 5.0%; error accuracy of 2.0% and study power of 80.0%. A sampling of all eligible high school students (over 17 years old) who agreed to participate in the research was used, totaling 206 participants. The studied population consisted of 206 subjects. Participants had a mean age of 17.5 (SD=0.7) years and 51.7% (n=106) were male. As for sexual orientation, 87.5% (n=77) claimed to be heterosexual, 4.5% (n=4) gay and 4.5% (n=4) bisexual. With regard to race/color, 39.8% (n=35) claimed to be black. In the religion variable, 37.1% (n=33) said they had no religion, followed by 30.3% (n=27) Catholics. 85.1% (n=171) adolescents were single and most participants had completed their third year of high school. The mean family income was 2,577.90 (SD=2715.20). High school students from public schools need shelter, monitoring, human rights, possibilities to build a future, through the guarantee of a present.

Keywords: Health. Anxiety. Depression. Hopelessness.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Caracterização sociodemográfica dos estudantes de uma escola pública de Salvador/Bahia 2019. (n=206).....	37
Tabela 02 - Associação entre as características sociodemográficas e a depressão, ansiedade e desesperança dos estudantes de uma escola pública de Salvador/Bahia 2019. (n=206).....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCS	Ação Curricular em Comunidade e Sociedade
BAI	Inventário de Ansiedade que mede a intensidade da ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BHS	Escala de Desesperança de Beck
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CREI	Centros de Referência em Educação Infantil
CRESCER	Grupo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENFC97	Redes Colaborativas e Tecnologias Digitais no Enfrentamento à Violência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SEDUC-SP	Secretaria da Educação do Estado de São Paulo
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	18
2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....	24
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 LOCAL DE ESTUDO	31
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA	32
3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	33
3.4.1 Treinamento da equipe de coleta.....	33
3.4.2 Coleta de dados.....	34
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA	34
3.5.1 Questionário sociodemográfico	34
3.5.2 Inventário de Depressão - Beck Depression Inventory (BDI)	34
3.5.3 Inventário de Ansiedade - Beck Anxiety Inventory (BAI).....	35
3.5.4 Escala de Desesperança - Beck Hopelessness Scale (BHS).....	35
3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	35
3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	36
3.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	36
4 RESULTADOS.....	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ADOLESCENTES ESCOLARES.....	38
4.2 ESCALAS DE DESESPERANÇA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	40
4.3 ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ESTUDANTES ADOLESCENTES E DESESPERANÇA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	40
5 DISCUSSÃO	44
6 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A - Instrumentos de coleta de dados.....	57
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a Maiores	61

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Responsáveis
..... **63**

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida em que ocorrem mudanças físicas, psicológicas e sociais, que podem desencadear ansiedade, depressão e desesperança nesse público. Esses impactos negativos na saúde mental estão afligindo um percentual cada vez maior de juvenis, sendo que esses sofrimentos psíquicos podem ainda estar associados a fatores sociodemográficos.

A palavra "adolescente" advém do étimo latino *adulescere*, que significa crescer, desenvolver, aumentar, tornar-se maior. Na contemporaneidade, a adolescência assume um caráter político e social, um rito de passagem da infância à vida adulta (ZANUTO, 2020). Para a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é o período que compreende a vida do sujeito dos dez aos dezenove anos, sendo dividida em três partes: a pré-adolescência, dos dez aos catorze anos, e a adolescência em si, abrangendo dos quinze aos dezenove anos, além de considerar juventude a fase dos quinze aos vinte e quatro anos (BARBALHO, 2020). No Brasil, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, é considerado adolescente o indivíduo entre doze e dezoito anos de idade, e para efeitos de seguridade legal, em casos excepcionais, pessoas com até vinte e um anos (CASTRO; MACEDO, 2019).

O período da adolescência é a fase da vida em que mais acontecem transformações, sejam elas físicas, mentais ou sociais. Observa-se que nas meninas, as principais mudanças são oriundas da liberação dos hormônios estrógeno e progesterona, dando início ao ciclo menstrual, o crescimento dos seios, o aumento nos quadris e o aparecimento de pelos na região pélvica. O corpo dos meninos passa a liberar o hormônio testosterona, desenvolvendo rapidamente a altura, o aumento do tamanho do pênis, o engrossamento da voz, o aumento nos pelos pubianos e a produção de espermatozoides (SANTOS; SILVA, 2021).

Além das alterações físicas, ocorrem as alterações psicológicas, principalmente dos estados de humor, sendo entendidos e compostos por seis variáveis: tensão, raiva, depressão, confusão, vigor e fadiga (BEVILACQUA et al., 2019). Esses têm duração variável de algumas horas a alguns dias, podendo refletir sentimentos de exaltação ou felicidade, tristeza e angústia (CLAUMANN et al., 2018).

Destacam-se ainda as alterações no âmbito social. Durante esse período ocorre a busca pela identidade, sendo que os adolescentes começam a se inserir em grupos que compartilham a mesma ideologia, gostos, amizades, estilos e aparência (MENDES; RELVA; FERNANDES, 2021). Ao se aproximarem mais de seus pares, por e para lidar

com o novo e o diferente, o adolescente se torna mais suscetível ao consumo de substâncias entorpecentes e comportamentos de risco, seja devido a uma curiosidade para lidar com o torpor interno, ou um mecanismo de defesa social (MENEZES; PEREIRA, 2019).

Compreende-se que todas essas modificações típicas supracitadas podem desencadear o sofrimento psíquico desses adolescentes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um em cada cinco adolescentes enfrenta desafios de saúde mental, sendo que metade de todas as doenças mentais começam aos catorze anos (ZANARDO; VENTURA; CONSOLE, 2021). Conforme estudo realizado com 102.072 alunos escolares do 9º ano no Brasil em 2015, cerca de 25% dos adolescentes apresentam sofrimento psíquico, sendo os mais prevalentes o sentimento de estar sozinho e a dificuldade para dormir (ROMEIRO et al., 2021).

Estima-se que a incidência de sofrimento psíquico de crianças e adolescentes no mundo é de 13,4%, sendo a ansiedade (6,5%), a depressão (2,6%), o transtorno opositor desafiante (3,6%), o transtorno de conduta (2,1%) e o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade – TDAH (3,4%) os principais sofrimentos psíquicos. No Brasil, os sofrimentos psíquicos mais comuns foram a ansiedade (4,3%), a depressão (3,0%), os transtornos do humor (1,2%), o TDAH ou outra hiperatividade (4,0%) (RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO, 2020).

Além de ser um momento de transição entre a infância e a vida adulta, a adolescência é também uma época de vulnerabilidade, invisibilidade, negligência e incertezas. A OPAS (2018) evidencia dados alarmantes sobre a saúde mental dos jovens: 16% da carga global de doenças e lesões nesse grupo se devem a condições de saúde mental. Segundo a Associação Médica Americana, 12,9% dos adolescentes possuíam sintomas de depressão antes da COVID-19, tendo esse número aumentado para 25,2% nos meses seguintes ao surgimento da doença. Já a taxa de ansiedade que antes era 11,6% aumentou para 20,5% (RACINE et al., 2021). No Brasil, um levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria em um estudo na cidade de Recife, percebeu-se que os sintomas depressivos e ansiosos eram, respectivamente, relatados por cerca de 59,9% e 19,9% de adolescentes de catorze a dezesseis anos (SBP, 2019).

De acordo com o relatório da OPAS, *Prevención de La Conducta Suicida*, o suicídio é a terceira causa de morte entre jovens de 10 a 19 anos no mundo (PNUD, 2018). Apoiando esses achados, no Brasil, em pesquisa qualitativa realizada em uma escola pública de Curitiba com 18 jovens, entre 15 e 21 anos, no que tange ao suicídio,

identificou-se que a construção social desses adolescentes é influenciada através de relatos de outras pessoas, sendo a rede de apoio familiar peça fundamental para prevenção de uma violência autoprovocada (KRAVETZ et al., 2021).

Corroborando a gravidade da saúde mental dos adolescentes, no Brasil, 30% dos infantojuvenis apresentam transtornos mentais comuns. Esses são caracterizados por sintomas de ansiedade, depressão e queixas somáticas inespecíficas. A idade média de início de transtornos psiquiátricos é mais precoce para os transtornos de ansiedade (13 anos de idade) e transtornos do controle de impulsos (14 anos) quando comparados aos transtornos de abuso de substâncias (24 anos) e de humor (36 anos) (KRAVETZ et al., 2021).

No que se refere a ansiedade, esta é compreendida como uma sensação de nervosismo, preocupação ou desconforto, que está presente em uma ampla gama de transtornos psiquiátricos, incluindo o transtorno de ansiedade generalizada, a síndrome do pânico e fobias. Apesar dessas doenças se diferenciarem entre si, todas apresentam angústia e disfunção, especificamente relacionadas à ansiedade e ao medo (BARNHILL, 2018).

Para Barnhill (2018), a ansiedade é considerada um transtorno quando ocorre em momentos indevidos e com frequência, sendo tão intensa e duradoura que interfere nas atividades cotidianas do indivíduo. As causas dos transtornos de ansiedade não são completamente conhecidas, mas pode haver o envolvimento dos fatores genéticos, o contexto social, a constituição psicológica e doenças físicas. Em particular, nos adolescentes, é mais comum encontrar ansiedade relacionada à competência, às ameaças abstratas e às situações sociais, sendo menos frequentemente associada a situações/pessoas/objetos desconhecidos, separação de cuidadores e danos físicos (STUBBE, 2008).

Outro problema mental que apresenta prevalência elevada entre os adolescentes é a depressão. Trata-se de um problema grave e altamente preponderante na população em geral. De acordo com estudo epidemiológico, a ocorrência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5% (MDS, 2020) e segundo a OMS, a prevalência na rede de atenção primária de saúde é 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico. É uma doença mental atenuante e é a mais associada ao suicídio, tende a ser crônica e recorrente, principalmente quando não é tratada. A depressão é considerada o maior sofrimento psíquico em adolescentes no mundo, potencializados pelos fatores de risco, de origem genética, biológica, psicossocial, e até mesmo cultural (VITTI et al., 2020).

Citam-se a instabilidade provocada pela rápida mudança nos estados de humor dos adolescentes, a baixa autoestima, os conflitos intergeracionais, a busca pela aceitação e as inconformidades com a aparência como elementos fomentadores da depressão juvenil.

Associada com a ansiedade e a depressão, os adolescentes podem desenvolver a desesperança, caracterizada por pensamentos autoderrotistas e uma visão pessimista e negativa diante do futuro (RAGAZZO, 2017). Em geral, pessoas que tem depressão avaliam a sua vida, o contexto em que está inserido e a si próprio de maneira negativa. Esse sentimento de desesperança está conectado diretamente ao sentimento de fracasso.

A formação e manutenção da saúde mental de crianças e adolescentes é um desafio sócio-histórico, seja pela ineficácia e descaso de autoridades governamentais ou pela ignorância/desleixo dos responsáveis legais. Ademais das questões de garantia dos direitos e cuidados intrafamiliares, os fatores sociodemográficos como idade, sexo, gênero, orientação sexual, raça/cor, religião, estado civil, série letiva, escolaridade dos genitores ou responsáveis, local de residência, renda familiar, provedor da renda e dependentes da renda, levantam o questionamento da associação ou não desses aspectos na saúde mental de crianças e adolescentes.

Sendo assim, o estudo apresenta como objeto de investigação a associação entre os fatores sociodemográficos e nível moderado ou grave dos sintomas de ansiedade, depressão e desesperança em adolescentes escolares. As hipóteses formuladas foram: H0: Não existe associação entre fatores sociodemográficos e nível moderado ou grave dos sintomas de ansiedade, depressão e desesperança em adolescentes escolares; H1: Existe associação entre fatores sociodemográficos e nível moderado ou grave dos sintomas de ansiedade, depressão e desesperança em adolescentes escolares.

Por todo o exposto, configura-se como objetivo geral desse estudo. investigar a associação entre fatores sociodemográficos e nível moderado ou grave dos sintomas de ansiedade, depressão e desesperança em adolescentes escolares. Para tal, foram definidos como objetivos específicos descrever a caracterização sociodemográfica de adolescentes da rede pública de ensino médio e estimar a frequência de sintomas de ansiedade, depressão e desesperança nesses adolescentes. A relevância desse estudo se dá por investigar as circunstâncias de como ocorre a associação entre a situação sociodemográfica dos jovens e seu estado de saúde mental (em níveis de ansiedade, depressão e desesperança). Portanto, essa pesquisa poderá nortear a produção do cuidado à saúde de adolescentes que vivenciam uma lacuna de cuidado com sua saúde mental, bem como desenvolver possíveis estratégias de (re)educação de pais, professores,

gestores da rede pública de ensino e potencialmente, gestores da rede privada, mediante conscientização e acolhimento dos processos vividos por estes jovens.

Atualmente, existem poucas evidências científicas que permitem concluir acerca da possível relação de associação entre fatores sociodemográficos e nível moderado ou grave dos sintomas de ansiedade, depressão e desesperança em adolescentes. Entretanto, Kravetz et al. (2021), ao relatar a investigação da relação entre a epidemiologia dos sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública de Curitiba, apontou que a taxa de sintomas depressivos em adolescentes na instituição avaliada foi alta. Houve uma predominância significativa de estudantes do sexo feminino sobre homens, na proporção aproximada de duas a três mulheres para cada homem. A preponderância feminina atingiu sua maior taxa entre 12 e 15 anos. Sabe-se que há um provável aumento nas taxas de sintomas depressivos em estudantes durante a adolescência, juntamente com a idade, mas ainda não está claro em qual idade essa taxa começa a aumentar e se os aspectos sociodemográficos apresentam alguma associação com tais condições psíquicas.

Assim, espera-se que os resultados desse estudo auxiliem na otimização dos recursos do estado no tratamento e reabilitação física e psicológica. Dessa forma, identificar previamente os casos mais graves evita situações mais graves, a exemplo da perda precoce de jovens por violência autoprovocada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Muitas crianças e adolescentes não usufruem de um crescimento/desenvolvimento saudáveis, seja por questões biológicas, familiares, sociais ou psicológicas. O bem-estar da criança e do adolescente, apesar de garantida em lei, na prática, esbarra em contínuas violações e violências contra esses sujeitos, perpetrados pelos mais diversos atores sociais.

Viver é um processo longitudinal, intenso e demarcado por fases específicas. Ao pensarmos na vida, imaginamos as interações sociais, conquistas, construções. Porém, o processo de viver inicia-se muito antes disso, através das trocas iniciais do bebê com o mundo. Desde a concepção, o feto estabelece a sua relação com o mundo, já possuindo sensibilidade tátil e auditiva. A interação por meio do toque e da conversação favorece o desenvolvimento infantil desde a gestação, e por isso é fundamental que haja essa estimulação precoce (COSTA et al., 2021).

Da mesma forma, a saúde mental do feto começa na gestação, na interação mãe x bebê. Importante frisar que essa saúde mental não é proveniente apenas do fator genético, mas também dos fatores externos, como a escolaridade dos pais, a duração da gravidez, os fatores sociodemográficos, a qualidade do relacionamento dos pais biológicos, da rede social de apoio, uso de substâncias lícitas e ilícitas, idade materna, medo do parto, experiências negativas da mãe com as próprias vivências pregressas, além de questões psicossociais da genitora, como rejeição a gravidez, uma gravidez não desejada, estresse, depressão e baixo suporte familiar (COSTA et al., 2021). Ou seja, antes mesmo do nascimento, o feto já enfrenta diversos fatores que podem influir no seu desenvolvimento físico, psicológico e social.

Se por um lado o crescimento/desenvolvimento pré-natal sofre influxo direto dos fatores biopsicossociais da mãe e do ambiente intrauterino, por outro o crescimento/desenvolvimento pós-natal continuará sendo diretamente influenciado pelos fatores biopsicossociais. Somando-se aos fatores que intervêm na progressão infantil supracitados, o crescimento físico adequado, a nutrição, o peso e o perímetro cefálico são quesitos determinantes para a qualidade do desenvolvimento da criança nos seus primeiros meses de vida (LINS; PEDRAZA, 2021). Assim, evidencia-se que a saúde do feto/bebê é um processo longitudinal que envolve não apenas o cuidado direto ao bebê,

mas a toda a rede que o cerca.

Passado o momento da gestação, o recém-nascido enfrentará uma nova realidade, a qual ele não tem a menor chance de lidar sozinho, pois, diferente de outras espécies do reino animal, a evolução humana priorizou o desenvolvimento cognitivo avançado em detrimento do desenvolvimento físico mais adequado ao enfrentamento de predadores e a subsistência (FERNANDES; PEIXOTO, 2021).

Como forma de sobreviver, lidar com a necessidade de adaptar-se e continuar desenvolvendo seus processos cognitivos complexos, a criança nasce indiferenciada do seu cuidador. Por uma construção sócio-histórica, a majoritariedade do papel de cuidador coube a mãe. Logo, para o bebê, ele e a mãe são um único ser; ele ainda não se reconhece como indivíduo e não possui papéis sociais, desempenhando apenas funções fisiológicas, (ações como comer, urinar, defecar, dormir e chorar), onde o choro é sua maneira de comunicar as inquietudes fisiológicas para o mundo (FONSECA, 2022). Assim, para que o bebê se desenvolva de um ser indiferenciado do entorno, é necessário a estimulação e o incentivo a novas descobertas.

No que tange ao apego, a teoria do apego de John Bowlby é um dos conceitos mais trabalhados na Psicologia moderna, pois o apego é a base das relações interpessoais que o sujeito irá ter e desenvolver ao longo de toda a sua vida, em que um apego não saudável implicará em relações não saudáveis. É fundamental entendermos o que é o apego e suas implicações e aplicações. Para Bowlby, o apego é inato ao ser humano, ou seja, algo que já nasce com o sujeito, é o vínculo estabelecido entre o bebê e sua mãe ou cuidador, tendo em vista que o bebê é incapaz de cuidar de si mesmo (FONSECA, 2022).

Bowlby descreveu três tipos principais de apego: seguro, ansioso-evitativo e ansioso-ambivalente. Uma criança com apego seguro sente-se confortável e confiante ao estar perto de seu cuidador, e sabe que pode contar com ele quando precisar. As crianças com apego ansioso-evitativo tendem a evitar o contato físico e emocional com seu cuidador, enquanto as crianças com apego ansioso-ambivalente sentem-se ansiosas e inseguras na sua relação com o cuidador. (FONSECA, 2022).

A qualidade do apego também é importante. Quando a relação é segura e saudável, a criança cria confiança em si mesma e nos outros, sendo capaz de regular suas emoções e comportamentos de forma adequada. Entretanto, quando o apego não é adequadamente estabelecido, ou quando há abuso, negligência ou outras formas de trauma, a criança pode sofrer diversos problemas psicológicos, incluindo ansiedade, depressão, distúrbios de personalidade e problemas de relacionamento (FONSECA, 2022).

Em resumo, a teoria do apego de Bowlby destaca a importância do relacionamento entre a criança e o cuidador para o desenvolvimento saudável e feliz da criança. Quando o apego é seguro e saudável, a criança se sente amada e valorizada, e pode crescer e se desenvolver de maneira positiva. No entanto, quando o apego é inseguro ou prejudicado de alguma forma, a criança pode enfrentar problemas psicológicos que podem afetar sua vida a longo prazo. Dessa maneira, o apego seria um instinto básico e fundamental em seres humanos, e a qualidade desse apego na infância influencia o desenvolvimento social, emocional e cognitivo da pessoa (FONSECA, 2022).

Enquanto Bowlby focou sua produção no apego, como algo inato e da natureza humana, e de que forma isso poderia se desdobrar na vida adulta, Jean Piaget, psicólogo e biólogo suíço, desenvolveu a teoria das fases do desenvolvimento cognitivo infantil. Para Piaget, o desenvolvimento cognitivo é um processo contínuo e ocorre em quatro fases. (BAKERMANS, 2021)

A primeira fase é a sensório motora (do nascimento aos 2 anos de idade). Nesta fase, a criança aprende a entender o mundo através dos sentidos e das ações. Em um primeiro momento, ela é indiferenciada dos objetos ao redor, não possuindo a capacidade de entender o que é o ela e o outro. A partir das primeiras experiências, ela começa a coordenar os movimentos e perceber que seus próprios movimentos podem afetar o ambiente ao seu redor. A criança aprende também a reconhecer objetos permanentes e começa a desenvolver a noção de causa e efeito (BAKERMANS, 2021).

Na segunda fase da teoria de Piaget, também chamada de fase pré-operatória (2 aos 7 anos de idade), a criança principia a utilização de símbolos, como palavras e desenhos, para representar objetos e ideias. Ela também começa a pensar de forma simbólica e a desenvolver a imaginação. No entanto, a criança ainda não consegue pensar logicamente e tende a ser egocêntrica, isto é, acredita que todos veem o mundo da mesma forma que ela, e por isso, demonstra dificuldade em entender regras sociais (COSTA et al., 2020).

Na fase operatória concreta (7 aos 11 anos de idade), a criança começa a raciocinar de forma mais lógica e a entender a conservação (a noção de que a quantidade de uma substância permanece a mesma, mesmo que a aparência dela mude). A criança também começa a entender a ideia de causa e efeito e a resolver problemas de maneira mais sistemática, antecipando situações e evitando acidentes e conflitos (BAKERMANS, 2021).

Por fim, na fase operatória formal (a partir dos 11 anos de idade), a criança começa

a pensar de forma hipotética e a compreender conceitos abstratos. Ela também passa a refletir em termos de possibilidades, a considerar diferentes pontos de vista, principia o uso do raciocínio dedutivo para resolver problemas complexos e desenvolve a capacidade de pensar de forma crítica e reflexiva (BAKERMANS, 2021). Nesse sentido, evidencia-se a relevância da estimulação à criança, o respeito ao seu ritmo individual de desenvolvimento e a necessidade de acompanhamento dessa progressão.

As fases de desenvolvimento supracitadas são elementos importantes para assegurar que a criança/adolescente seja saudável. Por muito tempo se acreditou na definição de saúde como um processo de ausência de doença; entretanto, esse conceito está se modificando para a compreensão de saúde como uma construção biopsicossocial. Essa noção mais abrangente e nova é um fator preponderante para uma vida completa (PALHARES, 2022).

Diante disso, pensando na saúde da criança/adolescente, vários fatores são significantes para o crescimento/desenvolvimento saudável desse público, sobretudo, o ambiente familiar e a proteção do estado. Essas duas esferas são responsáveis por cobrir e influenciar, quase integralmente, a vida do sujeito. Todavia, por muitas vezes, falham nessa tarefa, seja por negligência ou falta de um cuidado específico (PALHARES, 2022).

O desenvolvimento infantil abarca uma série de habilidades e capacidades inter-relacionadas e interdependentes. As principais características nesta perspectiva incluem a linguagem (expressiva e receptiva), as habilidades motoras (amplas e finas), capacidades cognitivas e aspectos socioemocionais da criança. Quando os fatores sociodemográficos e de estimulação neurossensorial são adequados para o desenvolvimento da criança, essas capacidades e habilidades tendem a se manifestar de forma similar em distintos contextos socioculturais (MUNHOZ, 2022).

Além disso, há crescente evidência da importância de fatores psicossociais sobre o desenvolvimento infantil. A qualidade do cuidado direcionado à criança, mediante práticas parentais responsivas, afetivas e não punitivas, é vital para o adequado desenvolvimento infantil e capital humano (MUNHOZ, 2022). Portanto, para se garantir que o sujeito se desenvolva de maneira adequada, não apenas um fator de sua existência deve ser contemplado com cuidado, mas toda sua construção biopsicossocial.

Existem vários fatores que impactam no crescimento/desenvolvimento saudável de um indivíduo, sendo os principais biológicos, sociais e psicológicos. Como fatores biológicos podemos citar: I) a genética: o patrimônio genético de um indivíduo pode influenciar seu crescimento/desenvolvimento, incluindo a predisposição a doenças e a

capacidade de resposta a determinados estímulos; II) a nutrição: a ingestão adequada de nutrientes essenciais é fundamental para o crescimento/desenvolvimento saudável, especialmente durante os primeiros anos de vida; III) os exercícios físicos: a prática regular de atividade física é importante para o condicionamento ósseo e muscular, além de contribuir para a saúde cardiovascular e mental; IV) o sono: um sono adequado e de qualidade é essencial para o crescimento e fortalecimento físico e cognitivo, sobretudo para crianças e adolescentes, e V) a exposição a toxinas e poluentes: a exposição a substâncias químicas pode afetar negativamente o desenvolvimento físico e cognitivo. (MUNHOZ, 2022).

Como fatores sociais podemos citar: I) o ambiente familiar: a qualidade do ambiente em que o indivíduo vive, incluindo as relações familiares e a presença de cuidados adequados; II) o acesso à saúde; III) a garantia de direitos humanos como preconizado em lei, e IV) a garantia de acesso à educação (MUNHOZ, 2022).

Já nos fatores psicológicos, a saúde mental é vital para um desenvolvimento saudável, já que problemas como ansiedade e depressão podem afetar negativamente o desempenho escolar e a socialização bem como gerar o aparecimento de doenças mentais. (PUPO et al., 2020).

Desse modo, crescer com saúde demonstra-se como um processo extremamente delicado e complexo, estruturado sobre a égide de diversos fatores interseccionais e codependentes. O desenvolvimento saudável de uma criança é crucial para seu bem-estar físico, emocional e social ao longo da vida. Nesse ínterim, a família é a primeira e mais importante fonte de apoio e cuidado na vida de uma criança, e o papel dos pais e cuidadores é essencial para garantir que a criança cresça de maneira feliz e saudável.

Para promover o desenvolvimento saudável da criança, existem várias ações que a família pode fazer, como garantir que a criança cresça em um ambiente seguro e protegido de perigos físicos e emocionais. Isso engloba fornecer um lar seguro, limpo e organizado, bem como um ambiente emocionalmente positivo e afetuoso. Ademais, deve-se apoiar o desenvolvimento cognitivo da criança, estimulando a aprendizagem e a exploração do ambiente ao seu redor, a integrando a atividades como leitura, brincadeiras e jogos educativos para tais fins. A família também deve incentivar hábitos saudáveis, como uma dieta equilibrada, atividade física regular e sono adequado. Isso ajudará a criança a desenvolver hábitos saudáveis que durarão ao longo da vida (BOSSARDI et al., 2021). Somado a isso, o núcleo familiar deve criar um ambiente emocionalmente seguro e positivo, o que implica fornecer amor, apoio emocional e estabilidade emocional. É

importante também que a família esteja envolvida na vida da criança, participando de atividades escolares, esportivas e sociais, o que ajudará a criança a desenvolver um senso de segurança e conexão com a família (BOSSARDI et al., 2021).

Em síntese, a família tem papel fundamental no desenvolvimento saudável da criança. Através de ações como a criação de um ambiente seguro e estável, estimulação da aprendizagem e do desenvolvimento, promoção de hábitos saudáveis, criação de um ambiente emocionalmente seguro e positivo e participação ativa na vida da criança, a família pode garantir o crescimento saudável da criança e sua preparação para uma vida plena e feliz (BOSSARDI et al., 2021). Assim, a família além de ser uma fonte de cuidado ao indivíduo, é retroalimentada por esse cuidado: quanto mais saudável for o ambiente, mais saudável a família e o sujeito será.

A evolução científica, a preocupação com a qualidade de vida, os direitos humanos e as novas formas de pensar a saúde proporcionam um paradigma de cuidado e assistência à criança que se volta à redução de possíveis agravos e vulnerabilidade social. Dessa forma, a atenção à saúde na infância e adolescência vem se destacando no debate social e angariando espaços primordiais nas políticas públicas, em especial a partir da Constituição de 1988, com programas que possibilitam o cuidado em diferentes contextos da atenção, tais quais os métodos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento, mormente na primeira infância, o que corresponde do zero aos seis anos (REICHERT et al., 2021).

Para isso, o estado brasileiro conta com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), lei federal que define as crianças e os adolescentes como seres humanos em formação e sujeitos de direitos e garante a sua proteção integral (TAUHATA; CASSOLI, 2020).

Entre seus vários artigos, destacam-se no ECA:

“**Art. 4º** É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, à efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”;

“**Art. 5º** Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”;

“**Art. 14.** O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos”

“**Art. 18-A.** A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante”.

Para que haja a implementação desses pressupostos, o estado brasileiro conta com uma gama de programas e ações públicas. Para Reichert et al. (2021), destacam-se os Centros de Referência em Educação Infantil (CREI), comumente conhecidas como creches, como espaços de concentração de crianças de diferentes faixas etárias, o que possibilita a vigilância do crescimento/desenvolvimento. Quer dizer, espaços públicos de fundamental importância para o cuidado infantil. Essas creches viabilizam a constatação de fatores de risco para atrasos no desenvolvimento, dentre eles os fatores sociodemográficos da criança e dos cuidadores.

Além dos CREIs, o Brasil conta com ações voltadas para a garantia de saúde de crianças e adolescentes, como o Programa Nacional de Imunização (PNI), que em seu calendário nacional de vacinação, oferece 19 vacinas que combatem 20 doenças, sendo considerado um dos melhores PNIs do mundo e crucial na diminuição da mortalidade de crianças menores de cinco anos (HOLANDA; OLIVEIRA; SANCHEZ, 2022).

2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Dentro de uma norma patriarcal, formada por uma superioridade ilimitada dos senhores de engenho que articulavam os padrões a serem seguidos, fundamentados na igreja e nos costumes da época, o castigo físico era tido como um meio eficaz de educar as crianças. Quanto maior a punição das famílias ou cuidadores com as crianças, mais impiedosos eram esses menores com seus animais ou escravos. Dessa forma, as ações dos adultos sobre a classe infantojuvenil proporcionavam um desequilíbrio emocional nas mesmas, levando-as a reproduzir os atos violentos que experienciavam (ARIÉS, 2006).

Essa repreensão punitiva não era a única adversidade encontrada pelas crianças no período colonial. Enfermidades também matavam as crianças, como verminoses, sarampo, dermatoses e outras infecções que acometiam os recém-nascidos. Apenas no século XIX houve uma mudança na ótica de zelar as necessidades das crianças. A partir de estudos, ficou perceptível que as normas e tradições vindas do período colonial a todo momento voltaram-se para suprir as necessidades e anseios dos adultos. Logo, as crianças sempre foram tratadas como coadjuvantes, se submetendo a opressão dos adultos e sendo privadas de seus desejos e práticas infantis (ARIÉS, 2006).

É importante salientar que esses menores necessitavam de cuidados, educação, proteção e incentivo para desenvolver o senso crítico e entender a importância do seu papel familiar. A partir dessa necessidade surgiram os ideais higienistas, atuando no

combate a tradições que inferiorizavam as crianças e promovendo cuidados na saúde, alimentação, educação e orientação. Assim, os princípios higienistas passaram a determinar novos preceitos em ação comunitária, novas tradições e modelo comportamental visando com o decorrer do tempo eliminar todas as práticas maliciosas à infância herdadas do período colonial. Desse modo, a criança passou a ser analisada por ótica diferente, desencadeando uma interação familiar mais afetiva (OLIVEIRA, 2008).

Destaca-se que a sexualidade foi também uma pauta analisada, sendo interpretada como uma possível forma danosa à infância, paralela à educação e à mortalidade infantil. Dessarte, investiu-se em métodos de combate, controle e monitoramento a práticas nocivas. Essa resposta a sexualidade possibilitou uma transformação familiar, pois a família era tida como um meio incapaz de defender a vida infantil. Tais condutas obtiveram sucesso ao trazer a importância da educação associada à dignidade, sexualidade e racionalidade. Esse ensinamento direcionado essencialmente ao público infantil poderia reformar a conduta familiar (ARAÚJO, 2014).

Apesar das mudanças significativas que vinham sendo alcançadas para esses menores, o âmbito da saúde mental ainda era negligenciado pela sociedade. As crianças vistas com comportamentos anormais dividiam o mesmo ambiente em um manicômio que um adulto, porque até então não se tinha compreensão das particularidades concernentes a saúde mental da criança/adolescente. O primeiro instituto de manicômio psiquiátrico infantil no Brasil surgiu em 1903, possibilitando que adultos e crianças não mais dividissem o mesmo espaço. Três décadas depois, surge o Instituto Pestalozzi, direcionado para o cuidado da saúde mental de crianças portadoras de deficiência. Em 1919, houve a criação do Departamento da Criança do Brasil, sendo esse um projeto comunitário, e em 1922 foi realizado o Congresso Brasileiro da Proteção à infância (HASHIZUME, Cristina Miyuki; ALVES, 2022).

Tais avanços na saúde mental infantil permitiram perceber que o transtorno mental em crianças é muito frequente, o que em muitos casos serve de empecilho para despertar a atenção dos familiares, sendo consideradas ações infantis comuns e por isso não são levadas a sério (HASHIZUME, Cristina Miyuki; ALVES, 2022). Contudo, da mesma maneira que um jovem, adulto ou idoso pode desenvolver problemas mentais, a criança e o adolescente também estão sujeitos a essa patologia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada cinco crianças e adolescentes, uma aponta problema mental (OMS, 2018). Estudos demonstram que os transtornos mentais mais prevalentes em crianças/adolescentes no

mundo são depressão, transtornos de ansiedade, TDAH, transtorno por uso de substâncias e transtorno de conduta (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014). Corroborando, estudo realizado em uma clínica-escola com crianças de 4 a 11 anos evidencia que os motivos da procura pelo atendimento são hiperatividade, agressividade, medo, crises de choro, ansiedade, falta de atenção, dificuldade de aprendizagem, maus tratos, negligência, atrasos no desenvolvimento e conflitos familiares, sendo que o TDAH, a depressão e a ansiedade foram os diagnósticos mais prevalentes nesse público (RAMIRES et al., 2009).

Existem dois grandes problemas que atingem o público infantojuvenil, sendo eles o transtorno emocional e de comportamento e o transtorno de desenvolvimento mental (OMS, 2018). O diagnóstico precoce, assim como em outras patologias, também é essencial na saúde mental infantojuvenil, pois aumenta as chances de melhorias no tratamento. Todavia, nem sempre os familiares conseguem identificar, o que torna o tratamento mais difícil.

No que diz respeito aos fatores que podem desencadear um transtorno mental, estes são subdivididos em biológicos, mentais ou genéticos. A esfera biológica pode ser fomentada por exposição a toxinas, como drogas, desnutrição, infecções, entre outros. Por sua vez, o fator psicológico está associado a depravação do ambiente familiar, educacional e outros espaços que a criança/adolescente ocupam. Por último, o genético atrela-se a criança ou adolescente que já tem uma predisposição familiar para desenvolver o transtorno mental (RAMIRES et al., 2009). É preciso destacar que a condição socioeconômica, a discriminação e a falta de suporte a serviços públicos também podem contribuir para a patologia.

Nessa conjuntura, os problemas desencadeados pela má condição mental podem prejudicar diretamente a vida das crianças na área social, emocional e até mesmo física. Tais repercussões podem se perdurar inclusive até a vida adulta, afetando não apenas os infantojuvenis, mas também a família e a sociedade (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

Assim, é perceptível a importância de se estabelecer políticas públicas que atuem de forma paralela aos cuidados na saúde mental dos infantojuvenis. Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem por objetivo a fundação e o monitoramento das demandas da atenção à saúde mental. Dentro dessa rede, se inserem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estruturados em 2002, que atuam de forma complexa, sendo subdivididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPAS AD, CAPS AD III e CAPSi. Esse último atua na esfera de cuidados da saúde mental infantojuvenil, promovendo um

cuidado especializado para esse público (TAUHATA, T.B.V.; CASSOLI, T. 2020).

Somado a essa rede de cuidado, existem as equipes de consultório na rua e de atenção básica para populações em situações de rua, formadas por profissionais que atuam ofertando cuidados para pessoas nessa condição, indo até elas. Atenta-se em priorizar a oferta da saúde mental para todos e para alguns grupos específicos, como as que sofrem de transtornos. A abordagem da equipe com crianças e adolescentes deve seguir um protocolo estratégico que visa levar esse público até a visibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a equipe atua mirando os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (TAUHATA, T.B.V.; CASSOLI, T. 2020).

É importante frisar que dentre esses serviços também existe a atenção residencial de caráter transitório, formada pela Unidade de Acolhimento (UA), que fornece cuidados rotineiros durante todo o dia dentro da residência. O período de tempo do atendimento ao público infantojuvenil é de até seis meses. A atenção de cada caso é de responsabilidade do CAPS, que atua de frente nos processos terapêuticos respeitando a individualidade de cada paciente. A seção de consulta é organizada nas categorias de unidade de atendimento adulto e infantojuvenil. O suporte ao acolhimento infantil auxilia no controle, combate e prevenção de doenças mentais, contribuindo no atendimento com uma resposta rápida e impedindo ações que venham prejudicar a criança, tais como internações que seriam consideradas dispensáveis (TAUHATA, T.B.V.; CASSOLI, T. 2020).

Além desses programas, foram criados serviços especializados de apoio a saúde mental em casos especiais que são vivenciados pelos menores. As crianças e adolescentes estão sujeitas a violência doméstica e abuso sexual, e como forma de combate a esses atos praticados foram fundados os Centros de Referências Especializados de Assistência Social (CREAS) I e II, especializados em intervenção a violência infantojuvenil. Em resposta a casos horrendos que aconteciam com crianças, em especial após a morte de Araceli, uma criança de 8 anos, vítima de homicídio por violência sexual em 1973, instituiu-se o dia nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes pela Lei 9.970/2000. O CREAS promove ações de apoio e fornece monitoramento das famílias e vítimas que passaram por situação de violência ou exploração sexual, violência psíquica, trabalho infantil, etc. (TAUHATA, T.B.V.; CASSOLI, T. 2020).

A evolução histórica dos direitos das crianças e adolescentes é marcada por um rol de conquistas que foram se atualizando cada vez mais, com foco no cuidado e proteção com a classe, e visando sempre formas de desenvolvimento perante cada situação em que

se encontravam. Toda essa transformação resultou em uma maneira diferente de se lidar com a demanda atrelada à infância e à juventude.

Toda essa atualização normativa não foi suficiente para mudar por completo os meios e métodos a serem aplicados: existe ainda uma dificuldade de alterar a perspectiva a respeito de algumas tradições e costumes antigos que permeiam até os dias atuais. Infelizmente, ainda se mantém uma generalização na maneira de se interpretar as particularidades de cada criança e adolescente. Isso também se dá devido à alta demanda das unidades, haja vista que, se estão superlotadas ou recebem baixo apoio vindo da base organizacional, conseqüentemente se veem limitadas nos recursos (DIMENSTEIN et al., 2005).

A partir do momento em que se tem ciência da deficiência no cumprimento das demandas na assistência à criança e adolescente, cabe ao conselho tutelar, ao menos em teoria, colher as informações e se direcionar ao Poder Executivo do município, onde será estudado a melhor maneira para sua resolução. Se levamos em conta as ocorrências apresentadas na assistência pública de saúde mental, notamos que as principais queixas estão relacionadas ao estudo na escola. Não obstante, essa demanda não exige por obrigação a atenção de um profissional especializado na saúde mental (DIMENSTEIN et al., 2005).

Dessa forma, fica claro que, se o profissional fica encarregado de atender as necessidades das crianças e adolescentes que poderiam ser dispensadas ou atribuídas a outro profissional, aquelas que de fato necessitam de apoio psicológico enfrentarão dificuldades para encontrar à disposição um responsável que lhes possam auxiliar. Isso contribui para um déficit na atenção psicológica e, além de sobrecarregar a unidade, a população que realmente precisa de suporte sofrerá um risco de não ser priorizada, perdendo a vez para outros que poderiam ser atendidos em outros locais, mas que não são, devido ao baixo quantitativo de profissionais (DIMENSTEIN et al., 2005).

Vale ainda ressaltar que, quando a criança ou adolescente necessita do suporte psicológico, ela pode enfrentar uma série de preconceitos vindo dos familiares, responsáveis ou amigos, pelo simples fato de supostamente sofrer de alguma patologia mental (DIMENSTEIN et al., 2005).

É muito comum que os adultos negligenciem seu estado de saúde. Quando sentem, por exemplo, um desconforto anatômico, se autodiagnosticam e se automedicam baseados nos conhecimentos herdados pelos pais ou conhecidos, agravando, por muitas vezes, seu quadro clínico. E com as crianças não é diferente. Nosso corpo está

constantemente mandando sinais de melhorias que, quando ignorados, podem piorar. Muitas crianças e adolescentes sofrem essas manifestações corporais revelando que existe algo anormal na sua fisiologia física ou mental e que precisam de atenção. Por sua vez, ao ignorarem os sinais apresentados pela criança, os pais estão sendo fortes contribuintes para uma possível instalação da patologia. Quando percebem, é demasiado tarde para um tratamento básico, sujeitando a criança ou adolescente a passarem por tratamentos mais complexos e aumentando o fluxo nas unidades de atenção psicossocial (CECCARELLI et al., 2022).

Em virtude disso, dentro dessas necessidades não atendidas em razão da alta demanda, a criança/adolescente passa por um período de constrangimento. Em alguns casos, podem se culpar pelo que está acontecendo consigo mesma e pensarem que não estão aptas a serem recepcionadas para um tratamento (COSTA et al., 2021).

O exercício terapêutico na área do crescimento infantil no combate ou prevenção é uma atividade complexa e que exige sempre muita cautela do profissional, já que aquele procedimento irá implicar ou contribuir para o desenvolvimento infantil fornecendo um bem-estar. A prática do diagnóstico precoce favorece um rompimento da progressão da doença, o que permite um bom desenvolvimento mental e físico da criança e adolescente. Dessa maneira, fica evidente que as crianças diagnosticadas de forma precoce possibilita um tratamento no seu estágio inicial, tendo mais chances de serem tratadas se comparadas às crianças analisadas de forma tardia (CECCARELLI et al., 2022).

A intervenção é uma prática nova aqui no Brasil, a qual prioriza estudos a respeito de diferentes formas de promoção e também proteção na saúde pública. Existem muitas práticas integradas no SUS que não são consideradas como intervenção precoce, mas esse protocolo envolvendo estudos e métodos de melhorias na atenção à saúde mental infantojuvenil vem possibilitando progressos no tratamento antecipado.

A equipe multidisciplinar para o auxílio do diagnóstico precoce varia de acordo com cada caso e com cada paciente, podendo intercalar entre psicólogos, neurologistas, fisioterapeutas, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicopedagogos, etc. Estar atento ao tratamento de intervenção precoce não é fácil; exige não só profissionalismo do agente como um teor de humanização que possibilite uma preocupação com o tratamento. Esses profissionais têm a liberdade de consultar o paciente de forma individual, buscando acrescentar no conhecimento da patologia à equipe multidisciplinar. A consulta individual seguirá o roteiro de uma série de questionários, sendo observado as respostas e a maneira como a resposta é apresentada, ou por meio de questionários informais. O resultado do

tratamento estará intimamente ligado a maneira com que o diagnóstico multidisciplinar foi feito e ao trabalho familiar (COSTA et al., 2021).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico, uma vez que pretende analisar uma relação entre variáveis, com abordagem quantitativa e transversal, pois os dados foram coletados em um tempo definido. Desse modo, é possível representar a situação de saúde de uma população específica, tendo por base a avaliação do estado de saúde de cada indivíduo isoladamente e a partir daí, viabilizar a produção de indicadores de saúde para o grupo investigado (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

Uma pesquisa de abordagem quantitativa é assim classificada, tendo em vista que é o método científico que emprega diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações a um determinado estudo, sendo utilizado um alto número de amostras e seus resultados expostos em forma de gráficos e tabelas (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

No que se refere ao caráter transversal, este aborda populações bem definidas, fornecendo a descrição instantânea do processo saúde/doença, permitindo testar relações entre as variáveis preditoras e de desfecho (SANTANA; CUNHA, 2011). Assim, torna-se possível a formulação e teste de hipóteses de associação, sem definir o seu caráter etiológico devido à simultaneidade da informação sobre o sintoma/doença/agravo e o fator associado (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

Portanto, o tipo de estudo contempla a pretensão da pesquisa e proporciona instrumentação teórico-metodológica para analisar as amostras.

Esta pesquisa está vinculada ao projeto matriz “Impacto de uma intervenção educativa no enfrentamento da violência escolar através das tecnologias digitais”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob parecer nº 3.168.239.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A coleta dos dados foi realizada em um colégio estadual da cidade de Salvador, Bahia, durante uma ação do Grupo de estudos CRESCER, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Essa instituição de ensino possui o fundamental II (6º ao 9º ano), o ensino médio (1º ano ao 3º ano), educação especial e educação de jovens e

adultos (EJA). Conforme informações do Censo Escolar do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), estavam matriculados 900 estudantes, entre o 1º e 3º anos do ensino médio no momento da coleta de dados. A instituição possui 30 salas de aula, biblioteca, cozinha, laboratório de ciências, quadra poliesportiva, diretoria, sala de informática e sala de professores.

Esse colégio foi escolhido como campo de intervenção por já possuir um discurso e uma prática de cuidado aos estudantes, desde a educação inclusiva para adultos como para alunos que possuem necessidades especiais, sendo a mesma aberta a intervenções externas, das mais diversas instituições de ensino superior da cidade, que visam à ampliação do cuidado as (aos) alunas (os) lá matriculadas (os). Nesse sentido, o grupo de estudos CRESCER já detinha uma aproximação com essa instituição através do projeto matriz “Impacto de uma intervenção educativa no enfrentamento da violência escolar através das tecnologias digitais”, o que viabilizou a condução da pesquisa.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi composta por todas (os) as (os) estudantes do ensino médio, do 1º ao 3º ano, do turno vespertino, os quais no dia da aplicação do teste tivessem, no mínimo, 17 anos completos, critério estabelecido pela própria escala Beck para inclusão e que tivessem liberação da psicóloga escolar da instituição de ensino e pelo psicólogo responsável pela pesquisa para participar da pesquisa.

A amostra foi calculada no programa SPSS, versão 26.00, considerando os seguintes parâmetros: índices de avaliação das Escalas Becks de Ansiedade, depressão e ansiedade, nível de significância (α) de 5,0%; precisão de erro de 2,0% e poder de estudo de 80,0%.

A amostragem foi intencional ou por conveniência, considerando as características particulares do grupo em estudo ou ainda o conhecimento do pesquisador naquilo que está investigando. Tratou-se de uma amostra não-probabilística, a seleção dos elementos da amostra foi feita de forma não-aleatória, justificadamente ou não (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

Como critérios de exclusão foram utilizados diagnóstico prévio de estado psicológico desgastado ou estado cognitivo improdutivo.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foi estabelecida uma equipe composta por estudantes de cursos de graduação da área de saúde vinculados a Ação Curricular em Comunidade e Sociedade (ACCS) “Redes Colaborativas e Tecnologias Digitais no Enfrentamento à Violência” (ENFC97), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e ocorreu em julho de 2019. Todas (os) foram submetidas (os) ao treinamento para aplicação das Escalas Beck e foram supervisionadas (os) durante a aplicação.

Foram aplicadas as Escalas Beck para investigação da saúde mental das (os) adolescentes, compostas pelo Inventário de Depressão (BDI) que mede a intensidade da depressão, Inventário de Ansiedade que mede a intensidade da ansiedade (BAI) e a Escala de Desesperança (BHS), que mensura o pessimismo e oferece indícios sugestivos de risco de suicídio em sujeitos deprimidos ou que tenham história de tentativa de suicídio.

3.4.1 Treinamento da equipe de coleta

No mês de julho de 2019, as (os) estudantes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) matriculadas (os) na ACCS ENFC97 receberam durante as atividades didáticas do componente o treinamento em temáticas que são correlatas a esse estudo, a exemplo da tipologia e prevenção da violência, saúde mental durante a adolescência e a aplicação das Escalas Beck.

O treinamento teve como objetivo a padronização dos procedimentos de aplicação das Escalas Beck e foi constituído em etapas teóricas e práticas. No primeiro momento foram realizadas oficinas teóricas sobre estudos transversais, epidemiologia, amostragem não-probabilística, tipos de violência, testes psicológicos com a leitura das três Escalas Beck utilizadas na pesquisa e simulação exaustiva das entrevistas com objetivo de diminuir possíveis erros no momento da entrevista *in loco*.

No que tange a operacionalização da coleta, para a aplicação, as (os) alunas (os) da EEUFBA foram divididas (os) em duplas e, a depender da necessidade, trios. No momento seguinte, foi discutido o acolhimento aos entrevistados, apresentação da atividade para as (os) alunas (os) da turma em que cada dupla/trio iria realizar a atividade e a entrevista em si.

Utilizou-se como referência o turno escolar vespertino, com todas (os) as (os) alunas (os), devidamente matriculadas (os) em turmas do 1º ao 3º do ensino médio, que possuíam 17 anos ou mais e que aceitaram, voluntariamente, participar da pesquisa.

3.4.2 Coleta de dados

A aplicação das escalas foi realizada em julho de 2019. O ponto de encontro com as (os) estudantes que realizaram a aplicação das Escalas Beck ocorreu na sala da coordenação da instituição de ensino. As duplas/trios deixaram a sala da coordenação em posse das Escalas Beck, papel, caneta, lápis, mapa de sala e seguiram para as salas da aplicação, as quais foram previamente definidas pelo psicólogo em consonância com a coordenação do colégio.

Ao final das aplicações, as duplas/trios, entregaram ao psicólogo (supervisor de campo) um envelope fechado, separado por turmas, com as escalas preenchidas e as não preenchidas, uma lista de presença das (dos) alunas (os) e, posteriormente, um breve relato de como foi a vivência. O psicólogo, por sua vez, transportou todo o material para análise das escalas, bem como a sua correção e alimentação do SPSS.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para a pesquisa foi utilizado o questionário sociodemográfico coletado na pesquisa “Impacto de uma intervenção educativa no enfrentamento da violência escolar através das tecnologias digitais” e as três Escalas Beck de sintomas de ansiedade, depressão e desesperança.

3.5.1 Questionário sociodemográfico

Esse instrumento aborda as características sociodemográficas das (os) participantes, compreendendo treze questões fechadas para levantamentos das variáveis: idade; sexo; gênero; orientação sexual; raça/cor; religião; estado civil; série letiva; escolaridade dos genitores ou responsáveis; local de residência; renda familiar; provedor da renda e dependentes da renda.

3.5.2 Inventário de Depressão - Beck Depression Inventory (BDI)

A Escala de depressão é utilizada para quantificar sintomas depressivos e pode auxiliar no diagnóstico a partir de pontos de corte específicos. O Inventário de Depressão de Beck (BDI) avalia sintomas físicos, ansiedade, depressão, sinais de depressão com ideias paranoides e foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961).

Trata-se de um instrumento de autorrelato para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos composta por 21 itens e estimativas de fidedignidade estabelecidas a partir de seis amostras psiquiátricas que variaram entre 0,79 e 0,90 (CUNHA, 2001).

3.5.3 Inventário de Ansiedade - Beck Anxiety Inventory (BAI)

Constitui-se de 21 itens, em uma escala de quatro pontos com o nível de gravidade do sintoma. O instrumento demonstrou-se apropriado para utilização em pacientes psiquiátricos (sujeitos com transtornos de humor/ansiedade, dependência de álcool ou outras substâncias e quaisquer diagnósticos psiquiátricos com ideação ou tentativa suicida), clínica (psicológica, médica, ocupacional, etc.) – obesos, pessoas com doenças pulmonares e/ou cardíacas, disfunção erétil, unidade de cuidados primários – e para pesquisas em geral com população variada (universitários, policiais, adolescentes, estudantes, idosos, trabalhadores em geral). O escore total varia de 0 a 63, e permite a verificação do nível de intensidade da ansiedade. A classificação descrita no manual recomenda que o nível de ansiedade seja classificado em mínimo (0-7), leve (8-15), moderado (16-25) ou grave (26-63) (CUNHA, 2001).

3.5.4 Escala de Desesperança - Beck Hopelessness Scale (BHS)

Originalmente foi desenvolvida no *Center of Cognitive Therapy (CCT)* da Universidade da Pensilvânia, na Filadélfia, Estados Unidos. A desesperança é sintoma de ideação suicida, abordando três aspectos importantes dela: sentimentos acerca do futuro, perda de motivação e expectativas. A teoria da desesperança considera existir três “elementos nucleares”, que, em hipótese, resultam em uma depressão desesperançosa. São estes: a expectativa de resultados adversos, o sentimento de desamparo relativo a esses resultados e o elevado grau de certeza sobre essa crença.

A BHS é uma escala dicotômica, que engloba 20 itens, consistindo em afirmações envolvendo cognições sobre desesperança. Ao concordar com (certo) ou discordar de (errado) cada uma delas, o sujeito descreve sua atitude, permitindo que seja possível avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto (CUNHA, 2001).

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Como variáveis independentes do estudo foram consideradas: idade; sexo; gênero; orientação sexual; raça/cor; religião; estado civil; série letiva; escolaridade dos genitores

ou responsáveis; local de residência; renda familiar; provedor da renda e dependentes da renda.

Como variáveis dependentes foram consideradas: os sintomas de ansiedade, depressão e de desesperança, avaliados mediante as respectivas Escalas Beck.

3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Em primeiro plano realizou-se codificação das variáveis pesquisadas, procedida à dupla digitação dos dados em planilha do *software* denominado *Microsoft Office Excel*, versão 2019. Dessa forma, todos os formulários da pesquisa foram digitados por dois indivíduos separadamente. Após a dupla digitação foi efetuada a validação (comparação dos dois bancos de dados) para minimizar as inconformidades no processo de digitação. Caso houvesse discordância, o pesquisador responsável pelo instrumento faria a correção utilizando como base as respectivas Escalas Beck.

Após a tabulação, os dados foram exportados e processados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, (IBM Corp.[®], Armonk, Estados Unidos).

Para o tratamento estatístico foi realizada a priori a análise descritiva das variáveis, calculando-se as frequências absoluta e relativa e medidas de tendência central e dispersão, a depender da distribuição dos dados. Para analisar a associação das variáveis independentes como idade; sexo; gênero; orientação sexual; raça/cor; religião; estado civil; série letiva; escolaridade dos genitores ou responsáveis; local de residência; renda familiar; provedor da renda e dependentes da renda com as variáveis dependentes como sintomas de ansiedade, depressão e desesperança avaliadas pelas Escalas Beck foram aplicadas a análise bivariada mediante o teste do Qui-Quadrado de Pearson e/ou do teste Exato de Fisher ou o teste T de *Student*.

Em seguida, como medida de associação utilizou-se a Razão de Prevalência (RP), com os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Foram tomadas como nível de significância estatística o p-valor < 0,05.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este projeto foi inserido nas ações do projeto “Impacto de uma intervenção educativa no enfrentamento da violência escolar através das tecnologias digitais” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob parecer nº 3.168.239, sendo, entretanto, submetido como uma emenda por meio da

plataforma Brasil para posterior análise e publicação dos dados. É importante salientar que todos os aspectos bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça foram respeitadas.

As (aos) participantes foram asseguradas (os) a privacidade e o sigilo da identidade pessoal. As (os) alunas (os) receberam orientação quanto aos objetivos e etapas da pesquisa; a participação voluntária e livre de qualquer forma de pagamento; a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa sem qualquer prejuízo e/ou penalidades; o risco de alguma pergunta e/ou procedimento da pesquisa causar algum tipo de constrangimento ou incômodo e a divulgação dos resultados da pesquisa em eventos e periódicos científicos.

As (aos) participantes que aceitaram participar do estudo foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (> 18 anos) e aos participantes na faixa etária de 17 anos, foi solicitado a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do responsável.

4 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho serão organizados em três partes. A primeira apresenta a caracterização sociodemográfica dos adolescentes escolares que participaram do estudo. A segunda parte retrata os dados sobre as respostas obtidas nas escalas de desesperança, ansiedade e depressão que foram utilizadas. Por último, a terceira parte aborda a análise da associação entre as características sociodemográficas e a depressão, ansiedade e desesperança.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ADOLESCENTES ESCOLARES

Participaram do estudo 206 adolescentes que estudam em uma escola pública de Salvador, Bahia. Conforme indicado na tabela 1 abaixo, os participantes apresentaram uma faixa etária média de 17,5 (DP= 0,7) anos e 51,7% (n=106) eram do sexo masculino. Quanto a orientação sexual, 87,5% (n=77) afirmaram ser heterossexuais, 4,5% (n=4) gays e 4,5% (n=4) bissexuais. No tocante a raça/cor, 39,8% (n=35) se afirmaram como pretos. Na variável religião, 37,1% (n=33) afirmaram não possuir nenhuma religião, seguido de 30,3% (n=27) católicos. 85,1% (n=171) adolescentes estavam solteiros e a escolaridade da maioria dos participantes era do terceiro ano ensino médio. A média da renda familiar foi de 2.577,90 (DP=2715,20).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos estudantes de uma escola pública de Salvador/Bahia 2019. (n=206)

Variáveis		n=206 (%)
Idade		17,5 (0,7)
Sexo	Masculino	106 (51,7%)
	Feminino	99 (48,3%)
Gênero	Menino/homem	46 (52,9%)
	Menina/mulher	41 (47,1%)
	Travesti	0 (0,0%)
	Transexual	0 (0,0%)
Orientação sexual	Heterossexual	77 (87,5%)

	Gay	4 (4,5%)
	Bissexual	4 (4,5%)
	Outro	2 (2,3%)
	Lésbicas	0 (0,0%)
Raça/cor	Preta	35 (39,8%)
	Parda	29 (33,0%)
	Branco	11 (12,5%)
	Amarela	5 (5,7%)
	Indígena	8 (9,1%)
Religião	Sem religião	33 (37,1%)
	Católico	27 (30,3%)
	Protestante	21 (23,6%)
	Candomblé	5 (5,6%)
	Espírita	2 (2,2%)
	Umbanda	1 (1,1%)
	Outra	0 (0,0%)
Situação conjugal	Solteiro(a)	171 (85,1%)
	Namorando	29 (14,4%)
	Viúvo(a)	1 (0,5%)
	Casado(a)	0 (0,0%)
	Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)	0 (0,0%)
Serie de estudo	3° ano	106 (51,7%)
	1° ano	57 (27,8%)
	2° ano	42 (20,5%)
Escolaridade do pai	Não estudou	0 (0,0%)
	Fundamental incompleto	20 (9,7%)
	Fundamental completo	6 (2,9%)

	Médio incompleto	8 (3,9%)
	Médio completo	35 (17,0%)
	Superior incompleto	1 (0,5%)
	Superior completo	10 (4,9%)
	Não sabe	126 (61,1%)
Escolaridade da mãe	Não estudou	0 (0,0%)
	Fundamental incompleto	11 (5,3%)
	Fundamental completo	7 (3,4%)
	Médio incompleto	9 (4,4%)
	Médio completo	41 (19,9%)
	Superior incompleto	4 (1,9%)
	Superior completo	13 (6,3%)
	Não sabe	121 (58,8%)
Renda Familiar		2577,9 (2715,2)
Dependentes da renda		3,2 (1,0)

4.2 ESCALAS DE DESESPERANÇA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Dos 206 adolescentes que participaram do estudo, 47,6% (n=98) apresentaram desesperança conforme dados do inventário de Beck. 73,3% (n=171) dos adolescentes apresentaram ansiedade de acordo com o Inventário de ansiedade de Beck. 50,5% (n=104) estudantes apresentaram depressão conforme o Inventário de Beck.

4.3 ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ESTUDANTES ADOLESCENTES E DESESPERANÇA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Com a análise bivariada (Tabela 2), verificou-se que existe associação positiva estatisticamente significativa para o sexo feminino e depressão (p=0,00); assim como para

o sexo feminino e gênero menina/mulher com ansiedade ($p=0,01$; $p=0,02$ respectivamente), e gênero menina/mulher com desesperança ($p= 0,01$).

Tabela 2 – Associação entre as características sociodemográficas e a depressão, ansiedade e desesperança dos estudantes de uma escola pública de Salvador/Bahia 2019. (n=206)

		Total	Depressão		Ansiedade		Desesperança	
		(n=206; 100%)	(n=104; 50,5%)	<i>p</i>	(n=151; 73,3%)	<i>p</i>	(n=98; 47,6%)	<i>p</i>
Idade		17,5 (0,7)	17,4 (0,6)	0,08*	17,5 (0,7)	0,42*	17,5 (0,7)	0,51*
Sexo	Masculino	106 (51,7%)	43 (41,3%)	0,00†	69 (46,0%)	0,01†	46 (46,9%)	0,19†
	Feminino	99 (48,3%)	61 (58,7%)		81 (54,0%)		52 (53,1%)	
Gênero	Menino/homem	46 (52,9%)	20 (43,5%)	0,06†	31 (46,3%)	0,02†	17 (38,6%)	0,01†
	Menina/mulher	41 (47,1%)	26 (56,5%)		36 (53,7%)		27 (61,4%)	
Orientação Sexual	Heterossexual	77 (88,5%)	38 (82,6%)	0,10†	57 (85,1%)	0,11†	36 (83,7%)	0,20†
	Outro	10 (11,5%)	8 (17,4%)		10 (14,9%)		7 (16,3%)	
Raça/cor	Preta/parda	64 (72,7%)	34 (72,3%)	0,93†	52 (76,5%)	0,15†	31 (70,5%)	0,63†
	Outra	24 (27,3%)	13 (27,7%)		16 (23,5%)		13 (29,5%)	
Religião	Sem religião	33 (37,1%)	20 (42,6%)	0,46†	26 (38,2%)	0,68†	16 (36,4%)	0,41†
	Outra	29 (32,6%)	15 (31,9%)		23 (33,8%)		12 (27,3%)	
	Católico	27 (30,3%)	12 (25,5%)		19 (27,9%)		16 (36,4%)	
Situação Conjugal	Solteiro(a)	171 (85,5%)	87 (86,1%)	0,80†	126 (85,7%)	0,89†	82 (88,2%)	0,32†
	Namorando	29 (14,5%)	14 (13,9%)		21 (14,3%)		11 (11,8%)	

Serie de estudo	1º ano	57 (27,8%)	31 (30,1%)		36 (23,8%)		24 (24,7%)	
	2º ano	42 (20,5%)	20 (19,4%)	0,75 [†]	31 (20,5%)	0,08 [†]	22 (22,7%)	0,58 [†]
	3º ano	106 (51,7%)	52 (50,5%)		84 (55,6%)		51 (52,6%)	
Escolaridade do pai	Fundamental	26 (32,5%)	14 (34,1%)		22 (35,5%)		13 (34,2%)	
	Médio	43 (53,8%)	22 (53,7%)	0,90 [†]	33 (53,2%)	0,37 [†]	20 (52,6%)	0,95 [†]
	Superior	11 (13,8%)	5 (12,2%)		7 (11,3%)		5 (13,2%)	
Escolaridade da mãe	Fundamental	18 (21,2%)	12 (26,7%)		14 (21,5%)		9 (22,0%)	
	Médio	50 (58,8%)	25 (55,6%)	0,41 [†]	38 (58,5%)	0,98 [†]	27 (65,9%)	0,21 [†]
	Superior	17 (20,0%)	8 (17,8%)		13 (20,0%)		5 (12,2%)	
Renda Familiar		2577,9 (2715,2)	2332,3 (1379,1)	0,46 [*]	2343,1 (1832,7)	0,17 [*]	1939,1 (1524,2)	0,06 [*]
Dependentes da renda		3,2 (1,0)	3,2 (0,9)	0,87 [*]	3,2 (1,0)	0,36 [*]	3,1 (1,0)	0,39 [*]

*: Test t de Students; †: test χ^2 de Pearson.

5 DISCUSSÃO

O estudo com 206 adolescentes escolares de uma escola pública de Salvador aponta que as meninas estão mais adoecidas psicologicamente em comparação com os meninos, evidenciando associação estatística significativa entre sexo feminino e depressão ($p=0,00$) assim como sexo feminino e gênero menina/mulher com ansiedade ($p=0,01$; $p=0,02$ respectivamente) e gênero menina/mulher com desesperança ($p=0,01$).

Essa realidade também é evidenciada em estudo realizado no Rio Grande do Sul com 70 adolescentes com idades entre 16 e 19 anos utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), que indica associação entre o sexo feminino com depressão e ansiedade. Constatou-se maior prevalência de sintomas moderados entre os participantes do gênero feminino (20%) quando comparados a 10% do grupo masculino. Além disso, as mulheres pontuaram sintomas graves (13,3%), enquanto os homens não obtiveram pontuação nesse nível (GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017). Corroborando, estudo internacional conduzido com 408 adolescentes também aponta que as meninas tiveram frequência relativamente mais alta de depressão comparado com os meninos (WANG et al., 2023).

No que tange a sintomas de ansiedade, estudo realizado em São Paulo com 570 participantes demonstra que os indivíduos do sexo feminino apresentam uma média de 8,41 em comparação com 6,61 do sexo masculino (GUIMARAES et al., 2022). Nesse sentido, estudo peruano com 260 alunos, utilizando o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), aponta que as meninas têm uma prevalência duas vezes maior de sintomas de ansiedade comparado com os meninos (LA SERNA-SOLARI; CASTILLO-CORNOCK; VIERA-QUIJANO, 2023). Ratificando, pesquisa realizada na Índia com 100 adolescentes evidencia associação estatística entre o gênero feminino e os sintomas de ansiedade ($p=0,45$), apontando, dessa forma, as que meninas estão mais propensas a ter ansiedade do que os meninos (KARANDE et al., 2023).

Quanto a desesperança, estudo quase experimental conduzido com 102 adolescentes no Maranhão aponta um percentual maior de meninas com sintomas de desesperança nos níveis mínimo, leve, moderado e severo do Inventário de Desesperança de Beck (BHS), em comparação com os meninos (AMARAL et al., 2020). Outro estudo brasileiro com 270 adolescentes reforça esses pressupostos acerca das meninas apresentarem mais sintomas de desesperança quando equiparada aos meninos e destaca a importância de se pensar em estratégias específicas para esse grupo prioritário (FARIA et al., 2020).

Essa realidade apresentada de maior adoecimento psíquico nos indivíduos do sexo

feminino pode estar atrelada a sociedade patriarcal ainda predominante nos dias atuais, que designa às meninas/mulheres a responsabilidade dos afazeres domésticos. Estudo qualitativo realizado no estado de Pernambuco com 9 adolescentes de 14 a 16 anos, por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas, indica que tarefas domésticas como cozinhar, lavar e passar são principalmente atribuídas às mulheres, sendo responsáveis também pelas roupas e cuidados pessoais (CARVALHO; MELO, 2019). Corroborando, estudo etnográfico com 100 adolescentes em duas escolas públicas de Minas Gerais mostrou que, em especial nas classes sociais mais baixas, meninas de 7 a 10 anos cuidavam dos irmãos menores, assumindo inclusive o cuidado de educá-los (FROIS, 2020).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2020), esses afazeres domésticos, executados por várias horas diárias e realizados em condições desfavoráveis ao crescimento/desenvolvimento são considerados trabalho infantil e classificados como trabalhos perigosos proibidos para menores de 18 anos. Ainda que o Decreto Brasileiro nº 6.481/2008 proíba tais práticas, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou em 2011 cerca de 258.000 crianças e adolescentes de 5 a 17 anos em situação de trabalho infantil doméstico (SANTOS, L. 2020).

No plano internacional, também é amplamente conhecido essa responsabilização dos afazeres domésticos por crianças e adolescentes. Um estudo de dados secundários com 66.705 crianças e adolescentes de 5 a 17 anos em Bangladesh revelou que quase 40.000 estavam envolvidas no trabalho infantil, com o trabalho doméstico concentrado sobretudo entre meninas (THI; ZIMMERMAN; RANGANATHAN, 2023). Isso é legitimado por um estudo com 21.736 crianças e adolescentes nos Estados Unidos, o qual demonstrou que as atividades de limpar, arrumar e guardar itens da casa estavam associadas às meninas (AHMED et al., 2022).

Esse tipo de trabalho doméstico infantil pode trazer uma série de consequências aos menores. Entre os possíveis danos, destacam-se: esforço físico intenso, isolamento, posturas antiergonômicas e movimentos repetitivos, tração na coluna, sobrecarga muscular, contusões, fraturas, traumas, queimaduras e até problemas psiquiátricos como ansiedade, alterações na vida familiar, distúrbios do ciclo sono-vigília, síndromes de burnout, neuroses ocupacionais, traumas e fobias (SANTOS, L. 2020).

Apesar de não ter apresentado significância estatística, a raça/cor é uma variável que se apresenta diferente para a depressão, ansiedade e desesperança entre a população branca e a negra, sendo a frequência maior nessa última. Estudo transversal realizado em São Paulo com 186 mulheres indicou que 24,2% apresentaram transtorno depressivo e, entre essas, 81,7% eram da raça negra (LIMA et al., 2023). Corroborando esse cenário nacional, pesquisa realizada no

Rio de Janeiro com 1.117 adolescentes escolares de 13 a 19 anos aponta que os negros experienciaram mais eventos, como a depressão (ANDRADE; AVANCI; OLIVEIRA, 2022).

No âmbito internacional também é notório o maior adoecimento de pessoas negras se comparadas com as brancas. Estudo realizado com 25 jovens negros de 14 a 19 anos aponta que 17 deles têm depressão (WILSON et al., 2023). Pesquisa nos Estados Unidos com 260 jovens negros durante o período da pandemia identificou 39 (15%) novos casos de transtornos mentais (YUSUF et al., 2022). Revisão sistemática e meta-análise acerca da incidência do adoecimento mental na Inglaterra desvela que os negros têm uma prevalência 4,07 de problemas mentais em comparação com os brancos (HALVORSRUD et al., 2019).

Esse adoecimento da população negra pode estar ancorado no racismo, que propicia diversas experiências adversas desde a infância até a vida adulta. Os atos discriminatórios estão presentes na sociedade de forma estrutural, manifestando-se também nas escolas, o que contribui para o adoecimento desses adolescentes (YUSUF et al., 2022; WILSON et al., 2023).

Os alunos do terceiro ano do ensino médio estão mais adoecidos que alunos de primeiro e segundo ano, o que nos leva a questionar qual o motivo que está levando esses jovens a demonstrarem mais sintomas de ansiedade, depressão e desesperança. Fatores como a pressão acadêmica por performance, expectativas sociais, transições e incertezas, problemas familiares, constantes mudanças físicas e hormonais, sobrecarga de atividades, *bullying* e pressão dos pares, os quais, para se encaixarem em grupos, usam drogas, bebem álcool ou se envolvem em comportamentos de risco, quesitos que podem levar ao sofrimento psíquico desses jovens.

Nos Estados Unidos, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) realizou a primeira pesquisa representativa com estudantes do ensino médio durante a pandemia de COVID-19. O trabalho trouxe como resultado dados alarmantes: mais de um terço dos estudantes de ensino médio no país relataram problemas de saúde mental; desses, 44% afirmaram se sentirem tristes ou sem esperança. Porém, os dados são ainda mais preocupantes quando se observa os estudantes LGBT, pois 76% desses jovens relataram sentir-se desse modo, contra 37% dos alunos heterossexuais do ensino médio (CDC, 2022).

Já no Brasil, em pesquisa realizada pela Secretaria da Educação do Estado de São Paulo com alunos do ensino médio no começo de 2022, mostrou que 70% dos estudantes relataram sintomas de depressão e ansiedade. Desses, um a cada três afirmou possuir dificuldades para se concentrar ao que era solicitado na aula, outros 18,8% disseram se sentir completamente esgotados e sob pressão, enquanto 13,6% afirmaram perda da autoconfiança (SEDUC-SP, 2022).

Como sabemos, o ensino médio é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, onde os alunos enfrentam mudanças significativas em suas vidas. Os adolescentes muitas vezes encaram pressões sociais para se encaixarem em determinados grupos, serem populares ou atenderem às expectativas de seus colegas. Isso acarreta uma sobrecarga de sentimentos que atuam de forma simultânea, já que alunos do ensino médio muitas vezes têm uma agenda cheia de atividades extracurriculares, trabalhos de meio período ou responsabilidades familiares. Essas pressões podem levar a problemas de autoestima, ansiedade e estresse que, somados a outros fatores do ensino médio, especialmente do terceiro ano, podem acarretar em estresse, falta de sono e de tempo para relaxarem e cuidarem de si mesmos. (RODRIGUES; WOLTER, 2022).

O ensino médio é o período em que os alunos enfrentam uma carga acadêmica mais pesada em comparação com os anos anteriores. Variando desde a pressão para obter boas notas, lidar com várias tarefas e preparar-se para exames importantes (ENEM, vestibular), para muitos jovens, sobretudo os de classe social mais baixa, o ensino superior é barricado por diversas questões materiais e subjetivas. Muitas vezes, o único caminho após o término do ensino médio é o ingresso imediato no mercado de trabalho para ajudar a família ou por entender a faculdade como algo inalcançável (RODRIGUES; WOLTER, 2022).

Se nos anos iniciais do segundo grau, o que dá o tom ao percurso dos jovens é a jornada através do novo, um território inexplorado e desafiador, o terceiro ano do ensino médio marca a proximidade do fechamento de um ciclo e o começo de um novo, muitas vezes marcado por insegurança e incertezas. Não necessariamente a expansão do número de vagas ocorridas nas instituições de ensino superior se traduziu em uma democratização do acesso, já que devido ao elevado acúmulo secular de poderio econômico, as classes mais altas possuem mais acesso ao nível superior do que as classes trabalhadoras, e os jovens sabem disso (MORIS et al., 2022).

Ao falarmos em pares, podemos citar os estudantes portugueses como um dos povos que mais padecem de desigualdades escolares provenientes da origem socioeconômica dos estudantes, principalmente os povos ciganos, pois apenas 2,3% desses possuem ensino médio, enquanto no restante da população portuguesa esse número é de 19,1%. É ainda mais alarmante ao analisarmos que a população cigana corresponde apenas a 0,4% da população portuguesa, e os principais perpetradores do preconceito contra os jovens ciganos são seus colegas de sala, que além de expressar pensamentos preconceituosos próprios, reproduzem discursos sociais contra minorias (MENDES, 2022). Muitas jovens ciganas se casam entre os 12 e os 15 anos de idade, se tornando responsáveis pela educação, saúde e transmissão da cultura popular, o que leva a interrupção dos estudos por parte dessas adolescentes gerando um quadro de depressão,

algo muito comum nesse público (IWANO, 2019).

No Brasil, apesar da Política Nacional de Educação (PNE) propor como meta uma taxa de frequência e conclusão do ensino médio de 85% dos jovens em idade escolar, nenhuma região conseguiu atingir essa meta. Obteve como melhores resultados a região Sudeste (77,7%), Centro-Oeste (72%) e Sul (71,9%) e os piores resultados a região Norte (61,5%) e a Nordeste (62,4%). Uma das principais pautas para o aumento da adesão de jovens ao ensino médio é a melhora na qualidade da educação ofertada, e possibilidade de gerar uma ponte entre a realidade atual do jovem e a garantia de um futuro melhor por meio do estudo (ARTES; UNBEHAUM, 2021). Consonantemente, dados da OMS mostram que 5,8% dos brasileiros (cerca de 12 milhões de pessoas) sofrem de depressão. O país detém a maior taxa da América Latina e a segunda maior das Américas, atrás apenas dos Estados Unidos, onde a ansiedade afeta 9,3% dos brasileiros (cerca de 19,4 milhões), fazendo que o Brasil ocupe o primeiro lugar da lista de países mais ansiosos do mundo (OMS, 2020).

É importante que os alunos do ensino médio recebam o apoio necessário para lidar com os desafios que se apresentem a eles. O suporte emocional da família, dos professores e dos profissionais de saúde mental é fundamental para ajudá-los a encarar o sofrimento e desenvolver habilidades de enfrentamento saudáveis.

6 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a intersecção entre o perfil sociodemográfico e a saúde mental dos adolescentes de uma escola pública de Salvador, Bahia, no que tange a categorização de ansiedade, depressão e desesperança. Verificou-se que existe associação positiva estatisticamente significativa para o sexo feminino e depressão ($p=0,00$); assim como para o sexo feminino e gênero menina/mulher com ansiedade ($p=0,01$; $p=0,02$ respectivamente), e gênero menina/mulher com desesperança ($p= 0,01$).

Houve uma busca por apresentar as características que melhor descrevessem o lugar que esse adolescente escolar ocupa no mundo, na sociedade, seu contexto de estudo e sua opinião quanto ao próprio futuro. Ficou evidenciado que nossa sociedade possui aparatos legais para a garantia do bem-estar biopsicossocial dos jovens, porém é indubitável a necessidade de reexaminar a aplicação desses aparatos, visando a real garantia dos direitos humanos dos estudantes das escolas públicas, classe menos favorecida no sistema educacional brasileiro. O ensino médio como via de acesso ao ensino superior, e por conseguinte uma melhora de vida, como assim a ideia é vendida, mostra-se um caminho tortuoso quando falamos de jovens periféricos, pretos, monoparentais, pobres e LGBTs. É muito difícil sentir-se preparado e capaz para novas e mais complexas etapas de vida quando a atual etapa é marcada por dificuldades como abandono parental, negligência do estado, racismo estrutural e LGBTfobia, intersecções paralisantes na e da vida do sujeito.

Os principais pontos positivos do presente estudo é elucidar, estatisticamente, o atual estado da saúde mental do estudante do ensino médio na nossa sociedade. Dessa forma, a estrutura que cerca esse sujeito pode agir a fim de evitar o adoecimento psíquico de futuras gerações e garantir o bem-estar dessa.

Consideram-se limitações no decorrer desse estudo a abstenção de alunos no dia da aplicação das escalas Beck, aos quais souberam e foram orientados apenas no dia da aplicação dos instrumentos. O preenchimento inadequado de vinte e dois questionários, mesmo após a orientação de preenchimento, levou ao descarte deles.

Considerando os aspectos abordados, é fundamental elaborar estratégias de cuidado, prevenção e promoção da saúde mental dos adolescentes escolares, compreendendo que alguns grupos estão mais vulneráveis que outros. Frente a isso, o Programa Saúde na Escola urge como um importante meio de cuidar dos estudantes, sendo essencial uma equipe multiprofissional que possa atender e realizar os possíveis encaminhamentos.

REFERÊNCIAS

- AHMED, S.F. *et al.* Working memory development from early childhood to adolescence using two nationally representative samples. **American Psychological Association**, v. 58, n.10, p. 1962-1973, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1037/dev0001396>.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. *In*: _____. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- AMARAL, A.P. *et al.* Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. **Enfermería Global**, v. 19, n. 59, p. 1-35, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.402951>. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300001&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2023.
- ANDRADE, C.R.; AVANCI, J.Q.; OLIVEIRA, R.V.C. Experiências adversas na infância, características sociodemográficas e sintomas de depressão em adolescentes de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 38, e00269921, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT269921>.
- ARTES, A.; UNBEHAUM, S. As marcas de cor/raça no ensino médio e seus efeitos na educação superior brasileira. **Educação e Pesquisa**, v. 47, e228355, 2021.
- ARAÚJO, R.C.S.S. **Desenvolvimento cognitivo em crianças da educação infantil: a chave da aprendizagem**. 2014. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Centro de Educação, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/7885>. Acesso em: 06 fev. 2022
- ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- BARBALHO, E.V. *et al.* Influência do consumo alimentar e da prática de atividade física na prevalência do sobrepeso/obesidade em adolescentes escolares. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 12-23, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/ckEjt>. Acesso em: 2 abr. 2022.
- BARNHILL, J.W. Considerações gerais sobre transtornos de ansiedade. **Weill Cornell Medical College and New York Presbyterian Hospital**, 2018. Disponível em: <https://msdmnls.co/32dxUq3>. Acesso em: 17 abr. 2022
- BAKERMANS-Kranenburg, M. J. (2021). The limits of the attachment network. **New Directions for Child and Adolescent Development**, 1–8. Disponível em <https://doi.org/10.1002/cad.20432>>. Acesso em 26 mar. 2023
- BEVILACQUA, G.G. *et al.* Estados de humor e resultado esportivo de uma equipe ao longo da segunda fase da liga nacional de futsal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, e3537, 2019. Disponível em: <https://bityli.com/zBYRX>. Acesso em: 26 mar. 2022.
- BOSSARDI, C. N. *et al.* Funcionamento Familiar e Deficiência: Um Estudo com Pessoas com Deficiência Física Adquirida na Região do Vale do Itajaí (SC). **Psicologia: Ciência e**

Profissão, v. 41, n. Psicol. cienc. prof., 2021 41(spe3), p. e190599, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/HHK5XJSPmpyLjMcV4BR6hDn/?lang=pt#>>
Acesso em Dez. 2022

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1990.

CARVALHO J.B.; MELO M.C. A família e os papéis de gênero na adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, e168505, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31168505>. Acesso em: 25 fev. 2022

CASTRO, E.G.; MACEDO, S.C. Estatuto da Criança e Adolescente e Estatuto da Juventude: interfaces, complementariedade, desafios e diferenças. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 2, p. 1214-1238, 2019. Disponível em: <https://bityli.com/ftqxDb>. Acesso em: 2 abr. 2022.

CECCARELLI, C. *et al.* Adverse childhood experiences and global mental health: Avenues to reduce the burden of child and adolescent mental disorders. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 31, n. 75, 2022. DOI:10.1017/S2045796022000580.

CLAUMANN, G.S. *et al.* Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, p. 3-9, 2018. Disponível em: <https://bityli.com/JmqtV>. Acesso em: 2 abr. 2022.

COSTA, P. *et al.* Educational workshops about bonding with the fetus during pregnancy: a clinical trial. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], v. 42, e20200330, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200330>. Acesso em: 21 abr. 2022.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 23-41, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2022.

FARIA, D.A. *et al.* Physical pain and hopelessness in school teenagers. **BRJP**, v. 3, n. 4, p. 354-358, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-018.20200196>. Acesso em: 25 fev. 2022

FERNANDES, J.B.P.; PEIXOTO, C.A. Apego e comunicação: considerando o desenvolvimento infantil sob a ótica da etologia e da psicanálise. **Psicologia USP** [online], v. 32, e190144, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190144>. Acesso em: 21 abr. 2022.

FONSECA, J. O lugar de desejo na matriz de identidade. **Revista Brasileira de Psicodrama** [online], v. 30, e0122, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/psicodrama.v30.511>. Acesso em: 21 abr. 2022.

FROIS, E.S. A construção da expressão de gênero na infância: do gesto à palavra. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v. 15, n. 2, p. 1-15, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-

89082020000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2023.

GROLI, V.; WAGNER, M.F.; DALBOSCO, S.N.P. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 1, p. 87-103, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S2175-50272017000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2023.

GUIMARÃES, M. et al (2022). Depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida de estudantes de universidades pública e privada. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 11, e4038. Disponível em <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.2022.e4038> Acesso em: 06 de Abr. 2023.

HASHIZUME, Cristina Miyuki; ALVES, Maria Dolores. Fortes Políticas afirmativas e inclusão: formação continuada e direitos. **DELTA: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada** [online]. 2022, v. 38, n. 1 [Acessado 9 Junho 2022] , 202257203. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-460X202257203>>. Epub 18 Mar 2022. ISSN 1678-460X.

HOLANDA, W.T.G.; OLIVEIRA, S.B.; SANCHEZ, M.N. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 4, p. 1679-1694, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.03472021>. Acesso em: 09 jun. 2022.

HALVORSRUD, K. *et al.* Desigualdades étnicas na incidência de diagnóstico de doença mental grave na Inglaterra: uma revisão sistemática e novas metanálises para psicoses não afetivas e afetivas. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 54, p. 1311-1323, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01758-y>. Acesso em: 25 fev. 2022

IWANO, M. **Evidências em saúde sobre o povo cigano: uma revisão de literatura entre 2009 a 2018**. 2019. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/48883/marcela_iwano_ensp_mest_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 25 fev. 2022

KRAVETZ, P.L. *et al.* Representações Sociais do Suicídio para adolescentes de uma Escola Pública de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1533-1542, 2021. Disponível em: <https://bityli.com/WZhqv>. Acesso em: 02 abr. 2022.

KARANDE, S. *et al.* Self-perceived anxiety symptoms in school students with borderline intellectual functioning: A cross-sectional questionnaire-based study in Mumbai, Maharashtra, India. **Journal of Postgraduate Medicine**, v. 69, n. 2, p. 89-96, 2023. DOI: https://doi.org/10.4103/jpgm.jpgm_956_22.

LA SERNA-SOLARI, P.B.; CASTILLO-CORNOCK, T.B.; VIERA-QUIJANO, Y.G. Ansiedad, autoestima y hábitos de estudio en relación al rendimiento académico de estudiantes universitarios peruanos: contexto Covid-19. **Avances en Odontología**, v. 39, n. 1, p. 2-8, 2023. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852023000100002&lng=es&nrm=iso. Accedido en: 06 jul. 2023.

LIMA, R.V.A. *et al.* Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise

segundo a raça/cor autorreferida. **Acta Paulista De Enfermagem**, v. 36, eAPE03451, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03451>. Acesso em: 08 mai. 2023

LINS, A.C.L.; PEDRAZA, D.F. Velocidade de crescimento de crianças de uma coorte até o sexto mês de vida. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 11, p. 5777-5792, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.22212020>. Acesso em: 21 abr. 2022.

MENEZES, A.L.C.; PEREIRA, A.R. Desempenho ocupacional de adolescentes usuárias de drogas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 4, p. 754-764, 2019. Disponível em: <https://bityli.com/qXMWHT>. Acesso em: 17 abr. 2022.

MENDES, M.; RELVA, I.; FERNANDES, O.M. A satisfação com o suporte social e o funcionamento familiar numa amostra de adolescentes com e sem irmãos. **PsychTech & Health Journal**, v. 5, n. 1, p. 3-19, 2021. Disponível em: <https://bityli.com/LgAkU>. Acesso em: 02 abr. 2022.

MENDES, M.M. *et al.* Jovens ciganos no ensino médio em Portugal: fatores-chave para a continuidade e o sucesso escolar. **Tempo Social**, v. 34, n. 3, p. 403-426, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/ZQS9Pw7QHWqDh8tVfk389bm/>. Acesso em: 06 abr. 2023

Ministério da Saúde (MDS). Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <https://bit.ly/2IM28Zu>. Acesso em: 17 abr. 2020.

MORIS, C.H.A.A. *et al.* Distinção e classe social no acesso ao ensino superior brasileiro. **Tempo Social**, v. 34, n. 2, p. 69-91, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/Ryy8CpRwNMYMBzQRmjpVbGw/?lang=pt>. Acesso em: 06 abr. 2023

MUNHOZ, Tiago N. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento infantil em crianças brasileiras: linha de base da avaliação do impacto do Programa Criança Feliz. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2022, v. 38, n. 2 [Acessado 2 Junho 2022], e00316920. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00316920>>. Epub 11 Feb 2022. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00316920>

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. OMS: 1 em cada 5 adolescentes enfrenta problemas de saúde mental. Disponível em: <https://bit.ly/2y8aBkr>. Acesso em: 26 mar. 2022.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. New CDC data illuminate youth mental health threats during the COVID-19 pandemic. **CDC Newsroom**, 2022. Disponível em: <https://encr.pw/6h023>. Acesso em: 06 fev. 2023.

OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabalho doméstico infantil**. Disponível em: https://www.ilo.org/brasil/temas/trabalho-domestico/WCMS_565969/lang--pt/index.htm. Acesso em: 06 abr. 2023

OLIVEIRA, Z.R. **Educação infantil**: fundamentos e métodos. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas**. Washington DC: OMS, 2018, 48 p. Disponível em: <https://encr.pw/AKK34>. Acesso em: 06 fev. 2023.

PALHARES, Dario, et al. Guarda compartilhada à luz da bioética e do biodireito. **Revista Bioética**. 2021, v. 29, n. 4, pp. 743-755. Disponível em: <encurtador.com.br/jsxS5>. Acesso em 31 maio 2022.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Human Development Indices and Indicators**, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2BaERvX>. Acesso em: 26 mar. 2022.

PUPO, L. R. et al., Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 44, n. Saúde debate, 2020 44(spe3), p. 107–127, out. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYHd8GWRgV94fRCHqz7fNXj/?lang=pt#>> Acesso em Dez.2022

RACINE, N. *et al.* Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, v. 175, n. 11, p. 1142-1150, 2021. Disponível em: <https://bityli.com/oHUASH>. Acesso em: 26 mar. 2022.

RAGAZZO, A.C.S.M. **Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de uma escola pública municipal de Salvador**. 2017. 159 f. Tese (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RAMIRES, V.R.R. *et al.* Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 2, p. 1-14, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2022.

REICHERT, A.P.S. *et al.* Vigilância do desenvolvimento de crianças em creche: um estudo sobre o olhar materno. **Escola Anna Nery** [online], v. 25, e20200434, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0434>. Acesso em: 2 jun. 2022.

RODRIGUES, T.A.S.; RODRIGUES, L.P.S.; CARDOSO, A.M.R. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 2, p. 103-110, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/RWsjSP>. Acesso em: 17 abr. 2022.

RODRIGUES, R.P.; WOLTER, R.P. Universidade para estudantes de escola pública e privada: da preparação às barreiras sociocognitivas. **Educação & Sociedade**, v. 43, e253501, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/3ST4QvBQKK57TFPYYTrkmWD/>. Acesso em: 06 abr. 2023

ROMEIRO, J.S. *et al.* Violência física e fatores associados em participantes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 611-624, 2021. Disponível em: <https://bityli.com/HVsvp>. Acesso em: 2 abr. 2022.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos transversais. *In*: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SANTOS, I.F.; SILVA, M.A.C. O Corpo no Ensino Médio: Uma Análise da Percepção Corporal dos Estudantes do Rio de Janeiro. **Journal of Physical Education**, v. 32, e3205, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v32i1.3205>. Acesso em: 2 abr. 2022.

SEDUC-SP. Em mapeamento, 70% dos estudantes avaliados relatam sintomas de depressão e ansiedade. **Secretaria da Educação do Estado de São Paulo**, 2022. Disponível em: <https://acesse.one/Ln9Yu>. Acesso em: 06 fev. 2023.

SANTOS, L. O que é o trabalho infantil doméstico e quais prejuízos pode acarretar para crianças e adolescentes. **Secretaria da Cidadania e Justiça**, 2020. Disponível em: <https://www.to.gov.br/cidadaniaejustica/noticias/o-que-e-o-trabalho-infantil-domestico-e-quais-prejuizos-pode-acarretar-para-criancas-e-adolescentes/7ewt1lrwex5r>. Acesso em: 10 mai. 2023.

STUBBE, D. Psiquiatria da infância e adolescência. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.

TAUHATA, T.B.V.; CASSOLI, T. Governo da adolescência e seus deslocamentos históricos. **Educação em Revista** [online], v. 36, e234615, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-4698234615>. Acesso em: 09 jun. 2022.

THI, A.M.; ZIMMERMAN, C.; RANGANATHAN, M. Trabalho Infantil Perigoso, Funcionamento Psicossocial e Abandono Escolar entre Crianças em Bangladesh: Uma Análise Transversal das Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS) do UNICEF. **Children**, v. 10, e10021, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children10061021>. Acesso em: 06 abr. 2023

THIENGO, D.L.; CAVALCANTE, M.T.; LOVISI, G.M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online], v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>. Acesso em: 30 out. 2022.

VITTI, L. *et al.* Fatores de risco e proteção e sintomas de depressão na adolescência. **Psico**, v. 51, n. 4, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/Uoica>. Acesso em: 17 abr. 2020.

WANG, Z. *et al.* Associations between frequent nightmares, nightmare distress and depressive symptoms in adolescent psychiatric patients. **Sleep Medicine**, v. 106, p. 17-24, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.03.026>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S138994572300120X?via%3Dihub>. Acesso em: 06 abr. 2023

WILSON, T.K. *et al.* Exploring the Impact of Racism on Black Youth: A Multidimensional Examination of Discriminatory Experiences Across Place and Time. **Journal of Adolescent Health**, v. 72, n. 2, p. 246-253, 2023. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.09.028.

YUSUF, K.K. *et al.* The Coronavirus (COVID-19) Pandemic and Mental Health of African Immigrants in the United States. **Int J Environ Res Public Health**, v.19, e10095, 2022. DOI: 10.3390/ijerph191610095.


ZANARDO, A.B.R.; VENTURA, C.A.A.; CONSULE, R.C. Vulnerabilidade social e transtornos mentais: Scoping review. **Textos & Contextos**, v. 20, e38616, 2021.

ZANUTO, G.R.N. **Caracterização do perfil de uma amostra de usuários de um serviço de saúde do adolescente**. 2020. 72f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Diretoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/yIIRT>. Acesso em: 02 abr. 2022.

APÊNDICE A - Instrumentos de coleta de dados

INSTRUMENTO 1: INQUÉRITO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Nº. de ordem:				
---------------	--	--	--	--



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Efetividade de uma intervenção educativa no enfrentamento da violência escolar através das tecnologias digitais

INSTRUMENTO 1: INQUÉRITO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

BLOCO 1: CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS	
1. Iniciais do nome:	2. Qual a sua data de nascimento?
3. Qual o bairro você mora:	4. Qual a rua você mora?
5. Sexo 1() Masculino 2()Feminino	6. Gênero 1()Menino/Homem 2()Menina/Mulher
7. Qual a sua orientação sexual? 1()Heterossexual 2() Lésbicas 3 () Gay 4 () Bissexual 5 () Travesti 6() Transexual 7()Outro	
8. Para você qual a sua cor/raça? 1() Branca 2() Amarela (oriental) 3() Parda 4() Origem Indígena 5() Preta	
9. Qual a sua religião ? 1() Sem religião 2 () Protestante ou Evangélica 3 () Católica 4 () Espirita 5 () Umbanda ou Candomblé 6 () Outra	
10. Qual a sua situação conjugal? 3() Casado (a) 1() Solteiro (a) 4() Divorciado(a) /separado(a)/desquitado(a) 2() Namorando 5() Viúvo(a)	
11. Série de estudo? 1()1º ano 2()2ª ano 3()3ª ano 4() outro	
12. Qual o nível (grau) de ensino que seu pai estudou ou estuda? 1.() Não estudou. 2.()Fundamental incompleto 3.()Fundamental completo 4.() Médio incompleto 5. ()Médio completo 6.()Superior incompleto 7.() Superior completo 8.() Não sei.	
13. Qual o nível (grau) de ensino que sua mãe estudou ou estuda? 1.() Não estudou. 2.()Fundamental incompleto 3.()Fundamental completo 4.() Médio incompleto 5. ()Médio completo 6.()Superior incompleto 7.() Superior completo 8.() Não sei.	
14. Qual a renda familiar mensal (em reais)?	
15. Quantas pessoas dependem dessa renda?	

INSTRUMENTO 2: ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de NCS Pearson, Inc. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo®. BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

INSTRUMENTO 3: ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

INSTRUMENTO 4: ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- | | |
|---|---|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 7. Meu futuro me parece negro. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. | <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E |

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001. Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a Maiores

TCLE destinado aos adolescentes de 18 anos ou mais



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
 GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CRESCER)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DESTINADO AOS ADOLESCENTES DE 18 ANOS OU MAIS (a ser impresso em frente e verso)

Título da Pesquisa: IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA ESCOLAR ATRAVÉS DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS

Coordenadora do projeto: Prof.ª Dr.ª Ridalva Dias Martins Felzemburgh da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) e vice-líder do Grupo de estudos e pesquisa em saúde da criança e do adolescente.

Pesquisador Colaborador: Doutorando Tilson Nunes Mota, enfermeiro, mestre em enfermagem.

Objetivos: Analisar o impacto de uma intervenção educativa no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da violência escolar, por adolescente, utilizando as potencialidades oferecidas pelas tecnologias digitais.

Prezado(a) Jovem, você está sendo convidado a participar de uma pesquisa.

Mas, para que serve mesmo essa pesquisa? Essa pesquisa vai nos ajudar a descobrir se você, através de uma intervenção educativa, desenvolve estratégias de enfrentamento da violência escolar, utilizando as potencialidades oferecidas pelas tecnologias digitais. Os resultados também vão contribuir para que outros estudantes utilizem as tecnologias digitais como uma estratégia para o enfrentamento da violência escolar. Ah, **se ligue**, você só participará da pesquisa se quiser e, mesmo que comece a ser entrevistado(a) e quiser desistir, tranquilo, você pode dizer que não quer mais e vamos parar na hora. Mas, caso aceite (**show!!!**) e, então você terá que participar aqui em sua escola de uma oficina educativa. Imagine que ficou curioso sobre essa oficina, **não foi?** Então, ela irá acontecer aqui mesmo em sua escola, através de dinâmicas sobre o que é a violência escolar, como você pode utilizar as tecnologias digitais e suas redes sociais, a exemplo do instagram, para o seu enfrentamento. Depois disso, passaremos alguns dias observando à #violenciaescolaraccsufba no instagram, whatsapp e/ou facebook, para saber se você fez alguma postagem sobre as temáticas discutidas na oficina. E aí, retornaremos em sua sala para te entrevistar novamente. Mas, se em algum momento, durante essa pesquisa você ficar com vergonha ou constrangido/ a, relaxa, não precisa responder.

Sempre que quiser ou precisar, estaremos a sua disposição para tirar suas dúvidas, pessoalmente, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (Crescer), localizados no endereço: Rua. Basílio da Gama, 241 Canela, Salvador - BA, 40231-300 ou pelo telefone (0xx71)3283-7602. Outro lugar que você pode procurar é o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EEUFBA, que está disponível para esclarecer dúvidas éticas, através do telefone (71)3283-7615 ou do e-mail: cepee.ufba@ufba.br.

Certo, e depois? O que iremos fazer com esses questionários e com todas essas informações? Veja bem, esses questionários vão ficar arquivados digitalmente no grupo Crescer, por um período de cinco anos, sendo destruídos depois, mas as informações serão guardadas em um banco de dados para pesquisas futuras e serão utilizados apenas se a coordenadora da pesquisa autorizar por escrito. Outra coisa, saiba que a pesquisa seguirá as normas contidas

na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde ou seja: garante que suas informações pessoais terão sigilo, anonimato e privacidade.

Ninguém, além de nós, ficará sabendo de nada do que você falar. Ah! Os resultados da pesquisa vão ser divulgados para você, para comunidade geral e meio científico (internet). Mas quando formos divulgar garantiremos que ninguém saberá o que você respondeu e não divulgaremos seu nome.

Você deve estar se perguntando: - O que eu ganho com isso?

Veja bem, esta pesquisa traz benefícios e pode ajudar a diversos estudantes, famílias, escolas, sociedade, pois pretendemos ajudar, com sua participação no estudo para a defesa da saúde e do desenvolvimento saudável de nossos adolescentes. Nós, também, vamos aprender muito e o trabalho poderá ajudar na melhora de serviços na área da saúde e educação, principalmente. Esses resultados também ajudarão àquelas pessoas que quiserem discutir e estudar sobre a violência escolar e as potencialidades das tecnologias digitais na escola. Assim, você estará ajudando de várias formas!! **Obrigada.**

Só mais três coisinhas... -Primeiro, se você se sentir prejudicado por qualquer dano decorrente dessa pesquisa, você tem o direito de buscar indenização e ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). - Outra coisa bem importante é que se nós percebermos que você está precisando de atendimento em virtude de alguma situação de violência escolar te orientaremos como acessar a Rede de Atenção à Saúde/SUS e Secretaria Municipal de Saúde para maiores cuidados com você. - Ah, para não esquecer o nosso grupo também, conta com o apoio de uma psicóloga que poderá te ajudar com uma escuta profissional, caso você precise.

Se você achar que foi bem informado/a e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco. Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.

Salvador- BA, _____ de _____ de 2019.

Participante

Profa Dra Ridalva Dias Martins Felzemburgh
(Pesquisadora Responsável)

Prof. Tilsom Nunes Mota
(Pesquisador Colaborador)

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Responsáveis

TCLE destinado a/o responsável pelo adolescente participante.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CRESCER)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DESTINADO A/O RESPONSÁVEL

(a ser impresso em frente e verso)

Título da Pesquisa: IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA ESCOLAR ATRAVÉS DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS

Coordenadora do projeto: Prof.ª Dr.ª Ridalva Dias Martins Felzemburgh da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) e vice-líder do Grupo de estudos e pesquisa em saúde da criança e do adolescente.

Pesquisador Colaborador: Doutorando Tilson Nunes Mota, enfermeiro, mestre em enfermagem.

Objetivos: Analisar o impacto de uma intervenção educativa no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da violência escolar, por adolescente, utilizando as potencialidades oferecidas pelas tecnologias digitais.

Você está sendo convidado (a) a autorizar a participação, nessa pesquisa, do/a menor de 18 anos de idade sob sua responsabilidade. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e no que ele consiste. Estaremos à disposição de vocês, pessoalmente, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde - Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (Crescer), localizados no endereço: Rua. Basílio da Gama, 241 Canela, Salvador - BA, 40231-300 ou pelo telefone (0xx71)3283-7602.

Esta pesquisa tem a finalidade de contribuir com o enfrentamento da violência escolar, utilizando as potencialidades oferecidas pelas tecnologias digitais, bem como, analisar o impacto de uma intervenção educativa a ser realizada na escola. A participação do/a menor é voluntária e ele/ela poderá se afastar ou desistir a qualquer momento do estudo. Após a aceitação ele/ela será entrevistado e responderá um questionário: sobre informações sociodemográficas; o uso da internet e das redes sociais; relações familiares e vivência de violência escolar. Posteriormente, realizaremos uma intervenção educativa sobre o uso das tecnologias digitais e da internet para a conscientização, prevenção e enfrentamento da violência escolar e reaplicaremos o mesmo questionário. Caso alguma(s) dessas perguntas cause constrangimento, o/a menor não precisará responder.

Esses questionários ficarão arquivados digitalmente sob a guarda da pesquisadora responsável, na UFBA, por um período de cinco anos, sendo destruídos posteriormente, entretanto, os dados serão armazenados em um banco de dados para pesquisas futuras e serão utilizados apenas com autorização escrita da coordenadora. A pesquisa seguirá a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando a ele/ela sigilo, anonimato e privacidade quanto às informações envolvidas na investigação.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes da pesquisa e a comunidade geral e científica. Esta divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade das informações e o anonimato do indivíduo.

Esta pesquisa traz benefícios e pode ajudar a diversos estudantes, famílias, escolas, sociedade, pois pretende fomentar a defesa da saúde e do desenvolvimento saudável de nossos adolescentes. Além disso, impulsionara na melhoria dos serviços na área da saúde e educação, principalmente.

Caso haja algum prejuízo por quaisquer danos decorrentes dessa pesquisa, você, juntamente com o/a menor tem o direito de buscar indenização e ressarcimento das despesas diretamente decorrentes da participação na pesquisa de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Além disso, caso seja identificado algum tipo de sofrimento mental e necessidade de atendimento, em virtude de alguma situação de violência escolar orientaremos para Rede de Atenção à Saúde/SUS da Secretaria Municipal de Saúde. Vale destacar, que nosso grupo, conta com o apoio de uma psicóloga colaboradora para realizar escuta profissional, caso seja necessário. Salientamos Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EEUFBA, que está disponível para esclarecer dúvidas éticas, através do telefone (71)3283-7615 ou do e-mail: cepee.ufba@ufba.br.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser autorizar voluntariamente a participação do/a menor _____ nesta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.

Salvador- BA, _____ de _____ de 2019.

Responsável

Profª Dra Ridalva Dias Martins Felzemburgh
(Pesquisadora Responsável)

Prof. Tilson Nunes Mota
(Pesquisador Colaborador)