



NAURO MITTMANN

**SINTOMAS PSICOLÓGICOS DE ADOLESCENTES DE UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

CANOAS, 2018

NAURO MITTMANN

**SINTOMAS PSICOLÓGICOS DE ADOLESCENTES DE UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle, Unilasalle, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientação: Prof. Dr. Júlio César Walz

CANOAS, 2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M685s Mittmann, Nauro.

Sintomas psicológicos de adolescentes de um município do interior do Rio Grande do Sul [manuscrito] / Nauro Mittmann. – 2018.
90 f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) – Universidade La Salle, Canoas, 2018.
“Orientação: Prof. Dr. Júlio César Walz”.

1. Perfil psicológico. 2. Adolescentes. 3. Transtorno mental. I. Walz, Júlio César. II. Título.

CDU: 159.922.8

NAURO MITTMANN

**SINTOMAS PSICOLÓGICOS DE ADOLESCENTES DE UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle, Unilasalle, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Aprovado pela Banca Examinadora em 08 de janeiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Júlio César Walz
Orientador - Universidade La Salle

Prof. Dr. Rafael Fernandes Zanin
Universidade La Salle

Prof. Dr. Ricardo Pedroso Saldanha
Universidade La Salle

Prof^a. Dr^a. Leticia Sanguinetti Czepielewski
Centro Universitário FADERGS

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. Julio Walz, pelos ensinamentos, por sua dedicação e principalmente, pela sua capacidade de transformar as coisas.

E este agradecimento se estende a todos os professores que fizeram deste mestrado um encontro proveitoso e para toda vida. Especialmente ao Prof. Dr. Saldanha e sua equipe, pelo suporte técnico.

À minha esposa, Fabiana Schneider, pelo carinho e apoio.

Às escolas, Anchieta, IESTA, Cristo Rei e Gabriel Taborin, por terem aberto suas portas para realizarmos nossa pesquisa.

RESUMO

Problemas psicológicos na adolescência ainda é um assunto a ser melhor investigado, especialmente em municípios do interior, com população menor de 40 mil habitantes. O objetivo desse estudo foi identificar sintomas psicológicos de adolescentes escolares de um pequeno município do interior do RS, através do CBCL (Child Behavior Check List). Para tanto foram entrevistados 238 adolescentes voluntários e suas famílias de duas escolas públicas e duas particulares que frequentavam o ensino médio. Resultados encontrados mostraram um perfil psicológico diferente da literatura, baseada normalmente em amostras de adolescentes urbanos. Ou seja, nossa amostra teve um perfil de sintomas acentuadamente internalizantes ao invés dos externalizantes, como a maioria da literatura preconiza. Assim, nossos achados sugerem que o perfil psicológico de adolescentes do interior é diferente do perfil dos adolescentes de áreas urbanas, ao menos quando avaliados pela CBCL.

Palavras-Chave: Perfil psicológico, adolescentes escolares, transtorno mental comum.

ABSTRACT

Psychological problems in adolescence are still a subject to be investigated better, especially in inland municipalities with a population of less than 40 thousand inhabitants. The objective of this study was to identify the psychological profile of school adolescents from a small municipality in the interior of the RS, through the Child Behavior Check List (CBCL). For that, 238 volunteer adolescents and their families from two public schools and two individuals who attended high school were interviewed. Results found showed a different psychological profile of literature, usually based on samples of urban adolescents. That is, our sample had a profile of markedly internalizing symptoms rather than externalizers, as most literature preconize. Thus, our findings suggest that the psychological profile of inner adolescents is different from the profile of adolescents in urban areas, at least when evaluated by CBCL.

Key words: Psychological profile, school adolescents, common mental disorder.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cálculo amostral Tamanho da amostra para a frequência em uma população.....	37
Tabela 2 – Tamanho da Amostra(<i>n</i>) para vários Níveis de Confiança.....	37
Tabela 3 – Características sociodemográficas.....	43
Tabela 4 – Distribuição dos escores dos itens da CBCL conforme seus T-Score.....	44
Tabela 5 – Distribuição da prevalência de sintomas clínicos na amostra.....	46
Tabela 6 – Fatores associadas e T-score médio conforme item da CBCL: Ansiedade e Depressão.....	47
Tabela 7 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: isolamento/depressão.....	48
Tabela 8 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Queixas Somáticas.....	49
Tabela 9 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Problemas com Pensamentos.....	50
Tabela 10 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Problemas Internalizantes.....	51
Tabela 11 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Problemas Externalizantes.....	52
Tabela 12 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: problemas emocionais e comportamentos.....	53
Tabela 13 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Problemas Afetivos.....	54
Tabela 14 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Problemas Ansiedade.....	55
Tabela 15 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Processo Cognitivo Lento.....	56
Tabela 16 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Problemas Obsessivos.....	57
Tabela 17 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: ESTRESSE POS-TRAUMATICO.....	58
Tabela 18 – Resumo dos fatores associados às alterações sintomáticas nos	

itens com prevalência acima 20%.....	59
--------------------------------------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1	A Adolescência.....	13
2.2	Sobre a Mudança na Família e as Consequências para o Adolescente.....	16
2.3	Sobre a Escola.....	19
3	ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS NA ADOLESCÊNCIA: INDÍCIOS PARA TRANSTORNO MENTAL COMUM.....	22
3.1	Transtorno Mental Comum.....	28
3.2	CBCL – <i>Child Behavior Checklist</i>	33
3.3	ASEBA – Achenbach System of Empirically Based Assessment...	34
3.4	Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência – CBCL.....	34
4	METODOLOGIA DE PESQUISA.....	37
4.1	Delineamento.....	37
4.2	Cálculo amostral.....	37
4.3	Participantes do Estudo.....	38
4.4	Critérios de Inclusão.....	38
4.5	Critérios de Exclusão.....	38
4.6	Coleta de Dados.....	38
4.7	Procedimentos da Coleta de Dados.....	39
4.8	Análise dos Dados.....	40
4.9	Riscos da Pesquisa.....	41
4.10	Considerações éticas.....	41
5	RESULTADOS.....	43
6	DISCUSSÃO.....	60
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
8	PRODUTO TÉCNICO.....	66
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico.....	73

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	79
ANEXO A – Inventário de Comportamento para crianças e adolescentes.....	81
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.....	88

1 INTRODUÇÃO

Os momentos que caracterizam o percurso do ser humano são a *existência* e a *de-sistência*, segundo Charbonneau (1974). O ser humano surge para a existência e com o passar do tempo é expulso do ser. É nesse entremeio que se desenvolve a vida, com seus obstáculos que alteram o comportamento humano. Particularmente a adolescência é o período de maior instabilidade por se uma fase de transição para a vida adulta (DAUNIS, 2000, p. 52).

Para se compreender o desenvolvimento da criança e do adolescente há que se considerar, portanto, a sua realidade social: são seres atuantes, com papel ativo na constituição das relações sociais, em todos os espaços pelos quais circulam. São também produtores de cultura, criam e (recriam) manifestações culturais de acordo com seus interesses e necessidades. Na pesquisa sobre adolescentes, portanto, as vivências e os contextos em que estão inseridos são relevantes e devem ser considerados. Por isso o presente reflete sobre o espaço da escola e o convívio familiar para compreender a adolescência na contemporaneidade.

A presente dissertação se justifica pelo fato de o estudo da adolescência já ser consagrado na literatura, mas ainda há uma escassa literatura de avaliação de sintomas psicológicos em adolescentes em municípios do interior. Nesse sentido, torna-se necessário estudos de avaliação transversal e de seguimento com vistas a uma melhor compreensão do fenômeno da adolescência nesses contextos.

Como hipótese de pesquisa temos: os problemas de sintomas psicológicos na adolescência, em um município do interior do Rio Grande do Sul, se distribuem homogeneamente entre os sintomas internalizantes e externalizantes.

Este estudo teve como objetivo de pesquisa avaliar o perfil psicológico, de adolescentes escolares de um pequeno município do interior do RS através do CBCL (*Child Behavior Check List*).

Esta dissertação foi organizada em 8 capítulos: o capítulo um introdução ao tema pesquisado. O capítulo dois destaca o que é a adolescência, as transformações ocorridas nesse período, refletindo sobre a família moderna e como ela influencia nesse período, concluindo com uma abordagem acerca da escola, o meio social de aprendizagem e de relações que podem gerar alterações comportamentais. O capítulo três destaca as alterações comportamentais e emocionais na adolescência e os indícios para o transtorno mental. O capítulo quatro

versa sobre a metodologia utilizada para desenvolver esta pesquisa. O capítulo cinco revela os resultados encontrados através da análise dos dados. No capítulo seis faz-se uma discussão sobre os achados da pesquisa. No capítulo sete chegamos nas considerações finais e no capítulo oito destacamos o produto técnico gerado através da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Adolescência

A adolescência é um período de transição para a vida adulta. No entanto, o fim da infância e o início da adolescência, bem como o fim desta para a vida adulta não ocorrem da mesma forma para todos. Dolto menciona que:

Há quem prolongue a infância até quinze anos e situe a adolescência entre quatorze e dezoito anos, como uma simples transição para a idade adulta. Os que a definem em termos de CRESCIMENTO, como um período de desenvolvimento muscular e nervoso, chegam a ser tentados a prolongá-la até os vinte anos (DOLTO, 2004, p. 16).

Collins menciona que:

Durante esse período de conflito e crescimento, o jovem muda física, sexual, emocional, intelectual e socialmente. Ele se afasta da dependência e da proteção da família e caminha para a independência relativa e produtividade social. Para muitas pessoas a vida nesta fase é feita de amigos, televisão, esportes, estudo, trabalho, passatempos e, às vezes, muito estresse e reflexão. [...] O mundo do adolescente é geralmente confuso e muda tão depressa que os jovens imaturos nem sempre conseguem se ajustar direito (COLLINS, 2004, p. 195).

Por isso compreende-se Cohn (2009) quando defende que se deve considerar o contexto sociocultural e histórico da criança e do adolescente para compreender o que é ser criança/adolescente, o seu desenvolvimento e a sua capacidade de aprender. Destaca Cohn (2009) que é necessário se desconstruir a ideia de que as crianças (e os adolescentes) são seres incompletos, passando a serem compreendidas como seres sociais plenos que possuem papel ativo na legitimação de sua própria condição.

Bucher (1996) destaca o adolescente como sujeito, como autônomo, mas também no desenvolvimento em co-operação. Destaca ainda como pessoa-social, debatendo os questionamentos a respeito. Contrapõe o autor a suposição de que as crianças e os adolescentes são produto da educação e do ambiente, mas que são agentes da sua própria educação.

Calligaris (2009) destaca a crise que vive um adolescente, inclusive pelo fato de pensar já estar totalmente integrado a sua cultura. Esse adolescente toma ciência

de que os seus maiores desafios são ser percebidos, desejáveis, como amar e viver a vida, além do sucesso social¹. Mas é podado pelas regras pré-estabelecidas, moldado pelos pais e pela escola, influenciado pela mídia. Sente-se pronto para a competição, mas não é reconhecido como adulto, segundo Calligaris (2009).

Tais desafios ocorrem concomitantemente num período em que “[...] se refere ao desenvolvimento da identidade do eu, à autonomia pessoal e aos aportes próprios com respeito à individuação assim como à enculturação” (DAUNIS, 2000, p. 53). Calligaris (2009) menciona que o adolescente, apesar de se sentir preparado, está sob a tutela de um adulto e sua liberdade passa é reprimida sob a justificativa da falta de maturidade. Aponta como caminhos para o adolescente ser: a) delinquente, transgressor (da lei, dos valores morais); b) toxicômano, sensível às drogas ilegais ou legais, como forma de subversão; c) o que se enfeia, saindo do padrão estético, se inserindo numa tribo para se diferenciar como uma forma de agressão contra os adultos; d) barulhentos, que impõe uma trilha sonora para caracterizar a identidade, seja no volume ensurdecador ou inaudível.

A adolescência é o período que marca a transição do estágio infantil para o estágio adulto, é o início da puberdade e de outras funções, como sexuais, “[...] após um interregno mais ou menos prolongado a que se dá o nome de *período de latência*” (CABRAL, 1971, p. 22). Para os meninos os limites convencionais são as idades de 13 a 22 anos, enquanto para as meninas são de 12 a 21 anos². Walz chama a atenção que a adolescência é um novo nascimento, no qual não se perde o útero materno, mas o útero familiar e o corpo infantil. “Nessa nova intensidade atuam simultaneamente ou alternadamente a ansiedade de separação e o temor de castração” (WALZ, 2004, p. 65).

Dolto (2014, p. 14) enfatiza que “o estado de adolescência se prolonga de acordo com as projeções que os jovens recebem dos adultos e de acordo com o que a sociedade lhe impõe como limites de exploração”. Portanto, os adultos que o cercam acabam por interferir nessa transição.

Freitas (2013) analisa a condição atual da juventude a partir da inserção no mercado de trabalho e no acesso à proteção social. Destaca a juventude como uma representação. Enquanto construção social ocupa o espaço entre a infância e a vida

¹Desafio esse que pode continuar também na vida adulta, mas que tem sua primazia na adolescência.

² Davidoff (2001) estipula a idade de 13 aos 18 anos.

adulta, fazendo dela uma geração em transição, com suas contradições e incertezas.

Nessa transição os jovens precisam corresponder às exigências dos pais, da sociedade e dos amigos, além de, conforme Davidoff (2001, p. 464), “[...] desenvolver percepções das mudanças que se operam no corpo e no leque de necessidades; estabelecer independência; e conceber uma identidade para a vida adulta”. Para isso, as capacidades cognitivas ajudam a lidar com essas tarefas, mas, poderá o autor, a complexidade dos desafios marca essa época como turbulenta e tumultuosa.

Há que se mencionar que nesse período os jovens descobrem o interesse pelo sexo oposto. “Hoje, meninos e meninas de 11 e 12 anos, em sua maioria, já são instruídos sobre namoro e sexualidade” (DAVIDOFF, 2001, p. 468).

Assim, a integração é uma condição necessária para que a proteção social continue vigente, defende Freitas:

Os vínculos sociais se fortalecem à medida que a solidariedade se fortalece. Nos últimos anos, formas novas ou pretéritas de manifestação de solidariedade têm se manifestado. E os jovens se encontram entre aqueles que estão na vanguarda desse movimento, através de formação de coletivos que fortalecem a ajuda mútua (FREITAS, 2013, p. 169).

No entanto, os jovens são “[...] sido objeto do discurso do outro – seja o da autoridade conferida à geração mais velha, seja o dos saberes disciplinares – e que, portanto, silenciados e enredados nas estruturas de dominação as quais eles mesmos desconhecem, continuam a se subjetivar como tutelados, invisíveis e ‘não falantes’” (CASTRO, 2011, p. 300). Com isso, Castro observa que historicamente como os jovens têm sido “podados”, submissos. “O lugar social dos jovens ficou restrito ao âmbito do privado, e, conseqüentemente, suas ações ficaram desautorizadas de qualquer alcance coletivo e público que pudesse colaborar para reformar a ordem social” (CASTRO, 2011, p. 305). Alguns conseguiram romper o silêncio, contestando. Mas não era o habitual. Defende a autora que

A produção hegemônica do capitalismo transformou as dominantes culturais e, com elas, os modos de produção de subjetividades. [...] A cultura contemporânea de consumo resume essa dominante cultural que, como uma indústria cultural para as massas, intervém de forma incisiva nos modos de subjetivação (CASTRO, 2011, p. 306).

O jovem na contemporaneidade - como ele pode falar e se manifestar - tem seu desenvolvimento permeado tanto por questões culturais como relacionais. As mudanças culturais mudam as concepções de vida, as formas de encarar a realidade; as suas relações sociais são influenciadas por tais mudanças, bem como pela sua relação com a família e na escola, conforme segue a reflexão, “moldando” um novo jovem que pode se interessar em falar ou não.

2.2 Sobre a Mudança na Família e as Consequências para o Adolescente

Hoff e Bangel (2012) apontam que a contemporaneidade imprime marcas na criança e no adolescente, um sujeito em constituição psíquica. As autoras se utilizam do verbo “sofrer” para explicar as consequências dos modos como a cultura se estrutura e acaba por promover a depressão. Argumentam que a construção subjetiva inicia com o contato com a cultura, através dos laços sociais primários, ou seja, no contato com o outro, primeiro com a mãe (ou cuidador). Ao perder gradativamente a imagem ilusória da mãe idealizada (e da sua própria, como o de ser tudo para a mãe), a criança pode ter alguma dificuldade em lidar com isso e acabar desenvolvendo algum tipo de alteração comportamental.

Ariès (1978) destaca a mudança na família a partir da mudança na relação com as crianças. Expõe que era comum deixar os filhos entre 7 e 9 anos irem para casa de terceiros para aprenderem boas maneiras. Seria o aprendizado pela prática. Era preciso saber também servir aos outros à mesa e não somente se comportar bem à mesa. Pode-se dizer que era um ensino mais pedagógico do que empírico. A distinção nos trabalhos domésticos, entre as crianças e os pagos, foi feita muito progressivamente. Aponta o autor que “em toda a parte onde se trabalhava, e também em toda a parte onde se jogava ou brincava, mesmo nas tavernas malafamadas, as crianças se misturavam aos adultos. Dessa maneira elas aprendiam a viver, através do contato de cada dia” (ARIÈS, 1978, p. 231).

Essa era a educação na idade média. Ariès (1978) menciona que a partir do século XV aconteceram transformações. A educação passou a ser fornecida pela escola, deixando de ser exclusiva aos clérigos. Essa evolução se deu como uma necessidade moral da parte dos educadores e com o objetivo de separar as crianças do mundo sujo dos adultos. Também foi uma forma de ter os filhos mais por perto e não com outras famílias. Isso mostra uma aproximação maior da família.

As meninas, no entanto, eram educadas pela prática e pelo costume, mais do que pela escola, e até ainda em casas alheias. Aos meninos, primeiro se estendeu à camada média da sociedade. A alta nobreza e os artesãos ficaram no sistema antigo de aprendizagem. Porém, foram perdendo prestígio e o declínio chegou, “vencendo” a escola com o crescente número e da sua autoridade moral. Com isso, os problemas morais da família ficam na berlinda, comenta Ariès (1978), como o de beneficiar apenas um filho em detrimento dos demais, sendo isso contestado a partir do século XVII. Um novo clima afetivo e moral começa a prevalecer de fato a partir do século XIX com o sentimento de igualdade.

O que se pode concluir a partir do texto é que vários costumes começam a ser questionados e isso se deve à educação na escola. Começou a se formar uma rede de contatos, aumentando as visitas, as conversas, as trocas e os encontros. A reputação passou a ser valorizada: “A arte de fazer sucesso era a arte de ser agradável, ‘amável’ em sociedade” (ARIÈS, 1978, p. 239).

A educação em casa de outras famílias se dava devido às críticas à escola: seria severa, más companhias, retardamento da maturidade. A questão em divergência era: a educação através do mundo ou a educação através da escola. Por outro lado, havia a tentativa de se conciliar a civilidade com a vida escolar, tratadas como se fossem opostas. A civilidade era entendida como o apoderamento de conhecimentos práticos necessários para se viver em sociedade, o que não se aprendia na escola. Para essa civilidade existiam os tais manuais de civilidade, ou, manuais de comportamento. Sobre as ascensões corajosas, destaca Ariès que “[...] o menino bem educado deverá saber que sua nobreza será mais honrosa se for adquirida por mérito, do que se tiver sido obtida por herança” (ARIÈS, 1978, p. 252).

Expõe ainda que “Para ‘obter o amor das pessoas’ era preciso ter ‘tato’, ‘a alma de toda qualidade bela, a vida de toda perfeição’. Voltamos aqui à civilidade, às boas maneiras, à arte de viver em sociedade: ‘Sem ele, a melhor execução morre, e a maior perfeição torna-se repugnante’” (ARIÈS, 1978, p. 252). Tudo dependia das relações sociais, de onde se encontravam e isso ditava o comportamento.

As moradias influenciavam também as relações familiares e sociais. Um exemplo é o caso da mobília, de como as camas eram cercadas por cortinas, já que não estavam num quarto de dormir, mas num quarto que era público.

As relações entre as crianças de servidores e dos donos não tinham ainda assumido o caráter humilhante que adquiriu depois. No século XVIII a família

começou a ficar mais distante da sociedade, sendo a casa uma nova preocupação de defesa e, esta mesma casa antes com cômodos “públicos”, agora passava a ter cômodos separados/independentes. Tudo isso acaba por mudar as relações sociais e familiares. Isso se iniciou na burguesia e na nobreza. Discrição e respeito pela intimidade alheia foram crescendo.

As antigas formas de tratamento como Madame desapareceram. Martange tratava sua mulher por "minha querida mamãe", ou "minha querida amiga", "minha querida criança", "minha querida menina". O marido dava à mulher o mesmo nome pelo qual a chamavam as crianças: mamãe. Suas cartas estão cheias de detalhes sobre as crianças, sua saúde e sua conduta. As crianças são designadas por diminutivos familiares: Minette e Coco. O uso mais difundido do diminutivo e do apelido correspondia a uma familiaridade maior, e, sobretudo, a uma necessidade de as pessoas se chamarem de uma forma diferente dos estranhos, de sublinhar por uma espécie de linguagem iniciática a solidariedade dos pais e dos filhos, e a distância que os separava de todos os demais: Enquanto estava afastado, o pai se mantinha a par dos pequenos detalhes da vida quotidiana, que era levada muito a sério. Ele esperava as cartas de casa com impaciência: "Peço-te, minha boa menina, que me escrevas a toda hora duas palavras apenas". (ARIÈS, 1978, p. 267).

A família moderna, portanto, preza a intimidade, separa-se do mundo. “Toda energia do grupo é consumida na promoção das crianças, cada uma em particular e sem nenhuma ambição coletiva, [...]” (ARIÈS, 1978, p. 271).

Por fim, pode-se dizer que a configuração da sociedade e da família, nas suas relações, acaba acompanhando as transformações tecnológicas e econômicas. Mudanças nessas áreas acabam influenciando nas relações e, conseqüentemente, no crescimento, ou seja, interferindo nas fases de crescimento.

A transição da família moderna para a atual tem um forte articulador narcisista, o dinheiro (HOFF; BANGEL, 2012), relacionando-o com a imagem do poder. Esse articulador acaba por influenciar as relações no seio familiar e, também, na sociedade em geral. A mulher era vista como figura voltada para ser mãe e do homem para atuar no espaço público. Mas as transformações culturais, como o advento da pílula anticoncepcional, a mulher passa a se libertar da figura exclusivamente materna e passa também para o espaço público, através do trabalho. A relação com o filho também muda:

Na verdade, obstáculo às realizações narcísicas de ambos os pais, uma vez que o ideal da cultura atual pautado no consumo, aquisição de bens, êxito profissional e no dinheiro como moeda fálica, custa cada vez mais tempo de trabalho aos pais (HOFF; BANGEL, 2012, p. 163).

Essa mudança nas relações influi nas relações entre pais e filhos, alterando a qualidade do relacionamento, levando à “[...] diminuição do investimento libidinal recebido pela criança” (HOFF; BANGEL, 2012, p. 164).

A questão não pode, no entanto, levar à conclusão de que a culpa é da mãe/mulher, porque se “libertou” para o espaço público. Na verdade, há que se questionar a fuga anterior do próprio pai/homem, que deixou para a mulher/mãe o papel de cuidar do filho. A questão está nas mudanças de paradigmas que têm o dinheiro como grande “motivador”. Kehl (2009) destaca a aceleração do tempo, o tempo atropelado em função do ritmo acelerado exigido para a realização das tarefas, diminuindo o tempo de convivência familiar e em sociedade. Destaca Kehl ainda o achatamento a que a condição humana foi levada, desconsiderando a subjetividade e os seus ritmos. Esse novo ritmo acaba sendo incorporado pelo próprio adolescente.

2.3 Sobre a Escola

Ao ingressar na escola, o desenvolvimento da criança e do adolescente continua sendo construído através do contato com o outro, colegas e professores. Ser integrado (ou se sentir integrado) ao meio pelo outro é importante para o desenvolvimento. O fato de não ser aceito pelo outro na escola é um dos medos típicos da fase pré-adolescente e adolescente é bastante comum. Conforme Walz (2004, p. 64), nessa fase da vida “passam boa parte do dia pensando a seguinte frase: *Será que vão gostar de mim?* Para sustentarem esse esforço de aceitação, inventam modismos, tentam ser os melhores, menosprezam os pais.” E acrescenta-se, menosprezam os colegas, levando ao bullying escolar.

Nascimento destaca que

Os/as alunos/as vitimizados/as pelo comportamento do Bullying sofrem terrivelmente ao longo dos anos, muitas vezes sob a vista de seus/suas professores/as no ambiente escolar, nas salas de aulas. Sofrem silenciosamente, de maneira cruel e velada, maus-tratos, humilhação pública, rejeição social, gozações, perseguições, angústias, medos, desrespeito constante e repetitivo, quase sempre por serem diferentes em seu biótipo (NASCIMENTO, 2014, p. 9).

Trata-se de uma violência no ambiente escolar, seja na forma física ou psicológica intencionais e repetidos, que são praticados por um indivíduo (bully) ou

grupo, a fim de intimidar ou agredir o outro (ou a um grupo), “[...] incapaz de se defender. Também adota aspecto de adjetivo, referindo-se a termos como valentão, tirano. É um tipo de exclusão velada, capaz de oprimir e machucar aos poucos, sem nunca ser declarada de fato” (NASCIMENTO, 2014, p. 34).

Esse bullying escolar ocorre, seja por questões de transformações físicas, seja por questões de desempenho escolar. No caso do desempenho escolar, o adolescente busca ser aceito através das boas notas (ou o contrário, a provocação do mau desempenho para não chamar muita atenção) (WALZ, 2004, p. 64).

As consequências dessa violência escolar podem levar a vítima a desenvolver ou aguçar características pessoais que a levaram a sofrer a violência, como: “[...] coordenação motora deficiente, ansiedade, extrema sensibilidade, timidez, e sente dificuldade de impor-se ao grupo, tanto física quanto verbalmente” (NASCIMENTO, 2014, p. 42). Além disso, desenvolve pânico, aversão à escola, entre outros fatores, como a ingestão alimentar excessiva. Tais consequências não podem ficar indiferentes ao adulto, mas servir de “comunicação” no sentido de que o corpo e a personalidade mudada da criança está dando sinais de que algo não está bem consigo.

Hoff e Bangel (2012, p. 161) destacam várias formas de como a depressão pode se manifestar nas crianças e adolescentes na escola, mas sem a menção da obesidade: falta de energia, cansaço, insônia, falta de interesse, falta de cuidado com o corpo, e dores (de cabeça, de barriga, musculares, etc.). Chamam ainda a atenção para condutas paradoxais, indicadoras de uma “depressão mascarada”, quando a tristeza e a dor são substituídas por uma falsa jovialidade, pela negação do sofrimento, com excesso de excitação e hiperatividade febril.

Assim como na família o adolescente consulta pais e mães sobre assuntos pessoais e conflitos familiares, também na escola procura amigos para resolver questões entre eles (DAVIDOFF, 2001, p. 468). Essa resolução de conflitos faz parte do processo de desenvolvimento que inclui a formação da identidade. Manuel Castells (2013, p. 58), em sua obra *A sociedade em rede*, destaca que identidade é “[...] o processo pelo qual um ator social se reconhece e constrói significado principalmente com base em determinado atributo cultural ou conjunto de atributos, a ponto de excluir uma referência mais ampla a outras estruturas sociais”.

Porém, as questões da formação da identidade estão longe de serem resolvidas na adolescência, conforme aponta Davidoff (2001). Elas reaparecem no

decorrer de toda a vida. No entanto, é na adolescência que ocorre esse primeiro contato social, na escola, e, normalmente, acaba por ser de forma turbulenta, conforme atesta Davidoff (2001, p. 465), um estereótipo turbulento confirmado com perguntas como: quem sou eu, em que acredito, qual ocupação devo seguir, qual tipo de vida eu levo, etc. E de fato isso se mostra complexo se atentarmos às palavras de Davidoff:

De alguma forma, os jovens precisam integrar muitas auto-imagens – de estudantes, amigos, líderes, seguidores, trabalhadores, homens ou mulheres – em uma única imagem e escolher uma carreira e um estilo de vida plenos de significado para eles. [...] as pessoas efetivamente reorganizam as ideias que têm de si mesmas durante o início da adolescência e que as auto-definições expandem-se para incluir profissão, objetivos e ideais (DAVIDOFF, 2001, p. 265).

Enfim, a adolescência, em meio a todas essas questões, de auto-compreensão, de aceitação, pode levar a transtornos e alterações de comportamento e a escola pode vir a ser um agente facilitador para o desenvolvimento de tais alterações.

3 ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS NA ADOLESCÊNCIA: INDÍCIOS PARA TRANSTORNO MENTAL COMUM

Compreender as alterações comportamentais e emocionais na adolescência é tarefa desafiadora. Patias et al., (2016) listam motivos para tais dificuldades, iniciando pela escassez no Brasil de serviços dedicados à promoção de saúde mental de crianças e adolescentes. Especificamente ao abordar a dificuldade do diagnóstico da depressão na adolescência, mencionam que

[...] muitos sintomas confundem-se com comportamentos próprios do adolescente. Além disso, nem sempre a depressão, nesse período de vida, manifesta-se da mesma forma que em adultos, embora sejam utilizados os mesmos sintomas para o diagnóstico (PATIAS et al., 2016, p. 460).

A isto, soma-se que

[...] a maioria dos transtornos psiquiátricos é diagnosticada pela combinação e intensidade da manifestação de sinais, ou seja, achados objetivos observados pelo examinador (por ex., taquicardia, hiperatividade motora); de sintomas, queixas subjetivas apresentadas pelo indivíduo afetado (por ex., ansiedade, palpitação) [...]; e prejuízo funcional. Mesmo com o auxílio de sistemas de classificação, como o DSM-IV-TRTM [...] e a CID-10 [...] há frequente sobreposição de sintomas, não há testes laboratoriais com diagnósticos conclusivos, a experiência da doença psiquiátrica tem sempre aspectos subjetivos e individuais [...] e há sempre consequências potencialmente indesejáveis do “rótulo psiquiátrico” (D'ABREU, 2012, p. 3)

Essa dificuldade de avaliação diagnóstica na adolescência é relatada também por Vinocur e Pereira (2011, p. 26):

[...] o diagnóstico dos transtornos mentais em crianças e adolescentes têm sido um grande desafio na prática clínica, dada a heterogeneidade dos quadros clínicos e as peculiaridades diagnósticas. A saúde mental infantil é um tema transversal a diferentes especialidades médicas, sociais e educacionais.

Destacam as autoras que são vários os tipos de problemas psiquiátricos que podem surgir no desenvolvimento da criança e do adolescente. Trata-se de tema muito vasto.

Para um transtorno mental ser diagnosticado é necessário que haja um histórico de anormalidades sustentadas ou recorrentes e que tenha como consequência uma certa deteriorização ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida. A anamnese é realizada com o

indivíduo e com pessoas próximas, incluindo a família, e associa-se ao exame clínico sistemático e testes especializados necessários a cada caso. A tríade indivíduo-família-sociedade deve ser contemplada a cada diagnóstico (VINOCUR; PEREIRA, 2011, p. 28).

Por isso a necessidade de se considerar os aspectos inerentes à adolescência, como as suas relações sociais (inclusive na escola) e familiares, além dos fatores culturais.

As perspectivas culturais não são consideradas em sua totalidade e muitos aspectos do desenvolvimento são negligenciados. A anamnese, portanto, deve buscar informações para além dos critérios formais e investigar as relações da criança em diferentes domínios, sua história médica e outros aspectos que porventura se apresentem na avaliação (VINOCUR; PEREIRA, 2011, p. 28).

Aliás, na utilização de metodologias para diagnósticos, Patias (et al., 2016, p. 466) alerta para a validade da utilização de determinados instrumentos “[...] em populações de diferentes regiões do país, dada à diversidade do Brasil, além de desenvolver estudos específicos com amostras clínicas. Assim, é importante observar o desempenho do instrumento em diferentes culturas e países”.

Sustentam os autores que estudos de validade dos métodos auxiliam a “[...] verificar diferenças entre indivíduos e culturas, além de possibilitar a compreensão de semelhanças culturais, bem como as diferenças” (PATIAS et al., 2016, p. 466).

Assim, as alterações comportamentais e emocionais na adolescência podem ter origens diversas. Na contemporaneidade verificam-se mudanças em várias esferas. Mello destaca as mudanças no perfil do adolescente contemporâneo:

Os jovens tornam-se cada vez mais aptos a pensar de forma abstrata, adquirindo uma maneira mais flexível de lidar com a realidade, por meio do levantamento e do teste de hipóteses. Logo, adquirem a capacidade de metacognição, ou seja, de “pensar sobre o que estão pensando”. A isso, soma-se, ainda, uma capacidade de memória crescente, colocando à disposição do indivíduo um banco de informações cada vez maior, e um aprimoramento das funções executivas, auxiliando nas tomadas de decisão no controle de respostas impulsivas e no gerenciamento de toda essa memória acumulada (MELO et al., 2017, p. 66)

Sousa e Souza apontam para modificações nas últimas décadas

[...] marcadas pelo enfretamento e pela conscientização quanto à atividade sexual e a gravidez não planejada; violência escolar (bullying), infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), uso de álcool e outras drogas, alimentação balanceada e insatisfação com a imagem corporal, dentre

outros fatores associados às transformações decorrentes dessa fase evolutiva (SOUZA; SOUSA, 2017, p. 271).

Também há as mudanças nas relações familiares, mais especificamente no que diz respeito às expectativas e cuidados dos pais para com os filhos. Ainda que o objetivo seja o de “cuidado”, tanto para o presente como visando a formação para o futuro, na verdade são criados obstáculos ao desenvolvimento do adolescente e que podem levar a problemas emocionais. Adiciona-se a isso o fato de na adolescência começarem “[...] o questionamento sério de valores, das normas, das crenças, dos tabus, etc. esse questionamento acontece simultaneamente com a busca intensiva de respostas para os problemas pessoais dos jovens [...]” (DAUNIS, 2000, p. 55).

Nesse período, segundo Santana (1999), surgem obstáculos nas relações entre pais e filhos como o excesso de cuidados, o pessimismo extremado diante de situações corriqueiras ou o otimismo demasiado ante qualquer circunstância, a negligência – que gera sentimentos de rejeição e autodesvalorização –, a exigência para a realização de tarefas além das capacidades – o que gera sentimentos de frustração –, além de não atender ao que de fato se mostra importante, como os limites e as necessidades básicas.

Por outro lado, também o medo de errar surge como consequência desta relação, gerando alterações comportamentais e emocionais que podem levar a algum transtorno mental comum.

O medo é um sentimento de insegurança (não saber o que pode vir a acontecer) que gera ansiedade, e surge ao se encontrar em uma situação desconhecida, isto é, estranha. Esse sentimento pode bloquear os comportamentos, principalmente os que requerem algum ato de iniciativa, o que acontece pelo fato de não querer correr o risco de “errar” [...] (SANTANA, 1999, p. 96).

Também a solidão, originada pela negligência dos pais ou rejeição dos colegas da escola, pode desenvolver alterações comportamentais e emocionais. Conforme Santana, “a solidão é um problema tão grave que as criança se machucam ou tiram notas baixas só para chamar a atenção dos pais (nem que saibam que a atenção vai vir em forma de castigos ou outras punições)” (SANTANA, 1999, p. 106-107).

Salle, Segal e Sukiennik (1996), relacionam a solidão ao humor. Destacam o humor deprimido, encontrado na ampla maioria dos adolescentes, podendo se mais

severo ou mais leve. Nos casos mais severos está a perda acentuada do prazer nas atividades, e nos mais leves está o sentimento de desesperança.

Em crianças e adolescentes, o humor deprimido pode ser substituído ou acompanhado por humor irritável, algumas vezes. Quanto menor for a criança, menos condições ela terá de introspecção e, conseqüentemente, mais manifestará sua angústia de maneira difusa, não suportando frustrações. Tendo em vista tais fatores, crianças ou adolescentes deprimidos podem preferir ficar sozinhos a estar com amigos (SALLE, SEGAL, SUKIENNIK, 1996, p. 349).

Isolar-se pode ser, então, um mecanismo de defesa do ser humano. Santana (1999, p. 47-48) menciona mecanismos de comportamento acabam sendo construídos para enfrentar realidades adversas, criando para si um mundo irreal – até de sonho – no qual se identifique e possa viver em tranquilidade. Tais mecanismos podem ser apresentados da seguinte forma:

- 1 Isolamento: foge por se sentir inferior [...].
- 2 Introversão: pessoas que voltam para dentro de si mesmas, até com impulsos agressivos (em casos extremos, há até automutilação e até mesmo suicídio).
- 3 Regressão: quando por imaturidade, o indivíduo é incapaz de resolver determinadas situações conflitantes. [...].
- 4 Somatização: pessoas que ficam doentes por não conseguirem resolver seus problemas, cegando a ter todos os sintomas de uma doença orgânica. Em casos mais graves e constantes a pessoa pode adquirir características hipocondríacas [...]. (SANTANA, 1999, p. 48-49).

No caso específico da regressão, “[...] pode provocar outros comportamentos imaturos como: choro, posição fetal, birra, mau humor, negativismo [...].” (SANTANA, 1999, p. 48). Nesses casos é comum que a resolução dos problemas seja transferida para outros.

Pode-se dizer que os mecanismos de defesa são resultados das necessidades psicológicas impostas de modo velado pela sociedade, como a necessidade de aceitação social, a de auto-realização e a de estima e afeto.

No caso da aceitação social, “Todo ser humano se avalia continuamente em função da necessidade de ser aprovado pelo grupo ao qual deseja pertencer [...].” (SANTANA, 1999, p. 44). Essa aceitação está relacionada à auto-realização, que é uma espécie de pré-requisito para ser aceito: “[...] somente quando uma pessoa é auto-realizada é que ela pode se relacionar bem, conviver bem com o seu grupo”

(SANTANA, 1999, p. 44). E a necessidade de estima e afeto está no reconhecimento dos valores com carinho e atenção.

Desta forma, a satisfação social está relacionada ao convívio social adequado, assim como a frustração pessoal está relacionada com o convívio social problemático. Por isso, o convívio social é um forte componente para o desencadeamento de comportamentos e emoções. No caso específico da adolescência, Salle, Segal e Sukiennik (1996) destacam a prevalência da depressão, relacionando justamente com o estado afetivo associada a crises de identidade e baixa autoestima.

Essa crise de identidade está nos questionamentos constantes, como:

- o que está acontecendo comigo, com o meu corpo?
- como posso aparecer perante os outros (o que vestir, como apresentar-me, como comportar-me, que coisas posso/devo fazer, o que é permitido, o que eles/elas vão dizer, pensar)?
- o que fazer nas inúmeras situações das primeiras vezes (primeiros novos amigos fora de casa, grandes amizades, a necessidade de decidir autonomamente qual a orientação profissional, a necessidade de afirmar-se no novo mundo ao futuro)? (DAUNIS, 2000, p. 55).

São questionamentos que refletem o estado de auto-observação e autorreflexão constante dos adolescentes, o que, segundo Daunis (2000, p. 58), pode “[...] significar que o jovem adolescente está desorientado e confuso demais [...]”.

Essa contínua auto-observação e autorreflexão leva a transtornos de conduta que, conforme Salle, Segal e Sukiennik (1996), é uma forma de chamar a atenção do meio familiar ou social. Daunis (2000) chama de comportamentos estranhos, atitudes enigmáticas e contraditórias que surgem com reações que alertam os pais:

Crianças dóceis, obedientes e assíduas convertem-se em jovens críticos, renitentes, às vezes obstinados, desalinhados, agressivos ou depressivos. Adultos sem experiência educacional ficam atônitos, atordoados. Aí é preciso conscientizar-se de que a adolescência não é uma doença, mas só um período crítico de desenvolvimento psicossocial. (DAUNIS, 2000, p. 75).

Com isso, Daunis alerta também que muitos dos comportamentos na adolescência são próprios da idade, que fazem parte do desenvolvimento do ser humano, podendo em alguns serem mais visíveis e problemáticos e que podem requerer uma intervenção do profissional da saúde. Deste modo, em geral, há que

se ter ciência de que “[...] a adolescência é o começo de uma posse pessoal do próprio corpo, que muda e amadurece para a juventude. A adolescência é a descoberta excitante do *self* individual, a partir das experiências prazerosas da infância feliz” (DAUNIS, 2000, p. 78).

Os transtornos de conduta, no entanto, são as queixas das escolas e familiares mais comuns relatados por profissionais da saúde mental.

[...] a característica essencial do transtorno de conduta, geralmente diagnosticado pela primeira vez na infância ou adolescência, é um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou as normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade. Além disso, a perturbação do comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional (SALLE; SEGAL; SUKIENNIK, 1996, p. 262).

Segundo Bassols e Michellon,

Constatou-se que os transtornos de conduta levam mais crianças a tratamento ou internação psiquiátrica que os transtornos de ansiedade, porém estes não são menos importantes que os primeiros, pois determinam menos habilidades acadêmicas, sociais e de aprendizagem que em crianças normais (BASSOLS; MICHELLON, 1996, p. 377).

Mora considera difíceis os jovens que apresentam um nível normal de inteligência,

[...] sem qualquer perturbação orgânica evidente. A característica comum a todos eles será a inadaptação que, contudo, pode adotar diversas formas, gerando crianças instáveis, agressivas, coléricas, ladras, fugitivas, mitômanas, reprimidas ou excitadas, inibidas ou desinibidas, impulsivas, hiperemotivas, com traços de caráter fóbico, obsessivas, histéricas, etc., como traço ou característica dominante na conduta. Precisamente o que as impede de se integrarem ao seu ambiente e se desenvolverem com normalidade (MORA, 2001, p. 472).

No entanto, compreender e, conseqüentemente, diagnosticar as alterações comportamentais e emocionais na adolescência é tarefa difícil. Essa dificuldade acaba sendo transferida também para diagnosticar as origens dos transtornos de comportamento, como ansiedade, depressão, entre outros, que se configuram em transtornos mentais comuns dentro de uma perspectiva de alterações comportamentais e emocionais na adolescência.

3.1 Transtorno Mental Comum

As alterações comportamentais e emocionais na adolescência, conforme visto, podem ser tanto da própria natureza da adolescência, como parte do amadurecimento do indivíduo, como também o princípio de desenvolvimento de algum transtorno mental, severo ou comum.

Aberastury e Knobel (1992) destacam a Síndrome Normal da Adolescência. Afirmam que o adolescente vivencia três tipos de luto durante a travessia própria da idade:

- a) o luto pelo corpo infantil perdido, quando ocorrem transformações corporais a partir da puberdade e que exigem reformulações de seus mundos interno e externo. Quando restrições familiares e sociais passam a ameaçar seus impulsos, coloca-se em risco o desenvolvimento, podendo ocorrer retardo nas funções sexuais próprias da idade;
- b) o luto pelo papel e identidades infantis, quando o adolescente constata que deve renunciar à dependência dos pais e assumir responsabilidades desconhecidas. Nesse momento, o adolescente se depara com dificuldades em estabelecer a identidade e busca apoio do grupo no qual se sente relevante. É um processo normal do adolescente, mas que pode ser patológico, uma vez que o adolescente se expressa através da ação;
- c) o luto pelos pais da infância, quando os pais passam a ser alvos de crítica ou questionamentos, levando o adolescente a buscar referências fora da família, substituindo, inclusive, traços da identidade familiar por outra individual.

Estes “lutos” fazem parte do desenvolvimento “normal”, conforme apontam os autores, mas que podem também levar a situações patológicas. Nesse contexto é que se pode falar no transtorno mental comum (TMC), classificado como uma doença psiquiátrica não severa, ainda que a definição suscite debates. Carlotto et al., (2011, p. 173) explicam que são considerados TMC “[...] os transtornos somatoformes, de ansiedade e depressão. A sintomatologia constitui-se de insônia, fadiga irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas”. As mulheres possuem uma frequência maior, assim como pessoas mais velhas, negras, separadas ou viúvas e de baixa renda e escolaridade.

Salle, Segal e Sukiennik defendem que a depressão pode ser mediada a abordada sob várias perspectivas:

A perspectiva biológica, [...], remeteria às questões neurogenéticas que implicam o aspecto diagnóstico terapêutico. A perspectiva sociológica ou racional levaria em conta manifestações de um prisma social, interpessoal e as condições ambientais. A perspectiva psicológica ou psicodinâmica envolveria aspectos do afeto primário do indivíduo como pertencendo a uma fase do desenvolvimento psicosssexual ou como fazendo parte da história vital, vida pregressa e vicissitudes de suas experiências prévias. A perspectiva integrada envolve todos esses fatores descritos e parece ser a mais esclarecedora (SALLE, SEGAL, SUKIENNIK, 1996, p. 340-341).

Jauch-Chara e Oltmanss (2014) também apontam os sintomas de estresse, como ansiedade, depressão, nervosismo e o hábito de se alimentar na presença de problemas emocionais, comuns em indivíduos com sobrepeso e obesidade. Avalia que o estresse pode ser resultado da obesidade devido a fatores externos, no caso sociais, como a discriminação favorecendo a obesidade.

TMC são as reações dos indivíduos perante situações nas quais são apresentados os sintomas de depressão e/ou ansiedade numa intensidade suficiente para interferir nas atividades diárias. Porém, não preenchem os critérios formais para tais diagnósticos, segundo as classificações atuais do CID 10 (classificação internacional de doenças ou do DSM V (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders) (GOLDBER; HUXLEY, 1992).

No caso da ansiedade, Bassols e Michellon (1996) mencionam Sigmund Freud, para quem a angústia é um sinal de alerta para o ego lidar com os estímulos internos e externos. A ansiedade está relacionada, no início da vida, ao temor da separação e da perda do primeiro objeto do amor. Assim, ao longo da vida, novas situações causadoras da ansiedade vão surgindo na vida da criança, como o temor pela perda da integridade corporal ou não estar de acordo com os padrões morais familiares. No entanto, alertam as autoras que “é difícil identificar o transtorno de ansiedade, tendo em vista a capacidade que o indivíduo apresenta para adaptar-se à ansiedade” (BASSOLS; MICHELLON, 1996, p. 376).

Mencionam ainda as autoras que “a ansiedade pode fazer parte de um transtorno depressivo mais difuso na criança e pode se manifestar por fracasso escolar, queixas somáticas, desvalorização, baixa autoestima, desesperança, acessos de raiva, desobediência e ociosidade” (BASSOLS; MICHELLON, 1996, p. 376).

A classificação do quadro clínico envolve, ainda, variáveis como a idade e os padrões culturais e familiares. Torna-se patologia quando se detecta um “[...] padrão

de resposta extremo, incapacitante e rígido, caracterizando uma inflexibilidade da resposta afetiva” (BASSOLS; MICHELLON, 1996, p. 377).

Juruena et al. (2013) aponta a desregulação e excitação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), associado com depressão, como um mecanismo biológico que tem recebido atenção especial no estudo das TCM. Champaneri et al., (2013) por sua vez, conclui que a hiperatividade desse eixo parece estar associada com obesidade.

Lopes et al. (2016) expõe que os TMC são os não psicóticos e respondem por 90% dos transtornos mentais. Concorde também que a depressão e ansiedade, além de queixas específicas e somáticas caracterizam os TMC. O estudo de Lopes et al. (2016) se deu com 102.327 adolescentes de todas as regiões do Brasil, cadastrados nas escolas (públicas e privadas), sendo o primeiro realizado com adolescentes escolares brasileiros, e constatou que um terço manifestou TMC.

Para Horney, o medo da reprovação por não estar inserido no ideal social e cultural exigido não é causado por sentimentos de culpa, mas pela descoberta da sua fragilidade. O indivíduo precisa “[...] esconder quão fraco, inseguro e inerte se sente, e quão pouco é capaz de afirmar-se” (HORNEY, 1984, p. 176).

O controle das emoções por parte dos indivíduos é de fundamental importância para um convívio social sadio. Transtornos psiquiátricos desestabilizam a harmonia. A depressão, juntamente com a ansiedade generalizada, é um destes transtornos, conforme Mocaiber et al. (2008).

Ana Beatriz Silva (2006) aponta que o corpo reage também ao medo, assim como reage a um corte (o sangue coagula e a ferida vai cicatrizando) e a um engasgo (quando algo sólido entra no local errado e tossimos/regurgitamos). Cita como exemplo o encontro com um cão feroz: o corpo automaticamente reage e corremos. Após o ato, o corpo está totalmente alterado: coração e respiração com ritmos acelerados, tremor, suor, boca seca, etc.

As mesmas reações o corpo manifesta num ataque de pânico, mas com a diferença de que não se tem a consciência do porquê se está reagindo desta forma.

Para a criança ou o adolescente, os ataques de pânico são muito assustadores, pois quanto menor a sua capacidade de compreender o que estão sentindo, mais intensos se tornam o medo de morrer, de ficar louco ou de perder o controle que aparece durante os ataques (BASSOLS; MICHELLON, 1996, p. 382).

O medo, sempre que possível, é evitado pelo ser humano, esquivando-se de situações nas quais a ansiedade pode se manifestar. O corpo encontra um mecanismo de defesa como retração, alimentação excessiva (ou o inverso), etc. Bassols e Michellon mencionam que “alguns medos são característicos das diferentes etapas do desenvolvimento e só constituirão transtorno fóbico se forem suficientemente persistentes e capazes de causar prejuízos no funcionamento da criança” (BASSOLS; MICHELLON, 1996, p. 381).

A tristeza, segundo Horwitz e Wakefield (2010), é a reação natural do ser humano frente a situações adversas e sinalizam que “o mundo está errado”. Fato é que ela faz parte da natureza do ser humano. Assim também se dá com a ansiedade, como resposta a alguma experimentação. Porém, Holmes destaca que nem sempre se dá de forma negativa: “Em muitos casos, a ansiedade é uma resposta normal, adaptativa e positiva. Por exemplo, a ansiedade pode servir como um impulso que aumenta os nossos esforços e desempenho” (2001, p. 92).

Luiz et al. (2005, p. 372) aponta que

Sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade, dependendo da intensidade e da frequência, podem ser indícios de quadros depressivos em crianças. As súbitas mudanças de comportamentos nas crianças, não justificadas por fatores estressantes, são de extrema importância para justificar um diagnóstico de transtornos depressivos. Os sintomas depressivos podem interferir na vida da criança de maneira intensa, prejudicando seu rendimento escolar e seu relacionamento familiar e social.

Compreender a intensidade do que vem a ser tristeza, no entanto, é tarefa complexa, assim como para compreender a ansiedade. Três componentes são fundamentais para serem verificados para saber se se trata de uma tristeza normal ou patológica: se é específica ao contexto, se tem intensidade mais ou menos proporcional ao acontecimento e se tende a desaparecer ou diminuir com os mecanismos disponíveis levando ao equilíbrio psicológico normal (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010, p. 41-42).

Para a ansiedade Holmes (2001) aponta também para três fatores a serem observados: o nível de ansiedade, no sentido de ser apropriado para a situação; a justificativa, no sentido de ser realista o motivo da ansiedade; e, as consequências produzidas, influenciando nas relações sociais, de trabalho, e também fisiológicas, como alteração na pressão arterial. Porém, enfatiza que:

Embora devamos considerar o nível, justificativas e consequências de ansiedade ao fazer a distinção entre ansiedade normal e anormal, em última análise não há nenhuma regra simples ou atalho e, por fim, a decisão referente à normalidade *versus* anormalidade é subjetiva (HOLMES, 2001, p. 93).

A tristeza, dependendo do seu grau de manifestação, pode levar à depressão e a graus mais severos de transtornos. A partir de análises do contexto norte-americano, Horwitz e Wakefield (2010) destacam o elevado número de suicídios entre os adolescentes, sendo esta a terceira maior causa de morte entre 15 e 24 anos, e a quarta entre 11 e 14 anos. Mencionam ainda os tiroteios em escolas como agravantes, facilitando o desenvolvimento de transtornos mentais. Ao investir no diagnóstico e tratamento desses jovens, no entanto, os autores expõem que as ferramentas utilizadas para este fim revelam casos de tristeza normal, tristeza esta “[...] que deriva de estressores comuns aos adolescentes, como briga com os pais, traição de amigos ou o fato de não ser escolhidos para uma atividade [...]” (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010, p. 187).

Uma das consequências pode ser a obesidade, a compulsão pelo comer, se dá como resposta à tristeza normal, ou à tristeza mais intensa. Por outro lado, há que se considerar a vulnerabilidade emocional bem como a constância de sintomas moderados que podem levar a uma patologia mais intensa. Desta forma, ao se estudar e associar a obesidade à tristeza, o tratamento não é tanto de reeducação alimentar, mas de cunho emocional.

Essa obesidade atinge a individualidade. Na chamada pós-modernidade o sujeito forja, muitas vezes, uma identidade para ser aceito pelo outro (MENEZES, 2006, p. 167). Essa realidade torna a obesidade ainda mais “cruel” para o adolescente numa sociedade em que a alteridade deu lugar ao narcisismo, numa sociedade que cultua a imagem e o corpo.

O transtorno alimentar pode ser uma das consequências, na tentativa do adolescente moldar a sua imagem às exigências da sociedade, conforme Menezes (2006). Essa ânsia em se adequar ou se moldar de acordo com as exigências da sociedade pode sim levar a transtornos mentais comuns que tem, entres, consequências na alimentação. Holmes (2001, p. 344-355) trata dos transtornos alimentares na adolescência e aponta para:

- a anorexia nervosa, a recusa em manter o peso corporal mínimo de acordo com a altura e a idade;

- a bulimia nervosa, a ingestão abusiva de alimentos, num período curto de tempo.

Esse transtorno alimentar, conforme Holmes (2001), pode estar relacionado ao padrão cultural estabelecido para a beleza corporal. Na ânsia por se inserir ao seu meio, o adolescente acaba desenvolvendo a obstinação pelo corpo magro. A sociedade contemporânea passa por uma crise ética que se sustenta a sociedade do espetáculo e do narcisismo. “Há uma redução do homem à dimensão da imagem, culminando em relações sociais regidas pelo imaginário” (MENEZES, 2006, p. 174).

Gera-se um entrave no processo de socialização. Castells afirma que as relações sociais “[...] são definidas *vis-à-vis* as outras, com base nos atributos culturais que especificam a identidade” (CASTELLS, 2013, p. 58). Com isso, pode-se concluir que as relações sociais se dão com base na identificação³ das identidades, ou seja, faz parte do grupo o indivíduo que possui padrões de comportamento e de corpo que correspondem ao que a cultura (narcisista) determina.

3.2 CBCL – *Child Behavior Checklist*

Os instrumentos de avaliação psicológica são inúmeros e com resultados divergentes. Mas para o presente trabalho, definimos nossa opção pela ASEBA, em sua versão para crianças e adolescentes. Chama-se ***Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência – CBCL (Child Behavior Checklist)***. Trata-se um instrumento baseado nos critérios psicológicos do DSM-IV, que tem como objetivo avaliar o grau de competência social e a presença e intensidade de problemas comportamentais de crianças e adolescentes (ACHENBACH, 2001; BANDEIRA et al., 2010). É um dos três instrumentos mais utilizados para a avaliação de comportamentos-problema infantis (GAUY; GUIMARÃES, 2006) e propicia uma avaliação do repertório geral da criança e favorece um diagnóstico rápido e confiável. Carvalho et al., (2009) relatam que o CBCL é indicado na

³ Por identificação compreende-se “Mecanismo psicológico pelo qual o indivíduo assume, mais ou menos permanentemente, as características de personalidade investidas na imagem de outra pessoa *internalizada*, mediante um processo de incorporação.” (CABRAL, 1971, p. 183). Porém, Cabral menciona que é diferente da imitação, já que esta se dá de forma consciente, enquanto a identificação é uma imitação inconsciente. Com isso, a sujeição ao meio cultural leva o indivíduo de forma inconsciente a se submeter aos padrões e às condutas estabelecidas.

literatura como um dos instrumentos mais eficazes na quantificação das respostas parentais sobre o comportamento dos filhos.

3.3 ASEBA – *Achenbach System of Empirically Based Assessment*

O Sistema de Avaliação empiricamente validado, ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) tem várias versões para diferentes faixas etárias, todos os quais são construídos sobre a mesma ideia e destinadas a avaliar o funcionamento adaptativo e problemas emocionais, sociais e comportamentais dos indivíduos. O ASEBA inclui formas que avaliam comportamentos adaptativos e mal adaptativos em indivíduos com idade entre 1,5 e 90 anos.

Todas as formas ASEBA são construídos sobre o mesmo princípio básico, uma abordagem baseada empiricamente à taxonomia e avaliação do funcionamento e problemas comportamentos adaptativos (ASEBA, 2011). Nesse sentido, não se trata de um instrumento de avaliação diagnóstica. Mas sim, de um instrumento de avaliação sintomática, sugerindo que quanto maior a sintomatologia maior seria a necessidade de acompanhamento do indivíduo.

3.4 Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência – CBCL

O Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência – CBCL (*Child Behavior Checklist*) é um questionário de avaliação comportamental de utilização internacional, validado no Brasil por Bordin et al. (1995). Atualmente, é uma das escalas mais utilizados na avaliação de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes (4 a 18 anos), sendo traduzida para mais de 60 idiomas. Esse instrumento tem demonstrado uma comprovada eficiência em pesquisa, nos serviços de saúde mental como rastreador capaz de averiguar e discriminar pessoas com psicopatologia (sintomatologias emocionais e cognitivas) e indivíduos normais. Apresenta uma boa confiabilidade, o erro padrão é pequeno, e o ponto de corte é 67 (ACHENBACH, 2001; BORDIN et al., 1995).

As informações preenchidas no formulário são fornecidas pelos pais da criança em questão. O questionário é constituído de 138 itens, sendo 20 destinados à avaliação da competência social (esportes, passatempos, grupos de amigos, participação em grupo, desempenho escolar, relacionamentos com pessoas e

independência ao brincar ou trabalhar) da criança ou do adolescente e é composto de oito escalas diferentes, totalizando 118 itens relativos aos problemas comportamentais. As perguntas relacionadas à competência social exigem que os pais ou cuidadores comparem os comportamentos de seus filhos com os de outras crianças da mesma idade, definindo-os como abaixo, acima ou dentro da média. As comparações solicitadas são em relação ao tempo dedicado às diversas atividades, ao grau de participação nos grupos, à qualidade do relacionamento familiar, à independência ao brincar ou trabalhar e ao desempenho escolar (ACHENBACH, 2001; RUSH et al, 2000).

A segunda parte do CBCL é constituído de oito escalas diferentes, compreendendo 118 perguntas objetivas sobre sintomatologia emocional e comportamental, respondidas pelos pais ou cuidadores com três alternativas de respostas, tais como: item falso ou comportamento ausente (score = 0), item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (score = 1) e item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (score = 2) (ACHENBACH, 2001).

As oito escalas específicas são:

- I. Isolamento ou retraimento,
- II. Queixas somáticas,
- III. Ansiedade/depressão,
- IV. Problemas com o contato social,
- V. Problemas com o pensamento,
- VI. Problemas com a atenção,
- VII. Comportamento delinquente e
- VIII. Comportamento agressivo.

Elas possibilitam score total (somatório total dos escores de todas as escalas) e escores individuais de cada escala. Também podemos obter outra possibilidade, que é a obtenção de três escores parciais correspondentes às escalas consideradas em conjunto e subdivididas em: Escalas de Introversão (I, II e III), Escalas de Perfil Comportamental (IV, V e VI) e Escalas de Extroversão (VII e VIII) (ACHENBACH,2001).

Em sua pesquisa, Bordin et al. (1995) verificaram através do Inventário CBCL, na categoria de competência social, que as crianças que obtiveram escores abaixo

ou igual a 40 podem ser consideradas clínicas. Isso significa que elas necessitam de avaliação e/ou acompanhamento psicológico e/ou psicopedagógico. Em relação aos problemas de comportamento, o perfil da criança pode ser não clínico (escore de 0 – 60), limítrofe (escore de 61 – 65) ou clínico (escore de 66 em diante).

4 METODOLOGIA DE PESQUISA

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo observacional, comparado, transversal de caráter exploratório.

4.2 Cálculo amostral

Tabela 1 – Cálculo amostral Tamanho da amostra para a frequência em uma população

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)(N):	2943
frequência % hipotética do fator do resultado na população (p):	50%+/-5
Limites de confiança como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF):	1

Tabela 2 – Tamanho da Amostra(n) para vários Níveis de Confiança

INTERVALO	CONFIANÇA (%)	TAMANHO DA AMOSTRA
	90%	248
	95%	340
	97%	407
	99%	542
	99.9%	792
	99.99%	1001

EQUAÇÃO

$$\text{TAMANHO DA AMOSTRA } N = \frac{EDFF \cdot Np(1-P)}{[(D2/Z21-A/2 \cdot (N-1) + P \cdot (1-P))]}$$

4.3 Participantes do Estudo

Fizeram parte do estudo: adolescentes de 14 a 18 anos e seus pais ou responsáveis, que frequentam as escolas, IESTA, ANCHIETA, TABORIN e CRISTO REI, no município de Marau-RS

4.4 Critérios de Inclusão

Critérios de inclusão do estudo:

Adolescente entre 14 e 18 anos matriculadas nas escolas IESTA, ANCHIETA, TABORIN e CRISTO REI, no município de Marau-RS, que queiram participar da pesquisa e tenham autorização dos pais.

4.5 Critérios de Exclusão

Critérios de exclusão do estudo foram obtidos pelo questionário sócio demográfico:

- Adolescentes que usem algum tipo de medicação psicotrópica;
- Adolescentes que possuam algum diagnóstico psicológico ou psiquiátrico feito por psicólogo ou médico.
- Adolescentes que apresentarem condições inadequadas para a avaliação antropométrica, como uso de próteses, gesso, deficiências físicas, etc.
- Pais e adolescentes que não queiram participar da pesquisa.

4.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada, utilizando:

A - CBCL(*Child Behavior Check List*)

O Child Behavior Checklist (CBCL) é um questionário que avalia competência social e problemas de comportamento em indivíduos de 4 a 18 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais.

B - Questionário Sócio demográfico

Instrumento criado para coletar dados da família e do aluno (a), que deve ser preenchida pelos pais ou responsáveis, com o nome do aluno, idade, sexo, ano

escolar, turno que frequenta a escola e instituição de ensino. Também constará no questionário perguntas fechadas e objetivas tais como: o número de horas de sono da criança, se a presença de equipamentos tecnológicos no quarto e qual o tempo de uso deles, tempo de atividade física semanal, preferência alimentar, além de direcionar perguntas como peso e altura dos pais ou responsável, tempo de exposição do adolescente à obesidade.

C - Índice de Massa Corporal (IMC): é um cálculo obtido através da fórmula: (peso [kg]/estatura²[m]). Os parâmetros antropométricos foram aferidos conforme indicado pelo Ministério da Saúde do Brasil e Sociedade Brasileira de Pediatria (**SBP 2012**) que foram desenvolvidas pela OMS em 2007 que incluem as curvas de IMC, do lactente até os 19 anos de idade considerando os pontos de corte para sobrepeso e obesidade os percentis 85 e 97. A medida da estatura será aferida com uma trena com precisão de 2m/0,1cm. Para a medida do peso será utilizada uma balança mecânica pendular (WELMY) com capacidade de 0 a 150 kg/100 g. Os valores encontrados serão analisados e distribuídos em percentil ou escores z, segundo sexo e idade (5 a 19 anos), utilizando-se como referenciais os instrumentos propostos pela OMS (2007).

4.7 Procedimentos da Coleta de Dados

Foram realizadas reuniões, com as diretoras das escolas estaduais. Anchieta e IESTA e com a coordenação pedagógica das escolas particulares, Cristo Rei e Taborin, para expor os objetivos da pesquisa e combinar a coleta de dados.

Os alunos com idade entre 14 e 18 anos foram informados dos objetivos da pesquisa e que estariam livres para participar ou não da pesquisa, e receberam um envelope contendo:

- Carta aos pais explicando os objetivos da pesquisa;
- termos de assentimento e consentimento;
- questionário sociodemográfico;
- CBCL

Este envelope foi entregue aos pais ou responsáveis e após preenchido, era devolvido na escola.

Os envelopes foram entregues pelos alunos aos pais ou responsáveis, que após decidirem participar da pesquisa, preencheram os questionários. A partir daí poderíamos seguir avaliando as medidas antropométricas dos adolescentes.

As medidas antropométricas dos adolescentes foi feito nas escolas no dia e hora pré agendado, de acordo com as possibilidades de logística na escola. As medidas foram obtidas por duas educadoras físicas locais treinadas que seguiram os procedimentos indicados:

Procedimentos de medição dos dados antropométricos

(1) Estatura: Procedimento: O avaliador ficou em pé ao lado direito do avaliado que estava em posição ortostática, pés descalços e unidos, permanecendo parado sobre o estadiômetro da marca WELMY, orientado(a) a estar com a cintura pélvica encaixada, e com a cabeça orientada no plano de Frankfurt. O cursor ou esquadro, num ângulo de 90° em relação à escala, tocou o ponto mais alto da cabeça no final de uma inspiração, onde se realizou a leitura em metros.

(2) Massa corporal: Procedimento: O avaliador permaneceu em pé de frente para escala de medida e o avaliado ficou sobre a plataforma da balança mecânica pendular da marca WELMY com precisão de 100 gramas e máximo de 150 kg, em pé (posição ortostática), colocando um pé de cada vez e posicionando-se no centro da mesma, braços soltos lateralmente e o olhar em um ponto fixo à sua frente.

Dados do Material utilizado: Balança mecânica pendular marca WELMY modelo R110 com precisão de 100 gramas e máximo de 150 kg, número de série 78539, portaria de padronização do INMETRO 146/2003, com classe de exatidão III e selo de aferição nº 003429240-6 e selo de verificação inicial nº 1061478-3.

4.8 Análise dos Dados

Para a compilação e análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS 21.0.

Descrição das variáveis numéricas em média, mediana, desvio padrão e intervalo de confiança; descrição das variáveis categóricas por frequências.

- Variáveis contínuas: testes Shapiro-Wilk e Kolmogorov Smirnov.
- Distribuição normal: teste t para amostras pareadas.
- Distribuição não normal: teste de Wilcoxon Mann-Whitney.
- Variáveis categóricas: teste Qui-quadrado ou Kruskal - Wallis

- Correlação variáveis contínuas quando distribuição normal: teste Pearson.
- Correlação variáveis contínuas com categóricas quando distribuição não normal: teste de Spearman.

Em todos os testes será considerada a significância estatística de 0,05.

Os Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto-SSPropor.

4.9 Riscos da Pesquisa

Os riscos são mínimos, tanto no processo de comunicação da pesquisa, aos parâmetros e critérios de exclusão, quanto na coleta das medidas antropométricas e na aplicação dos inventários da CBCL

Ao que tange a comunicação sobre a pesquisa, parâmetros e critérios de exclusão, pode ocorrer risco de constrangimento entre as crianças/adolescentes com obesidade e seus responsáveis. A minimização desse risco será feita pelo anonimato das informações obtidas e comunicadas, caso solicitado, individualmente e em sigilo.

Na aplicação da CBCL pode ocorrer embaraçamento devido a alguma questão dos inventários. Para minimizar a possibilidade de constrangimento será explicado previamente: não existir resposta certa e errada, a não necessidade de justificar e explicar respostas, a isenção de julgamento sobre as respostas e será reforçado o sigilo e anonimato das respostas. O tempo médio de aplicação dos inventários foi de 50 minutos. Outro risco pode ser o cansaço na execução do inventário. Para isso, o respondente será informado sobre o tempo médio de aplicação e a flexibilidade de levar menos ou mais tempo, podendo descansar, caso necessário.

4.10 Considerações éticas

O estudo seguirá as condições estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CEP e ao comitê de pesquisa da UNILASALLE, e encontra-se aprovado conforme (Anexo B), abrangendo os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não-maleficência, veracidade e confidencialidade. Será solicitado aos

sujeitos de estudo o termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de assentimento para os adolescentes.

O pesquisador garantiu a confidencialidade das informações. Os instrumentos preenchidos serão arquivados, confidencialmente, pelo período de 05 anos.

5 RESULTADOS

Nossa amostra constitui-se de 238 adolescentes voluntários. Em sua maioria, do sexo feminino (57,6%) e com idade que variou entre 12 e 18 anos. Em relação a idade a maioria dos participantes (87%) situou-se na faixa entre os 15 e 17 anos com 207 participantes. Em relação a escolaridade prevaleceu a participação de alunos do ensino médio (73%) e que estudam no turno da manhã (83%). Em relação ao IMC, a grande maioria (80%) situa-se na faixa dos eutróficos, como podemos observar na tabela 3, a seguir:

Tabela 3 – Características sociodemográficas

VAR	RESULTADOS	MASC	FEM	TOTAL
SEXO		101 (42,4)	137 (57,6)	238 (100)
IDADE	12	2 (100)	0	2 (100)
	13	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (100)
	14	8 (57,1)	6 (42,9)	14 (100)
	15	22 (34,4)	42 (65,6)	64 (100)
	16	40 (44,9)	49 (55,1)	89 (100)
	17	21 (38,9)	33 (61,1)	54 (100)
	18	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)
ESCOLARIDADE	PRIMEIRO	29 (47,5)	32 (52,5)	61 (100)
	SEGUNDO	69 (39,9)	104 (60,1)	173 (100)
TURNO	MANHA	82 (41,4)	116 (58,6)	198 (100)
	TARDE	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100)
	MANHA E TARDE	8 (42,1)	11 (57,9)	19 (100)
	NOITE	4 (40,0)	6 (60,0)	10 (100)
IMC CATEGORIA	EUTRÓFICO	83 (44,1)	105 (55,9)	188 (100)
	SOBREPESO	10 (29,4)	24 (70,6)	34 (100)
	OBESIDADE	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100)

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

Observando a Tabela 4, temos a média dos níveis de T-score de cada escala avaliada pela CBCL, bem como, o ponto de corte de cada escala. Nos itens de competência social, observamos que a média se situou acima do ponto de corte. Nestas, identificadas pelos números 1, 2 e 3, quanto maior a média, maior normalidade do indivíduo, ou seja, menor a probabilidade de expressão de sintomas da área avaliada. Nos itens 1, 2 e 3, as médias dos T-score estão acima do ponto de corte, identificando que há maior nível de ausência de sintomas destas escalas. Em relação ao item número 4, a média se situa praticamente ao mesmo nível do ponto de corte (T-score = 40). Assim como os itens 1, 2 e 3, quanto maior o T-score maior o grau de ausência de sintomas psicológicas daquela área.

Já em relação aos itens número 5 e as demais, conforme manual, temos o seguinte: ausências de sintomas ou maior normalidade, são os sujeitos com t score, abaixo do valor do ponto de corte. Outro ponto importante, é que as escalas de número 13, 14 e 15, o ponto de corte é T-score = 60, já as demais de 5 a 24, o ponto de corte é 67.

Evidencia-se pela tabela 4, que os itens tiveram T-score médios sempre abaixo de seus pontos de corte, ou seja, em todos os domínios os adolescentes participantes da pesquisa apresentaram níveis de uma boa qualidade de vida psicológica. Sendo que o item número 21 fora a que apresentou o menor T-score médio e o item número 17 fora a que apresentou a maior média, ou a média mais próxima do T-score de ponto de corte.

Tabela 4 – Distribuição dos escores dos itens da CBCL conforme seus T-Score

CBCL	MÉDIA (PC)	DP	MEDIANA	VARIAÇÃO
	COMPETENCIA SOCIAL			
1. COMPETENCIA ATIVIDADES	39,47 (33) [*]	10,94	39,00	20 - 65
2. COMPETENCIA SOCIAL	43,01 (33)	8,47	43,00	25 – 65
3. COMPETENCIA ESCOLAR	48,28 (33)	5,92	50,00	26 – 55
4. ESCALA DE COMPETENCIA TOTAL	39,98 (40) [#]	10,46	38,00	21 - 91
PROBLEMAS EMOCIONAIS COMPORTAMENTAIS				
5. ANSIEDADE – DEPRESSÃO	62,46 (67) ^κ	9,74	63,00	33 – 91
6. ISOLAMENTO – DEPRESSÃO	60,03 (67)	8,94	57,00	50 – 96
7. QUEIXAS SOMÁTICOS	61,17 (67)	9,53	58,00	50 – 85

8. PROBLEMAS DE SOCIABILIDADE	56,93 (67)	6,62	54,00	50 – 77
9. PROBLEMAS COM O PENSAMENTO	58,01 (67)	8,24	55,00	50 – 86
10. PROBLEMAS DE ATENÇÃO	55,91 (67)	6,93	53,00	50 – 90
11. VIOLAÇÃO DE REGRAS	54,00 (67)	4,68	52,00	50 – 73
12. COMPORTAMENTO AGRESSÃO	57,03 (67)	7,10	55,00	50 – 81
13. ESCALA DE INTERNALIZAÇÃO	61,76 (60)**	10,78	62,00	34 – 85
14. ESCALA DE EXTERNALIZAÇÃO	53,52 (60)	9,09	54,00	34 – 76
15. ESCALA TOTAL DE PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS				
16. PROBLEMAS AFETIVOS	60,75 (67)	9,55	59,00	50 – 90
17. PROBLEMAS DE ANSIEDADE	62,74 (67)	7,93	62,00	47 – 93
18. PROBLEMAS SOMÁTICOS	58,55 (67)	8,77	56,00	50 – 93
19. DEFICIT ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	55,12 (67)	6,26	52,00	50 – 80
20. PROBLEMAS OPOSICIONAL	54,94 (67)	5,49	52,00	50 – 75
21. PROBLEMAS DE CONDUTA	53,24 (67)	4,33	51,00	50 – 71
22. PROCESSO COGNITIVO LENTO	57,95 (67)	8,44	55,00	50 – 80
23. PROBLEMAS OBSESSIVOS	60,26 (67)	9,16	59,00	50 – 82
24. ESTRESSE POS-TRAUMÁTICO	60,61 (67)	8,20	61,00	50 - 83

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

PC – Ponto de corte

* acima do valor PC, estão os indivíduos sem sintomas;

Acima do valor PC, estão os indivíduos sem sintomas;

& Abaixo do valor PC, estão os indivíduos sem sintomas;

** Abaixo do valor PC, estão os indivíduos sem sintomas;

Dos 24 itens que a CBCL avalia, 11 apresentaram uma prevalência superior a 20% nos adolescentes voluntários. Foram as escalas numeradas com 5, 6, 7, 9, 13, 15, 16, 17, 22, 23 e 24. Sendo que item número 13 fora a que obteve a maior prevalência, 55,9%. Em nove itens, a prevalência variou entre 2,9%, item número 3, e o item número 18, com prevalência de 18,5%. Os itens com essa baixa prevalência foram as seguintes: 3, 8, 10, 11, 12, 18, 19, 20 e 21, vide tabela 4. Para seguimento da descrição da amostra, nos objetivamos avaliar os itens com prevalência superior a 20%.

Tabela 5 – Distribuição da prevalência de sintomas clínicos na amostra

CBCL	SEM SINTOMAS	COM SINTOMAS	TOTAL (%)
COMPETENCIA SOCIAL			
1. COMPETENCIA ATIVIDADES	178 (79)	48 (21)	226 (95,00)
2. COMPETENCIA SOCIAL	180 (79)	48 (21)	228 (95,80)
3. COMPETENCIA ESCOLAR	212 (89,1)	7 (2,9)	219 (92,01)
4. ESCALA DE COMPETENCIA TOTAL	163 (80)	41 (20)	204 (85,7)
PROBLEMAS EMOCIONAIS COMPORTAMENTAIS			
5. ANSIEDADE – DEPRESSÃO	123 (51,7)	106 (44,5)	229 (96,2)
6. ISOLAMENTO – DEPRESSÃO	170 (71,4)	59 (24,8)	229 (96,2)
7. QUEIXAS SOMÁTICAS	156 (65,5)	72 (30,3)	228 (95,8)
8. PROBLEMAS DE SOCIABILIDADE	197 (82,8)	32 (13,4)	229 (96,2)
9. PROBLEMAS COM O PENSAMENTO	173 (72,7)	56 (23,5)	229 (96,2)
10. PROBLEMAS DE ATENÇÃO	202 (84,9)	27 (11,3)	229 (96,2)
11. VIOLAÇÃO DE REGRAS	221 (92,9)	8 (3,4)	229 (96,2)
12. COMPORTAMENTO AGRESSÃO	192 (80,7)	37 (15,5)	229 (96,2)
13. ESCALA DE INTERNALIZAÇÃO	96 (40,3)	133 (55,9)	229 (96,2)
14. ESCALA DE EXTERNALIZAÇÃO	184 (77,0)	45 (19)	229 (96,2)
15. ESCALA TOTAL DE PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS	134 (56,3)	95 (39,9)	229 (96,2)
16. PROBLEMAS AFETIVOS	164 (68,9)	65 (27,3)	229 (96,2)
17. PROBLEMAS DE ANSIEDADE	120 (50,4)	109 (45,8)	229 (96,2)
18. PROBLEMAS SOMÁTICOS	184 (77,3)	44 (18,5)	228 (95,8)
19. DEFICIT ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	204 (85,7)	25 (10,5)	229 (96,2)
20. PROBLEMAS OPOSICIONAL	209 (87,8)	20 (8,4)	229 (96,2)
21. PROBLEMAS DE CONDUTA	220 (92,4)	9 (3,8)	229 (96,2)
22. PROCESSO COGNITIVO LENTO	172 (72,3)	57 (23,9)	229 (96,2)
23. PROBLEMAS OBSESSIVOS	157 (66,0)	72 (30,3)	229 (96,2)
24. ESTRESSE POS-TRAUMÁTICO	158 (66,4)	70 (29,4)	228 (95,8)

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

As médias e mediana entre os grupos foram significativamente estatísticas, indicando que o ponto de corte adotado pode determinar dois grupos diferentes estatisticamente.

Tabela 6 – Fatores associadas e T-score médio conforme item da CBCL: Ansiedade e Depressão

FATORES	ANSIEDADE / DEPRESSÃO				VALOR P
	SEM SINTOMAS n= 123 (51,7%)		COM SINTOMAS n = 106 (44,5%)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,019
Masculino	55,17	54,00	69,83	68,00	0,0001
Feminino	55,63	54,00	71,07	70,00	0,0001
IDADE					0,228
12 – 14	55,73	57,00	72,43	66,00	0,0001
15 - 18	55,37	54,00	70,54	68,00	0,0001
Ver TV no quarto	62,48	63,00	62,80	63,00	0,934*
Usar internet quarto	61,68	63,00	63,51	63,00	0,228*
Usar celular no quarto	61,82	63,00	66,16	66,00	0,008*
Não praticar atividade física fora da escola	61,50	63,00	63,87	63,00	0,196*
Ingestão de Doces	62,26	63,00	63,70	63,50	0,637*
Ingestão Industrializados	59,55	63,00	62,95	63,00	0,091*
Ingestão de Cereais	61,19	60,00	62,89	63,00	0,136*
Ingestão de Frituras	62,35	63,00	64,25	66,00	0,215*
Ingestão de Salgadinhos	62,33	63,00	62,90	63,00	0,676*
Ingestão de Refrigerantes	61,64	63,00	64,17	65,00	0,07*
Tempo de Sono:					
Até 6h	55,83	54,00	73,79	72,00	
6h a 8h	55,86	54,00	70,62	68,00	0,029**
Mais que 8h	55,39	57,00	67,13	66,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item ANSIEDADE – DEPRESSÃO, temos uma prevalência de 44,5% (n = 106) de indivíduos identificados com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 6, identificamos fatores associados tais como: Sexo (p = 0,019); uso de celular no quarto de dormir (p = 0,008) e tempo de sono (p = 0,029). Em relação ao sexo, observamos que houve diferença estatisticamente significativa entre os t-score médios de cada grupo (sem sintomas x com sintomas), mas também

houve diferença estatisticamente significativa entre os t-score médios entre meninos e meninas.

Tabela 7 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL:
isolamento/depressão

FATORES	ISOLAMENTO / DEPRESSÃO				VALOR P
	SEM SINTOMAS n = 170 (71,4%)		COM SINTOMAS n = 59 (24,8%)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,484
Masculino	54,98	54,00	72,00	68,00	0,0001
Feminino	56,02	57,00	71,71	70,00	0,0001
IDADE					0,424
12 – 14	55,17	54,00	73,75	69,00	0,0001
15 – 18	55,66	54,00	71,70	68,00	0,0001
Ver TV no quarto	59,63	57,00	61,03	60,00	0,215
Usar Internet quarto	59,14	57,00	61,04	60,00	0,095
Usar celular no quarto	59,27	57,00	63,50	63,00	0,015
Não praticar atividade física fora da escola	58,81	57,00	61,57	60,00	0,028
Ingestão de Doces	59,36	57,00	63,05	60,00	0,033
Ingestão Industrializados	59,14	57,00	60,16	60,00	0,904
Ingestão de Cereais	59,60	57,00	60,15	60,00	0,790
Ingestão de Frituras	59,98	54,00	60,67	57,50	0,774
Ingestão de Salgadinhos	59,42	57,00	61,36	60,00	0,070
Ingestão de Refrigerantes	59,52	57,00	61,00	60,00	0,083
Tempo de Sono:					
Até 6h	55,18	54,00	72,43	68,00	
6h a 8h	55,78	54,00	71,89	68,00	0,148
Mais que 8h	55,16	54,00	70,50	69,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item ISOLAMENTO – DEPRESSÃO, temos uma prevalência de 24,8% (n = 59) de indivíduos identificados com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 7, identificamos fatores associados tais como: uso de celular no quarto de dormir (p = 0,008), não praticar atividade física fora da escola (p = e tempo de sono (p = 0,029). Observamos, na tabela 5, que apesar de diferença significativa

nos grupos masculino e feminino, não houve diferença significativa entre os sexos e entre as idades.

Tabela 8 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Queixas Somáticas

QUEIXAS SOMÁTICAS					
FATORES	SEM SINTOMAS n = 156 (65,5)		COM SINTOMAS n = 72 (30,3)		VALOR P
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,014
Masculino	52,63	54,00	72,22	70,00	0,0001
Feminino	55,41	54,00	72,74	72,00	0,0001
IDADE					0,527
12 – 14	55,82	58,00	71,80	70,00	0,0001
15 – 18	55,48	54,00	72,67	72,00	0,0001
Usar TV no quarto	60,30	58,00	62,58	59,50	0,370
Usar Internet quarto	60,26	58,00	61,72	61,00	0,216
Usar celular no quarto	60,76	58,00	61,79	58,00	0,451
Não praticar atividade física fora da escola	59,81	58,00	62,41	61,00	0,010
Ingestão de Doces	60,52	58,00	61,05	58,00	0,918
Ingestão Industrializados	58,93	54,00	61,25	58,00	0,184
Ingestão de Cereais	60,45	58,00	61,10	58,00	0,905
Ingestão de Frituras	60,69	58,00	64,33	64,00	0,287
Ingestão de Salgadinhos	60,79	58,00	61,30	58,00	0,586
Ingestão de Refrigerantes	60,36	58,00	62,11	61,00	0,132
Tempo de Sono:					
Até 6h	58,11	61,00	75,75	75,00	
6h a 8h	54,86	54,00	72,29	72,00	0,041
Mais que 8h	56,37	54,00	70,64	70,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item QUEIXAS SOMÁTICAS, temos uma prevalência de 30,3% (n = 72) de indivíduos identificados com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 8, identificamos fatores associados tais como: sexo (p = 0,014),

nesta variável, observamos que houve diferença nos grupos sem sintomas versus com sintomas e também entre o sexo feminino e masculino; não praticar atividade fora da escola ($p = 0,01$) e tempo de sono ($p = 0,041$).

Tabela 9 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Problemas com Pensamentos

FATORES	PROBLEMAS PENSAMENTOS				VALOR P
	SEM SINTOMAS n = 173 (72,7%)		COM SINTOMAS n = 56 (23,5%)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,098
Masculino	53,98	51,00	69,69	67,00	0,0001
Feminino	53,51	51,00	70,19	69,00	0,0001
IDADE					0,917
12 – 14	54,18	55,00	69,60	70,00	0,0001
15 – 18	53,67	51,00	70,12	69,00	0,0001
Ver TV no quarto	57,03	55,00	59,75	57,00	0,132*
Usar Internet quarto	57,35	55,00	58,32	55,00	0,238*
Usar Celular no quarto	57,35	55,00	59,87	59,00	0,038*
Não praticar atividade física fora da escola	57,73	55,00	57,86	55,00	0,649*
Ingestão de Doces	57,27	55,00	60,24	55,00	0,132*
Ingestão Industrializados	57,30	55,00	57,88	55,00	0,746*
Ingestão de Cereais	57,70	55,00	58,17	55,00	0,823*
Ingestão de Frituras	57,54	55,00	61,27	63,00	0,429*
Ingestão de Salgadinhos	57,59	55,00	58,27	55,00	0,529*
Ingestão de Refrigerantes	57,02	55,00	59,32	55,00	0,051*
Tempo de Sono:					
Até 6h	53,55	51,00	67,91	67,00	
6h a 8h	53,98	51,00	70,82	69,50	0,122**
Mais que 8h	52,84	51,00	69,43	70,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item PROBLEMAS COM PENSAMENTOS, temos uma prevalência de 23,5% ($n = 56$) de indivíduos com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 9, identificamos que o uso de celular no quarto ($p = 0,038$) foi o

único fator associado. Apesar de haver diferença estatística significativa nos t-scores médios nos sexos, não houve significância estatística entre o sexo masculino e feminino e nem entre as idades.

Tabela 10 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL:

Problemas Internalizantes					
FATORES	INTERNALIZANTES				VALOR P
	SEM SINTOMAS n = 96 (40,3%)		COM SINTOMAS n = 133 (55,9%)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,028
Masculino	51,17	54,00	67,66	68,00	0,0001
Feminino	51,34	53,00	69,40	69,00	0,0001
IDADE					0,284
12 – 14	50,91	52,00	68,19	66,00	0,0001
15 - 18	51,31	54,00	68,84	69,00	0,0001
Ver TV no quarto	60,97	61,00	63,60	65,50	0,194
Usar Internet quarto	60,54	61,00	63,05	63,00	0,062
Usar Celular no quarto	61,01	61,00	64,92	67,00	0,033
Não praticar atividade física fora da escola	60,33	61,00	63,47	66,00	0,023
Ingestão de Doces	61,35	62,00	63,37	62,00	0,360
Ingestão Industrializados	60,29	59,00	61,93	62,50	0,218
Ingestão de Cereais	60,30	61,00	62,12	62,00	0,273
Ingestão de Frituras	61,49	62,00	64,67	66,00	0,367
Ingestão de Salgadinhos	61,21	62,00	62,82	61,00	0,325
Ingestão de Refrigerantes	60,93	61,00	63,24	66,00	0,059
Tempo de Sono:					
Até 6h	53,13	55,50	71,09	70,00	
6h a 8h	50,87	52,00	68,49	69,00	0,017
Mais que 8h	51,89	54,00	67,45	68,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item PROBLEMAS INTERNALIZANTES, temos uma prevalência de 55,9% (n = 133) de indivíduos com sintomas conforme os critérios da CBCL. A escala com a maior prevalência de alterações na amostra. Na tabela 10,

identificamos os seguintes fatores associados: sexo ($p = 0,028$) entre masculino e feminino, além de significância estatística entre os t score médios nos sexos entre os que não tem sintomas versus os que tem sintomas; uso de celular no quarto ($p = 0,033$); não praticar atividade física fora da escola ($p = 0,023$) e tempo de sono ($p = 0,017$).

Tabela 11 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL:
Problemas Externalizantes

FATORES	EXTERNALIZANTES				VALOR P
	SEM SINTOMAS		COM SINTOMAS		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,086
Masculino	48,55	50,00	63,70	63,00	0,0001
Feminino	49,77	51,00	64,53	63,00	0,0001
IDADE					0,406
12 – 14	48,76	51,00	62,80	63,00	0,0001
15 - 18	49,30	50,50	64,38	63,00	0,0001
Ver TV no quarto	52,90	54,00	54,10	55,00	0,592
Usar Internet quarto	53,11	54,00	53,39	54,00	0,904
Usar Celular no quarto	52,53	53,00	56,48	57,50	0,010
Não praticar atividade física fora da escola	52,94	53,50	53,63	54,00	0,348
Ingestão de Doces	52,69	54,00	55,76	57,00	0,040
Ingestão Industrializados	53,01	51,00	53,28	54,00	0,735
Ingestão de Cereais	52,75	53,00	53,38	54,00	0,716
Ingestão de Frituras	53,13	54,00	54,67	56,00	0,375
Ingestão de Salgadinhos	53,01	53,00	53,74	55,00	0,468
Ingestão de Refrigerantes	52,54	53,00	54,60	56,00	0,025
Tempo de Sono:					
Até 6h	52,00	54,00	64,33	63,50	
6h a 8h	48,67	50,00	64,28	63,00	0,102
Mais que 8h	49,74	53,00	64,00	62,50	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item PROBLEMAS EXTERNALIZANTES, temos uma prevalência de 25,2% ($n = 60$) de indivíduos com sintomas conforme os critérios da

CBCL. Na tabela 11, identificamos os seguintes fatores associados: uso de celular no quarto ($p = 0,033$); ingestão de doces ($p = 0,04$) e ingestão de refrigerantes ($p = 0,025$).

Tabela 12 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: problemas emocionais e comportamentos

ESCALA TOTAL DE PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS					
FATORES	SEM SINTOMAS		COM SINTOMAS		VALOR P
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,062
Masculino	48,84	52,00	65,57	64,00	0,0001
Feminino	48,48	50,00	66,05	65,00	0,0001
IDADE					0,465
12 – 14	50,59	52,00	68,20	70,00	0,0001
15 - 18	48,37	51,00	65,77	64,00	0,0001
Ver TV no quarto	55,36	56,00	57,76	59,50	0,174
Usar Internet quarto	54,88	57,00	57,15	58,00	0,365
Usar Celular no quarto	55,27	56,00	59,74	61,00	0,008
Não praticar atividade física fora da escola	54,88	56,00	57,46	58,00	0,106
Ingestão de Doces	55,23	57,00	59,28	60,00	0,054
Ingestão Industrializados	56,06	58,00	55,70	54,00	0,491
Ingestão de Cereais	54,79	56,00	56,29	58,00	0,446
Ingestão de Frituras	55,71	57,00	58,38	59,00	0,427
Ingestão de Salgadinhos	55,14	56,50	57,58	58,00	0,209
Ingestão de Refrigerantes	54,63	56,00	58,37	61,00	0,003
Tempo de Sono:					
Até 6h	52,73	54,00	67,75	68,50	
6h a 8h	48,36	51,00	66,05	64,00	0,064
Mais que 8h	47,14	50,50	63,59	64,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item TOTAL DE PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS, temos uma prevalência de 39,9% ($n = 95$) de indivíduos com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 12, identificamos os seguintes

fatores associados: uso de celular no quarto ($p = 0,008$); e ingestão de refrigerantes ($p = 0,003$).

Tabela 13 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL:
Problemas Afetivos

FATORES	PROBLEMAS AFETIVOS				VALOR P
	SEM SINTOMAS n = 164 (68,9%)		COM SINTOMAS n = 65 (27,3%)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,042
Masculino	55,06	55,00	72,76	72,00	0,0001
Feminino	55,88	55,00	73,41	72,50	0,0001
IDADE					0,540
12 – 14	54,82	55,00	77,20	80,00	0,0001
15 - 18	55,60	55,00	72,87	72,00	0,0001
Ver TV no quarto	59,70	59,00	63,05	61,00	0,046
Usar Internet quarto	59,84	59,00	61,55	61,00	0,205
Usar Celular no quarto	60,17	59,00	62,84	62,00	0,083
Não praticar atividade física fora da escola	58,71	55,00	63,07	61,00	0,001
Ingestão de Doces	59,80	59,00	64,53	62,00	0,003
Ingestão Industrializados	60,37	59,00	60,69	59,00	0,655
Ingestão de Cereais	60,53	59,00	61,06	59,00	0,686
Ingestão de Frituras	60,47	59,00	62,93	63,00	0,357
Ingestão de Salgadinhos	59,58	59,00	62,59	61,00	0,013
Ingestão de Refrigerantes	59,64	59,00	62,61	61,00	0,026
Tempo de Sono:					
Até 6h	57,29	59,00	74,86	76,00	
6h a 8h	55,23	55,00	72,52	72,00	0,017
Mais que 8h	55,59	55,00	74,14	73,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item PROBLEMAS AFETIVOS, temos uma prevalência de 27,3% ($n = 65$) de indivíduos com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 13, identificamos os seguintes fatores associados: sexo ($p = 0,042$); ver TV no quarto ($p = 0,046$); não praticar atividade física fora da escola ($p = 0,001$); ingestão

de doces ($p = 0,04$); ingestão de salgadinhos ($p = 0,013$); ingestão de refrigerantes ($p = 0,026$) e tempo de sono ($p = 0,017$).

Tabela 14 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL:
Problemas Ansiedade

FATORES	PROBLEMAS ANSIEDADE				VALOR P
	SEM SINTOMAS n = 120 (50,4%)		COM SINTOMAS n = 109 (45,8%)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,014
Masculino	55,47	53,00	68,97	70,00	0,0001
Feminino	57,05	58,00	69,77	70,00	0,0001
IDADE					0,467
12 – 14	56,08	58,00	69,68	70,00	0,0001
15 - 18	56,36	58,00	69,48	70,00	0,0001
Ver TV no quarto	62,25	62,00	63,73	66,00	0,214
Usar Internet quarto	62,63	62,00	62,72	62,00	0,705
Usar Celular no quarto	62,21	62,00	64,76	66,00	0,090
Não praticar Atividade física fora da escola	62,29	62,00	63,16	66,00	0,244
Ingestão de Doces	62,63	62,00	62,87	62,00	0,749
Ingestão Industrializados	61,67	61,00	62,82	62,00	0,385
Ingestão de Cereais	61,26	62,00	63,08	62,00	0,174
Ingestão de Frituras	62,51	62,00	64,87	66,00	0,331
Ingestão de Salgadinhos	62,38	62,00	63,32	66,00	0,368
Ingestão de Refrigerantes	62,24	62,00	63,51	66,00	0,210
Tempo de Sono:					
Até 6h	56,09	53,00	70,10	71,00	
6h a 8h	56,06	58,00	69,76	70,00	0,049
Mais que 8h	57,57	58,00	67,78	66,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item PROBLEMAS ANSIEDADE, temos uma prevalência de 45,8% ($n = 109$) de indivíduos com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 14, identificamos os seguintes fatores associados: sexo ($p = 0,014$); e tempo de sono ($p = 0,049$).

Tabela 15 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL: Processo Cognitivo Lento

FATORES	PROCESSO COGNITIVO LENTO				VALOR P
	SEM SINTOMAS n = 172 (72,3%)		COM SINTOMAS n = 57 (23,9%)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,291
Masculino	53,63	50,00	68,70	69,00	0,0001
Feminino	53,69	50,00	71,32	69,00	0,0001
IDADE					0,657
12 – 14	53,89	50,00	72,25	71,00	0,0001
15 - 18	53,64	50,00	70,26	69,00	0,0001
Ver TV no quarto	57,54	55,00	59,18	60,00	0,222
Usar Internet quarto	57,91	55,00	58,10	55,00	0,862
Usar Celular no quarto	57,56	55,00	60,05	60,00	0,075
Não praticar atividade física fora da escola	57,24	55,00	58,99	55,00	0,112
Ingestão de Doces	57,50	55,00	60,32	60,00	0,165
Ingestão Industrializados	56,74	55,00	58,20	55,00	0,368
Ingestão de Cereais	57,90	55,00	58,38	55,00	0,947
Ingestão de Frituras	57,81	55,00	60,67	60,00	0,290
Ingestão de Salgadinhos	57,37	55,00	59,41	55,00	0,229
Ingestão de Refrigerantes	57,12	55,00	59,74	55,00	0,068
Tempo de Sono:					
Até 6h	53,68	50,00	71,63	73,00	
6h a 8h	53,62	50,00	70,73	69,00	0,048
Mais que 8h	54,19	55,00	68,58	69,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item PROCESSO COGNITIVO LENTO, temos uma prevalência de 23,9% (n = 57) de indivíduos com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 15, identificamos tempo de sono (p = 0,017) como o fator associado aos indivíduos com sintomas psicológicos nesta escala.

Tabela 16 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL:
Problemas Obsessivos

FATORES	PROBLEMAS OBSESSIVOS				VALOR P
	SEM SINTOMAS n = 157 (66,7%)		COM SINTOMAS n = 72 (33,3%)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,006
Masculino	54,24	51,00	70,27	70,00	0,0001
Feminino	55,31	55,00	72,94	73,00	0,0001
IDADE					0,628
12 – 14	55,24	55,00	71,80	70,00	0,0001
15 - 18	54,78	55,00	72,15	70,00	0,0001
Ver TV no quarto	60,02	59,00	60,44	59,00	0,385
Usar Internet quarto	59,74	59,00	60,98	59,00	0,364
Usar Celular no quarto	59,60	59,00	63,63	63,00	0,009
Não praticar atividade física fora da escola	60,10	59,00	60,60	59,00	0,458
Ingestão de Doces	60,20	59,00	60,87	59,00	0,871
Ingestão Industrializados	57,41	55,00	60,75	59,00	0,086
Ingestão de Cereais	60,26	59,00	60,53	59,00	0,588
Ingestão de Frituras	59,88	59,00	66,07	67,00	0,064
Ingestão de Salgadinhos	60,16	59,00	60,68	59,00	0,678
Ingestão de Refrigerantes	59,48	59,00	61,94	59,00	0,088
Tempo de Sono:					
Até 6h	55,26	55,00	72,00	71,50	
6h a 8h	54,53	53,00	72,29	70,00	0,049
Mais que 8h	55,63	55,00	71,50	70,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação ao item PROBLEMAS OBSESSIVOS, temos uma prevalência de 33,3% (n = 72) de indivíduos com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 16, identificamos os seguintes fatores associados: sexo (p = 0,006); uso de celular no quarto (p = 0,009) e tempo de sono (p = 0,017).

Tabela 17 – Fatores associados e T-score médio conforme item da CBCL:
ESTRESSE POS-TRAUMÁTICO

FATORES	ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO				VALOR P
	SEM SINTOMAS n = 158 (66,4%)		COM SINTOMAS n = 70 (29,4%)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
SEXO					0,111
Masculino	56,10	56,00	69,18	68,00	0,0001
Feminino	55,95	56,00	70,85	69,00	0,0001
IDADE					0,185
12 – 14	55,33	55,00	71,25	71,00	0,0001
15 - 18	56,11	56,00	70,27	68,00	0,0001
Ver TV no quarto	60,04	61,00	61,78	61,00	0,362
Usar Internet quarto	60,00	61,00	61,14	61,00	0,265
Usar Celular no quarto	59,97	59,00	63,13	64,00	0,021
Não praticar atividade física fora da escola	59,99	61,00	61,23	61,00	0,231
Ingestão de Doces	60,22	61,00	61,97	62,00	0,174
Ingestão Industrializados	59,07	56,00	60,75	61,00	0,393
Ingestão de Cereais	59,87	56,00	60,73	61,00	0,621
Ingestão de Frituras	60,40	61,00	62,33	61,00	0,405
Ingestão de Salgadinhos	59,99	61,00	61,74	61,00	0,169
Ingestão de Refrigerantes	59,71	61,00	62,14	64,00	0,015
Tempo de Sono:					
Até 6h	57,18	56,00	70,93	69,50	
6h a 8h	55,90	56,00	70,19	69,78	0,079
Mais que 8h	55,79	54,00	70,11	69,00	

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

* Teste Mann-Whitney U

** Kruskal-Wallis

Em relação item PROBLEMAS OBSESSIVOS, temos uma prevalência de 29,4% (n = 70) de indivíduos com sintomas conforme os critérios da CBCL. Na tabela 17, identificamos os seguintes fatores associados: uso de celular no quarto (p = 0,021) e ingestão de refrigerantes (p = 0,015).

Tabela 18 – Resumo dos fatores associados às alterações sintomáticas nos itens com prevalência acima 20%

CBCL	Sexo	Idade	TV	Internet	Cel	Ativ Fis	Doces	Ind	Cereal	Frit	Salg	Refri	Sono
5. ANSIEDADE – DEPRESSÃO	S	-	-	-	S	-	-	-	-	-	-	-	S
6. ISOLAMENTO – DEPRESSÃO	-	-	-	-	S	S	-	-	-	-	-	-	S
7. QUEIXAS SOMÁTICOS	S	-	-	-	-	S	-	-	-	-	-	-	S
9. PROB COM O PENSAMENTO	-	-	-	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-
13. ESCALA DE INTERNALIZAÇÃO	S	-	-	-	S	S	-	-	-	-	-	-	S
15. ESCALA TOTAL DE PROB. EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS													
16. PROB. AFETIVOS	S	-	S	-	-	S	S	-	-	-	S	S	S
17. PROB. DE ANSIEDADE	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
22. PROCESSO COGNITIVO LENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
23. PROB OBSESSIVOS	S	-	-	-	S	-	-	-	-	-	-	-	S
24. ESTRESSE POS- TRAUMÁTICO	-	-	-	-	S	-	-	-	-	-	-	S	-

Fonte: Produzido pelos autores, 2017.

S – Significativo

- Não significativo

6 DISCUSSÃO

A maioria dos estudos que utilizam a CBCL o fazem aplicando a algum grupo de risco, comportamentos específicos, usuários de algum serviço de saúde ou com algum diagnóstico (drogas, TDHA, doenças em geral, violência familiar, separação dos pais, problemas escolares, etc) e os resultados são analisados como desfecho. Nesse aspecto, até onde sabemos, esse é um dos primeiros estudos que avalia os sintomas psicológicos subclínicos e clínicos em uma amostra não ambulatorial de adolescentes escolares na faixa etária que investigamos. Dessa forma os termos de comparação ficam difíceis, quer dizer, avaliar como nossos resultados se comportam comparativamente com outros estudos. Considerando que nossa amostra se caracteriza mais num nível clínico (casos) do que representativo (amostra aleatória), para efeitos de alguma análise estatística decidimos utilizar comparativamente a ideia de *Transtorno Mental Comum* (TCM) e os estudos sobre prevalência detectados por ele, de uma maneira geral, como um recurso de apoio para fazermos nosso ponto de corte para as análises estatísticas de associação, mesmo que esses estudos tenham como base outros critérios de avaliação e seu objetivo seja diagnóstico e não de avaliação de sintomas/sofrimento. Assim, a maioria dos estudos utilizando diversos instrumentos mostram uma prevalência ao redor de 20% a 40% de Transtorno Mental Comum entre os adolescentes (THIENGO et al., 2014; PINHEIRO, K. A. et al., 2007; AVANCI et al., 2007).

Em nossa análise, nos chamou atenção sobremaneira, a elevada prevalência de alguns sintomas (maiores que 40%) em alguns domínios da CBCL. Com base naquele critério de TMC, iremos analisar aquelas escalas que tiveram mais de 20% de níveis clínicos e subclínicos somados, com vistas a buscar associações estatísticas com os dados sociodemográficos/comportamentais visando buscar algum padrão importante.

Em primeiro lugar vamos olhar os itens que compõe a *Escala de Competência Social*, primeira parte da CBCL. Ela é composta de 20 itens relativos ao envolvimento da criança/adolescentes em diversas atividades (brincadeiras, jogos, execução de tarefas), participação em grupos, relacionamento com pessoas (familiares, amigos), independência no brincar e desempenho escolar (BORDIN et al., 1995). A maioria dos itens exige que os pais comparem o comportamento do filho com outras crianças da mesma idade, identificando-as como *Abaixo da Média*,

Acima da Média ou *Dentro da Média* (ACHENBACH, 2001). Os resultados revelam que a amostra se apresenta nos itens Atividades, Social e no Total, ao redor de 20% de sintomas e no item Escolar apenas 3%. Ou seja, podemos considerar que nesse item a amostra se comporta de maneira bastante satisfatória quando pensamos na questão de alterações sintomáticas em termos comparativos as prevalências de TMC, claro. Em termos de associação, essa escala de competência social não se associa com nenhuma das variáveis sociodemográficas/comportamentais. Quer dizer, na sua maioria, os adolescentes aqui apresentam-se de maneira competente em relação as capacidades sociais, na avaliação dos seus pais. E no item escolar, são considerados altamente habilitados.

A segunda parte da CBCL denomina-se de *Escala Total de Problemas de Comportamento* e é composta por 19 itens (ACHENBACH, 2001; MASSOLA, SILVARES, 2005; SILVARES et al., 2006). Neles, tivemos 11 que ultrapassaram a barreira de 20% de prevalência de sintomas, que foram: ansiedade/depressão (44,5%), isolamento/depressão (24,5%), queixas somáticas (30,3%), problemas de pensamento (23,5%), escala de internalização (55,9%), escala total de problemas emocionais e comportamentais (39,9%), problemas afetivos (27,3%), problemas de ansiedade (45,8%), processo cognitivo lento (23,9%), problemas obsessivos (30,3%), estresse pós-traumático (29,4%). Em um interessante estudo de revisão sistemática sobre Transtornos Mentais em Adolescentes, Thiengo et al. (2014) encontraram que os transtornos mentais mais frequentes na adolescência foram: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias e transtorno de conduta. E em estudos brasileiros, os dois transtornos mais importantes foram *Transtorno de Conduta* (29,2%) que esteve associado ao sexo masculino e história de Bullying e *Transtorno por uso de Substância* (14,1%) associados ao sexo masculino, violência doméstica e maior idade. A coincidência com os resultados da nossa amostra deu-se apenas nos itens depressão e ansiedade, cuja similaridade se dá em relação a resultados oriundos de estudos de populações de outros países. Nos demais itens, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias e transtorno de conduta não houve a mínima coincidência de prevalência com nossa amostra. Aliás, de maneira geral, podemos dizer que em relação aos problemas comportamentais a prevalência de nossa amostra situa-se muito abaixo dos outros estudos citados por Thiengo et al. (2014) em sua grande

revisão. Em nossa amostra, muito mais os sintomas emocionais de caráter internalizante, do que os comportamentais agressivos ou externalizantes. A razão não teríamos como explicar em face de não ser esse o nosso objetivo e nem nosso delineamento. Mas poderíamos dizer que uma das razões é que os estudos brasileiros foram feitos em grandes cidades e a nossa amostra é de uma cidade de interior, pequena, em torno de 40 mil habitantes com ótima infraestrutura dos serviços públicos de saúde e educação.

Dadas essas observações gerais e comparativas acerca das prevalências, vamos agora destacar especificamente os Problemas Internalizantes (55,9%) que são: (1) ansiedade e depressão; (2) isolamento e depressão e (3) queixas somáticas. A escala de Internalização associou com sexo feminino, uso de celular, baixa atividade física e menor tempo de sono.

O item Ansiedade/Depressão possui 44,5% dos adolescentes sintomáticos, um número relativamente alto, se compararmos com a média dos estudos que varia entre 6 e 13% os diagnósticos, também conforme Thiengo et al. (2014). Com um percentual um pouco menor que ansiedade/depressão, tivemos o isolamento/depressão (24,8%) e queixas somáticas (30,3%). Claro, lembrando que aqui não estamos falando de doença, mas de sintomatologia de sofrimento. Mesmo assim, esses dados nos mostram que o interesse científico é recente, pois até a década de 70 acreditava-se que a depressão não existia ou muito pouco na infância e adolescência. Em artigo de revisão sobre os transtornos depressivos, Bahls (2002) encontrou o resultado de 0,4% a 3% para depressão maior em crianças, e de 3,3% a 12,4% em adolescentes, ou seja, já havia maior ocorrência desse problema na adolescência.

Em termos de associação, no item ansiedade/depressão (tabela 6), encontramos uma associação com sexo, onde o feminino apresentou-se como fator de risco ($p > 0,019$) e com horas de sono ($p > 0,029$). Em relação ao sexo feminino Andrade et al. (2006) em seu estudo epidemiológico já havia encontrado um risco maior no sexo feminino e as explicações mais consistente ainda continua sendo as variações hormonais, sem considerar períodos de TPM. Em um estudo com crianças e adolescentes até 12 anos no município de Porto Alegre (BORSA et al., 2011), também encontraram predomínio maior dessa sintomatologia em relação as meninas, mas no mesmo artigo advertem que esses achados não são unânimes, pois existem outros estudos que mostram maioria de meninos ou em iguais

proporções. Em relação ao sono, fator de forte associação com os problemas de ansiedade/depressão em nossa amostra, encontramos um estudo chinês de Liu e Zhou (2002) que pesquisaram as associações da duração de sono, insônia e problemas comportamentais de 1.359 adolescentes chineses, com idades de 12 a 18 anos. Ali identificou-se que os adolescentes com menos de 7 horas de sono por dia apresentaram maiores prevalências de problemas emocionais, ou seja, o tempo de sono daquela população com problemas emocionais situa-se próxima aos nossos achados, aqui no interior do Brasil.

Problemas que são avaliados por si só, como Problemas Afetivos (27,3%) e Ansiedade (45,8%) corroboram nos achados dos problemas internalizantes perfazendo assim uma ideia bastante consistente de que nossa amostra de voluntários situa-se com dificuldades maiores nessa área dos afetos do que de conduta, digamos assim. Num estudo muito interessante, Bolsoni-Silva et al. (2016) pesquisou os riscos ambientais em relação às crianças/adolescentes com dificuldades internalizantes e constatou que entre eles sobressaem a depressão materna e variáveis associadas às práticas parentais negativas como: rejeição, indisponibilidade emocional e punição severa. Quer dizer, parece haver uma interrelação entre crianças/adolescentes com problemas emocionais e práticas que realimentam essas dificuldades internalizantes (HUDSON et al., 2004).

A *Escala Total de Problemas de Comportamento* é composta pelas escalas Internalizantes, Externalizantes, *Problemas Sociais*, *Problemas de Pensamento* e *Problemas de Atenção*. Ainda na composição da *Escala Total de Problemas de Comportamento* inclui-se uma categoria denominada Outros Problemas, que correspondem a alguns itens não englobados em nenhuma das escalas anteriores. No entanto, todos os itens de Outros Problemas, somados aos demais itens das outras escalas, são utilizados para calcular o escore de problemas totais de comportamento, fornecendo, assim, a *Escala Total de Problemas de Comportamento*. Assim, no computo geral, 95 crianças apresentaram sintomas clínicos e subclínicos somados, um percentual de 40% da amostra, mas destacando que o percentual maior ficou entre aqueles que podemos denominar de emocionais ou internalizantes, em detrimento dos comportamentos agressivos ou cognitivos. No final, vimos que esse item Problemas Totais de Comportamento não fez associação com nenhuma das variáveis mensuradas em nossa pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao objetivo da pesquisa, que foi a de verificar um perfil psicológico de adolescentes escolares de um município do interior do RGS, conseguimos cumprir nossa meta. Quanto as características psicológicas avaliadas pela CBCL, cabe lembrar que se trata de uma escala de avaliação de sintomas e não de um manual de diagnóstico. Quer dizer, a divisão entre normal, subclínico e clínico visa essencialmente servir de apoio aos profissionais de saúde com vistas a detectar aqueles indivíduos que estão em níveis de sofrimento que necessitariam de alguma ajuda na área em que foi detectado o caráter subclínico ou clínico. Nesse sentido, cada um desses adolescentes tem sua característica própria, sua história e suas necessidades pessoais em termos de abordagem de algum tipo de apoio.

Em segundo lugar, por se tratar de uma comunidade do interior, talvez os aspectos psicológicos não sejam tão percebidos ou valorizados pela comunidade local e especialmente os internalizantes. E talvez esse aspecto mereça destaque clínico: comportamentos internalizantes são menos perceptíveis no seu dia a dia como um pedido de ajuda e sim como problemas de preguiça, má vontade cujos comportamentos culturalmente gerem algum tipo de castigo ou revelem problemas intra familiares. Ou seja, os problemas internalizantes podem significar problemas de sintomas familiares, inclusive de doenças ou dificuldades mentais nos pais. Como foram identificados pela CBCL essas questões aqui caracterizadas à essa amostra merecem uma atenção superior por parte dos profissionais envolvidos no dia a dia desses adolescentes.

Por isso, essa dissertação tem o mérito, acima de tudo, de iniciar um caráter investigativo acerca das condições mentais daquela amostra e poder realizar, junto ao serviço de saúde mental do município e escolas, atividades que possam favorecer apoio para eventuais sofrimentos mentais, em especial, relacionados aos sintomas internalizantes, que são depressão e ansiedade e seus correlatos. Chama a atenção que diferente de amostras urbanas, aqui não encontramos problemas relacionados a comportamentos agressivos, impulsividade ou problemas cognitivos maiores.

Em termos de limitação dos nossos achados está em nossa amostra ser de voluntários e não aleatória. Ou seja, não podemos considerar essa amostra representativa da população de adolescentes. Assim, nossos dados não podem ser

extrapolados e nem hiperestimados, mas nos entusiasma a seguir essa pesquisa com vistas ao seu aprofundamento em termos amostrais e busca de novas variáveis tipo estado mental dos adultos das famílias com vistas a uma melhor caracterização dessa população e assim, construirmos uma ação mais qualificada em termos de apoio à saúde mental naquele município.

8 PRODUTO TÉCNICO

A ideia de que o mundo mudou muito nos últimos anos, principalmente no que diz respeito às relações entre os adolescentes, em função da internet e das redes sociais, não pode ser ignorada completamente. Mas temos em questão a própria condição humana, que apesar de toda tecnologia, sempre estará presente em qualquer encontro que se dá pela vida.

O objetivo deste produto é abordar estas relações, estes encontros que se dão entre os adolescentes, tendo como pano de fundo as redes sociais e a ideia equivocada de que estes encontros se limitam a publicações e conseqüentemente, descarte quase que imediato.

Para tanto, será realizado:

1 - Reprodução e discussão do filme *As melhores coisas do mundo*.

Encontro onde serão convidados todos os adolescentes, professores e pais, da cidade de Marau-RS. Numa atividade conjunta com as quatro escolas envolvidas na pesquisa, mais a secretaria da saúde do município.

A cidade possui um local apropriado para esse evento: A Casa de Cultura, com auditório para 750 pessoas. Neste encontro, será reproduzido o Filme brasileiro *As melhores coisas do mundo* da cineasta Lais Bodanzky, (mesma diretora do filme *Bicho de sete cabeças*). O filme aborda as questões da adolescência sem os tradicionais estereótipos desta fase da vida, encontrados na maioria dos filmes e séries sobre a adolescência. Tem o foco nas relações, nas pessoas, nos encontros e seus desdobramentos, tendo como pano de fundo, os amores, os segredos, as ansiedades, os lutos e as tristezas.

Após reprodução do filme, será feita uma breve fala sobre os resultados da pesquisa e em seguida, será aberto para discussão entre os presentes e a mediação feita por mim.

Teremos como foco da discussão, um nivelamento conceitual dos principais sintomas detectados pela pesquisa: depressão e ansiedade, entre outros. Em conjunto com os adolescentes, construir um grande painel, com pinturas, frases e palavras, tendo como título:

Depressão não é preguiça! Este painel será colocado numa moldura e como um quadro, irá para uma das paredes de exposição do Centro cultural de Marau e será

utilizado pela secretaria da saúde do município nas atividades anuais junto a comunidade em que os temas da saúde mental sejam abordados.

2 - Grupos de Adolescentes.

Serão realizadas atividades em pequenos grupos de 15 adolescentes. Com encontros únicos, nas escolas, nos períodos das matérias de Educação Física, Estudos Sociais/culturais ou Ciências.

Nestes grupos, abordaremos a questão do Cyberbullying e dos memes e sites sobre suicídio: Serão estimulados a falar como lidam com estas mensagens? O que fazem com elas? Serão convidados a mostrar as mensagens com conhecem

Também serão tratados os temas da depressão e da ansiedade e como estes temas são abordados no mundo, comparando com a abordagem destes temas em seu município.

Estes encontros ocorrerão na medida do interesse dos adolescentes e terá como estímulo para processamento, a dinâmica do *Campo Minado*.

Descrição da dinâmica: A sala é dividida em duas patês, com uma fita crepe, e são colocados objetos aleatoriamente nas duas partes, nos dois campos. O Grupo é dividido em dois times e orientado que cada um deve atravessar até o outro lado da sala, com uma venda nos olhos sem tocar nenhum objeto. Se o fizer, tem que retornar ao início. Um outro membro do time estaria ao lado, orientando a travessia. O time que finalizar primeiro com todos tendo atravessado, ganha.

Para finalizar a atividade, cada grupo pintará um quadro, numa folha de papel pardo de mais ou menos dois metros, com o tema: Depressão não é preguiça!

Os painéis serão colocados numa moldura e como quadros, serão expostos em locais escolhidos pela escola e pelos alunos, tendo boa visibilidade e alertando a comunidade escolar para os temas da saúde mental no município, sendo utilizados pelo corpo discente e docente em atividades relacionadas ao tema da saúde mental no município.

Estas atividades ocorrerão ao longo do ano de 2018, sendo incluídas em atividades oferecidas pela escola que tenham por objetivo discutir as questões relacionadas a saúde mental dos alunos e da população como um todo.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ACHENBACH T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist**. Burlington (VT): University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
- ACHENBACH, T. M.. **Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile**. Burlington, VT: University of Vermont, 2001.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M.. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev Psiq Clínica**. Vol. 33, n.2, 2006, pp. 43-54.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1978.
- AVANCI, J. Q. et al. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, Jul-Set 2007, Vol. 23 n. 3, pp. 287-294.
- BAHLS, S. C.. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, **Brazil**. **Rev Bras Psiquiatr**. Vol. 24, n. 2, 2002, pp. 63-67.
- BANDEIRA, D. R. et al. Avaliação de problemas de comportamento infantil através do Child Behavior Checklist (CBCL). In: HUTZ, C. S. (Org.). **Avanços em avaliação psicológica e neuropsicológica de crianças e adolescentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 101-122.
- BASSOLS, Ana Margareth Siqueira; MICHELLON, Marina Netto. Transtornos de ansiedade. In: SUKIENNIK, Paulo Berél (Org.). **O aluno problema: transtornos emocionais de crianças e adolescentes**. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1996.
- BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini et al. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. Porto Alegre, **Psico**, vol.47 n.2 2016.
- BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F.. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist [CBCL] - Inventário de comportamento da infância e da adolescência: Dados preliminares. **Revista ABP - APAL**, vol. 17, n. 2, 1995, pp. 55-66.
- BORSA, Juliane Callegaro et al. Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. **Psicologia: Teoria e Prática**. Vol. 13, n. 2, 2011, pp. 15-29.
- BUCHER, Anton. Crianças como sujeitos. **Concilium**, Petrópolis: Vozes, nº 2, p. 55-67, 1996.

CABRAL, Alvaro. **Dicionário de psicologia e psicanálise**. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 1971.

CALLIGARIS, Contardo. **A adolescência**. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2009.

CARLOTTO, M.S.; AMAZARRAY, M. R.; CHINAZZO, I.; TABORDA, L.. Common Mental Disorders and associated factors among workers: an analysis from a gender perspective. **Cad Saúde Coletiva**. Vol. 19, n. 2, 2011, pp. 172-178.

CARVALHO, D. M. et al. Avaliação do comportamento infantil: uma revisão da literatura. **Anais do III Fórum de Estudos Multidisciplinares, X Encontro de Pesquisadores e III Congresso de Iniciação Científica**, 3, 2009, pp. 164-174.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. A era da informação: economia, sociedade e cultura. vol. 1. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2013.

CASTRO, Lucia Rabello de. Os jovens podem falar? Sobre as possibilidades políticas de ser jovem hoje. In: DAYRELL, Juarez; MOREIRA, Maria Ignez Costa; STENGEL, Márcia. (orgs) **Juventudes contemporâneas**. Um mosaico de possibilidades. Belo Horizonte: PUC Minas, 2011. p. 299-324.

CHAMPANERI, S et al. Diurnal salivary cortisol is associated with body mass index and waist circumference: the Multiethnic Study of Atherosclerosis. **Obesity Silver Spring**, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Champaneri+2013>. Acesso em: 12 ago. 2017.

CHARBONNEAU, Paul-Eugène. **Buscar problemas da juventude**. São Paulo: EPU, 1974.

COHN, Clarice. **Antropologia da criança**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

COLLINS, Garry. R. **Aconselhamento Cristão**. São Paulo: Vida Nova, 2004.

D'ABREU, Lylla Cysne Frota. O desafio do diagnóstico psiquiátrico na criança. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 5, n. 1, p. 2-9, jul. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-3482201200010002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2017.

DAUNIS, Roberto. **Jovens: desenvolvimento e identidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2000.

DAVIDOFF, Linda L. **Introdução à psicologia**: terceira edição. Tradução: Lenke Perez; revista técnica: José Fernando Bittencourt Lômaco. São Paulo: Makron Books, 2001.

DOLTO, Françoise. **A causa dos adolescentes**. Aparecida: Ideias & Letras, 2004.

FREITAS, Revalino Antonio de. Juventude, trabalho e proteção social. In: BEZERRA, Heloisa Dias; OLIVEIRA, Sandra Maria de (orgs). **Juventude no século XXI**: dilemas e perspectivas. Goiânia: Cênone, 2013. p. 152-17.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common Mental Disorders: a bio-social Model**. London. England. Tavistock/Routledge. 1992.

GAUY, F. V.; GUIMARÃES, S. S. Triagem em saúde mental infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 22, 2006, pp. 05-16.

HOFF, Fernanda Dornelles; BANGEL, Marina Lucia Tambelli. Depressão na infância: uma escuta psicanalítica. In: WONDRACEK, Karin; HOCH, Lothar; HEIMANN, Thomas. (Orgs.). **Sombras da alma: tramas e tempos da depressão**. São Leopoldo: Sinodal, 2012.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HORNEY, Karen. **A personalidade neurótica do nosso tempo**. 10. ed. São Paulo: DIFEL, 1984.

HORWITZ, Allan V.; WAKEFIELD, Jerome C. **A tristeza perdida**. Como a psiquiatria transformou a depressão em moda. São Paulo: Summus Editorial, 2010.

HUDSON, J. L. et al. Primary prevention of anxiety disorders. In D. J. A. DOZOIS & K. S. DOBSON (Eds.). **The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice** (101-130). Washington, DC: American Psychology Association, 2004.

JAUCH-CHARA, K.; OLTMANSS, K. M. **Obesity: A Neuropsychological Disease? Systematic Review and Neuropsychological Model**. 2014. Prog. Neurobiol. Disponível em: <https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/MNPV081p/um/Obesity_O_A_neuropsychological_disease.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2017.

JURUENA M. F. et al. Different Responses to Dexamethasone and Prednisolone in the Same Depressed Patients. **Psychopharmacology**, n. 189, vol. 2, 2006, p. 225-235.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**. São Paulo: Relume-Dumará, 2009.

LOPES, Claudia S et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 1, 14s, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200308&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2017.

LIU, X. C.; ZHOU, H. B. Sleep duration, insomnia and behavioral problems among Chinese adolescents. **Psychiatry Res.**, n. 111, vol. 1, 2002, pp. 75-85.

LUIZ, Andreia Mara Angelo Gonçalves et al. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 10, n. 3, pp. 371-375, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MASSOLA, G. M. & SILVARES, E. F. S.. A percepção do distúrbio de comportamento infantil por agentes sociais versus encaminhamento para atendimento terapêutico. **Revista Interamericana de Psicologia**, 39, 139-150, 2005.

MELO, Wilson Vieira et al. A terapia comportamental dialética na adolescência. In: NEUFELD, Carmem Beatriz (Org.). **Terapia Cognitivo-comportamental para adolescentes**: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MENEZES, Lucianne Sant'Anna de. **Pânico**: efeito do desamparo na contemporaneidade. São Paulo: FAPESP, Casa do Psicólogo, 2006.

MOCAIBER, Izabela et al . Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 13, n. 3, pp. 531-538, Sept. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

MORA, E. **Psicopedagogia Infanto-adolescente**: puberdade e adolescência. São Paulo: Grupo Cultural, 2001.

NASCIMENTO, Carla Cristine Santos do. **Educar para a paz**: combatendo a violência na escola. 2014. 65 p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2014.

PATIAS, Naiana Dapieve et al . Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. **Psico-USF**, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 459-469, Dec. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712016000300459&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2017.

PINHEIRO, K. A.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R.T.; HORTA, L. L.; TERRES, N.G.; SILVA, R. A.. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Rev Bras Psiquiatr**. 2007;29(3):241-5..

SALLE, Emílio; SEGAL, Jair; SUKIENNIK, Paulo Berél. Transtornos depressivos. In: SUKIENNIK, Paulo Berél (Org.). **O aluno problema**: transtornos emocionais de crianças e adolescentes. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1996.

SANTANA, Márcia A. C. **Resgate dos problemas emocionais**. São Paulo: Paulus, 1999.

SOUZA, André Luiz; SOUSA, Bárbara de Oliveira Prado. Adolescent health education: academic experience. **Research, Society and Development**, v. 4, n. 4, p. 270-279, abr. 2017. Disponível em: <<http://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/94/81>>. Acesso em: 20 out. 2017.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes com medo**: da compreensão à superação. São Paulo: Integrare Editora, 2006.

SILVARES, E. F. M. et al. Um estudo em cinco clínicas-escolas brasileiras com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças [CBCL]. In: E. F. M. Silves. **Atendimento psicológico em clínicas-escola**. Campinas, SP: Editora Alíneas, p. 59-72, 2006.

THIENGO, Daianna Lima et al. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J Bras Psiquiatr**, Vol. 63, n. 4, 2014, pp. 360-372.

VINOCUR, Evelyn. PEREIRA, Heloísa. Avaliação dos transtornos de comportamento na infância. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, n. 10 (Supl.2), p. 26-34, 2011.

WALZ, Júlio Cesar. **Aprendendo a Lidar com os Medos**. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2004.

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico

Este questionário tem como objetivo responder a questões do dia-a-dia do aluno (a) e dados da família

Agradecemos pela colaboração ao responder o questionário de controle de variáveis, sua participação é de extrema importância para a nossa pesquisa sobre o comportamento do sono, hábitos alimentares e atividade física dos escolares

Nome do aluno: _____

Idade: _____ Sexo: () M() F

Escolaridade (série ou ano): _____

Nome da escola: _____

Que turno o aluno (a) frequenta a escola: Manhã () Tarde ()
Manhã e Tarde ()

Endereço _____ da _____ família

Telefone do responsável: _____ e-mail do responsável: _____

Preencha o formulário abaixo marcando um (X) na alternativa que mais se adequar com a sua resposta

→ Dados dos responsáveis que moram com o aluno: (caso haja dois, preencha as informações dos dois)

Grau de parentesco: Pai () Mãe() Avô() Avó()

Outros() _____

Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

Grau de parentesco: Pai () Mãe() Avô() Avó()

Outros() _____

Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

→ **Perguntas sobre o adolescente:**

1. Seu filho (a) tem problemas com o peso? () sim () não
2. Caso sim, já foram ao médico ou nutricionista em razão disso () sim () não
3. Caso sim, tenha problemas de peso, desde que idade? () idade em anos
4. Ele (a) costuma dormir a que horas? _____ Ele (a) costuma acordar a que horas? _____

página 1 de 2

5. Ele (a) tem equipamentos eletrônicos no quarto: SIM () NÃO ()
 TV () Internet () Jogos eletrônicos () Celular com internet ()

6. Em casa quanto tempo ele (a) utilizam estes equipamentos no total a cada dia:
 Até uma hora () De uma a três Horas () De três a cinco horas () Mais de cinco horas ()

7. Quanto ao nível de ruídos no quarto dele (a) pode-se considerar: Baixo () Moderado() Alto ()

8. Ele (a) pratica atividade física fora da escola: SIM () NÃO ()

9. Quantas vezes por semana ele (a) pratica atividade física: () uma () duas () três () Mais de três

10. Quantas horas por dia de atividade física: () 30 minutos () 1 hora () 1h30min () 2 horas

11. Qual a preferência alimentar de seu filho (a):

- () Doces, salgadinhos e guloseimas
- () Leites ou produtos lácteos
- () Alimentos industrializados (bolacha recheada e etc.)
- () Refeição completa (arroz, feijão, carne, frutas, verduras e legumes)
- () Cereais, pães ou tubérculos(lasanha, batata, polenta, sucrilhos)
- () Frituras, óleos e gorduras (maionese/ azeite nata ou margarina)
- () Salgados e preparações (cheeseburger/ cachorro-quente/pizza)

12. Qual a preferência por bebidas de seu filho (a) e como você avalia a quantidade ingerida pela criança:

- () **Água** () menos de meio litro/dia () de meio a um litro/ dia () mais de um litro/ dia

Refrigerante menos de meio litro/dia de meio a um litro/ dia
mais de um litro/ dia

Sucos Industrializados menos de meio litro/dia de meio a um litro/
dia mais de um litro/ dia

13. Como você avalia a quantidade de comida ingerida pelo/a seu filho (a) :

Pouco Adequado Exagerado

14. Como você avalia o modo que seu filho (a) se alimenta: Lentamente

Adequadamente Rapidamente

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estimado Responsável,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa com o nome: AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOLÓGICO, ATRAVÉS DO INSTRUMENTO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL), E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DOS ADOLESCENTES DE 14 A 18 ANOS

O objetivo é comparar o perfil Psicológico entre os adolescentes com excesso de peso os adolescentes sem excesso de peso no município de Marau - RS

1. OS PROCEDIMENTOS:

Se você aceitar participar, deverá preencher os dois questionários citados abaixo:

- **CBCL - CHILD BEHAVIOR CHECKLIST**
- Questionário Sócio Demográfico

Os dois questionários serão encaminhados para sua casa através do aluno pelo qual você é responsável. Assim que estiverem preenchidos, deverão ser encaminhados para a escola através do aluno, num envelope fechado.

Faremos **Aferição das Medidas Antropométricas** (medidas de peso e de altura do aluno) na escola, em horário de aula.

2. POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS:

Os riscos são mínimos. Ao que tange a comunicação sobre a pesquisa, parâmetros e critérios de exclusão, pode ocorrer risco de constrangimento entre os adolescentes com obesidade e seus responsáveis. **Está garantido o anonimato das informações obtidas e comunicadas.**

Ao responder o CBCL, pode ocorrer algumas dúvidas. É importante salientar que **não existe resposta certa e errada**, e não há necessidade de justificar e explicar respostas, **está garantida a isenção de julgamento e o sigilo e anonimato das respostas.**

3. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DESTE ESTUDO:

Mobilizar os adolescentes e cuidadores do Município para maior atenção ao assunto da obesidade e suas possíveis consequências psicológicas.

Visualizar estratégias de cuidado, prevenção e terapêutica para indivíduos com obesidade e excesso de peso ou mesmo com alguma dificuldade psicológica maior.

Realizar palestra devolutiva com os resultados da pesquisa em reunião com pais e alunos nas escolas.

Organizar grupos de pais e alunos para tratar de assuntos ligados à obesidade e transtornos mentais comuns.

4. DIREITO DE DESISTÊNCIA

Sua participação é totalmente voluntária. O senhor (a) pode desistir de participar a qualquer momento. Sua decisão de não participar ou de deixar a pesquisa depois de iniciada não prejudicará em nada a sua atenção em saúde deste município (conforme resolução do CNS 466/12).

5. PRIVACIDADE

Os dados terão tratamento de total confidencialidade. Todas as informações obtidas deste estudo somente poderão ser publicadas com finalidade científica preservando a identificação dos participantes.

6. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS E CONTATO DOS PESQUISADORES

Caso você tenha alguma dúvida poderá entrar em contato com o pesquisador responsável por este estudo: **Professor Doutor Júlio C. Walz**, orientador desta pesquisa, pelo telefone (51) 3476-8500 no centro universitário Unilasalle. Ou com **Nauro Mittmann**, mestrando em Saúde e Desenvolvimento Humano na Unilasalle, pelo telefone (51) 9116-3834 – por e-mail: nauromittmann@hotmail.com . Também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Unilasalle – pelo e-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br

8. RESSARCIMENTO DE DESPESAS

Você não terá despesas com a sua participação na pesquisa e não será remunerado por ela.

9. CONSENTIMENTO

Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, uma para você e uma via será arquivada pelo pesquisador.

Desta forma, declaro ter lido – ou me foi lido – as informações acima antes de assinar este Termo. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas.

Nome do participante: _____

RG ou CPF do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: Prof. Dr. Julio Cesar Walz

Assinatura do pesquisador: _____

Data ____/____/____

APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Caro Estudante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa

AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOLÓGICO, ATRAVÉS DO INSTRUMENTO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL), E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DOS ADOLESCENTES DE 14 A 18 ANOS

O objetivo é avaliar se existe diferença no perfil psicológico entre os adolescentes obesos e adolescentes eutróficos (não obesos).

Seus pais ou responsável já sabem da pesquisa e autorizaram.

01- Meu nome é Nauro Mittmann, sou aluno do Mestrado na UNILASALLE - CANOAS e executor da pesquisa para a qual você está sendo convidado a participar, sob a orientação do Professor, Doutor Julio Cesar Walz. Esta pesquisa será conduzida por mim com o auxílio de outros pesquisadores devidamente capacitados para realizá-la.

02- A participação de todos nesse estudo é de extrema valia para alcançarmos resultados reais que possam colaborar para a comparação do perfil psicológico entre os adolescentes com excesso de peso e os adolescentes sem excesso de peso.

03- A sua participação é muito importante, mas você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e você não terá nenhum problema se desistir.

04- Caso você concorde em participar da pesquisa, o seu responsável irá responder ao questionário CBCL ao questionário Sócio demográfico e posteriormente, faremos a avaliação das suas medidas antropométricas (Peso e altura) na escola. As avaliações serão realizadas durante o período do ano letivo de 2017.

05- Não há riscos para a saúde, ao realizar a aplicação dos questionários CBCL e sócio demográfico nos pais, bem como a coleta das medidas antropométricas não prevê desconforto. Você será acompanhado pelo pesquisador e professor (a) responsável da sua escola durante todas as medidas.

06- Sua participação na pesquisa não será divulgada, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar os adolescentes e seus pais que participaram da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode entrar em contato com o pesquisador Nauro Mittmann.

Eu _____ aceito participar da pesquisa AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOLÓGICO E ANTROPOMÉTRICO DOS ADOLESCENTES DE 14 A 18 ANOS ATRAVÉS DO INSTRUMENTO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL).

Entendi os riscos e os benefícios que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém ficará furioso ou incomodado. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do Aluno (a)

Assinatura do Pesquisador

Data:/...../.....

Julio Cesar Walz

Pesquisador responsável

Fone:(51) 3476-8590

Nauro Mittmann

Pesquisador

Fone: (51) 9116-3834

CEP- Unilasalle

cep.unilasalle@unilasalle.edu.br Fone: (51) 3476.8452

ANEXO A – Inventário de Comportamento para crianças e adolescentes

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS
VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18"
(CBCL/6-18)

Número de identificação: _____

DATA DE HOJE: ____/____/____
 dia mês ano

NOME DA CRIANÇA/ADOLESCENTE (completo): _____

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL mesmo que não estejam trabalhando no momento. **Favor especificar o tipo de ocupação** - por exemplo: mecânico de automóveis, professor de segundo grau, dona de casa, pedreiro, lomeiro mecânico, vendedor de sapatos, sargento de exército.

SEXO: Masculino Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 dia mês ano

ESCOLARIDADE (série atual): _____

NÃO FREQUENTA ESCOLA:

ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante):

Nome completo: _____

Sexo: Masculino Feminino

Grau de parentesco ou tipo de relacionamento com a criança ou adolescente:

Pai/Mãe biológico(a) Padrasto/Madrasta Avô/Avó

Pai/Mãe adotivo(a) Outro (especificar): _____

Favor preencher este questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu filho, mesmo que outras pessoas não concordem. Comentários adicionais são bem-vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

Copyright 2001. T. Achenbach, University of Vermont, 1 S Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 USA. www.AREBA.org Versão brasileira: I.A.S. Bordin, C.S. Paula, C.S. Duarte – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Rua Dotucatu 740, São Paulo, SP, 04023-062, Brasil.

- I. Por favor cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, voleibol, patins, skate, bicicleta, pescar, etc...
- Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada um destes esportes?
- Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada um destes esportes?

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Menos Igual Mais Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Menos Igual Mais Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, carinho, ler boneca, cantar, video game, etc... (Incluir brincadeiras em grupo) (Não incluir rádio e TV)

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada uma destas atividades?

Menos Igual Mais Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma destas atividades?

Menos Igual Mais Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu filho pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música, etc.

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele em cada um destes grupos?

Menos Igual Mais Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. 1. Desempenho nas matérias escolares (responder este item a partir da primeira série)

Se a criança (ou adolescente) não estiver frequentando a escola, favor especificar o motivo:

Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares?

Só deixe em branco as matérias que seu filho não estiver cursando

	Insuficiente (abaixo da média exigida pela escola)	Pior	Igual	Melhor
a. Literatura ou Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemática ou Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras matérias escolares. (Por exemplo: geografia, inglês, curso de computação). NÃO inclui educação física, trabalhos manuais ou artísticos.				
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Seu filho está em classe especial ou em escola especializada?

Não Sim – Especifique o tipo de classe ou escola:

3. Seu filho já repetiu de ano?

Não Sim – Especifique as séries e os motivos:

4. Seu filho já teve problemas no desempenho escolar ou outros tipos de problemas na escola?

Não Sim – Descreva-os:

Quando começaram estes problemas?

Estes problemas já se resolveram?

Não Sim – Quando?

Seu filho tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

Não Sim – Descreva:

Quais suas maiores preocupações em relação a seu filho?

Descreva as qualidades, os pontos positivos de seu filho:

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

IV Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: Office boy, ajudante em feira, empacotador em supermercado, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar louça, etc.
(Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento)

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma destas funções?

Nenhum

a _____

b _____

c _____

Pior	Igual	Meior	Não sei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V 1. Quantos amigos íntimos seu filho tem?
(Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu filho encontra amigos ou colegas fora do horário da escola?
(Não incluir irmãos e irmãs)

Menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI Comparando com outros da mesma idade, de que forma seu filho

- a. Se dá com seus irmãos e irmãs?
- b. Se dá com outras crianças (ou adolescentes)?
- c. Se comporta em relação aos pais?
- d. Brinca ou trabalha sozinho?

Pior	Igual	Meior	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos ou irmãs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem contato com os irmãos ou irmãs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de crianças e adolescentes. Considere seu filho ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 6 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se tem MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento freqüentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

- | | | | |
|----------------|---|-------|--|
| 0 1 2 | 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade | 0 1 2 | 10. É agitado, não para quieto |
| 0 1 2 | 2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais | 0 1 2 | 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente |
| Descreva _____ | | 0 1 2 | 12. Queixa-se de solidão |
| _____ | | 0 1 2 | 13. Parece estar confuso, atordoado |
| _____ | | 0 1 2 | 14. Chora muito |
| 0 1 2 | 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça) | 0 1 2 | 15. É cruel com os animais |
| 0 1 2 | 4. Não consegue terminar as coisas que começa | 0 1 2 | 16. É cruel, maltrata as pessoas |
| 0 1 2 | 5. Há poucas coisas que lhe dão prazer | 0 1 2 | 17. Fica no "mundo da lua", perdido nos próprios pensamentos (devaneios) |
| 0 1 2 | 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário/penico | 0 1 2 | 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se |
| 0 1 2 | 7. É convencido, conta vantagem | 0 1 2 | 19. Exige que prestem atenção nele |
| 0 1 2 | 8. Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo | 0 1 2 | 20. Destroi as próprias coisas |
| 0 1 2 | 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões) | 0 1 2 | 21. Destroi as coisas de sua família ou de outras pessoas |
| Descreva _____ | | 0 1 2 | 22. É desobediente em casa |
| _____ | | 0 1 2 | 23. É desobediente na escola |
| _____ | | 0 1 2 | 24. É difícil para comer (não quer se alimentar direito) |
| | | 0 1 2 | 25. Não se dá bem com outras crianças ou (adolescentes) |

0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas

0 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo

Descreva _____

0 1 2 59. Mexe nas partes íntimas em público

0 1 2 60. Mexe demais nas partes íntimas

0 1 2 61. Não vai bem na escola

0 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora)

0 1 2 63. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais velhas

0 1 2 64. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais novas

0 1 2 65. Recusa-se a falar

0 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões)

Descreva _____

0 1 2 67. Foge de casa

0 1 2 68. Grita muito

0 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém

0 1 2 70. Vê coisas que não existem

Descreva _____

0 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele

0 1 2 72. Põe fogo nas coisas

0 1 2 73. Tem problemas sexuais

Descreva _____

0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas

0 1 2 75. É muito tímido

0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças (ou adolescentes)

0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das crianças (ou adolescentes) durante o dia e/ou à noite

Descreva _____

0 1 2 78. É desatento, distrai-se com facilidade

0 1 2 79. Tem problemas de fobia

Descreva _____

0 1 2 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"

0 1 2 81. Rouba em casa

0 1 2 82. Rouba fora de casa

0 1 2 83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada.

Descreva _____

0 1 2 84. Tem comportamento estranho

Descreva _____

0 1 2 85. Tem idéias estranhas

Descreva _____

0 1 2 86. É mal humorado, irrita-se com facilidade

0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos

0 1 2 88. Fica emburrado facilmente

0 1 2 89. É desconfiado

0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões

0 1 2 91. Fala que vai se matar

0 1 2 92. Fala ou anda dormindo

Descreva: _____

0 1 2 93. Fala demais

0 1 2 94. Gosta de "gozar da cara" dos outros

0 1 2 95. É esquentado, tem acessos de raiva

0 1 2 96. Pensa demais em sexo

0 1 2 97. Ameaça as pessoas

0 1 2 98. Chupa dedo

0 1 2 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco

0 1 2 100. Tem problemas com o sono

Descreva: _____

0 1 2 101. Mata aula (cabula aula, gazea)

0 1 2 102. É pouco ativo, movimentar-se vagarosamente ou falta-lhe energia

0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido

0 1 2 104. É barulhento demais

0 1 2 105. Usa drogas (excluir álcool e tabaco)

Descreva: _____

0 1 2 106. Estraga ou destrói coisas públicas (vandalismo)

0 1 2 107. Faz xixi na roupa durante o dia

0 1 2 108. Faz xixi na cama

0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha

0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto

0 1 2 111. É retraído, não se relaciona com os outros

0 1 2 112. É muito preocupado

113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima:

0 1 2 _____

0 1 2 _____

0 1 2 _____

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



CENTRO UNIVERSITÁRIO LA
SALLE - UNILASALLE/RS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa:

AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOLÓGICO, ATRAVÉS DO INSTRUMENTO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL), E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DOS ADOLESCENTES DE 14 A 18 ANOS

Pesquisador: NAURO MITTMANN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60012116.2.0000.5307

Instituição Proponente: Centro Universitário La Salle - UNILASALLE/RS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.825.214

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional que será realizado em duas escolas do município de Marau, com adolescentes entre 14 e 18 anos, com o objetivo de comparar o perfil psicológico entre adolescentes eutróficos e adolescentes com excesso de peso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Analisar e comparar o perfil psicológico, de adolescentes obesos e com sobrepeso e de adolescentes eutróficos, através do Child Behavior Check List, com vistas a encontrar diferenças ou não entre os grupos.

Objetivos secundários: Identificar o tempo de exposição à obesidade dos adolescentes; Comparar o tempo de exposição à obesidade com a presença de transtornos mentais comuns nos adolescentes; Comparar o numero de horas de sono com o peso e o perfil psicológico dos adolescentes; Comparar a imagem corporal que os cuidadores tem dos adolescentes com o peso dos mesmos; Comparar o tempo de atividade física com o peso dos adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto aborda um tema muito relevante e está bem apresentado, além de ser factível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequadamente apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os autores atenderam todas as pendências descritas no parecer

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivos	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_793412.pdf	07/11/2016 18:12:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ROJETO_NAURO_CEP.doc	07/11/2016 18:08:23	NAURO MITTMANN	Aceito
Outros	CARTAALTERATITULO.pdf	07/11/2016 18:05:53	NAURO MITTMANN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CONSENTIMENTO.docx	07/11/2016 17:39:06	NAURO MITTMANN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.docx	07/11/2016 17:35:33	NAURO MITTMANN	Aceito
Outros	ENCAMINHAMENTO.pdf	15/09/2016 19:35:04	NAURO MITTMANN	Aceito
Outros	DECLARACAOIESTA.pdf	15/09/2016 19:29:04	NAURO MITTMANN	Aceito
Outros	DECLARACAOANCHIETA.pdf	15/09/2016 19:27:16	NAURO MITTMANN	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/09/2016 19:11:37	NAURO MITTMANN	Aceito
Outros	PROTICOLO_DE_PSQUISA.pdf	14/09/2016 23:02:10	NAURO MITTMANN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CANOAS, 18 de Novembro de 2016

**Assinado por:
Sonara Lúcia Estima
(Coordenador)**