

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Célia Regina de Andrade

Sintomas depressivos em adolescentes escolares:

Relações dos efeitos cumulativos das experiências adversas da infância e fatores de
proteção

Rio de Janeiro

2023

Célia Regina de Andrade

Sintomas depressivos em adolescentes escolares:

Relações dos efeitos cumulativos das experiências adversas da infância e fatores de proteção

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Joviana Quintes Avanci

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira

Rio de Janeiro

2023

TÍTULO DO TRABALHO EM INGLÊS: DEPRESSIVE SYMPTOMS IN SCHOOL ADOLESCENTS: RELATIONS OF THE CUMULATIVE EFFECTS OF ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND PROTECTION FACTORS.

A55

Andrade, Célia Regina de.

Sintomas depressivos em adolescentes escolares: Relações dos efeitos cumulativos das experiências adversas da infância e fatores de proteção / Célia Regina de Andrade. -- 2023.

147 f. : il.color.

Orientadora: Joviana Quintes Avanci.

Coorientadora: Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.

Bibliografia: f. 98-109.

1. Depressão. 2. Experiências Adversas da Infância. 3. Fatores de Proteção. 4. Adolescente. 5. Saúde Mental. I. Título.

CDD 362.25

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348 Biblioteca de Saúde Pública

Célia Regina de Andrade

Sintomas depressivos em adolescentes escolares:

Relações dos efeitos cumulativos das experiências adversas da infância e fatores de proteção

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 28 de fevereiro de 2023

Banca Examinadora

Prof. Dr. João Francisco Lins Brayner Rangel Junior
Universidade de Pernambuco

Prof.^a Dra. Cecy Dunshee de Abranches
Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Daniel Savignon Marinho
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Simone Gonçalves de Assis
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a. Dr.^a Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de
Oliveira (Co-orientadora)

Prof.^a Dra. Joviana Quintes Avanci (Orientadora)

Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2023

Aos meus pais, José e Lúcia (*in memoriam*), por todo amor, carinho e educação que sempre me proporcionaram.

Às minhas irmãs, Lola e Vera (*in memoriam*), pela força e amor que sempre nos uniram.

Às minhas filhas, Camila e Viviane pela compreensão e incentivo em todos os momentos.

E ao meu sogro (Adilson) e sogra (Dulcinéia), pela parceria, carinho e apoio nesse momento e por terem me ajudado na criação das minhas filhas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar diante de mim guiando os meus caminhos e aproximando minhas mãos dos meus sonhos.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), FIOCRUZ, pelo acolhimento com oportunidades de qualificação, espaços de reflexão, diálogo e construção individual e coletiva.

À Prof.^a. Dr.^a. Joviana Quintes Avanci e à Prof.^a. Dr.^a. Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira, pela disponibilidade, atenção, conselhos, sugestões, conversas sinceras, paciência diante das minhas limitações, dedicação no processo de orientação do doutorado e colaboração na minha formação. A minha gratidão eterna!

Aos demais mestres e doutores que cruzaram minha caminhada desde o início da minha vida acadêmica, por partilharem seus conhecimentos e vivências.

Aos professores e demais funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP.

Aos professores/doutores e colegas do departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (DEMQS) que muito contribuíram para a minha formação profissional, incentivo na minha formação, no meu crescimento e no comprometimento da docência, pesquisa e extensão, o meu muito obrigada.

Aos professores doutores, coordenadores e equipe do trabalho de campo do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), pelo acolhimento, disponibilidade dos dados da pesquisa e pelo compromisso com a pesquisa científica e a Saúde Pública brasileira. Aos alunos das escolas públicas e particulares de São Gonçalo que contribuíram com as informações desta tese.

À(o)s professoras (es) doutoras (es) Simone Gonçalves de Assis, Cecy Dunshee de Abranches, Daniel Savignon Marinho, João Francisco Lins Brayner Rangel Junior e Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva, que contribuíram de maneira espetacular nas críticas e sugestões da tese e aceitaram participar da minha qualificação e da defesa final do meu doutoramento.

Aos colegas da turma 2019/2023 de doutorado da Pós-graduação em Saúde Pública, pelo companheirismo, solidariedade e contribuições aos projetos de tese, com críticas e sugestões.

As minhas filhas amadas, Camila e Viviane, por compreenderem a minha ausência, acalantar minhas dores e renovar minhas forças, agradeço a paciência e o amor!

Aos meus pais (*in memoriam*), José e Lúcia, pela minha formação como pessoa, pela força e coragem e pelo exemplo de amor e educação.

As minhas irmãs (*in memoriam*), Lola e Vera, por fazerem parte da minha história de forma tão extraordinária. Saudades eternas!

Aos meus sogros Adilson e Dulcinéia, pelo companheirismo e força em todo o momento da minha trajetória do doutorado.

As minhas amigas/irmãs de coração, Maria de Jesus Mendes da Fonseca, Maria José Salles, Janete Romero, Sonia Bittencourt, Gilney Costa, Sonia Pinho e Claudia Fagundes, por todo apoio, por compartilharem comigo, nesses quatro anos de doutoramento, minhas angústias, ansiedades. Pela resistência diária, pelos conselhos, abraços, mensagens, ligações, viagens e conhecimento, gratidão eterna!

Aos demais colegas da Escola Nacional de Saúde Pública, familiares, sobrinhos -- Fábio José, Fatima Cristina, Rayana e Ronan -- e amigos que sempre estiveram na torcida, gratidão!

POEMA Saber Viver

Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar
(Coralina, C. 1965)

RESUMO

O objetivo principal da tese é investigar o papel das experiências adversas na infância (EAI), incluindo as violências e fatores de proteção, associadas aos sintomas depressivos em adolescentes escolares de São Gonçalo, Rio de Janeiro. O estudo caracteriza-se por um desenho transversal com uma amostra de 1.117 adolescentes de 13 a 19 anos, estudantes de escolas públicas e particulares. A depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão Infantil e foram investigadas variáveis de experiências adversas na infância e violências. Os fatores de proteção foram caracterizados pelo apoio social, resiliência, religião e os itens de bom relacionamento com a mãe, irmãos e amigos e supervisão familiar. A análise envolveu análises bivariadas, Análise de Correspondência Múltipla (ACM) e modelo de equação estrutural, tendo as EAI e violências como variáveis de exposição e sintomas depressivos como variável de desfecho. O **artigo 1** visa identificar os padrões das experiências adversas na infância entre os adolescentes escolares segundo características sociodemográficas e sintomas depressivos. Os resultados mostram a organização de oito grupos compostos por: meninas e adolescentes de estrato social mais baixo e experiências adversas na infância relacionadas ao ambiente; meninos, de estrato social mais alto sem ter vivido experiências adversas na infância; adolescentes com sintomas de depressão e experiências adversas na infância dirigidas fisicamente a eles/família; adolescentes de cor de pele branca, sem sintomas de depressão e que não vivenciaram experiências adversas na infância; adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena que vivenciaram experiências adversas na família e na comunidade; adolescentes que perderam pai e mãe por morte e falta de comida em casa; adolescentes que vivenciaram violência psicológica; adolescentes que vivenciaram experiências sexuais envolvendo seus pais. O **artigo 2** tem como objetivo estimar o efeito dos fatores de proteção com sintomas depressivos em adolescentes escolares, controlados pelo sexo e cor de pele. O modelo final destaca o apoio social, bom relacionamento com a mãe, amigos e supervisão familiar como importantes fatores de proteção para os sintomas depressivos. O **artigo 3** analisa os efeitos do acúmulo de experiências adversas na infância e sintomas depressivos, mediados pelo apoio social. Os resultados mostram relação das dimensões socioeconômica, familiar, comunitária e total das EAI com os sintomas de depressão de adolescentes. A chance de desenvolver sintomas depressivos aumenta com o acúmulo de exposições adversas e encontra-se mediado pelo apoio social. É preciso investir na promoção de saúde e em fatores de proteção de alguns grupos mais vulnerabilizados.

Palavras-chave: depressão; experiências adversas na infância (EAI); fatores de proteção; adolescentes.

ABSTRACT

The main objective of this thesis is to investigate the role of adverse childhood experiences (AEC), including violence and protective factors associated with depressive symptoms in adolescent students in São Gonçalo, Rio de Janeiro. The study is characterized by a cross-sectional design with a sample of 1,117 adolescents between 13 and 19 years old, students from public and private schools. Depression was assessed using the Childhood Depression Inventory and variables of adverse childhood experiences and violence were investigated. The protective factors were characterized by social support, resilience, religion and the items of good relationship with the mother, siblings and friends and family supervision. The analysis involved bivariate analyses, Multiple Correspondence Analysis (MCA) and a structural equation model, with EAI and violence as exposure variables and depressive symptoms as the outcome variable. Article 1 aims to identify patterns of adverse childhood experiences among adolescent students according to sociodemographic characteristics and depressive symptoms. The results show the organization of eight groups composed of: girls and adolescents from lower social strata and adverse childhood experiences related to the environment; boys, being from a higher social stratum and not having had adverse childhood experiences; adolescents with symptoms of depression and adverse childhood experiences physically directed at them/family; white-skinned adolescents without symptoms of depression and who did not experience adverse childhood experiences; black/Parthian/Yellow/indigenous skin color adolescents who have experienced adverse experiences in their family and community; teenagers who lost a father and mother due to death and lack of food at home; adolescents who experienced psychological violence; and adolescents who have had sexual experiences involving their parents. Article 2 aims to estimate the effect of protective factors on depressive symptoms in adolescent students, controlled by gender and skin color. The final model highlights social support, a good relationship with the mother, friends and family supervision as important protective factors for depressive symptoms. Article 3 analyzes the effects of the accumulation of adverse childhood experiences and depressive symptoms, mediated by social support. The results show a relationship between the socioeconomic, family, community and total dimensions of the EAI with depression symptoms in adolescents. The chance of developing depressive symptoms increases with the accumulation of adverse exposures and is mediated by social support. It is necessary to invest in health promotion, in the protection factors of some more vulnerable groups.

Keywords: depression; adverse childhood experiences (ACE); protection factors; adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro	Quadro de Posse de itens – Pontuação/Classificação – ABEP 2012	38 e 39
Figura 1 -	Padrões dos grupos das experiências adversas na infância e variáveis sociodemográficas resultantes da análise de correspondência múltipla (ACM) em adolescentes. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil	53
Figura 2 -	Dendograma das coordenadas da análise de correspondência múltipla (ACM) das duas primeiras dimensões da análise de correspondência, envolvendo as experiências adversas na infância e variáveis sociodemográficas* de adolescentes escolares. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil.	54
Figura 3 -	Padrões dos grupos das experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos* resultantes da análise de correspondência múltipla (ACM) em adolescentes. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil.	55
Figura 4 -	Dendograma das coordenadas da análise de correspondência múltipla (ACM) das duas primeiras dimensões da análise de correspondência, envolvendo as experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos* em adolescentes escolares. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil.	56
Figura 1	Efeitos (total direto e indireto) das dimensões de EAI nos sintomas depressivos mediado pelo apoio social (artigo 3)	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Perfil das experiências adversas e violências de 1.117 adolescentes escolares conforme sexo, cor de pele e estrato socioeconômico. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil (Artigo 1).	50 A 52
Tabela 1-	Distribuição das variáveis sociodemográficas e de proteção segundo sintomas depressivos em 1117 adolescentes escolares São Gonçalo, RJ, 2011 (Artigo 2).	69
Tabela 2 -	Razão de chances ajustadas*(OR) e intervalo de confiança de 95% para os fatores de proteção e sintomas depressivos em adolescentes escolares, RJ, 2011 (n= 662) (Artigo 2).	70
Tabela 1-	Distribuição das experiências adversas na infância segundo sintomas depressivos entre adolescentes escolares do Brasil (n=1.117) (Artigo 3).	86 E 87
Tabela 2-	Efeitos total, direto e indireto e proporção da relação das dimensões* de EAI nos sintomas depressivos quando mediados pelo apoio social entre adolescentes escolares brasileiros (n=1.117) (Artigo 3).	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ACEs	Adverse Childhood Experiences
BDI	Beck Depression Inventory
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDI	Children's Depression Inventory/ Inventário de Depressão Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	Comparative Fit Index
CLAVES	Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, V Edition
EAI	Experiência Adversa na Infância
ECR	Estudo Clínico Randomizado/ Randomized Clinical Trial
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILANUD	Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MOS	Medical Outcome Studies
MOS-SSS	Medical Outcomes Study Social Support Survey
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OR	Odds Ratio
RMSEA	Root Mean Square Error of Aproximation
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
WHO	World Health Organization
WMH	World Mental Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	Geral	18
2.2	Específicos	18
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL	19
3.1	Experiências Adversas da Infância	19
3.2	Depressão na Adolescência: conceitos e epidemiologia	24
3.3	Fatores de Proteção	26
4	MÉTODO	31
4.1	Delineamento do Estudo	31
4.2	O contexto do estudo – o município de São Gonçalo/RJ	31
4.3	População e Amostra	32
4.4	Instrumentos	33
4.5	Processamento dos dados	39
4.6	Análise estatística	39
4.7	Apresentação dos três artigos científicos	43
4.8	Questões Éticas	44
5	RESULTADOS – ARTIGOS CIENTÍFICOS	45
5.1	Experiências adversas na Infância, características sociodemográficas e sintomas de depressão em adolescentes de um município do Rio de Janeiro, Brasil	45
5.2	Fatores estratégicos na proteção do desenvolvimento de sintomas depressivos na adolescência	62
5.3	Sintomas depressivos de adolescentes escolares brasileiros: estudo transversal sobre o efeito cumulativo dos eventos adversos e da mediação do apoio social	77
6	CONCLUSÕES	95
7	REFERÊNCIAS	98
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO	110
	ANEXO B – TERMOS DE CONSENTIMENTOS	142

1. 1. INTRODUÇÃO

As experiências adversas na infância (EAI) correspondem a fontes de estresse que as pessoas podem sofrer enquanto crianças e adolescentes. São reconhecidas como um problema de saúde pública, podendo afetar a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes não necessariamente quando essas experiências ocorreram (WHO, 2009). A partir da década de 1990, pesquisadores elencaram um conjunto de Experiências Adversas na Infância (EAI) que teriam potencial de prejudicar o desenvolvimento das crianças até a vida adulta, aumentando a chance de desfechos negativos para saúde mental e física e até morte precoce (FELITTI et al., 1998; ANDA et al., 2006). A OMS (2009) listou os seguintes eventos como fazendo parte deste rol de adversidades prejudiciais: as perdas interpessoais (morte dos pais e divórcio); ambiente familiar disfuncional (problemas de saúde mental, abuso de substâncias, criminalidade e violência); maus tratos (violência física, psicológica e sexual e negligências); doença física da criança; adversidade econômica; violência entre pares (bullying); violência comunitária (entre indivíduos que não mantêm relação pessoal entre si); e a violência coletiva (exposição infantil a conflitos e guerras). Dentre as formas de EAIs mais frequentes, as violências contra a criança e ao adolescente têm mostrado a alta prevalência de EAIs ao redor no mundo (FELITTI et al., 1998; KESSLER et al., 2010; BELLIS et al., 2014) e no Brasil (SOARES et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), a adolescência compreende o período da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade, sendo esse um momento único e de preparação para a vida adulta. Múltiplas mudanças físicas, emocionais e sociais, incluindo a exposição, abuso ou violência, podem tornar os adolescentes vulneráveis a problemas de saúde mental. Promover o bem-estar psicológico e protegê-los de experiências adversas e de outros fatores de risco que possam afetar seu potencial de prosperar não são apenas fundamentais para seu bem-estar, mas também para sua saúde física e mental na vida adulta (OMS, 2018).

Apesar dos avanços das últimas décadas nas políticas de proteção à saúde das crianças e adolescentes, muitos ainda são expostos a adversidades brutais, dentro e fora de casa, o que pode comprometer sua saúde. Diferentes circunstâncias de vida são consideradas adversas ao desenvolvimento infanto-juvenil e fazem parte do cotidiano de milhares de crianças e adolescentes, tais como: abuso (físico, psicológico e sexual), negligência, ocorrência de doenças, mortes de familiares, conflitos e separação dos pais, a perda dos cuidadores ou pessoas significativas, separações prolongadas da mãe, hospitalização da criança ou adolescente, ausência do pai e a convivência com a pobreza (TROMBETA & GUZZO, 2002).

Estudos estabeleceram que as experiências adversas na infância estão associadas à mortalidade precoce, aumento de comorbidades e aumento da prevalência das principais causas de morte na vida adulta (ANDA, 2010; MERSKY et al., 2013). À medida em que a exposição de eventos adversos aumenta, as chances de comportamentos de risco (incluindo depressão) aumentam significativamente (HOUTEPEN et al., 2020). Uma coorte prospectiva de crianças acompanhadas desde o nascimento até 16 anos de idade, nascidas no sudoeste da Inglaterra, constatou associação de EAI com menor escolaridade, maior risco de depressão, uso de drogas e tabagismo (HOUTEPEN et al., 2020).

Os problemas de saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de doenças e lesões em pessoas com idade entre 10 e 19 anos (OMS, 2018). Dentre os problemas de saúde mental, a depressão se destaca na adolescência e é caracterizada por um transtorno de humor com prejuízo da função mental e com distorção da forma como a pessoa vivencia e entende a realidade (MIRANDA, 2013). Embora a depressão afete pessoas de todas as idades e em todas as esferas da vida, o risco de ficar deprimido é aumentado pela pobreza, desemprego, eventos da vida, como a morte de um ente querido ou o rompimento de um relacionamento, doenças físicas e problemas causados pelo uso de álcool e drogas.

A depressão é a 9ª causa de doença e incapacidade entre todos os adolescentes e é vista como uma importante preocupação entre os profissionais de saúde e da escola, sobretudo devido aos comprometimentos que acarretam no desenvolvimento social, emocional e cognitivo do indivíduo (GOMES, 2013). A separação de familiares, colegas ou comunidade podem exacerbar o isolamento e a solidão. O suicídio, que é um problema associado à depressão, é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos.

Os eventos estressantes da vida predizem prospectivamente os sintomas depressivos e suas eventuais recorrências (GOTLIB & JOORMANN, 2010; HAMMEN, 2016). A depressão afeta mais as meninas do que os meninos e está associada a dificuldades no desempenho escolar, suicídio e problemas no funcionamento social (SOWISLO & ORTH, 2013). Em adultos, estima-se que aqueles que desenvolvem depressão têm 2,5 a 9,4 vezes mais probabilidade de ter experimentado um evento estressante importante na vida antes do início do quadro depressivo (MONROE et al., 2009; SLAVICH & IRWIN 2014).

Múltiplos fatores determinam a saúde mental de um adolescente. Quanto mais expostos aos fatores de risco, maior o potencial impacto negativo. Entre os fatores que contribuem para o estresse durante esse momento da vida estão o desejo de uma maior autonomia, pressão para se conformar com pares, exploração da identidade sexual e maior acesso e uso de tecnologias. A influência da mídia e as normas de gênero podem exacerbar a disparidade entre a realidade vivida por um adolescente e suas percepções ou aspirações para o futuro. Outros determinantes importantes para a saúde mental dos adolescentes são a qualidade de vida em casa e suas relações com seus pares. Violência (incluindo pais severos e bullying) e problemas socioeconômicos são reconhecidos riscos à saúde mental (SOARES, 2016). Crianças e adolescentes são especialmente vulneráveis à violência sexual, o que se associa claramente com a saúde mental prejudicada. Alguns adolescentes estão em maior risco de problemas de saúde mental devido às suas condições de vida, estigma, discriminação ou exclusão, além de falta de acesso a serviços e apoio de qualidade (DANESE & TAN, 2014). Estes incluem adolescentes que vivem em ambientes frágeis e com crises humanitárias (EXLEY, NORMAN & HYLAND, 2015); adolescentes com doenças crônicas, transtorno do espectro autista, incapacidade intelectual ou outra condição neurológica; adolescentes grávidas, pais adolescentes ou aqueles em casamentos precoces e/ou forçados; órfãos; adolescentes que fazem parte de minorias étnicas ou sexuais ou outros grupos discriminados. Os adolescentes com condições de saúde mental são, por sua vez, particularmente vulneráveis à exclusão social, discriminação, estigma (afetando a prontidão para procurar ajuda), dificuldades no aprendizado, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações dos direitos humanos (OPAS/OMS, 2022).

Um relatório recente do CDC de 2011-2021 que apresentou resultado de uma pesquisa de comportamentos de risco em jovens mostrou que 42% de estudantes com alta escolaridade sentiu-se tão triste ou sem esperança, por pelo menos duas semanas seguidas, que parou de fazer suas atividades habituais; 29% eram meninos e 57% eram meninas. Dentre estudantes com alta escolaridade, 22% considerou seriamente o suicídio em 2021; 30% meninas e 14% meninos (YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY CDC, 2011-2021).

As experiências adversas na infância são fatores de risco à saúde mental na adolescência, mas o limite entre o risco e a proteção é difícil de ser estabelecido. É um contínuo e depende de inúmeros fatores objetivos, subjetivos e da interação entre fatores de risco e de proteção. Os fatores de proteção estão relacionados a competências e recursos psicológicos, sociais e institucionais, que permitem ao sujeito o enfrentamento de situações adversas, minimizando ou impedindo o efeito negativo. Esses fatores não estão dados de forma apriorística no ambiente ou, simplesmente, no “interior” dos indivíduos; eles são construídos a partir da relação do

sujeito com seu entorno – familiares, amigos, colegas de escola, vizinhos, professores, suportes institucionais e outros (MARANHÃO et al., 2014).

A depressão é um dos problemas que pode se relacionar à vivência de violências e outros eventos adversos, com repercussões importantes na esfera social, familiar e escolar (MILANI & LOUREIRO, 2008). A morte de um membro da família, um divórcio dos pais ou a separação de um parceiro amoroso são eventos de vida específicos que aumentam a probabilidade de desenvolver sintomas psiquiátricos (LOW et al., 2012; FRÖJD et al., 2009). O efeito dos eventos estressantes da vida parece ser pior quando as situações negativas são vividas de forma conjunta ou agregadas. Clinicamente, o acúmulo de eventos de vida adversos tem se mostrado bem relevante (MARCH-LLANES et al., 2017). Em uma comparação entre adolescentes saudáveis e amostras clínicas, constata-se significativamente maior número de eventos de vida estressantes que ocorrem num curto período de tempo, aumentando a probabilidade de desenvolver depressão e outros problemas de saúde mental (CASTELAO C, KRÖNER-HERWIG, 2013; FLOURI, KALLIS, 2011). Em uma perspectiva neurobiológica, adolescentes que passaram por mais eventos de vida com um impacto negativo severo durante os últimos 12 meses mostraram uma alteração de longo prazo na reatividade da amígdala, influenciando seu risco de depressão (SWARTZ et al., 2015). Além disso, experimentar eventos estressantes da vida durante a infância e adolescência pode prever psicopatologia na vida adulta (CASEMENT et al., 2013). Consequentemente, a associação entre eventos de vida estressantes e psicopatologia tem sido replicada consistentemente em uma direção: o estresse pode induzir a sintomatologia. Além disso, as experiências de eventos estressantes de vida que dependem da ação de alguém, denominados dependentes, aumentam a cronicidade de alguns transtornos como a depressão (FANDIÑO-LOSADA et al., 2016). Em relação à direcionalidade da associação (causalidade reversa) entre eventos de vida estressantes e psicopatologia, Hammen (1991) introduziu o conceito de “geração de estresse”, que denota a constatação de que pessoas com episódios anteriores de depressão são mais propensas a serem expostas as adversidades, em comparação a pessoas com ausência de estados depressivos anteriores.

A importância de se investigar a fase da adolescência se deve especialmente pela vulnerabilidade deste momento da vida e pela necessidade de identificar aspectos chave para a discussão da prevenção. Estatísticas demonstram que nesta etapa da vida a exposição à violência é grande e, em contrapartida, outras vulnerabilidades psicossociais estão atuantes, deixando o adolescente mais vulnerável para lidar com situações estressantes (FONSECA et al., 2013). Além disso, a investigação do fenômeno a partir da informação de adolescentes propicia dados mais precisos sobre a sua vivência.

A presente pesquisa respalda-se, portanto, na necessidade de se conhecer melhor as experiências adversas na infância no desenvolvimento dos sintomas depressivos em adolescentes. Tem como hipótese que a identificação da distribuição das experiências adversas na Infância numa população de alunos de escolas públicas e privadas de um município do Rio de Janeiro, segundo características sociodemográficas, e a sua relação com a depressão. Além disso, acredita que mapear como se caracterizam os fatores de proteção, quais os fatores e o quanto são importantes para amenizar os sintomas depressivos ajuda a prevenir e mitigar tais sintomas. Identificar essas experiências adversas e os fatores de proteção pode indicar um caminho promissor. Essa inquietação impõe um questionamento em relação às formas de intervenções psicossociais, preventivas e de tratamento, que podem e poderão ser eficazes para estabelecer diretrizes e metas junto a programas e políticas de Saúde Mental do SUS.

A rede de apoio é considerada um agente protetor da saúde em seus aspectos físico, mental e psicológico, que proporcionar melhor qualidade de vida, favorece a adaptação às condições adversas e promove a resiliência e a mobilização de recursos no enfrentamento de eventos de vida negativos que podem levar ao adoecimento (ARAGÃO, et al., 2018). As relações sociais, da rede social e/ ou do apoio auxiliam no enfrentamento de situações específicas como doenças crônicas ou agudas, estresse, crise desenvolvimental e vulnerabilidade social ou física. Vários estudos exploraram as hipóteses sobre como o apoio social atua na saúde das pessoas, destacando as teorias do efeito *buffer* e do efeito principal. A teoria do efeito *buffer* defende a ideia de que o apoio modera o impacto de eventos estressantes, enquanto a teoria do efeito principal considera que o apoio exerce efeitos diretos e indiretos sobre a saúde dos indivíduos, reforçando o senso de controle sobre a própria vida (GONÇALVES et al., 2011).

Diante desta contextualização, este projeto tem como **objeto de estudo** as experiências adversas na infância e os fatores de proteção no desenvolvimento de sintomas de depressão em adolescentes escolares do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Investigar o papel das experiências adversas na infância (EAI) e dos fatores de proteção no desenvolvimento de sintomas depressivos em adolescentes escolares de São Gonçalo, Rio de Janeiro.

2.2. Específicos

- ✓ Identificar padrões entre os diferentes tipos de experiências adversas na infância, características sociodemográficas e sintomas de depressivos;
- ✓ Estimar o efeito dos fatores de proteção (apoio social, resiliência, religião, relacionamento com mãe, irmãos, amigos e supervisão dos responsáveis) nos sintomas depressivos;
- ✓ Analisar os efeitos do acúmulo de experiências adversas na infância no desenvolvimento dos sintomas depressivos, mediados pelo apoio social.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1. Experiências Adversas na Infância (EAI)

O ser humano se depara com circunstâncias adversas mesmo antes de nascer e delas se defende ao longo de todos os anos de sua vida. A forma de reagir aos estresses é conformada pelo ser humano desde o período intrauterino e se desenvolve até sua morte (XIMENES, 2011). No entanto, há eventos considerados mais adversos à existência humana e que podem acarretar prejuízo tardio severo. Seus efeitos podem não ser detectados durante a infância ou a adolescência e sim no auge da vida adulta ou na velhice.

Os primeiros estudos sobre as repercussões das Experiências Adversas na Infância (EAI) no crescimento e desenvolvimento surgiram na década de 90, muito voltados a conhecer quais as experiências que poderiam constituir adversidades, qual a sua probabilidade de comprometer o equilíbrio do desenvolvimento saudável do indivíduo e suas potenciais consequências (SAMEROFF, 2010; RUTTER, 1975). Kessler (1997), considerou experiências adversas: eventos de perda interpessoal (como morte de genitores, divórcio dos pais), traumas interpessoais (como abuso sexual, emocional), psicopatologias parentais (como depressão materna ou paterna, abuso de drogas ou álcool pelos pais), e outras adversidades (como desastres naturais, acidentes), que houvessem ocorrido até o momento em que o entrevistado tinha 16 anos de idade (STOCHERO, 2019).

Em 1998, foram publicados os primeiros resultados do *The Adverse Childhood Experiences Study (ACEs Study)*, baseado em pesquisas das áreas de ciências sociais e psicologia que examinavam as consequências do abuso sexual e físico a longo prazo. Entretanto, incorporaram vários tipos de experiências adversas, tais como: abuso de drogas e/ou álcool pelos pais, violência doméstica, membro da família encarcerado, entre outros que podem ocorrer dentro do ambiente familiar (FELITTI, 1998).

Em maio de 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a equipe do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) se reuniram para construir um quadro para a vigilância em saúde, visando definir a carga global de saúde das EAI. Além das EAIs previamente mencionadas no *ACEs Study*, acrescentou-se ao instrumento: a violência entre pares (*bullying*), violência comunitária (entre indivíduos que não mantêm relação pessoal entre si) e a violência coletiva (exposição infantil a conflitos armados e guerras). Cronholm et al. (2015) sugerem incluir outras adversidades, como experiências de racismo, testemunho da violência entre os pais, morar em um bairro não seguro, sofrer *bullying* e ter sido adotado. Ainda, Finkelhor et al.

(2015), em pesquisa realizada com adolescentes de 10 a 17 anos, incluíram como EAIs baixo nível socioeconômico, exposição à violência comunitária e isolamento/rejeição de pares (STOCHERO, 2019).

Uma série de estudos abordando a temática das EAIs vem surgindo com o passar dos anos. São referências os estudos do *World Mental Health (WMH) Surveys Initiative* realizados em 21 países de diferentes níveis de rendas (alta, média-alta e média-baixa/ baixa), com quase 52 mil indivíduos, abordando as EAIs e as psicopatologias em adultos. Tais iniciativas avaliaram: perdas interpessoais (morte dos pais, divórcio, separação dos pais por um período maior que seis meses); ambiente familiar disfuncional (abuso de substâncias, problemas de saúde mental, criminalidade, violência); maus tratos (abuso físico e sexual, negligência) e outras adversidades (doença física da criança e adversidade econômica), vivenciados até os 18 anos de idade (KESSLER et al., 2010). O Brasil tem um pequeno número de publicações sobre EAI, entre as quais estão as de Stochero (2019) e Pereira (2014). Um estudo com 3.951 participantes de até 18 anos de idade, realizado em Pelotas, no Rio Grande do Sul, aponta que a EAI de prevalência mais alta é a separação dos pais (42,0%), seguida de negligência emocional (19,7%) (SOARES, et al., 2016).

Segundo boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em junho de 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), entre 2011 e 2017, o Brasil teve um aumento de 83% nas notificações gerais de violências sexuais contra crianças e adolescentes. Além dessas formas de violência, crianças e adolescente estão submetidas à violência estrutural de uma sociedade profundamente desigual como a brasileira.

A violência, assim como outros eventos adversos, é considerada estressor quando acarreta mudança interna na pessoa, alterando o componente de afeto e sobrecarregando ou excedendo seus recursos adaptativos (neuroquímicos, psicológicos e sociais). A partir do momento em que a pessoa percebe e interpreta o que sofreu, consciente ou inconscientemente, o avalia como estressante ou não. Isso dependerá não apenas da situação e de seus recursos adaptativos, mas também da sua história pregressa e do estágio de desenvolvimento em que se encontra ao se defrontar com os problemas (TAVARES, 2001; GARMEZY, 1988).

Existem muitas concepções sobre eventos de vida como estressores ou fatores de risco, capazes de ferir a integridade da criança. Uma primeira linha de pensamento, mais tradicional, afere a compreensão dos eventos adversos de vida como *estressores estáticos*. A simples presença do fator de risco já preveria a ocorrência de consequências indesejáveis. Uma segunda corrente considera que o potencial lesivo de uma situação estressante estaria relacionado à *quantidade de eventos* enfrentados. Isso significaria que o acúmulo de adversidades ao longo

do tempo seria um fator fundamental para provocar consequências no indivíduo, e que um único estressor pode não ter impacto significativo. Ao contrário, a combinação de duas ou mais adversidades elevaria a possibilidade de consequências negativas para o desenvolvimento. Esse maior potencial lesivo não se daria apenas pelo número de problemas, mas principalmente pelo impacto e pela potencialização de um estressor sobre o outro (GARMEZY, 1993).

A violência tem sido destacada dentre as circunstâncias consideradas mais lesivas para crianças e adolescentes, com elevado potencial de prejudicar o desenvolvimento infanto-juvenil. Tem sido comum a investigação dos seus efeitos e dos efeitos de outras adversidades na saúde mental de crianças e adolescentes que têm potencial de perdurar até a idade adulta (PESCE et al., 2004). A violência é definida pela Organização Mundial de Saúde como: "O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (KRUG et al., 2002). Classicamente, a violência interpessoal que atinge a criança e o adolescente é dividida nos seguintes tipos: (1) a física, com uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir, deixando ou não marcas evidentes; (2) a sexual, ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente; (3) a psicológica, forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e punição da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto; e (4) a negligência, ato de omissão do responsável pela criança/adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001). Jovens que sofrem violências dos responsáveis tendem a testemunhar mais episódios de violência entre pais e vivenciar mais violência entre irmãos e na família ampliada, o que remete ao conceito de "ciclo de violência" e que dialoga com a reflexão sobre o acúmulo de adversidades. Além disso, uma criança e, mais especialmente, um adolescente é vitimado por sérias ações de violência urbana e na escola, perpetrada por conhecidos ou desconhecidos, e que inclui violência na escola, entre pares, abusos de várias naturezas, sequestro ou assalto, o que pode aumentar o risco de desenvolver transtornos mentais, incluindo a depressão (RIBEIRO et al., 2009).

As EAI tem sido fortemente estudada como fatores de risco para uma série de problemas de saúde mental. O modelo ecológico do desenvolvimento humano apoia essa reflexão. Bronfenbrenner (1996) traz quatro sistemas: o familiar, o trabalho (enfoque social do trabalho/desemprego), a rede de apoio social (com quem a família pode contar e quem pode

contar com ela) e a comunidade (grupos sociais, religiosos, culturais). Apesar de enfatizar o contexto, o modelo bioecológico propõe que o desenvolvimento humano seja estudado por meio da interação deste núcleo com outros três, de forma inter-relacionada: o processo, a pessoa e o tempo (BRONFENBRENNER, 1996).

A família é vista como uma unidade funcional, isto é, um microssistema, no qual as relações devem ser estáveis, recíprocas e com equilíbrio de poder entre os diversos papéis. Para ele, o microssistema é o primeiro sistema no qual o ser humano em desenvolvimento interage e possui um padrão de papéis, de atividades e de relacionamentos que são associados a determinados comportamentos e expectativas, de acordo com a sociedade na qual está inserido. Como um sistema de encaixes contidos uns nos outros, o microssistema está inserido nos sistemas mais amplos que o influenciam e aos quais também influencia (escola e comunidade, por exemplo).

Bronfenbrenner (1996) ainda enfatiza que "os aspectos do meio ambiente mais importantes no curso do crescimento psicológico são, de forma esmagadora, aqueles que têm significado para a pessoa numa dada situação" (p.9). Além disso, uma crise previsível na vida familiar, como rompimentos, mortes ou empobrecimento súbito, exigem forças internas de apoio de sistemas externos, com os quais a família nem sempre pode contar, agravando as situações de risco (BRONFENBRENNER apud ANTONI & KOLLER, 2000). Idealmente, a família se revela como um sistema que busca a estabilidade e o senso de equilíbrio em seus relacionamentos internos e externos no decorrer de sua história. No entanto, conflitos, violências, abuso de substância, dentre tantas adversidades fazem parte do cotidiano de muitas famílias.

Um estudo sobre estresse ao longo da vida com 1.025 alunos da 7ª série constatou que eventos ou dificuldades específicas da vida lhes causaram estresse ou preocupação e variou de 7% dentre os relacionados com a família a 53% para os trabalhos escolares, com destaque nas meninas (LOW et al., 2012). Na mesma direção, um estudo de coorte na Alemanha com crianças e adolescentes de 7 a 17 anos mostrou a interação entre o número de situações de vida estressantes e a interação com escolaridade dos pais no desfecho de problemas de saúde mental em 2 anos de acompanhamento. Crianças com pais com maior nível educacional mostram menos problemas de saúde mental e situações de estresse. O papel dos fatores sócio econômicos também é relevante na relação entre eventos adversos e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Famílias com baixo nível socioeconômico (SES) podem ser mais carentes de fatores de proteção do que aquelas com altos níveis socioeconômicos e sofrer um acúmulo de

estressores, como: problemas financeiros, relações sociais, situações de trabalho, família e queixas de saúde (REISS, 2019).

Um estudo controlado randomizado (ECR) realizado em onze países europeus com 9.032 adolescentes mostrou que o número total de eventos de vida ocorridos nos últimos doze meses foi significativamente associado à sintomatologia depressiva. Os eventos pessoais da vida parecem mais relacionados à sintomatologia depressiva do que os eventos pessoais da vida em rede. Fora dos eventos da vida pessoal, os de natureza mais interpessoal, como trabalho (ou escola) e casamento (relação íntima), parecem ser os mais importantes para esse relacionamento (COZMAN, 2014).

Em um estudo para avaliar a associação entre experiências adversas na infância - abuso, negligência, violência doméstica e separação dos pais, uso de substâncias, doença mental ou encarceramento e a saúde de jovens adultos em oito países do leste europeu, encontrou-se que ter uma experiência adversa na infância aumentou a probabilidade de ter outras adversidades. O número de experiências adversas na infância foi correlacionado positivamente com os comportamentos prejudiciais à saúde. Comparados com aqueles que não relataram experiências adversas, os entrevistados que relataram pelo menos quatro experiências adversas na infância tiveram um risco significativamente aumentado de muitos comportamentos prejudiciais à saúde, como a inatividade física e a tentativa de suicídio. A modelagem estatística indicou que a prevenção de experiências adversas na infância reduziria substancialmente a ocorrência de muitos comportamentos prejudiciais à saúde na população estudada (BELLIS et al., 2014). Grande parte dos estudos aponta que, quanto maior o acúmulo de adversidades na infância e adolescência, maiores os prejuízos à saúde mental. Porém, é necessário levar em consideração que para crianças mais novas um único evento ou poucos eventos de violência podem estar associados a sofrimento intenso e a desenvolvimento do TEPT (FOWLER et al., 2009).

Em adolescentes saudáveis e amostras clínicas, um significativo número de eventos estressantes tende a aumentar a probabilidade de desenvolver depressão e outros distúrbios emocionais (CASTELAO, KRÖNER-HERWIG, 2013; MARCH-LLANES et al, 2017). Um estudo de coorte com adolescentes porto-riquenhos residentes em Nova York e Porto Rico mostrou que a experiência de eventos estressantes da vida está significativamente associada a um aumento nos sintomas depressivos e ao início da depressão maior (JASCHEK et al., 2016). Entre os deprimidos, as experiências adversas da vida estão associadas a uma maior gravidade dos sintomas, maior duração do transtorno e maior probabilidade de recaída (MONROE et al. 2009; COHEN, MURPHY, PRATHER, 2019).

3.2. Depressão na Adolescência: Conceitos e Epidemiologia

A Organização Mundial da Saúde (2008) explica que a depressão é um transtorno mental no qual ocorre significativa alteração do humor ou afeto, estando frequentemente associada à incapacidade funcional e ao prejuízo na qualidade de vida, em razão de sua sintomatologia caracterizada por tristeza, apatia, diminuição da capacidade de concentração, da autoestima e da autoconfiança (OMS, 2008). É um transtorno que costuma surgir durante a adolescência. Além da tristeza, os adolescentes com sintomas depressivos também podem sentir irritabilidade, frustração ou raiva excessivas. Os sintomas podem se sobrepor a mais de um transtorno, com mudanças rápidas e inesperadas no humor e explosões emocionais (OMS, 2018).

A depressão interfere na vida diária, na capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida. É causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos. Algumas pesquisas genéticas indicam que o risco de depressão resulta da influência de vários genes que atuam em conjunto com fatores ambientais ou outros. Alguns tipos de depressão tendem a ocorrer em famílias. No entanto, a depressão também pode ocorrer em pessoas sem histórico familiar de sintomas compatíveis com depressão. A gravidade, frequência e duração variam dependendo do indivíduo e de sua condição específica (OPAS e OMS, 2018).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2014),

"O Transtorno Depressivo Maior" tem como características principais o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade da pessoa de funcionar. Embora possa ocorrer apenas um episódio, geralmente é uma condição recorrente. É muito importante distinguir o que é uma tristeza ou um luto normal de um transtorno depressivo. Para se encaixar no critério do Transtorno Depressivo Maior, a pessoa precisa apresentar cinco dos sintomas abaixo, sendo que o sintoma 1 ou o 2 precisam estar presentes: 1. humor deprimido na maior parte do dia quase todos os dias; 2. interesse ou prazer marcadamente diminuídos em relação a todas ou quase todas as atividades, quase todos os dias; 3. perda ou ganho de peso significativo; 4. insônia ou sono excessivo quase todos os dias; 5. agitação ou lentidão psicomotora quase todos os dias; 6. fadiga ou perda de energia quase todos os dias; 7. sentir-se sem valor ou com culpa excessiva, quase todos os dias; 8. habilidade reduzida de pensar ou se concentrar, quase todos os dias e; 9. pensamentos recorrentes sobre morte, pensamentos suicidas sem um plano, tentativa de suicídio ou plano para cometer suicídio. Para que se considere que a pessoa esteja em depressão, os sintomas precisam causar impacto significativo no convívio social, no trabalho ou em outras áreas importantes" (APA, 2014).

São importantes a definição e os critérios da DSM 5 sobre transtorno depressivo maior, mas deve-se deixar claro que o instrumento utilizado nesse estudo é um instrumento de triagem e não de diagnóstico.

Em todo o mundo, a depressão é a 9ª causa de doença e incapacidade entre todos os adolescentes. Há divergências entre os estudos de prevalência de sintomas depressivos, especialmente relacionados aos instrumentos de avaliação adotados (CRUVINEL & BORUCHOVITCH, 2008), aos aspectos regionais, econômicos, pessoais, etapa do ciclo de vida dos pacientes pesquisados ou às metodologias usadas em cada pesquisa (FARIAS & CORDEIRO, 2011).

Estudos internacionais observam uma prevalência em torno de 10 a 15% de sintomas depressivos em crianças e adolescentes (WOOLEY & CURTIS, 2007). No Brasil, pesquisadores confirmam uma elevada prevalência de sintomas depressivos em adolescentes. Barbosa et al. (2016) encontraram 21% de adolescentes de duas cidades do sul do país com sintomas depressivos, em que a “perda ou ganho de peso”, a “baixa autoestima”, o “humor deprimido e irritável” e a “fadiga” são questões de maior explicação desses sintomas. Em outra pesquisa desenvolvida em um município do Rio de Janeiro, 10% dos alunos pesquisados apresentaram sintomatologia depressiva com maior predominância entre as meninas (AVANCI, 2008). Em Teresina/PI e Natal/RN, constatou-se prevalência de 5% de sintomatologia depressiva entre escolares de 14 a 16 anos, em que a tristeza, o choro, o pensamento suicida e a insônia prevaleceram, também com predominância do sexo feminino (DAMIÃO et al., 2011). Em um estudo com crianças e adolescentes de escola pública em Curitiba-PR, Bahls (2002) aponta uma prevalência de transtorno depressivo de 0,4 a 3% em crianças e de 2,2 a 12,4% em adolescentes. Nesse importante contexto, estudos chamam a atenção para a tendência de aumento da depressão entre crianças e jovens (SANTOS, 2006).

Os adolescentes correm maior risco de desenvolver depressão do que as crianças mais novas (COSTELLO et al., 2011). É nesse período que se constrói uma nova identidade, em que é exigido que o sujeito abandone as referências que antes sustentavam a sua imagem infantil, submetendo-as a um processo de reconstrução que dê conta dessa nova subjetividade (BIAZUS & RAMIRES, 2012). Esse momento da vida também é caracterizado por muitas mudanças, por exemplo, mudar de escola, sair de casa e começar a universidade ou um novo emprego, o que pode gerar momentos de estresse e apreensão e levar a problemas emocionais.

A incidência de depressão, principalmente em meninas, aumenta acentuadamente na puberdade e costuma estar associada a morbidade e risco de suicídio (RHEW et al., 2010; SALK et al., 2016). Além disso, a depressão tem efeitos prejudiciais no funcionamento social

e acadêmico dos adolescentes (VERBOOM et al., 2014). Numa coorte com adolescentes porto-riquenhos residentes em Nova York e Porto Rico, os sintomas depressivos aumentaram com o aumento da adversidade social, separação, morte e eventos de morte (JASCHEK, G. et al., 2016). Pessoas que passaram por eventos adversos durante a vida (desemprego, luto, trauma psicológico) são mais propensas a desenvolver sintomas compatíveis com depressão. A depressão pode, por sua vez, levar a mais estresse e disfunção e piorar a situação de vida da pessoa afetada e o transtorno em si.

Estratégias comunitárias eficazes para prevenir a depressão promovem um modelo de pensamento positivo entre crianças e adolescentes. Intervenções direcionadas aos pais de crianças com problemas comportamentais podem reduzir os sintomas depressivos dos pais e melhorar os resultados de seus filhos. Profissionais de saúde podem oferecer tratamentos psicológicos, como ativação comportamental, terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia interpessoal ou medicamentos antidepressivos. Entre os diferentes tratamentos psicológicos a serem considerados estão os individuais ou em grupo, realizados por profissionais ou terapeutas leigos supervisionados (OMS, 2018).

3.3. Fatores de Proteção para a depressão: apoio social, resiliência, religiosidade e relacionamento familiar

Fatores de proteção são características individuais (recursos pessoais) e/ou contextuais (recursos ambientais) que fortalecem e dão suporte ao indivíduo no enfrentamento de diferentes eventos de vida (POLETTI & KOLLER, 2008). A análise das relações entre os indicadores de risco e proteção depende do modo como estão integrados à história do indivíduo; é o modo como interagem que pode interferir em sua trajetória, favorecendo ou dificultando o seu desenvolvimento (LIBÓRIO E CASTRO, 2009). Os recursos de proteção podem ser de ordem pessoal, tais como: sentimentos de alta autoestima, autoeficácia, autoconfiança, confiança no outro e boa perspectiva de futuro; bem como no âmbito social, relacionados diretamente com os vínculos afetivos na família e na comunidade da qual o indivíduo participa (MARANHÃO et al., 2014).

Del Prette e Del Prette (2009) identificaram seis classes de habilidades sociais de grande importância: autocontrole, civilidade, empatia, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. Por definição, estas classes de habilidades sociais, quando presentes no repertório do comportamento, podem auxiliar os adolescentes a apresentar desempenhos socialmente competentes, ou seja, que levem a maior satisfação e a relações sociais satisfatórias. Segundo a

autora, pessoas socialmente competentes desenvolvem relações mais produtivas e duradouras, melhor saúde mental e física, maior satisfação e motivação pessoal. Uma esfera familiar acolhedora está associada a sentimentos de apoio emocional e de fortes laços emocionais, que podem servir como um efeito protetor para a criança.

Os fatores de proteção referem-se a efeitos que modificam ou melhoram a resposta de um indivíduo a uma experiência adversa que normalmente levaria a um resultado ruim (RUTTER, 1985). Dentre os fatores de proteção, o **apoio social** tem um amplo impacto em muitos aspectos da vida das pessoas e, em especial, de crianças e adolescentes. A avaliação sobre o apoio recebido tem sido relacionada a diversos desfechos positivos na saúde física e mental, influenciando a maneira de perceber situações estressantes, o bem-estar emocional e psicológico e até a longevidade dos indivíduos (AGNEESSENS F et al., 2006; HABERMG, et al., 2007). Existem diversas definições para o conceito de apoio social que enfatizam diferentes aspectos das relações interpessoais. De modo geral, é definido como envolvendo qualquer informação, falada ou não, e/ou assistência material e proteção oferecida por outras pessoas e/ou grupos com os quais se tem contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos (HUPCEY, 1998; LANGFORD et al., 1997; VALLA, 1999).

Há várias formas de ser apoiado. Uma delas é o *apoio afetivo*, quando o adolescente tem alguém que demonstre amor e que o manifeste através de gestos, como dar-lhe um abraço e fazê-lo sentir-se querido. Outra forma é o *apoio emocional*, que se expressa na existência de pessoas que o escutam quando precisa conversar, quando precisa falar de si ou de seus problemas, de suas preocupações, de seus medos mais íntimos, e com quem possa relaxar. Outra forma de apoio, por sua vez, é a que oferece *informações*, aconselhamento, ajudando o jovem a compreender determinada situação e sugerindo mecanismos para lidar com problemas pessoais. Outras duas opções de apoio são as *interações positivas* com pessoas para se divertir, para se distrair e fazer atividades agradáveis, bem como contar com amparo *material* em momentos de doença, nos cuidados com a alimentação ou no cumprimento de tarefas diárias (CHOR et al., 2001; SHERBOURNE e STEWART,1991).

O apoio social está associado a comportamentos de adesão a tratamentos de saúde e ao senso de estabilidade e bem-estar psicológico, atuando como fator de proteção à saúde (CHOR et al., 2001). Ajuda aos indivíduos a lidarem com eventos adversos, diminuindo o potencial de desenvolvimento de sintomas relacionados ao evento. Adolescentes com apoio familiar e que percebem que podem contar com as pessoas são capazes de reduzir os efeitos negativos da depressão ocasionados pelos eventos estressantes da vida (LIU, L, 2020). O apoio da família (especialmente o apoio dos pais) e o apoio dos amigos podem reduzir a depressão do

adolescente (ZHANG et al., 2015), ao lado do apoio do professor (RUEGER et al., 2010). Um estudo longitudinal de 5 anos indicou que o apoio emocional do professor diminui a depressão do adolescente (PÖSSEL et al., 2013).

Em uma revisão integrativa da literatura acerca da rede e do apoio social com adolescentes e jovens homossexuais (BRAGA et al., 2017), o apoio social se mostra associado à diminuição do comportamento sexual de risco e do consumo de substâncias psicoativas. O estudo também enfoca as contribuições da rede e do apoio social para o aumento da resiliência, ou seja, do potencial de superação dos problemas, no enfrentamento de situações de estigma e discriminação.

A **resiliência** é outro fator protetor estudado e trata da capacidade de superar as dificuldades diante dos problemas. Nasce da mistura que cada pessoa faz de suas características individuais (ousadia, temor ou timidez, por exemplo) e aquilo que recebe de seu ambiente familiar e social (segurança ou insegurança). O adolescente interage continuamente com o meio em que vive e essa troca é o principal ponto que pode ajudá-lo a lidar positivamente com as adversidades. Todos os meninos e meninas possuem capacidade para superar as dificuldades em maior ou menor grau. Mas, alguns estão mais vulneráveis a algumas situações que causam sofrimento e dor, reduzindo a capacidade de superação. Estar ou sentir-se vulnerável reduz a força para enfrentar os problemas. Mas quando a pessoa se sente fortalecida e resiliente tem mais coragem para lidar com as situações desfavoráveis de vida e sair delas com mais força (ASSIS, S., et al., 2005). A noção de resiliência segue paralelamente ao movimento contemporâneo pela promoção da saúde da criança e do adolescente, que desvia a atenção dos pontos deficientes e das estratégias compensatórias. Ao contrário, valoriza os pontos fortes e os meios de reforçá-los (ASSIS, S. et al., 2006).

A noção de resiliência vem complexificando-se, sendo abordada como um processo dinâmico que envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e proteção. O desenvolvimento do constructo enfatiza a interação entre eventos adversos de vida e fatores de proteção internos e externos ao indivíduo. A resiliência está ancorada em dois grandes polos: o da adversidade, representado pelos eventos desfavoráveis, e o da proteção, voltado para a compreensão de fatores internos e externos ao indivíduo, mas que o levam necessariamente a uma reconstrução singular diante do sofrimento causado por uma adversidade (ASSIS, S. et al., 2006).

Ainda que o conceito de resiliência não seja consensual, a pactuação provisória é da designação como uma capacidade humana em ressignificar e superar situações adversas significativas que teriam grande probabilidade de causar respostas deletérias à saúde emocional.

Trata-se, assim, de evidências diante do fato de que alguns indivíduos produzem respostas adaptativas eficazes e positivas o suficiente para, em condições adversas e mesmo desagregadoras, conseguirem manter uma “equilibrada saúde e o foco no importante desígnio da felicidade” (RALHA-SIMÕES, 2018), sem demonstrar psicopatologias ou condutas antissociais. Ralha-Simões (2018) ainda explica que a resiliência vai além da capacidade meramente de “resistir sem adoecer”, definindo-a como as possibilidades de construir uma “boa saúde” a partir da adversidade. Por exemplo, apesar do efeito negativo a longo prazo da violência infantil, suas vítimas parecem mais resistentes do que outros indivíduos e continuam a funcionar bem na vida. Outros estudiosos descrevem a resiliência como um processo ímpar de construção, a partir da conjugação de recursos diversos (WOODWARD et al., 2017) e que diferem segundo o estágio de desenvolvimento (SATTLER & FONT, 2017). Uma área mais consolidada de estudos é aquela em que as conceituações de resiliência estão relacionadas às estratégias de *coping*, destacando o papel de adultos de confiança para ajudar a crianças a desenvolver estratégias adaptativas resilientes e as limitações que as situações de violência familiar instituem ao corroer tais bases de confiança (CHESMORE et al., 2017).

Muito ligada ao conceito de resiliência, a **autoestima** é o componente afetivo do autoconceito e diz respeito à avaliação das pessoas sobre seu valor positivo ou negativo, dependendo de como elas estimam seu valor em diferentes domínios da vida (HARTER, 1999). A autoestima elevada está relacionada a várias condições de bem-estar, como alta felicidade e satisfação com a vida (DUFFY et al., 2014). Mais especificamente, adolescentes com baixa autoestima correm maior risco de depressão (CACIOPPO et al., 2009). Fiorilli (2019) acrescenta que o preditor mais forte de depressão na adolescência é a autoestima, que interfere no humor deprimido, no senso de inadequação e insegurança bem como na percepção dos relacionamentos interpessoais, no gerenciamento de emoções negativas e no controle dos eventos de vida. De todos os preditores de proteção, a percepção do gerenciamento de emoções negativas (regulação emocional) se destaca na depressão, se tornando um risco.

A **religiosidade** tem se tornado objeto de crescente interesse para pesquisa e apontado como fator de proteção. Em 2006, a Organização Mundial de Saúde incluiu o módulo específico de avaliação da religiosidade e espiritualidade como dimensões de qualidade de vida (WHOQOL SRPB GROUP, 2006; KOENING et al., 2012; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

Um estudo com adolescentes em Diamantina no estado de Minas Gerais constatou a participação em atividades religiosas associada a não consumo excessivo de álcool, indicando a família, a construção de laços afetivos, o monitoramento das amizades, o forte envolvimento

com atividades escolares e/ou religiosas e a disponibilidade de informações como outros principais fatores de proteção (GUIMARÃES et al., 2018). Um outro trabalho com 2573 estudantes entre 12 e 18 anos de escolas públicas das cinco regiões do país indicou que os adolescentes encontram na ideia de Deus e na prática de orações importantes recursos para enfrentar adversidades em suas vidas. Os alunos destacam também que a religião oferece diversos métodos ou estratégias de *coping* religioso-espiritual que abrangem uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações, constituindo-se importante aspecto para o indivíduo (JAHN & DELL'AGLIO, 2017).

Intervenções para promover a saúde mental dos adolescentes visam fortalecer os fatores de proteção e melhorar as alternativas aos comportamentos de risco. A promoção da saúde mental e do bem-estar apoia a construção da resiliência, o fortalecimento da autoestima e do apoio social para lidar bem com situações difíceis ou adversidades. Programas de promoção da saúde mental para todos os adolescentes e programas de prevenção em risco dessas condições exigem uma abordagem multinível com plataformas de distribuição variadas – por exemplo, mídias digitais, ambientes de saúde ou assistência social, escolar ou comunitária (OPAS/OMS, 2020).

4. MÉTODOS

4.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, que visa conhecer a prevalência das experiências adversas, dos fatores de proteção e de depressão em adolescentes. Este estudo faz parte de um projeto maior de pesquisa intitulada “*ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM ADOLESCENTES. O impacto da violência e de outros eventos adversos com escolares de um município do Estado do Rio de Janeiro*”, desenvolvido pelo Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da Fiocruz, com coleta de dados iniciada em 2011.

4.2. O Contexto do Estudo - Município de São Gonçalo/RJ

A cidade de São Gonçalo está localizada a apenas 20 km da cidade do Rio de Janeiro. É o segundo maior município do Estado em termos populacionais e, em 2010, ocasião da pesquisa, tinha uma população infanto-juvenil de 328.829 crianças e adolescentes de 0 a 19 anos. A área territorial é de 248,4 km² (correspondentes a 5% da área da Região Metropolitana do Rio de Janeiro), distribuída em cinco distritos e 91 bairros (IBGE, 2018). O município teve um crescimento desordenado e intenso nos últimos 40 anos, passando de 85 mil habitantes no ano de 1940 e uma população estimada em 1.098.357 pessoas (2021) (IBGE). Na área da saúde, o indicador de maior sensibilidade e que expressa a qualidade da atenção à saúde é a mortalidade infantil. Em São Gonçalo ela representa 12,33 óbitos por mil nascidos vivos em 2020. O percentual de adolescentes de 15 a 17 anos de idade que tiveram filhos é de 15,68% (Prefeitura de São Gonçalo, 2017).

No ano de 2010, o município possuía uma densidade demográfica de 4.035,90 habitantes/km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,739, ocupando o ranking dos municípios na 795ª posição (PNUD, 2010). O percentual de habitantes com 18 anos ou mais com fundamental completo era de 64,51%, renda per capita de R\$669,30 e um salário médio mensal de 2,0 salários mínimos entre trabalhadores formais (IBGE, 2020).

Proporções de crianças e jovens que frequentam ou completaram determinados ciclos indicam a situação da educação entre a população em idade escolar do estado. Em São Gonçalo, a proporção de crianças e adolescentes inseridos na escola vai decaindo ao longo da vida: em 2010, 92,14% com 5 a 6 anos estavam na escola; 85,02% com 11 a 13 anos frequentaram os anos finais do ensino fundamental; 57,28% de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental

completo; e 45,52% de jovens de 18 a 20 anos tinham ensino médio completo. Dados mais recentes apresentam um PIB de R\$ 54.571.311 em 2019 em São Gonçalo, e no Rio de Janeiro R\$ 472.774.485, sendo o município estudado o 7º no ranking entre os municípios do Estado do Rio de Janeiro (IBGE, 2019).

Em relação à violência, São Gonçalo é o quarto município do Estado do Rio em números de denúncias de violência contra a mulher. O Dossiê Mulher 2019 indica que, em 2018, foram contabilizados 1628 casos de lesão corporal, 229 casos de estupro, 1561 casos de ameaça e 1160 casos de violência moral. Mais de 50% das vítimas de violência contra a mulher são negras. No que se refere à violência contra a criança e adolescente, só em 2017 o Disque 100, canal da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, registrou mais de 84 mil denúncias de violação dos direitos de crianças e adolescentes, sendo mais de 20% relacionadas à violência sexual (Prefeitura de São Gonçalo, 2022).

Embora o município apresente elevados índices de violência infantil, ainda é incipiente o delineamento de políticas públicas endereçadas às crianças e adolescentes que sofrem violência. O Núcleo Especial de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (NEACA), que faz parte do fluxograma intersetorial do município, destaca-se pelo atendimento desta clientela, sendo uma referência no tratamento. Também existe o Programa Sentinela que, juntamente com o NEACA, contribui para a configuração da rede de atendimento e proteção das crianças e adolescentes do município. Apenas uma outra instituição no município é voltada para a problemática da violência, mas centralizada na violência contra a mulher, o “Centro Especial de Orientação à Mulher Zuzu Angel” (CEOM- Zuzu Angel) (PREFEITURA DE SÃO GONÇALO, Publicado em 07/08/2020).

4.3. População e Amostra

A amostra de base do estudo é composta por 1.117 adolescentes de 13 a 19 anos, estudantes do curso diurno do 9º ano das escolas públicas (municipais e estaduais) e particulares do município de São Gonçalo, no ano de 2010. A amostra foi constituída por 690 alunos das escolas da rede pública e 439 de alunos das escolas privadas.

A amostra foi composta por 14 estratos que foram elaborados de acordo com as sete áreas de planejamento do município e de acordo com a natureza da instituição escolar (pública ou particular). Utilizou-se uma amostragem conglomerada multi-estágio, com seleção em duas etapas: 1ª) escolha das escolas, com probabilidade de seleção proporcional à quantidade de alunos (PPT sistemática) de 9º ano em cada um dos 14 estratos; 2ª) turmas foram selecionadas

aleatoriamente, dentro da escola, para a aplicação do questionário em todos os alunos. Participaram da amostra 43 escolas públicas e 30 particulares, contando, em geral, com duas turmas por escola (AVANCI et al., 2021).

O cálculo amostral considerou erro absoluto de 1,3%, nível de confiança de 95% e proporção de 2,3%. Para a seleção amostral das escolas e turmas foi empregado o software R 2.11.1 e os pacotes *pps* e *sampling*.

4.4. Instrumentos

Os dados foram coletados por meio de aplicação do questionário nas turmas sorteadas. O questionário auto preenchível e anônimo (**Anexo 1**) foi aplicado de forma coletiva e por turma, com duração média de 60 minutos. Alguns cuidados foram tomados na aplicação do questionário, tendo em vista que o tema poderia trazer à tona vivências difíceis: (a) treinamento da equipe de pesquisadores quanto à abordagem com adolescentes que viessem a se mostrar sensibilizados aos temas abordados no questionário; (b) aplicação do questionário por duplas de pesquisadores, sendo um deles psicólogo, de forma que pudesse orientar e apoiar os adolescentes que, porventura, se mostrassem mais sensibilizados no momento da pesquisa. Os adolescentes foram informados que, caso desejassem, poderiam procurar o psicólogo da equipe para uma conversa ao final da aplicação do questionário. Este, por sua vez, forneceria algum encaminhamento a um profissional especializado da área de saúde mental ou da assistência social; (c) viabilização de contato telefônico institucional e endereço eletrônico para os pais e para os adolescentes. Foi confeccionado e distribuído aos adolescentes um adesivo com esses dados além de um folder explicativo aos pais/responsáveis; (d) solicitação de apoio à escola para os adolescentes que se mostrassem sensibilizados com os temas pesquisados, mantendo o sigilo sobre o tema tratado com o adolescente, caso ele o mencionasse para o pesquisador; e (e) distribuição de material instrucional sobre o tema da resiliência às escolas selecionadas direcionado aos profissionais de educação, de forma que os sensibilizasse e instrumentalizá-los quanto à abordagem do tema na escola.

O trabalho de campo foi orientado a ser realizado da seguinte forma: visita às escolas para solicitar a autorização da pesquisa, o que, muitas vezes, exigia muito tempo e argumentação dos pesquisadores; ida dos pesquisadores às turmas selecionadas para sensibilização dos adolescentes e a entrega do Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo 2**), a fim de enfatizar a relevância da participação dos alunos e a necessidade de retorno do TCLE assinado pelo próprio adolescente e pelo responsável; nova

visita às escolas em dia anterior a aplicação, a fim de verificar quantos TCLEs foram assinados pelos pais. Neste momento, uma nova sensibilização com os alunos era realizada e, finalmente, a aplicação dos questionários no dia agendado pela escola.

A seguir, a descrição das principais variáveis analisadas neste estudo:

Variáveis de exposição

Experiências Adversas na Infância: os itens das escalas de eventos de vida traumáticos foram investigados por meio de duas escalas, a de Steinberg et al. (2004) e de Trombeta e Guzzo (2002). Dentre os treze itens de experiências adversas da escala de Steinberg et al. (2004) estão: estar em um desabamento que destruiu seriamente o local em que você estava; estar em desastre, incêndios, enchentes; acidente grave; conflito armado ou tiroteio; ele próprio ou familiar apanhar, levar um soco ou chute forte em casa; ser espancado, levar um tiro ou ser ameaçado; testemunhar espancamento, levar tiro ou morte; ver um cadáver em sua cidade; ter partes sexuais íntimas tocadas por adulto; ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; ter recebido um tratamento médico assustador e doloroso num hospital quando você estava muito doente ou seriamente ferido; outra situação assustadora, perigosa ou violenta. Tal escala tem como objetivo avaliar eventos traumáticos e pode ser administrada individual ou coletivamente. São treze itens que compreendem o rastreamento de eventos de vida e avaliam a exposição à violência na comunidade, traumas médicos, abusos e desastres naturais. As opções de respostas são dicotômicas (sim e não). A escala foi submetida ao processo de adaptação transcultural e seguiu as etapas propostas por Herdman et al. (1998) e divulgadas por Hasselmann e Reichenheim (2003) e Moraes (2001). Este processo consta de uma lista de passos a serem seguidos até a aceitação de equivalência entre o instrumento original e o proposto. Na avaliação da confiabilidade das escalas, utilizaram-se alpha de Cronbach para a consistência interna dos itens (confiabilidade) e kappa simples e ponderado na concordância teste-reteste de cada item. A confiabilidade do teste-reteste (Kappa) adaptada para o português dos itens da escala variou de 0,253 (regular) até 0,885 (quase perfeita) (AVANCI, et al., 2011).

A escala de Trombeta e Guzzo (2002) indicam onze situações difíceis que aconteceram na sua família, seguintes itens: um de seus pais ou responsável já ficou ou está desempregado; problemas financeiros sérios na família; falta comida em casa; você mora ou já morou amontado, sem espaço; problemas médicos sérios de familiares; problema físico ou mental na

família; alguém na família indiciado ou preso; morte de pai ou mãe; parente próximo que morreu; problema de álcool ou droga na família; experiência sexual que envolveu os pais.

Em relação a outras experiências ocorridas na comunidade, estão os quatros seguintes itens: você já se sentiu discriminado (a) por sua cor de pele; separação de amigos por briga ou morte; ver alguém ser gravemente ferido; viver em perigo ou insegurança na vizinhança; ter a casa assaltada ou roubada. Os itens foram avaliados individualmente, dada a resposta positiva em cada um deles.

Violência do pai e da mãe contra a criança/adolescente: foi utilizada a Escala Tática de Conflitos, desenvolvida por Straus (1979) e validada para a população brasileira (HASSELMANN, 1996), que permite avaliar violência física severa cometida pelo pai e mãe sobre o adolescente, no ano anterior à pesquisa. Engloba seis itens e são os seguintes atos: chutar, morder ou dar murros, espancar, ameaçar ou, efetivamente, usar arma de fogo ou arma branca. Uma ou mais respostas positivas em cada uma das diferentes formas de violências torna a criança um caso na vitimização aferida. Obteve-se consistência interna satisfatória para violência física cometida pelo pai (alpha de Cronbach $\alpha = 0,69$) e pela mãe (alpha de Cronbach $\alpha=0,73$) contra a criança.

Violência entre os pais (ou padrasto/madrasta): composto por duas questões que aferem brigas entre os pais a ponto de se machucarem, xingarem ou humilharem um ao outro. Configura-se por jogar objetos um contra o outro, empurrar, dar tapas ou bofetadas, murros, chutar, bater ou tentar bater com objetos, espancar, ameaçar ou realmente usar armas de fogo ou faca. Uma ou mais respostas positivas em cada uma das diferentes formas de violências torna a criança um caso na vitimização aferida (ASSIS E AVANCI, 2004).

Violência entre irmãos: compostos por duas questões que aferem brigas entre os irmãos e brigam entre si a ponto de se machucarem e humilharem um ao outro. Uma ou mais respostas positivas em cada uma das diferentes formas de violências torna a criança um caso na vitimização aferida. Em relação à violência entre irmãos foi constatado *alpha* de 0,81, ICC de 0,84, *Kappa* substancial (ASSIS E AVANCI, 2004).

Violência psicológica (PITZNER E DRUMMOND, 1997; AVANCI et al., 2005): caracteriza-se por 18 itens com opções de respostas que variam do nunca até o sempre e que refletem atos cometidos por pessoas significativas contra o adolescente, como humilhação, críticas excessivas e uso de palavras depreciativas. A escala foi adaptada transculturalmente à realidade brasileira por Avanci et al. (2005) e foi verificada a confiabilidade considerando uma consistência interna alta (alfa de Cronbach de 0.93) e Kappa dos itens desta escala, variando

entre 0,42 e 0,68. O ponto de corte foi um desvio-padrão acima da média para considerar os adolescentes vitimados pela violência psicológica.

Violência na escola e localidade: foi empregada a Escala de Violência na Escola e na Comunidade do Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquentes - ILANUD/ONU (KAHN et al., 1999). Avaliou-se a vitimização do adolescente na escola e localidade no último ano. Os oito itens com respostas 'sim' ou 'não' incluem humilhação, ameaça, agressão, danos a pertences pessoais, contato com armas de fogo ou facas /instrumentos de corte, tendo sido roubados, e teve dinheiro levado à força em ambos os contextos. As respostas foram categorizadas de acordo com a ausência ou presença de um evento, ou presença de dois ou mais eventos. O coeficiente de Kuder-Richardson foi de 0,52 a violência escolar e à violência comunitária foi de 0,57, que é aceitável quando consideramos o baixo número de itens em cada escala.

Apoio Social: originalmente foi utilizada a escala desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991), adaptada à população brasileira por Chor et al. (2001), com 19 itens dispostos em cinco subescalas de apoio social. Nesta tese, aplicou-se a proposta desenvolvida a partir do *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS), originária da escala de Sherbourne e Stewart (1991), que propõe a análise de 6 itens e um único fator. Essa versão reduzida avalia o suporte social funcional global, que compõe o apoio material, afetivo, interação social positiva e apoio emocional/informacional. Além disso, apresenta alta consistência interna e se correlaciona bem com o total da escala original de 19 itens, o que indica que a escala abreviada MOS-SSS mede o mesmo constructo da escala original. Os seis itens referem a ajuda se ficar de cama, levar ao médico, compartilhar preocupações e medos mais íntimos, dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal, com quem fazer coisas agradáveis e que ame e faça se sentir querido. Nesse estudo, optou-se por utilizar a média como ponto de corte do escore de apoio social e definir duas categorias de análise; de 7 a 25 pontos refere-se à ausência de apoio social; de 25 a 30 pontos, à presença de apoio social.

Resiliência: desenvolvida por Wagnild e Young (1993), é um dos poucos instrumentos usados para avaliar níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes. Foi adaptada para o Brasil por Pesce et al. (2005). Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Bons índices psicométricos foram obtidos: o *alpha de Cronbach* de 0,84, o Coeficiente de correlação intraclasse de 0,75 e o Kappa obtido em quase todos os itens foi moderado e substancial (0,45 a 0,66).

Religião: foi perguntado: “você segue alguma religião?” E resposta dicotômica (sim ou não).

Itens sobre relacionamento de responsável, irmãos e amigos: três itens foram retirados da Escala de Prejuízo Funcional Global, uma versão brasileira da *Brief Impairment Scale* (Bird, 2005; Paula, Duarte e Bordin, 2006). Originalmente, consiste em 23 itens que incluem três áreas de funcionamento: relacionamento interpessoal, funcionamento na escola e autocuidado e autorrealização. Os itens aqui analisados foram: “*Tem sido difícil para você se dar bem com a sua mãe/ madrasta/mãe substituta*” (não tem sido difícil, um pouco difícil, bem difícil e extremamente difícil); “*Tem sido difícil para você se dar bem com os seus irmãos /irmãs*” (não tem sido difícil, um pouco difícil, bem difícil e extremamente difícil); “*Tem sido difícil para você se dar bem com os amigos/amigas*” (não tem sido difícil, um pouco difícil, bem difícil e extremamente difícil);

Supervisão familiar: avaliado pelo item “Quando você sai de casa, com que frequência seus pais ou responsáveis sabem onde você vai e com quem você está? ”, com opção de resposta do *sempre até nunca*.

Variável de desfecho

Escala de Depressão: foi utilizado o Inventário de Depressão Infantil (CDI), que é um instrumento de rastreamento na identificação de crianças e adolescentes com alterações afetivas, de humor, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de autoavaliação e de outras condutas interpessoais (Coutinho, 2005). O CDI surgiu inicialmente nos Estados Unidos, compreendendo uma adaptação do Inventário Depressão de Beck - BDI. Foi elaborado por Kovács (1983) e propõe mensurar sintomas depressivos em jovens de 7 a 17 anos, por meio de autoaplicação. Na versão original, o instrumento consta de 27 itens distribuídos entre os sintomas afetivos (sentimento de tristeza, medo, não gostar de si mesmo, vontade de chorar, sentir-se feio, solidão, e sentimentos de não ser amado – itens 01, 06, 07, 10, 13, 16, e 19), cognitivos (pessimismo, avaliação negativa das próprias habilidades, ideação suicida, culpa, preocupação, e competência – itens 02, 03, 08, 09, 11 e 18), somáticos (dificuldades em dormir e perda de energia – itens 14 e 15) e de conduta (lazer, comportamentos hostis, isolamento, interação escolar, e obediência – itens 04, 05, 12, 17 e 20) (KOVÁCS, 1983).

A versão utilizada aqui é a forma ajustada com 27 itens, cada um contendo três opções de respostas, das quais a criança ou o adolescente seleciona a que melhor descreve seus sentimentos nas duas últimas semanas, o que indicará seu grau de depressão (COUTINHO, 2005; GOUVEIA et al., 1995). Cada resposta do instrumento possui um valor correspondente que varia de 0 a 02 pontos (a=0, b=1, c=2), sendo o somatório total dos valores das respostas o

escore a ser considerado. Das três opções, uma refere-se à normalidade, outra, à severidade dos sintomas e outra, à enfermidade clínica mais significativa, ou seja, valores altos indicam ter sintomas depressivos, produzindo um escore total que pode variar de 0 a 54. São computados escores T (a soma do escore total é padronizado para ter média de 50 e desvio de 10, $T=50+10z$), em que as crianças com escore maior de 65 são consideradas clínicas. Essa medida vem apresentando bons parâmetros psicométricos na versão adaptada e normatizada por Gouveia et al. (1995), com um índice de consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,81 (COUTINHO, et al., 2008).

Covariáveis

Perfil sociodemográfico: Variáveis sexo (masculino e feminino), cor da pele autorreferida (branca e negra/parda/amarela/indígena) e estrato socioeconômico. Para aferição do estrato social da família, utilizou-se o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa que tabula indicadores como banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar roupas e grau de instrução do chefe da família, o que gerou os estratos: A/B (equivalente às classes de renda mais alta) e C/D/E (classes de baixa renda) (ABEP, 2010).

Quadro de Posse de itens – Pontuação/Classificação – ABEP 2012

ITENS	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Nomenclatura Atual Grau de Instrução do chefe de família	Pontos
Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior Completo	8

Cortes do Critério Brasil/Classe Pontos/Classe	Pontos
A1	42-46
A2	35-41
B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17
D	8-13
E	0-7

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org
 Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2011 - IBOPE

4.5. Processamentos dos dados

A inserção das informações objetivas dos questionários (múltipla escolha) no banco de dados foi feita pela digitalização dos questionários no programa *Scandall 21*, com o escâner Marca FUJITFU, modelo FI6130 fabricado nos Estados Unidos. As questões abertas foram digitadas em planilha no *Microsoft Excel* por digitador experiente. Posteriormente, os dados foram exportados e consolidados no software *Statistical Package for Social Sciences- SPSS* versão 22 e analisados pelo *software R* versão 4.1.1, *R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https://www.R-project.org/.*

Foram retirados do banco (*missing values*) os participantes que não responderam a pelo menos uma questão das escalas de EAI e sintomas depressivos.

4.6. Análise Estatística

A análise exploratória dos dados envolveu a realização de frequências de variáveis qualitativas (frequências absolutas e relativas) e medidas resumo de variáveis quantitativas (média, mediana, quartis e desvio padrão). Para verificar a associação das variáveis

qualitativas (por exemplo, experiências adversas segundo variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos), foi utilizado o teste de Wald.

Por se tratar de uma amostra complexa, todas as análises foram feitas utilizando a biblioteca *survey* do pacote estatístico *R 4.0.2* incorporando o peso e plano amostral.

A descrição dos demais métodos encontram-se a seguir.

A **Análise de Correspondência Múltipla (ACM)** foi utilizada no **artigo 1**. É uma das técnicas de análise multivariada para dados categóricos. É utilizada para explorar geometricamente a relação entre linhas e colunas de uma tabela de contingência em um espaço, de modo que a proximidade no espaço indique uma relação ou correspondência entre as mesmas. Permite, ainda, a visualização gráfica das relações entre as diversas categorias das variáveis, a fim de reduzir dimensionalidade com a identificação de grupos que apresentam os mesmos padrões e, portanto, maior proximidade geométrica. A grande vantagem da ACM é a não realização de suposições a priori sobre a distribuição dos dados (Husson; J., 2010).

A redução da dimensionalidade na análise de correspondência consiste em obter um sistema de coordenadas para representação dos objetos em uma projeção plana, para isso, a inércia total da distribuição dos objetos no espaço multiplano poderá ser decomposta como inércias parciais para cada dimensão obtida (BLASUS et al., 2009). Dessa forma, há o conhecimento da quantidade da inércia total que está sendo explicada por uma dada dimensão.

A inércia é uma medida da associação (representada pela quantidade de variância) entre duas variáveis categóricas. A inércia total (somatório das inércias de cada dimensão) pode ser calculada como o valor da estatística qui-quadrado dividida pelo número de casos. O quociente entre a inércia de cada dimensão e a inércia total (normalização) dá a proporção de variância explicada pela dimensão. O quadrado de cada autovalor representa a inércia de cada dimensão e a soma dos quadrados de cada autovalor representa a inércia total. A inércia pode ser calculada por diversos métodos, por exemplo, pela matriz de Burt ou pela inércia ajustada. O número de dimensões a serem escolhidas é determinado pelo *screeplot* das inércias, ao observar o número de dimensões a partir do qual a contribuição da inércia torna-se aproximadamente constante.

O objetivo final da análise de correspondência é reduzir a dimensionalidade da nuvem de dados com o mínimo possível de perda de informação, ou seja, retendo o máximo possível da inércia (variabilidade). Essa nuvem é visualizada por gráficos de dispersão bidimensionais das coordenadas de cada categoria de cada variável em duas dimensões. Embora gráficos de mais dimensões possam ser utilizados, a maioria dos autores acaba por não utilizá-los. Uma

alternativa é utilizar a matriz das coordenadas do número de dimensões escolhidas em uma análise de cluster, a fim de corroborar a redução da dimensionalidade (CARVALHO & STRUCHINER, 1992.)

O **artigo 2** baseia-se na aplicação do modelo de regressão logística múltipla, que consiste em uma técnica estatística que tem como objetivo produzir, a partir de um conjunto de observações, um modelo que permita a predição de valores tomados por uma variável desfecho categórica, frequentemente binária, a partir de uma série de variáveis explicativas contínuas e/ou categóricas. Na regressão logística, a variável dependente usualmente tem duas categorias. Em geral, a ocorrência do evento de interesse é codificada como “1” e a ausência como “0”. Logo, o objetivo do modelo logístico é estimar a proporção de um desfecho **p** para uma combinação linear das variáveis independentes (Hosmer Jr, D. & Lemeshow, S., 2000).

$$P(Y = 1) = \frac{1}{1 + e^{-g(x)}} \quad \text{Onde, } g(x) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_t x_t$$

[...] “a regressão logística, assim como análise de frequência múltipla, pode ser utilizada para ajustar e comparar modelos. O modelo mais simples inclui apenas a constante e nenhum dos preditores. O modelo mais complexo (e melhor ajustado) inclui a constante, todos os preditores e, talvez, interações entre os preditores. O investigador usa testes de qualidade do ajuste para escolher o modelo que faz o melhor trabalho de previsão com o menor número de preditores” (Tabachnick, Fidell & Ullman, 2007, p.439).

Na regressão logística, a variável dependente (desfecho) segue a distribuição Binomial. Portanto, é preciso conectar as variáveis independentes à distribuição Binomial presente na variável dependente. Uma das funções mais utilizadas é a função *Logit*, utilizada no artigo 2. A razão de probabilidades é chamada de chance ou *odds* em inglês e seu logaritmo natural, o *Logit* (Wooldridge, 2010). Outra função é a função *probit*. O *probit* utiliza função de distribuição específica para a realização do cálculo da probabilidade, que são, respectivamente, a logística e a normal. Sua interpretação não permite utilizar uma medida síntese de proporção ou *odds*, sendo interpretado somente na escala original do *probit*. (Wooldridge, 2010).

A interpretação dos coeficientes é realizada de acordo com a ligação com o desfecho. Por exemplo, no caso do *logit*, cada variação em β impacta no *logit* (p). Para facilitar a interpretação, é utilizada a exponenciação dos coeficientes, que pode ser interpretada diretamente como *Odds Ratio*, ao utilizar a função *logit*.

Diversos métodos podem ser utilizados para a seleção das variáveis a compor o modelo logístico múltiplo. O mais conhecido é o teste dos coeficientes ou **teste de wald**, em que se

verifica a significância dos coeficientes do modelo estimado, ao testar se cada coeficiente é significativamente diferente de zero. Deste modo, o teste de *wald* verifica se uma determinada variável independente possui uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente.

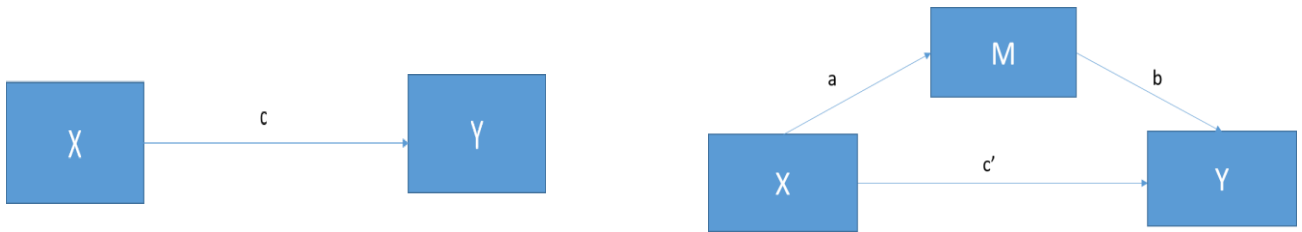
Para avaliar a qualidade do ajuste do modelo aos dados observados, procede-se à avaliação de qualidade de ajuste. Isso pode ser feito a partir da comparação do modelo nulo (apenas intercepto) com o modelo que incorpora as variáveis independentes. Uma diferença estatisticamente significativa entre os modelos indica que as variáveis explicativas ajudam a prever a ocorrência da variável dependente (Hosmer Jr, D. & Lemeshow, S., 2000).

No **artigo 3**, foi utilizada a modelagem de equações estruturais (SEM). Este método traz uma série de regressões conjuntas para estimar padrões diretos e indiretos (mediados), a fim de estimar efeitos que representam o impacto da variável de exposição na variável de resposta (Hair et al., 2009). A função de ligação varia em função do desfecho; quando em uso de desfecho binário, o método permite a utilização da função de ligação *probit*.

É uma técnica multivariada utilizada quando se tem relações causais mais complexas entre as variáveis, com relações bidirecionais, constructos ou quando se deseja testar a estrutura de uma escala (análise fatorial confirmatória). Uma das relações que o SEM permite é a avaliação de mediação. A análise de mediação testa uma cadeia causal hipotética em que uma variável X afeta uma segunda variável M e, por sua vez, essa variável afeta uma terceira variável Y. Os mediadores descrevem o como ou o porquê de uma relação (tipicamente bem estabelecida) entre duas outras variáveis são, às vezes, chamadas de variáveis intermediárias, pois geralmente descrevem o processo pelo qual um efeito ocorre. Isso também é, às vezes, chamado de efeito indireto.

Baron & Kenny (1986) apresentam os passos básicos para a análise de mediação, que é composta por três conjuntos de regressão: $X \rightarrow Y$ (Modelo de Efeito Total), $X \rightarrow M$ (efeito indireto) e $X + M \rightarrow Y$ (o efeito direto de X em Y após controlar para M). O objetivo da análise de mediação é estimar uma partição do efeito total em um efeito indireto da exposição no desfecho via mediação e um efeito direto da exposição no desfecho (Baron & Kenny, 1986;

Muthén, 2016). Se existir um efeito via mediação (efeito indireto), a proporção entre o efeito indireto e total será razoável



Modelo Básico de Mediação.

c = o efeito total de X em Y $c = c' + ab$ c' = o efeito direto de X em Y após controlar para M ; $c' = c - ab$
 ab = efeito indireto de X em Y . Baron, R., & Kenny, D. (1986)

A tese é apresentada em formato de três artigos científicos, que serão apresentados detalhadamente na seção de Resultados.

4.7. Apresentação dos artigos

O **artigo 1** tem como objetivo conhecer os padrões de relação entre as experiências adversas de vida, características sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico) e sintomas depressivos. O método baseia-se na análise de correspondência múltipla (ACM), que é uma técnica de análise exploratória de dados multivariados que permite a visualização das relações mais importantes de um grande conjunto de variáveis qualitativas, sem uma estrutura definida a priori. Os resultados desta análise foram apresentados por meio de gráficos em que todas as categorias das variáveis envolvidas são apresentadas em conjunto, permitindo assim visualizar mais facilmente as relações entre elas.

O **artigo 2** tem como foco os fatores de proteção (dimensões de apoio social, resiliência, religião, relacionamento com a mãe, irmãos e amigos e supervisão dos pais ou responsáveis) tendo os sintomas de depressão como desfecho. Tem como objetivo analisar a associação dos fatores de proteção (apoio social, resiliência, religião, relacionamento familiar/amigos e a supervisão familiar) com sintomas depressivos em adolescentes escolares, controlados pelo sexo e cor de pele. O método baseia-se no modelo de regressão logística múltipla, em que as variáveis sociodemográficas e os fatores de proteção são as variáveis de exposição e os sintomas depressivos, o desfecho. As análises foram corrigidas para os pesos e plano amostral. Fatores de confusão (sexo e cor da pele) foram incluídos nos modelos e ajustados.

O *artigo 3* analisa o efeito do acúmulo de experiências adversas na infância (EAI) e sintomas depressivos na adolescência, a fim de compreender o papel mediador do apoio social nessa relação. A prevalência dos sintomas depressivos foi estimada e a frequência absoluta e relativa das variáveis de EAI e Covariáveis foram descritas. Foi criado um escore para cada dimensão de EAI (socioeconômica, familiar e comunitária) e um escore único com o somatório total dos itens, bem como fornecidas as medidas resumos (média, mediana, quartis e desvio padrão). Foi utilizada a modelagem de equações estruturais (SEM) para investigar a associação entre EAI e sintomas depressivos e mecanismos mediadores potenciais. O modelo de equações estruturais para desfecho binário (regressão logística binária com função de ligação probit) foi utilizado para avaliar os efeitos de exposição de cada dimensão e do escore total de EAI no desfecho depressão. As variáveis de exposição (EAI) foram tratadas como variáveis ordinais. Foram ajustados modelos simples e múltiplo, em que os efeitos dos EAI foram controlados pelas variáveis de confusão sexo (masculino e feminino) e cor da pele autorreferida (branca e negra/parda/amarela/indígena), além de considerar a variável apoio social como variável mediadora no modelo múltiplo.

4.8. Questões Éticas

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, tendo os diretores das escolas e os pais/responsáveis assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os próprios adolescentes assinado o Termo de Assentimento. O título do projeto original é “ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO EM ADOLESCENTES”. O estudo "O impacto da violência e de outros eventos adversos com escolares de um município do Estado do Rio de Janeiro”, coordenado pela pesquisadora Joviana Quintes Avanci, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (CAAE: 0057.0.031.000-09). O projeto de pesquisa sobre o qual se baseia esta tese foi submetido à apreciação do CEP da Escola Nacional de Saúde Pública, que aprovou sua realização sob o CAAE: 50920721.0.0000.5240.

5. RESULTADOS

5.1 Artigo 1(publicado no periódico Cadernos de Saúde Pública)

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ARTIGO
ARTICLE

Experiências adversas na infância, características sociodemográficas e sintomas de depressão em adolescentes de um município do Rio de Janeiro, Brasil

Adverse childhood experiences, sociodemographic characteristics, and depressive symptoms in adolescents in a municipality in Rio de Janeiro, Brazil

Experiencias adversas en la infancia, características sociodemográficas y síntomas de depresión entre adolescentes de un municipio de Río de Janeiro, Brasil

Célia Regina de Andrade ¹
Joviana Quintes Avanci ¹
Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira ²

doi: 10.1590/0102-311XPT269921

Resumo

O objetivo foi identificar os padrões das experiências adversas na infância entre adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo características sociodemográficas (sexo, cor da pele e estrato socioeconômico) e sintomas depressivos. Caracteriza-se por um desenho transversal com amostra de 1.117 adolescentes escolares de 13 a 19 anos do Município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. A depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão Infantil e foram investigadas experiências adversas na infância. A análise envolveu análises bivariadas e análise de correspondência múltipla (ACM) das experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico) e sintomas depressivos. Os resultados mostram a organização de oito grupos composto por: meninas e adolescentes de estrato social mais baixo e experiências adversas na infância relacionadas ao ambiente; meninos, ser de estrato social mais alto e não ter vivido experiências adversas na infância; adolescentes com sintomas de depressão e experiências adversas na infância dirigidas fisicamente a eles/família; adolescentes de cor de pele branca, sem sintomas de depressão e que não vivenciaram experiências adversas na infância; adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena que vivenciaram experiências adversas na família e na comunidade; adolescentes que perderam pai e mãe por morte, e falta de comida em casa; adolescentes que vivenciaram violência psicológica; e adolescentes que vivenciaram experiências sexuais envolvendo seus pais. Os achados alertam para a necessidade de olhar com atenção e o mais cedo possível para a exposição de experiências adversas na infância de forma a cuidar, intervir e mitigar os efeitos negativos no momento atual, no curso de vida e em gerações futuras.

Experiências Adversas da Infância; Depressão; Adolescente

Correspondência

C. R. Andrade
Rua Dom Emanuel Gomes 210, Rio de Janeiro, RJ
21940-350, Brasil.
reginaandrade61@gmail.com

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrição, desde que o trabalho original seja devidamente citado.

Cad. Saúde Pública 2022; 38(6):e00269921

Resumo

O objetivo foi identificar os padrões das experiências adversas na infância entre adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo características sociodemográficas (sexo, cor da pele e estrato socioeconômico) e sintomas depressivos. Caracteriza-se por um desenho transversal com amostra de 1.117 adolescentes escolares de 13 a 19 anos do Município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. A depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão Infantil e foram investigadas experiências adversas na infância. A análise envolveu análises bivariadas e análise de correspondência múltipla (ACM) das experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico) e sintomas depressivos. Os resultados mostram a organização de oito grupos composto por: meninas e adolescentes de estrato social mais baixo e experiências adversas na infância relacionadas ao ambiente; meninos, ser de estrato social mais alto e não ter vivido experiências adversas na infância; adolescentes com sintomas de depressão e experiências adversas na infância dirigidas fisicamente a eles/família; adolescentes de cor de pele branca, sem sintomas de depressão e que não vivenciaram experiências adversas na infância; adolescentes de cor de pele preta/parta/amarela/indígena que vivenciaram experiências adversas na família e na comunidade; adolescentes que perderam pai e mãe por morte, e falta de comida em casa; adolescentes que vivenciaram violência psicológica; e adolescentes que vivenciaram experiências sexuais envolvendo seus pais. Os achados alertam para a necessidade de olhar com atenção e o mais cedo possível para a exposição de experiências adversas na infância de forma a cuidar, intervir e mitigar os efeitos negativos no momento atual, no curso de vida e em gerações futuras.

Experiências Adversas da Infância; Depressão; Adolescente

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência

C. R. Andrade

Rua Dom Emanuel Gomes 210, Rio de Janeiro, RJ 21940-350,
Brasil. reginaandrade61@gmail.com

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

Experiências adversas na infância são potenciais estressores que afetam a saúde e o bem-estar infanto-juvenil com repercussões até a vida adulta, aumentando a chance de desfechos negativos para saúde física e mental, inclusive morte precoce 1,2. A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza as experiências adversas na infância como fontes de estresse na infância e adolescência e enumera os seguintes eventos como parte do conjunto de adversidades prejudiciais: perdas interpessoais (morte dos pais e divórcio); ambiente familiar disfuncional (problemas de saúde mental dos pais, abuso de substâncias parental, criminalidade e violências); maus tratos (violência física, psicológica e sexual e negligências); doenças; dificuldades econômicas; violência entre pares (bullying); violência comunitária e coletiva (conflitos e guerras) 3.

As experiências adversas na infância são circunstâncias de vida quantificáveis, mas cheias de sentidos e significados, que requerem adaptação fisiológica e psicossocial e, portanto, com potencial para produzir significativo estresse e impacto na vida 4. Crianças e adolescentes podem ser ainda mais vulneráveis às suas repercussões negativas, pois a exposição precoce à adversidade pode impactar a forma com que vão lidar com as situações de estresse no decorrer da vida, alterando a sensibilidade da resposta ao estresse e o risco de resultados negativos 4. Evidências sugerem que meninas podem ser mais suscetíveis aos efeitos de estressores interpessoais, oriundos de sua rede social mais próxima, e terem mais dificuldades em lidar com adversidades; enquanto os meninos são mais expostos às adversidades oriundas do meio comunitário 5,6. O efeito da adversidade depende, sobretudo, da idade da pessoa no momento da exposição 7.

Contudo o estresse agudo (intenso, curto e passageiro) decorrente de um evento de vida estressante nem sempre ocasiona efeitos negativos 8. Por outro lado, exposições fortes, duradouras e/ ou repetidas de adversidades, que se acumulam, tendem a ser extremamente tóxicas e nocivas 8,9, e associadas a importantes problemas de saúde mental na infância e adolescência 10. Acrescido a isso, constata-se a exposição a maior número eventos estressantes em um curto período de tempo, anterior ao desenvolvimento do quadro depressivo e outros transtornos mentais 11.

A depressão é um transtorno relativamente comum na adolescência, com prevalências mundiais entre 5,9% e 12,5% 12 e estimativas brasileiras em torno de 5% a 20% 12, dependendo da definição operacional utilizada. Afeta mais as meninas do que os meninos e está associada a dificuldades no desempenho escolar, suicídio e problemas no funcionamento social 13. Em adultos, estima-se que aqueles que desenvolvem depressão têm 2,5 a 9,4 vezes mais probabilidade de ter experimentado um evento estressante importante na vida antes do início do quadro depressivo 14. Entre pessoas com sintomas de depressão, as experiências adversas na infância estão associadas a maior gravidade dos sintomas, maior duração do transtorno e maior probabilidade de recaída 15,16. Além de implicações neurobiológicas, o acúmulo de eventos de vida tem se evidenciado como clinicamente relevante.

É consenso que as experiências adversas na infância são extensivas, impactantes e podem ser persistentes, com peculiaridades segundo as questões de gênero, características étnico-raciais e situação socioeconômica, as quais se sobrepõem e impõem sequências causais de risco e vulnerabilidades. Esses marcadores estabelecem circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com as doenças 17,18. Neste ponto, o conceito de interseccionalidade dialoga com a complexidade e as nuances do quadro de desvantagens cumulativas de adolescentes segundo cor de pele, sexo e status socioeconômico, que podem se refletir na maior ou menor exposição de experiências adversas na infância e, conseqüentemente, com reflexos na saúde mental 19,20. Chor 21 enfatiza que a interação entre formas de desigualdade nas características étnico-raciais, de classe social e gênero podem criar grupos de risco.

A partir de uma perspectiva que alia discussão das experiências adversas (experiências adversas na infância), marcadores sociais e depressão em adolescente, este artigo busca conhecer os padrões de relação das experiências adversas na infância entre adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo características sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico) e sintomas depressivos.

Método

População do estudo

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com 1.117 estudantes do curso diurno do nono ano das escolas públicas (municipais e estaduais) e particulares do Município de São Gonçalo, no ano de 2010. A cidade estudada está localizada a cerca de 20km da capital, com população estimada em 1.091.737 habitantes para o ano de 2020 22. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São Gonçalo é 0,739, e a dimensão que mais contribui para o IDHM é longevidade, com índice de 0,833, seguida de renda e educação, com índices de 0,711 e 0,681, respectivamente. A população de adolescentes (entre 10 e 19 anos) representa 16% da população do município e, em 2019, a taxa de mortalidade infantil era de 14,47 a cada mil nascidos vivos 22.

A amostra foi composta por 14 estratos, que foram constituídos segundo as sete áreas de planejamento do município e de acordo com a natureza da instituição (pública ou particular), buscando a representatividade socioeconômica (natureza da instituição) e espacial (áreas de planejamento) da amostra analisada. A amostra foi dimensionada para obter estimativas de proporção, com erro absoluto de 1,3%, nível de 95% de confiança e proporção de 2,3%. Utilizou-se amostragem por conglomerados em dois estágios: escolha aleatória das escolas e turmas. Participaram da amostra 43 escolas públicas e 30 particulares, com duas turmas por escola.

Instrumento

O questionário autopreenchível e anônimo foi aplicado, de forma coletiva e por turma, por equipes previamente treinadas, durando em média 60 minutos. A aplicação do questionário foi feita por duplas de pesquisadores, sendo um deles psicólogo, de forma a apoiar algum adolescente que, porventura, se mostrasse mais sensibilizado. O questionário foi pré-testado no município em quatro escolas da rede pública (51 questionários coletados) e três da rede privada (46 questionários preenchidos). A seguir estão detalhadas as medidas utilizadas neste estudo.

- a) Perfil sociodemográfico: sexo (masculino e feminino), cor da pele autorreferida (brancos e negra/parda/amarela/indígena) e o estrato socioeconômico (definido pelo nível de escolaridade do chefe da família e pela posse de bens no domicílio – estratos: A/B e C/D/E) ²³.
- b) Experiências adversas na infância: itens de duas escalas: (1) eventos de vida traumáticos de Steinberg ²⁴: estar em desabamento; desastre, incêndios, enchentes; acidente grave; conflito armado ou tiroteio; ele próprio/familiar apanhar, levar um soco ou chute em casa; ser espancado, levar tiro ou ser ameaçado; testemunhar espancamento, ver alguém levar tiro ou ser morto; ver um cadáver em sua cidade; ter partes sexuais íntimas tocadas por adulto; ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; ter recebido um tratamento médico assustador e doloroso num hospital quando você estava muito doente ou seriamente ferido; outra situação assustadora, perigosa ou violenta. Numa amostra norte-americana, o instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,78 para o escore total, bem como confiabilidade teste-reteste variando de 0,94 a 0,97 entre as versões de pais, adolescentes e crianças ²⁵; e (2) escala de Trombeta & Guzzo ²⁶, com os seguintes itens: desemprego de um dos pais/responsável; problemas financeiros sérios na família; falta comida em casa; mora ou já morou amontoado, sem espaço; problemas médicos sérios de familiares; problema físico ou mental na família; alguém na família indiciado ou preso; morte de pai ou mãe; parente próximo que morreu; problema de álcool ou droga na família; experiência sexual que envolveu os pais; discriminação pela cor de pele; separação de amigos por briga ou morte; ver alguém ser gravemente ferido; viver em perigo ou insegurança na vizinhança; ter a casa assaltada ou roubada.
- c) Violência severa da mãe e do pai contra o adolescente: utilizada a *Escala Tática de Conflitos*, desenvolvida por Straus ²⁷ e validada para a população brasileira ²⁸. Engloba atos de chutar, morder ou dar murros, espancar, ameaçar ou, efetivamente, usar arma de fogo ou arma branca. Uma ou mais resposta positiva caracteriza a presença de violência. Obteve-se consistência interna satisfatória para violência física cometida pelo pai ($\alpha = 0,69$) e pela mãe ($\alpha = 0,73$) contra a criança.
- d) Violência psicológica ^{29,30}: se caracteriza por 18 itens sobre atos de humilhação, críticas excessivas e uso de palavras depreciativas cometidos por pessoas significativas contra o adolescente. Originalmente, foi verificado alfa de Cronbach de 0,94, ICC (coeficiente de correlação intraclasse) de 0,82; a análise fatorial apresentou estrutura de fator com grau de explicação de 43,5% da variância ³¹ e testada quanto à validade de constructo, com correlação positiva com sofrimento psíquico (*Self Report Questionnaire – SRQ-20*) ³¹, violência cometida pela mãe e entre pais ²⁸. Neste trabalho, o kappa variou entre 0,395 e 0,683 e o alfa de Cronbach encontrado foi de 0,930.
- e) Violência na escola e na localidade: empregada a *Escala de Violência na Escola e na Comunidade* do Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (Ilanud/ONU) ^{32,33}. Avaliou a vitimização do adolescente na escola e localidade no último ano ocasionada por: sofrer humilhação, ameaça ou agressão, ter objetos danificados propositalmente por alguém, conviver com pessoas portando armas brancas ou de fogo, ser furtado ou roubado. Pelo menos um item positivo caracteriza o adolescente como vítima de violência no contexto correspondente. O coeficiente de Kuder-Richardson foi de 0,52 para violência escolar e 0,57 para violência comunitária, o que é aceitável diante do baixo número de itens em cada escala.
- f) Violência entre os pais (ou padrasto/madrasta) e entre os irmãos: em que cada uma foi avaliada por brigas entre si a ponto de se machucarem e humilharem. Uma ou mais resposta positiva em cada relação torna um caso na vitimização aferida ³⁴.
- g) *Inventário de Depressão Infantil* (CDI): utilizou-se a forma normatizada por Gouveia ³⁵ e elaborada por Kovács ³⁶, que constitui uma adaptação do BDI (*Inventário de Depressão de Beck*), com bons parâmetros psicométricos ³⁷. É composto por 27 itens com três opções de respostas, das quais a criança/ adolescente seleciona a que melhor descreve seus sentimentos nas duas últimas semanas. Tem sido utilizada enquanto instrumento de triagem na identificação de alterações afetivas, de humor, capacidade hedônica, funções vegetativas, auto avaliação e outras condutas interpessoais.

Análise dos dados

Inicialmente, foram descritas as frequências absoluta e relativa das variáveis, incluindo a associação dos itens das experiências adversas na infância e violências segundo características sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico), comparando as proporções por meio do teste Wald. Foram considerados peso, plano amostral e nível de 5% de significância.

Com as variáveis selecionadas pelo teste de Wald e aquelas de relevância teórica, foi empregada a análise de correspondência múltipla (ACM) das experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico) e depressão. A ACM permite a visualização gráfica das relações entre as diversas categorias das variáveis, a fim de reduzir dimensionalidade com a identificação de grupos que apresentam os mesmos padrões e, portanto, maior proximidade geométrica. A grande vantagem da ACM é a não realização de suposições a priori sobre a distribuição dos dados. O caráter descritivo do método não permite a incorporação do plano amostral, entretanto o desenho amostral do tipo PPT (amostragem proporcional ao tamanho) sistemática não introduz diferenças importantes na estimação da variância ³⁸. A ACM foi realizada em duas etapas: (1) exploração da dimensionalidade as experiências adversas na infância (incluindo as violências) e as variáveis sociodemográficas; (2) além das experiências adversas na infância, foram incluídas as variáveis sociodemográficas (sexo, cor/raça e estrato socioeconômico) como variáveis ativas e a variável de sintomas depressivos como variável suplementar, com a intenção de verificar sua inserção nos grupos já formados. Na solução final, foram extraídas as contribuições e coordenadas correspondentes ao número de dimensões que maximiza a inércia no método conhecido como ajuste das inércias. O número de dimensões foi determinado pelo *scree plot* das inércias. Na interpretação dos dados foi fornecido o gráfico bidimensional formado pelas coordenadas de cada categoria nas duas primeiras dimensões, além das contribuições de cada variável por dimensão.

A seguir, realizou-se a análise de aglomerados das coordenadas obtidas na ACM para as dimensões indicadas no *scree plot*, com o objetivo de confirmar os agrupamentos visualizados pela ACM. A principal vantagem é a visualização, em um único gráfico, do agrupamento em várias dimensões. Na realização da análise de aglomerados, empregou-se o método de aglomeração hierárquico denominado *average*, sendo os resultados apresentados em dendogramas. Foram aplicados os pacotes *foreign*, *ca*, *dendextend*, *factoextra* e *tableone* do software R, versão 4.0.2 (<http://www.r-project.org>).

Questões éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz; CAEE: 50920721.0.0000.5240). A direção das escolas e um dos responsáveis dos adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os adolescentes participantes assinaram Termo de Assentimento.

Resultados

Dos 1.117 adolescentes participantes, mais da metade (62,5%) tem menos de 14 anos de idade, pertence à rede privada de ensino (62,1%), é do sexo feminino (64,7%), se auto referiu de cor da pele negra/ parda (56,4%), é de famílias pertencentes ao estrato socioeconômico A/B (61,7%) e vive com o pai e a mãe juntos (56,5%). Das 33 experiências adversas na infância/violências pesquisadas, praticamente todos entrevistados (99%) relataram ter vivido pelo menos uma adversidade e, em média, oito experiências são relatadas por cada adolescente, variando de 0 a 24 eventos vividos por cada adolescente.

A Tabela 1 mostra que a morte, doenças e acidentes de familiar; o desemprego de um dos pais e a violência entre os irmãos são as experiências adversas mais citadas pelos adolescentes estudados. Meninos relatam maior exposição de acidente grave; de espancamento; levar um tiro ou ser ameaçado de ser seriamente machucado em sua cidade; ver um cadáver em sua cidade e ter recebido tratamento médico doloroso e assustador em um hospital devido à doença ou lesão grave. Já as meninas mencionam mais ter recebido a notícia da morte violenta ou o ferimento grave de um ente querido. Em relação à cor de pele, mais adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena receberam a notícia da morte violenta ou ferimento grave de um ente querido. Quanto ao estrato socioeconômico, testemunhar um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa se mostrou associado a adolescentes de estrato social mais baixo (C/D/E), em comparação aos de estratos A/B.

As meninas parecem mais vulneráveis às experiências adversas no contexto da família: relatam mais ter um de seus pais ou responsável desempregado, ter problemas financeiros sérios na família, ter familiar indiciado ou preso e ter algum parente próximo que morreu. Ter alguém da família indiciado ou preso se mostrou associado significativamente com adolescentes de cor de pele preta/parda/ amarela/indígena, em comparação aos brancos. As diferenças entre os estratos socioeconômicos mostraram a maior vulnerabilidade do grupo em maior desvantagem social (C/D/E) nas seguintes experiências: desemprego de um dos pais,

problemas financeiros sérios, falta comida em casa, mora amontado/sem espaço e morte de pai ou mãe. Já ter tido relação com os pais envolvendo uma experiência sexual se mostrou associada estatisticamente com jovens de estrato social mais elevado. Quanto às experiências adversas no contexto da comunidade, nota-se que já ter se separado de algum amigo (a) próximo (a) por brigas ou pela morte dele (a) foi mais presente entre as meninas, ao passo que ter visto alguém ser gravemente ferido se destacou entre os meninos. Adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/índigena relatam mais se sentirem discriminados (as) pela sua cor de pele, verem alguém ser gravemente ferido e viverem em situação de perigo e insegurança na vizinhança ($p < 0,05$). Em relação ao estrato socioeconômico, nenhuma dessas experiências se mostrou estatisticamente significativa. No que se refere às violências, em comparação aos meninos, as adolescentes do sexo feminino são mais expostas à violência psicológica e à violência que ocorre entre seus pais. Não foram encontradas diferenças quanto à cor de pele e estrato socioeconômico (Tabela 1).

A ACM com as 21 experiências adversas na infância significativas nas associações com variáveis sociodemográficas (sexo, cor da pele e estrato socioeconômico) (Tabela 1), além das selecionadas pela relevância teórica (problemas médicos sérios com familiares, violência severa da mãe contra o adolescente, violência severa do pai contra o adolescente e violência entre irmãos), mostraram 74,1% de variância explicada pelas inércias em duas dimensões. Oito grupos foram encontrados pela ACM, que foram confirmados na análise de *cluster* (Figuras 1 e 2): grupo 1 – meninas e adolescentes de estrato social mais baixo e experiências adversas na infância mais relacionadas ao ambiente familiar: alguém da família indiciado ou preso, violência entre os pais, problema de álcool ou drogas na família, separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele e pai/responsável desempregado; grupo 2 – composto somente pelos jovens do sexo masculino; grupo 3 – adolescentes que vivenciaram experiências adversas de natureza mais física e dirigidas diretamente a eles/família, ou seja, ver um familiar apanhar/levar um soco ou chute forte em casa, vivenciar violência severa da mãe e do pai, estar em um acidente grave de carro, ser espancado, levar um tiro ou ser ameaçado e ter recebido tratamento médico assustador e doloroso num hospital; grupo 4 – adolescentes de estrato social mais alto (A+B), de cor de pele branca e que não vivenciaram experiências adversas com ele mesmo, nem no ambiente familiar e nem na localidade; grupo 5 – adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/índigena que vivenciaram experiências adversas na família e na comunidade: problemas médicos sérios de familiares, parente próximo que morreu, violência entre irmãos, ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido, violência na comunidade, ver alguém ser gravemente ferido e ver um cadáver em sua cidade; grupo 6 – adolescentes que perderam pai e mãe por morte, e falta de comida em casa; grupo 7 – adolescentes que vivenciaram experiências sexuais envolvendo seus pais; grupo 8 – adolescentes que vivenciaram violência psicológica. Os grupos 2, 6, 7 e 8 são constituídos por apenas dois ou um evento.

A segunda ACM adicionou a depressão como variável suplementar à análise anterior. Os oito grupos da ACM com duas dimensões (74,1% de inércia) são apresentados na Figura 3 e foram confirmados na análise de *cluster* com as coordenadas das duas dimensões da ACM (Figura 4).

Nas Figuras 3 e 4, a depressão se mantém próxima a algumas experiências adversas, violências e ao perfil sociodemográfico. Em comparação aos achados da Figura 1, apenas os grupos 2, 3 e 4 tiveram mudança na sua caracterização, e os grupos 1, 5, 6 e 7 mantiveram a mesma configuração da Figura 2. O grupo 2 ficou assim constituído: meninos, ser de estrato social mais alto (A+B) e não ter vivido algumas experiências adversas como: ausência de problemas médicos sérios de familiares; pai/responsável desempregado e ter parente próximo que morreu; grupo 3 – adolescentes com sintomas de depressão e experiências adversas na infância dirigidas fisicamente a eles/família, como ver um familiar apanhar/levar um soco ou chute forte em casa, adolescentes que vivenciaram violência severa da mãe e do pai, estar em um acidente grave de carro, ser espancado, levar um tiro ou ser ameaçado e ter recebido tratamento médico assustador e doloroso num hospital; grupo 4 – adolescentes de cor de pele branca, sem sintomas de depressão e que não vivenciaram experiências adversas.

Tabela 1

Perfil das experiências adversas e violências de 1.117 adolescentes escolares conforme sexo, cor de pele e estrato socioeconômico. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

Experiências adversas (Steinberg ²⁴) e no contexto da família (Trombeta & Guzzo 26)	Sexo		Cor de pele			Estrato socioeconômico		Valor de p	
	Feminino	Masculino	Branca	Preta/Parda/Amarela/Indígena	A+B	C+D+E	Valor de p		
	(N = 723) % *	(N = 394) % *	(N = 426) % *	(N = 673) % *	(N = 385) % *	(N = 239) % *			
Desabamento que destruiu seriamente o local em que você estava	5,0	7,5	0,125	4,9	6,6	0,146	4,4	6,1	0,444
Desastres, como incêndios, tornados, enchentes ou furacão	12,2	13,7	0,543	12,2	13,4	0,610	14,0	14,8	0,763
Acidente grave, como um acidente de carro muito sério	9,5	16,5	< 0,001	10,3	13,1	0,151	14,9	13,9	0,733
Conflitos armados (tiroteios) estavam acontecendo ao seu redor	34,3	39,7	0,056	35,8	36,9	0,671	36,6	38,0	0,719
Apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa	20,1	19,1	0,684	18,7	20,5	0,518	18,3	23,7	0,151
Ver um membro da Família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa	24,7	22,2	0,396	22,2	25,0	0,258	20,4	30,3	0,015
Ser espancado, levar um tiro ou ser ameaçado de ser seriamente machucado em sua cidade	9,0	18,5	0,001	14,2	11,3	0,140	13,0	13,8	0,779
Ver alguém na sua cidade ser espancado, levar um tiro ou ser morto	34,6	36,4	0,568	34,0	36,0	0,541	35,6	40,0	0,391
Ver um cadáver em sua cidade (não inclui funerais)	46,5	57,6	0,001	50,9	50,3	0,805	53,8	55,0	0,781
Um adulto ou alguém muito mais velho tocou suas partes sexuais íntimas contra sua vontade	8,7	8,0	0,730	7,8	8,7	0,572	7,1	12,7	0,060
Ter recebido a notícia da morte violenta ou do ferimento grave de um ente querido	45,0	34,9	0,001	36,4	45,0	0,033	42,4	48,3	0,326

Tabela 1 (continuação)

Experiências adversas (Steinberg ²⁴) e no contexto da família (Trombetta & Guzzo 26)	Sexo		Valor de p		Valor de p		Estrato socioeconômico		Valor de
	Feminino (N = 723)	Masculino (N = 394)	Cor de pele		A+B (N = 385)	C+D+E (n = 239)	P	P	
			Branca	Amarela/Indígena					
			(N = 426)	(N = 673)					
% *	% *	% *	% *	% *	% *	% *			
Ter recebido um tratamento médico assustador e doloroso num hospital quando você estava muito doente ou seriamente ferido	11,3	18,0	0,004	13,0	14,3	0,622	15,9	15,2	0,853
Outra situação assustadora, perigosa ou violenta	16,9	18,2	0,586	17,4	17,3	0,981	18,1	20,3	0,489
Um de seus pais ou responsável já ficou ou está desempregado	63,1	50,4	0,001	55,2	61,4	0,061	51,3	69,9	< 0,001
Na sua família, existem ou existiram problemas financeiros sérios	40,4	33,2	0,039	39,0	37,5	0,625	33,3	45,1	0,005
Falta comida na sua casa	2,1	2,7	0,610	3,0	2,0	0,340	1,3	4,8	0,019
Você mora ou já morou amontoadado, sem espaço	7,8	5,9	0,345	5,9	7,9	0,237	5,0	11,8	0,004
Algum familiar seu já teve problemas médicos sérios, como doenças ou acidentes	71,4	65,3	0,064	67,5	70,4	0,421	70,4	74,0	0,399
Na sua família, tem ou teve alguém com problema de deficiência física ou mental	26,3	21,9	0,199	25,1	24,6	0,864	26,0	23,2	0,404
Alguém da sua família foi indiciado ou preso	24,1	17,5	0,015	18,0	24,4	0,037	18,5	25,0	0,116
Ocorreu morte de pai ou mãe	7,2	5,9	0,455	4,7	8,3	0,070	1,8	5,6	0,013
Você teve algum parente próximo que morreu	74,9	68,4	0,023	73,4	71,7	0,594	71,8	73,7	0,593
Na sua família, aconteceram problemas de álcool ou drogas	34,0	28,3	0,054	29,4	33,7	0,221	30,8	36,3	0,127
Sua relação com seus pais já envolveu uma experiência sexual	1,5	2,5	0,357	1,3	2,1	0,273	2,6	0,1	< 0,001
Você já se sentiu discriminado (a) por sua cor de pele	7,8	7,4	0,834	3,3	10,6	< 0,001	6,0	9,3	0,134
Você já se separou de algum amigo (a) próximo (a) por brigas ou pela morte dele (a)	37,8	25,3	0,001	34,5	40,5	0,015	32,0	38,9	0,100

(Continua)

Tabela 1 (continuação)

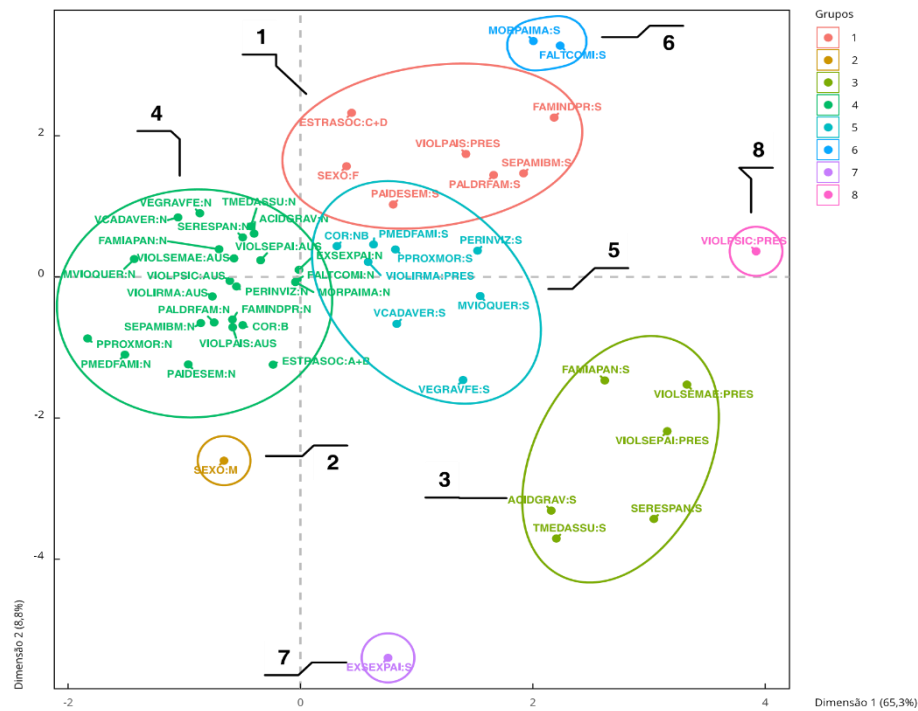
Experiências adversas (Steinberg ²⁴) e no contexto da família (Trombeta & Guzzo ²⁶)	Sexo		Valor de p	Cor de pele		Valor de p	Estrato socioeconômico		Valor de p
	Masculino (N = 394)	Feminino (N = 723)		Branca (N = 426)	Preta/Parda/ Amarela/Indígena (N = 673)		A+B (N = 385)	C+D+E (N = 239)	
	% *	% *	% *	% *	% *	% *			
Você já viu alguém ser gravemente ferido	34,8	43,6	0,011	33,9	40,5	0,015	42,8	37,5	0,261
Você vive/viveu em situação de perigo e insegurança na vizinhança	27,4	23,6	0,232	22,7	28,4	0,043	27,3	27,1	0,963
Você já teve sua casa assaltada ou roubada	10,6	13,6	0,132	11,3	11,9	0,749	12,9	11,3	0,538
Violência severa da mãe contra o adolescente	19,1	17,5	0,605	16,9	19,3	0,381	17,1	19,3	0,513
Violência severa do pai contra o adolescente	6,7	9,0	0,184	6,6	8,2	0,444	9,8	9,5	0,909
Violência psicológica	20,0	13,7	0,021	18,2	17,9	0,915	16,7	20,1	0,418
Violência na escola	37,2	41,2	0,206	41,9	36,8	0,092	43,9	40,5	0,414
Violência na localidade	36,2	39,6	0,262	39,4	35,7	0,225	40,4	33,5	0,090
Violência entre pais (ou padrasto/madrasta)	37,7	28,7	0,006	35,1	34,2	0,766	28,3	37,1	0,075
Violência entre irmãos	61,8	57,1	0,217	56,6	62,3	0,153	60,4	62,8	0,606

Nota: os valores em negrito indicam que é significativo no teste de Wald ao nível de 5%.

* Foram incorporados peso e plano nas estimativas de proporção.

Figura 1

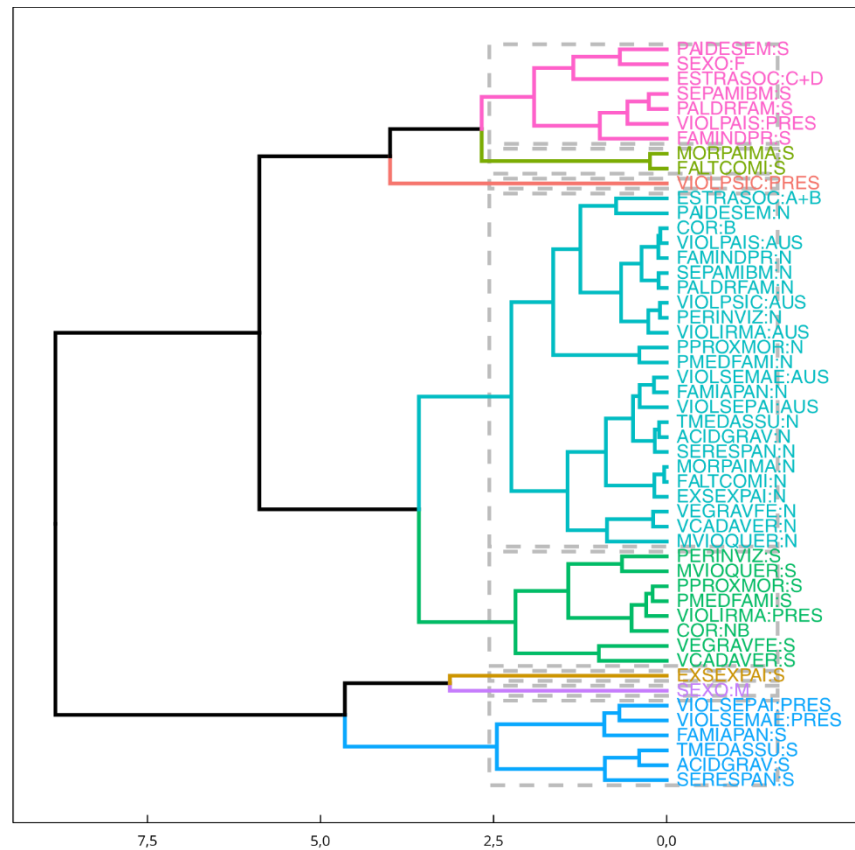
Padrões dos grupos das experiências adversas na infância e variáveis sociodemográficas resultantes da análise de correspondência múltipla (ACM) em adolescentes. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.



Grupo 1: ESTRSOC: C+D – estrato socioeconômico; FAMINDPR: S – alguém da família indiciado ou preso; PAIDSEEM: S – pai/responsável desempregado; PALDRFAM: S – problema de álcool ou drogas na família; SEPAMIBM: S – separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SEXO: F – feminino; VIOLPAIS: PRES – presença de violência entre os pais; **Grupo 2:** SEXO: M – masculino; **Grupo 3:** ACIDGRAV: S – estar em um acidente grave; FAMIAPAN: S – ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; SERESPAN: S – ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; TMEDASSU: S – ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VIOLSEMAE: PRES – presença de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI: PRES – presença de violência severa do pai contra o adolescente; **Grupo 4:** ACIDGRAV: N – não estar em um acidente grave; COR: B – cor de pele branca; ESTRSOC: A+B – estrato socioeconômico; EXSEXPAL: N – não ter tido experiências sexuais que envolveu seus pais; FALTCOMI: N – não faltar comida em casa; FAMIAPAN: N – não ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMINDPR: N – não ter alguém da família indiciado ou preso; MORPAIMA: N – não ter tido morte de pai e mãe; MVIOQUER: N – não ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PAIDSEEM: N – não ter pai/responsável desempregado; PALDRFAM: N – não ter problema de álcool ou drogas na família; PERINVIZ: N – não ter violência na comunidade; PMEDFAMI: N – não ter problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR: N – não ter parente próximo que morreu; SEPAMIBM: N – não ter tido separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SERESPAN: N – não ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; TMEDASSU: N – não ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VCADAVER: N – não ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE: N – não ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA: AUS – ausência de violência entre irmãos; VIOLPAIS: AUS – ausência de violência entre os pais; VIOLPSIC: AUS – ausência de violência psicológica; VIOLSEMAE: AUS – ausência de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI: AUS – ausência de violência severa do pai contra o adolescente; **Grupo 5:** COR: NB – cor de pele preta/parda/amarela/indígena; MVIOQUER: S – ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PERINVIZ: S – violência na comunidade; PMEDFAMI: S – problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR: S – parente próximo que morreu; VCADAVER: S – ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE: S – ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA: PRES – presença de violência entre irmãos; **Grupo 6:** FALTCOMI: S – falta comida em casa; MORPAIMA: S – morte de pai e mãe; **Grupo 7:** EXSEXPAL: S – experiências sexuais que envolveu seus pais; **Grupo 8:** VIOLPSIC: PRES – presença de violência psicológica.

Figura 2

Dendograma das coordenadas da análise de correspondência múltipla (ACM) das duas primeiras dimensões da análise de correspondência, envolvendo as experiências adversas na infância e variáveis sociodemográficas * de adolescentes escolares. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

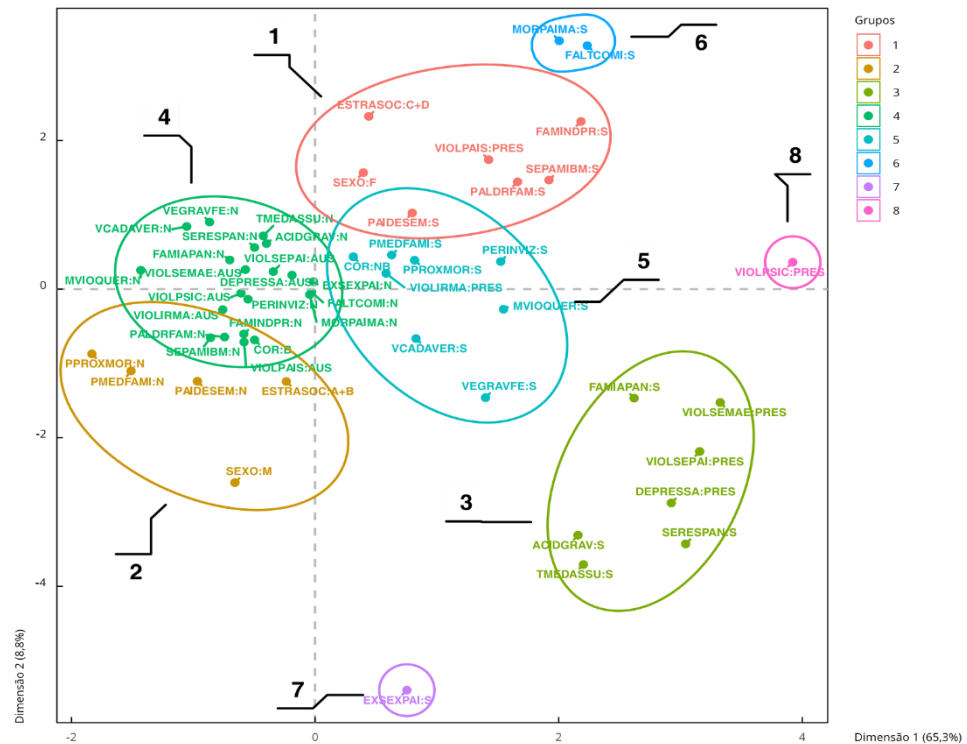


ACIDGRAV:N – não estar em um acidente grave; ACIDGRAV:S – estar em um acidente grave; COR:B – cor de pele branca; COR:NB – cor de pele preta/ parda/amarela/indígena; ESTRSOC:A+B – estrato socioeconômico; ESTRSOC:C+D – estrato socioeconômico; EXSEXPAL:N – não ter tido experiências sexuais que envolveu seus pais; EXSEXPAL:S – experiências sexuais que envolveu seus pais; FALTCOMI:N – não faltar comida em casa; FALTCOMI:S – falta comida em casa; FAMIAPAN:N – não ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMIAPAN:S – ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMINDPR:N – não ter alguém da família indiciado ou preso; FAMINDPR:S – alguém da família indiciado ou preso; MORPAIMA:N – não ter tido morte de pai e mãe; MORPAIMA:S – morte de pai e mãe; MVIOQUER:N – não ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; MVIOQUER:S – ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PAIDSEEM:N – não ter pai/responsável desempregado; PAIDSEEM:S – pai/responsável desempregado; PALDRFAM:N – não ter problema de álcool ou drogas na família; PALDRFAM:S – problema de álcool ou drogas na família; PERINVIZ:N – não ter violência na comunidade; PERINVIZ:S – violência na comunidade; PMEDFAMI:N – não ter problemas médicos sérios de familiares; PMEDFAMI:S – problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR:N – não ter parente próximo que morreu; PPROXMOR:S – parente próximo que morreu; SEPAMIBM:N – não ter tido separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SEPAMIBM:S – separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SERESPAN:N – não ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; SERESPAN:S – ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; SEXO:F – feminino; SEXO:M – masculino; TMEDASSU:N – não ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; TMEDASSU:S – ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VCADAVER:N – não ver um cadáver em sua cidade; VCADAVER:S – ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:N – não ver alguém ser gravemente ferido; VEGRAVFE:S – ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:AUS – ausência de violência entre irmãos; VIOLIRMA:PRES – presença de violência entre irmãos; VIOLPAIS:AUS – ausência de violência entre os pais; VIOLPAIS:PRES – presença de violência entre os pais; VIOLPSIC:AUS – ausência de violência psicológica; VIOLPSIC:PRES – presença de violência psicológica; VIOLSEMAE:AUS – ausência de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEMAE:PRES – presença de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:AUS – ausência de violência severa do pai contra o adolescente; VIOLSEPAI:PRES – presença de violência severa do pai contra o adolescente.

* As variáveis sociodemográficas foram consideradas ativas na análise.

Figura 3

Padrões dos grupos das experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos * resultantes da análise de correspondência múltipla (ACM) em adolescentes. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

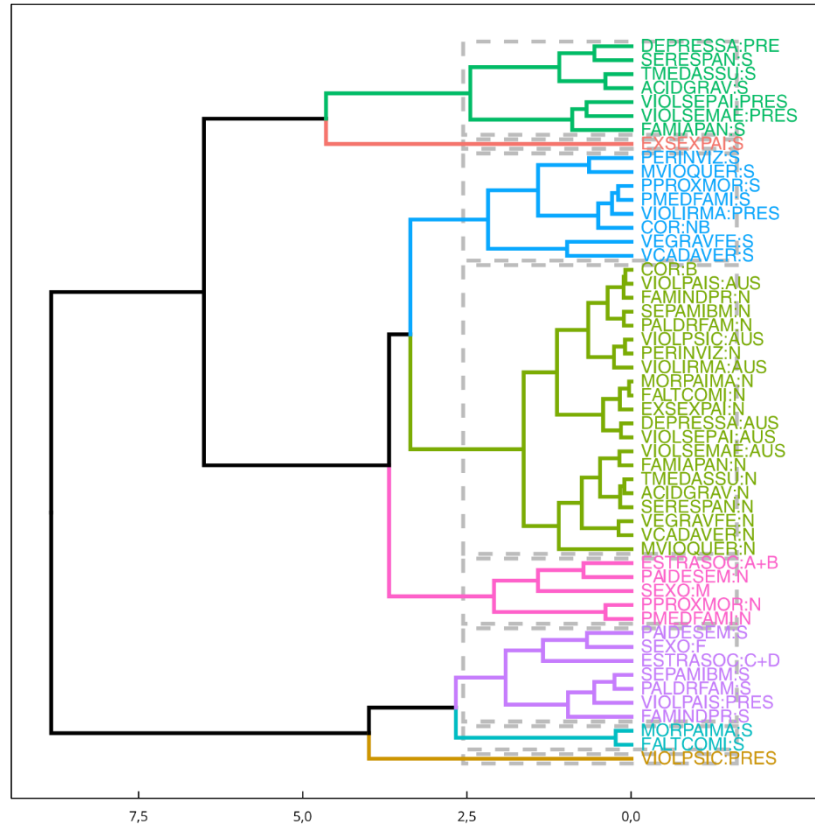


Grupo 1: ESTRSOC:C+D – estrato socioeconômico; FAMINDPR:S – alguém da família indiciado ou preso; PAIDSEEM:S – pai/responsável desempregado; PALDRFAM:S – problema de álcool ou drogas na família; SEPAMIBM:S – separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SEXO:F – feminino; VIOLPAIS:PRES – presença de violência entre os pais; **Grupo 2:** ESTRSOC:A+B – estrato socioeconômico; PAIDSEEM:N – não ter pai/responsável desempregado; PMEDFAMI:N – não ter problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR:N – não ter parente próximo que morreu; SEXO:M – masculino; **Grupo 3:** ACIDGRAV:S – estar em um acidente grave; DEPRESSA:PRES – presença de sintomas depressivos; FAMIAPAN:S – ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; SERESPAN:S – ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; TMEDASSU:S – ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VIOLSEMAE:PRES – presença de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:PRES – presença de violência severa do pai contra o adolescente; **Grupo 4:** ACIDGRAV:N – não estar em um acidente grave; COR:B – cor de pele branca; DEPRESSA:AUS – ausência de sintomas depressivos; EXSEXPAL:N – não ter tido experiências sexuais que envolveram seus pais; FALTCOMI:N – não faltar comida em casa; FAMIAPAN:N – não ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMINDPR:N – não ter alguém da família indiciado ou preso; MORPAIMA:N – não ter tido morte de pai e mãe; MVIOQUER:N – não ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PALDRFAM:N – não ter problema de álcool ou drogas na família; PERINVIZ:N – não ter violência na comunidade; SEPAMIBM:N – não ter tido separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SERESPAN:N – não ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; TMEDASSU:N – não ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VCADAVER:N – não ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:N – não ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:AUS – ausência de violência entre irmãos; VIOLPAIS:AUS – ausência de violência entre os pais; VIOLPSIC:AUS – ausência de violência psicológica; VIOLSEMAE:AUS – ausência de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:AUS – ausência de violência severa do pai contra o adolescente; **Grupo 5:** COR:NB – cor de pele preta/parda/amarela/indígena; MVIOQUER:S – ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PERINVIZ:S – violência na comunidade; PMEDFAMI:S – problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR:S – parente próximo que morreu; VCADAVER:S – ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:S – ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:PRES – presença de violência entre irmãos; **Grupo 6:** FALTCOMI:S – falta comida em casa; MORPAIMA:S – morte de pai e mãe; **Grupo 7:** EXSEXPAL:S – experiências sexuais que envolveu seus pais; **Grupo 8:** VIOLPSIC:PRES – presença de violência psicológica.

* As experiências adversas de vida e variáveis sociodemográficas foram consideradas como ativas e a depressão como suplementar.

Figura 4

Dendograma das coordenadas da análise de correspondência múltipla (ACM) das duas primeiras dimensões da análise de correspondência, envolvendo as experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos* em adolescentes escolares. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.



ACIDGRAV: N – não estar em um acidente grave; ACIDGRAV: S – estar em um acidente grave; COR: B – cor de pele branca; COR: NB – cor de pele preta/parda/amarela/índigena; DEPRESSA: AUS – ausência de sintomas depressivos; DEPRESSA: PRE – presença de sintomas depressivos; ESTRASOC:A+B – estrato socioeconômico; ESTRASOC:C+D – estrato socioeconômico; EXSEXPAL:N – não ter tido experiências sexuais que envolveu seus pais; EXSEXPAL:S – experiências sexuais que envolveu seus pais; FALTCOMI:N – não faltar comida em casa; FALTCOMI:S – falta comida em casa; FAMIAPAN:N – não ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMIAPAN:S – ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMINDPR:N – não ter alguém da família indiciado ou preso; FAMINDPR:S – alguém da família indiciado ou preso; MORPAIMA:N – não ter tido morte de pai e mãe; MORPAIMA:S – morte de pai e mãe; MVIOQUER:N – não ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; MVIOQUER:S – ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PAIDEM:N – não ter pai/responsável desempregado; PAIDEM:S – pai/responsável desempregado; PALDRFAM:N – não ter problema de álcool ou drogas na família; PALDRFAM:S – problema de álcool ou drogas na família; PERINVIZ:N – não ter violência na comunidade; PERINVIZ:S – violência na comunidade; PMEDFAMI:N – não ter problemas médicos sérios de familiares; PMEDFAMI:S – problemas médicos sérios de familiares; PPROXIMOR:N – não ter parente próximo que morreu; PPROXIMOR:S – parente próximo que morreu; SEPAMIBM:N – não ter tido separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SEPAMIBM:S – separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SERESPAN:N – não ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; SERESPAN:S – ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; SEXO:F – feminino; SEXO:M – masculino; TMEDASSU:N – não ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; TMEDASSU:S – ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VCADAVER:N – não ver um cadáver em sua cidade; VCADAVER:S – ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:N – não ver alguém ser gravemente ferido; VEGRAVFE:S – ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:AUS – ausência de violência entre irmãos; VIOLIRMA:PRE – presença de violência entre irmãos; VIOLPAIS:AUS – ausência de violência entre os pais; VIOLPAIS:PRE – presença de violência entre os pais; VIOLPSIC:AUS – ausência de violência psicológica; VIOLPSIC:PRE – presença de violência psicológica; VIOLSEMAE:AUS – ausência de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEMAE:PRE – presença de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:AUS – ausência de violência severa do pai contra o adolescente; VIOLSEPAI:PRE – presença de violência severa do pai contra o adolescente.

* As variáveis sociodemográficas foram consideradas ativas e a depressão como suplementar.

Discussão

Os achados deste estudo apontam reflexões ricas e inéditas sobre exposição a situações adversas e saúde mental do adolescente, dentre as quais estão: o agrupamento de experiências adversas na infância segundo sua natureza e características; a distinção marcante entre os grupos que passaram por experiências adversas na infância e os que não passaram, o que reforça a ideia do papel das adversidades e seu efeito cumulativo; a inserção dos marcadores sociais nos

grupos com maior exposição à experiências adversas na infância, evidenciando de forma contundente a maior vulnerabilidade das meninas, dos adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena e daqueles de mais baixo estrato socioeconômico; o agrupamento da depressão com a vivência de experiências adversas na infância relacionados à violências, acidentes e doenças e o padrão de ausência de sintomas depressivos com a não vivência de experiências adversas na infância.

Primeiro, as questões de gênero se destacam e estão em consonância com a literatura, apontando um padrão de experiências adversas das meninas no contexto da família^{39,40}. Bellis et al.⁴¹ e Soares et al.⁴² explicam que elas vivenciam maior número de adversidades na infância do que os homens, ou talvez sejam mais sensíveis a essas ocorrências, relatando-as mais. Essa vulnerabilidade pode ser explicada a partir de perspectivas socioculturais e neurobiológicas, pois elas geralmente respondem a um maior nível de resposta emocional negativa ao estresse, o que é muito mediado pela socialização feminina⁴³, apresentam maior aumento endócrino e/ou respostas de excitação ao estresse em comparação com os rapazes⁴⁴ e são mais avançadas no desenvolvimento puberal do que os meninos, o que pode potencializar o impacto dos eventos interpessoais, uma vez que vivenciam condições biopsicossociais antes do que eles⁴⁵. O modelo patriarcal estimula que as meninas guardem seus sentimentos para si e sejam mais compreensivas; ao passo que aos meninos o estereótipo de coragem e valentia é encorajado. Contudo Yemio et al.⁴⁶ ressaltam que elas lidam e expressam melhor suas emoções do que os meninos, portanto procuram mais ajuda para tratar da depressão. As motivações oriundas do contexto social e comunitário (e menos as advindas do ambiente familiar) costumam explicar mais os sintomas depressivos entre os meninos⁴⁷.

A delimitação dos grupos de experiências adversas na infância segundo características sociodemográficas leva a hipotetizar a natureza comum de alguns eventos e o isolamento de outros por sua distinção e gravidade, como é o caso da violência psicológica, da experiência sexual com os pais, da morte de um dos pais e a falta de comida em casa. Todos esses eventos são situações presentes em grupos mais específicos. Em geral, a violência sexual não está associada a condições socioeconômicas da criança/adolescente e sua família. A constatação de associação da experiência sexual com pais entre jovens de estrato social mais elevado na análise descritiva merece ser mais bem estudada, uma vez que a literatura tende a mostrar que esse tipo de violência não costuma estar relacionada a fatores socioeconômicos da família⁴⁸. A caracterização dos estratos sociais no contexto do município pode apoiar essa reflexão.

Em relação ao padrão de experiências adversas na infância com sintomas depressivos, destaca-se a natureza de alguns eventos com a depressão, bem como a ausência de muitas adversidades no quadro sem sintomas. O conjunto de eventos estressantes com os sintomas depressivos mostra que violências (familiar e comunitária), acidentes e doenças compõem um cenário de estresse e, portanto, de risco importante para a saúde mental do adolescente. Este achado dialoga para a evidência de que diferentes tipos de adversidades tendem a ocorrer simultaneamente^{49,50}, e da relação que existe entre o número e o tipo de adversidades experimentadas e a depressão, inclusive que poderá se desenvolver na idade adulta^{2,50}.

Chapman⁵¹ e Kessler⁵² destacam que o uso abusivo de álcool, violências, conflitos conjugais, divórcio, psicopatologia parental, acidentes naturais ou desastres estão entre os eventos mais associados com a depressão. O acúmulo de experiências adversas na infância é fator de risco para depressão e, inversamente, sintomas depressivos tendem a aumentar a exposição a experiências estressantes na vida. A relação entre experiências adversas na infância e depressão parece ser recíproca e transacional, o que está de acordo com o modelo de depressão de exposição ao estresse e o de geração de estresse^{53,54}. Jenness et al.⁵⁵ explicam que indivíduos com vulnerabilidade à depressão são susceptíveis de experimentar eventos de vida estressantes mais dependentes, particularmente os interpessoais.

Outro ponto que dialoga com a reflexão sobre o acúmulo de experiências adversas é a desvantagem de identidades sociais que marcam a forma como o adolescente se insere no mundo. Famílias com baixo nível socioeconômico sofrem com um maior número de estressores relacionados a finanças, relações sociais, desemprego e queixas de saúde do que aqueles com melhor nível socioeconômico⁵⁶. Essas desigualdades criam uma vulnerabilidade individual e familiar, sendo solo fértil para uma sequência de adversidade. Os resultados de uma análise de série temporal de 34 países de 2002 a 2010 mostraram que as desigualdades entre os grupos socioeconômicos aumentaram muito as condições de piora na saúde de adolescentes, como atividade física, índice de massa corporal (IMC), sintomas psicológicos e físicos e satisfação com a vida⁵⁷. Contudo, Assari & Lankarani⁵⁸ explicam que a raça e o gênero podem mitigar a relação entre experiências adversas na infância e depressão, já que podem moldar o acesso, o uso, os efeitos sociais e os recursos pessoais do efeito das adversidades. Essa discussão faz uma interlocução com o conceito de interseccionalidade, que traz um debate sobre a interdependência das relações de poder entre raça, sexo e classe social, ressaltando a necessidade de estudá-las juntas^{59,60}.

Dentre os pontos fortes do estudo estão a análise de uma amostra representativa; coleta de informações dos próprios adolescentes, que de alguma forma expressam os sentidos e significados das experiências adversas na infância; o reduzido viés de memória, já que maior parte dos trabalhos sobre o tema é com adultos e parte de uma perspectiva retrospectiva; e a diversidade das experiências adversas na infância investigadas. Dentre as limitações estão: o caráter transversal do estudo e descritivo das análises, embora a técnica utilizada forneça pistas robustas para estudos mais analíticos; a não incorporação do plano e peso amostral na ACM, apesar desse ponto ter sido contornado quando os incorpora na análise das tabelas de contingência pelo teste de Wald para seleção de variáveis; a não utilização de um instrumento clínico sobre depressão, embora a escala utilizada seja consagrada no meio científico; e, por fim, a ausência de algumas respostas aos itens, que, embora bem baixo, decidiu-se pela exclusão do cálculo da escala/indicador para o respectivo participante.

Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de cuidadores, profissionais da escola e da saúde olhar com atenção e o mais cedo possível para a acentuada exposição de experiências adversas na infância em crianças e adolescentes, de forma que possam cuidar, intervir e mitigar seus efeitos negativos no momento atual, no curso de vida e até em gerações futuras ⁶¹. Entender o impacto das experiências adversas na infância segundo marcadores sociais pode auxiliar a desenvolver estratégias projetadas para fortalecer os fatores que protegem grupos em maior desvantagem social. Em estudos futuros, recomenda-se conhecer melhor as características individuais dos adolescentes e o contexto em que estão inseridos, assim como compreender o perfil de jovens que relatam viver menos ou em menor intensidade as experiências adversas na infância e, portanto, parecem mais protegidos de problemas de saúde mental.

Colaboradores

C. R. Andrade trabalhou na concepção teórica, elaboração, organização e análise dos dados, discussão dos resultados e redação final do texto. J. Q. Avanci colaborou na concepção teórica, elaboração, discussão dos resultados e redação final do texto. R. V. C. Oliveira participou da concepção teórica, elaboração, organização e análise dos dados e redação final do texto.

Informações adicionais

ORCID: Célia Regina de Andrade (0000-00033630-3057); Joviana Quintes Avanci (0000-00017779-3991); Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira (0000-0001-9387-8645).

Agradecimentos

Agradecemos ao Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/Fiocruz) pela oportunidade de realizar este estudo; aos participantes da pesquisa e à equipe do trabalho de campo. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14:245-58.
2. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:174-86.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde mental dos adolescentes. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes> (acessado em 09/Ago/2021).
4. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res* 2007; 41:959-67.
5. Hammen C. Interpersonal stress and depression in women. *J Affect Disord* 2003; 74:49-57.
6. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2014; 171:426-35.
7. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saúde* 2005; 2:6-7.
8. McEwen BS. Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *Eur J Pharmacol* 2008; 583:174-85.
9. McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1186:190-222.
10. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129:e232-46.
11. Castelhão FC, Kröner-Herwig B. Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: predictors and differences in girls and boys. *J Youth Adolesc* 2013; 42:1169-82.
12. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr* 2014; 63:360-72.
13. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* 2013; 139:213-40.
14. Monroe SM, Reid MW. Life stress and major depression. *Curr Dir Psychol Sci* 2009; 18:68-72.
15. Cohen S, Murphy MLM, Prather AA. Ten surprising facts about stressful life events and disease risk. *Annu Rev Psychol* 2019; 70:577-97.
16. March-Llanes J, Marqués-Feixa L, Mezquita L, Fañanás L, Moya-Higueras J. Stressful life events during adolescence and risk for externalizing and internalizing psychopathology: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26:1409-22.
17. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
18. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010.
19. Hankivsky O. Intersectionality. Burnaby: Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University; 2014.
20. Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health* 2012; 102:1267-73.
21. Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 1272-5.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
23. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2010.
24. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends Cogn Sci* 2005; 9:69-74.
25. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating childhood traumatic grief: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:1225-33.
26. Trombeta LH, Guzzo RSL. Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas: Alínea; 2002.
27. Straus MA. Measuring familiar conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam* 1979; 41:75-88.
28. Hasselmann MH. Violência familiar e desnutrição severa na infância: modelo teórico e estudo de confiabilidade dos instrumentos [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.
29. Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J Psychosom Res* 1997; 2:125-42.
30. Avanci J, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:702-8.
31. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
32. Kahn T, Bermegui C, Yamada E, Cardoso FC, Fernandes F, Zacchi JM, et al. O dia a dia nas escolas (violências auto assumidas). São Paulo: United Nations Latin American Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders/Institute I'm from Peace; 1999.
33. Barreira AK, Lima MLC, Avanci JQ. Coocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes namorados do Recife. Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18:233-43.
34. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16:43-51.
35. Gouveia RV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr* 1995; 44:345-9.
36. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985; 21:995-8.
37. Coutinho MPL, Carolino ZCG, Medeiros ED. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Aval Psicol* 2008; 7:291-300.

38. Silva PLN, Bianchini AM, Dias AJR. Amostragem: teoria e prática usando R. 2021. [https:// amostragemcomr.github.io/livro/](https://amostragemcomr.github.io/livro/) (acessado em 03/Out/2021).
39. Stochero L. Cooocorrência de experiências adversas na infância: um inquérito de base escolar no município do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2020.
40. Blum RW, Li M, Naranjo-Rivera G. Measuring adverse child experiences among young adolescents globally: relationships with depressive symptoms and violence perpetration. *J Adolesc Health* 2019; 65:86-93.
41. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviors in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ* 2014; 92:641-55.
42. Soares ALG, Howe LD, Matijasevich A, Wehrmeister FC, Menezes AMB, Gonçalves H. Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse Negl* 2016; 51:21-30.
43. Xavier A, Cunha MA, Pinto-Gouveia JA. Daily peer hassles and non-suicidal self-injury in adolescence: gender differences in avoidancelfocused emotion regulation processes. *J Child Fam Stud* 2018; 27:59-68.
44. Bangasser DA, Valentino RJ. Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. *Front Neuroendocrinol* 2014; 35:303-19.
45. Miller AB, Linthicum KP, Helms SW, Giletta M, Rudolph KD, Hastings PD, et al. Reciprocal associations between adolescent girls' chronic interpersonal stress and nonsuicidal self-injury: a multi-wave prospective investigation. *J Adolesc Health* 2018; 63:694-700.
46. Yemiao G, Hui W, Xia L, Yuke X, Ming W. Associations between stressful life events, nonsuicidal self-injury, and depressive symptoms among Chinese rural-to-urban children: a three-wave longitudinal study. *Stress Health* 2020; 36:522-32.
47. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal selfinjury: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 38:55-64.
48. Aded NL, Dalcin BL, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Arch Clin Psychiatry* 2006; 33:204-13.
49. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197:378-85.
50. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:1151-60.
51. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 2004; 82:217-25.
52. Kessler RC, Magee WJ. Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. *Psychol Med* 1993; 23:679-90.
53. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27:1101-19.
54. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:293-319.
55. Jenness JL, Peverill M, King KM, Hankin BL, McLaughlin KA. Dynamic associations between stressful life events and adolescent internalizing psychopathology in a multiwave longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 2019; 128:596-609.
56. Senn TE, Walsh JL, Carey MP. The mediating roles of perceived stress and health behaviors in the relation between objective, subjective, and neighborhood socioeconomic status and perceived health. *Ann Behav Med* 2014; 48:215-24.
57. Elgar FJ, Pfortner T-K, Moor I, De Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescents health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* 2015; 385:2088-95.
58. Assari S, Lankarani MM. Association between stressful life events and depression; intersection of race and gender. *J Racial Ethn Health Disparities* 2016; 3:349-56.
59. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas* 2020; 10:171-88.
60. Mougeolle L. O conceito de “interseccionalidade”. <http://www.sociologia.com.br/o-con ceito-de-interseccionalidade/> (acessado em 03/Out/2021).
61. Schilling EA, Aseltine Jr. RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* 2007; 7:30.

Abstract

The study aimed to identify patterns in adverse childhood experiences among teenage schoolchildren in a municipality (county) in Rio de Janeiro State, Brazil, according to sociodemographic characteristics (sex, skin color, and socioeconomic status) and depressive symptoms. It adopted a cross-sectional design with a sample of 1,117 teenage schoolchildren 13 to 19 years of age in São Gonçalo, Rio de Janeiro State. Depression was assessed with the Childhood Depression Inventory, and adverse childhood experiences were investigated. The study used bivariate analyses and multiple correspondence analysis (MCA) of adverse childhood experiences, sociodemographic variables (sex, skin color, socioeconomic status), and depressive symptoms. The results reveal the organization of eight groups: lower-income female children and adolescents and adverse childhood experiences related to the environment; boys, with higher socioeconomic status, and not having experienced adverse childhood experiences; adolescents with depressive symptoms and adverse childhood experiences against themselves or their families; white adolescents, with depressive symptoms, and that had not experienced adverse childhood experiences; black, brown, Asian-descendant, and indigenous adolescents that had adverse experiences in the family and community; adolescents that had lost their father and/or mother from death, and lack of food at home; adolescents that had experienced psychological violence; and adolescents with a history of sexual experiences involving their parents. The findings call attention to the need for close and early attention to exposure to adverse childhood experiences to care for these youngsters, intervene, and mitigate the negative effects both at present, over the course of life, and in future generations.

Adverse Childhood Experiences; Depression; Adolescent

Resumen

El objetivo fue identificar los patrones de experiencias adversas en la infancia entre adolescentes escolares de un municipio de Río de Janeiro, Brasil, según las características sociodemográficas (género, color de piel y estrato socioeconómico) y los síntomas depresivos. Se trató de un estudio transversal, realizado con 1.117 adolescentes escolares de entre 13 y 19 años de la ciudad de São Gonçalo, Río de Janeiro. La depresión se evaluó con el Inventario de Depresión Infantil, y se investigaron las experiencias adversas na infância. Se realizó un análisis bivalente y un análisis de correspondencias múltiples (ACM) de las experiencias adversas na infância, las variables sociodemográficas (género, color de la piel y estrato socioeconómico) y los síntomas depresivos. Los resultados muestran la organización de 8 grupos compuestos por: niñas y adolescentes de bajo estrato social y experiencias adversas na infância relacionadas con el entorno; niños de más alto estrato social y que no han experimentado experiencias adversas na infância; adolescentes con síntomas de depresión y experiencias adversas na infância dirigidas físicamente a ellos/familia; adolescentes de color de la piel blanco, sin síntomas de depresión y que no experimentaron experiencias adversas na infância; adolescentes negros/pardos/amarillos/ indígenas que han vivido experiencias adversas en la familia y la comunidad; adolescentes que han perdido a sus padres, y la falta de alimentos en el hogar; adolescentes que han sufrido violencia psicológica; y adolescentes que han vivido experiencias sexuales con sus padres. Los hallazgos alertan sobre la necesidad de observar atentamente y lo antes posible la exposición a las experiencias adversas na infância para atender, intervenir y mitigar los efectos negativos en el momento actual, en el curso de la vida y en las generaciones futuras.

Experiencias Adversas de la Infancia; Depresión; Adolescente

Recebido em 21/Nov/2021. Versão final reapresentada em 22/Fev/2022. Aprovado em 18/Mar/2022

5.2 ARTIGO 2

Fatores estratégicos na proteção do desenvolvimento de sintomas depressivos na adolescência

(A ser encaminhado para *Ciência & Saúde Coletiva*)

Célia Regina de Andrade¹, Joviana Quintes Avanci², Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira³

1. Doutoranda Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Métodos Quantitativos em Saúde. E-mail: reginaandrade61@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0003-3630-3057>
2. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. E-mail: joviana.avanci@fiocruz.br; <https://orcid.org/0000-0001-7779-3991>
3. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. Email:raquel.vasconcellos@ini.fiocruz.br; <http://orcid.org/0000-0001-9387-8645>

Resumo

O objetivo é analisar a associação dos fatores de proteção (apoio social, resiliência, religião, relacionamento familiar/amigos e a supervisão familiar) com sintomas depressivos em adolescentes escolares, controlados pelo sexo e cor de pele. O estudo caracteriza-se por um desenho transversal com uma amostra de 1.117 escolares de 13 a 19 anos, de escolas públicas e particulares do município de São Gonçalo/RJ. Os fatores de proteção avaliados foram apoio social, resiliência, religião, relacionamento com a mãe, irmãos e amigos, e supervisão familiar. Os sintomas depressivos foram avaliados pelo Inventário de Depressão Infantil. Foram realizadas análises bivariadas e regressão logística simples e múltipla entre as variáveis sociodemográficas e de fatores de proteção com os sintomas depressivos com nível de significância de 5% pelo teste de Wald. As frequências foram corrigidas para os pesos e plano amostral. Os resultados mostram que, quando investigados conjuntamente, houve efeito significativo na depressão com apoio social, bom relacionamento com a mãe/madrasta/mãe substituta, com os amigos/amigas e supervisão familiar. Os achados alertam para a necessidade de olhar com atenção e o mais cedo possível para o papel do apoio social da família e dos amigos como um fator de promoção significativo para os jovens, ajudando-os a procurar ajuda e reduzir o risco de depressão.

Introdução

A depressão é bastante prevalente na adolescência, com estimativas conservadoras sugerindo até 12,5% dos jovens de 12 a 17 anos com episódio depressivo maior e com alta chance de recorrência na idade adulta¹. Globalmente, as condições de saúde mental representam 16% de toda a incidência global de doenças e de lesões na faixa etária de 10 a 19 anos². Os

transtornos depressivos contribuem para um grau substancial de carga de doenças. Ter depressão durante a adolescência pode interromper um processo de desenvolvimento e impactar a posição do adolescente no mundo em várias esferas da vida, inclusive no status socioeconômico, em longo prazo. Esta fase da vida é marcada pela construção de relacionamentos, exploração de interesses, desenvolvimento de habilidades importantes para vida e de transição para vida profissional e de trabalho. Priorizar a prevenção e o tratamento da depressão na adolescência representa um elemento chave na saúde pública³.

Tradicionalmente, os estudos sobre depressão se voltam a compreender o que desencadeia ou agrava o transtorno e muito pouco é conhecido sobre o que pode impedir ou atenuar a sua ocorrência. Os fatores de proteção têm o potencial de modificar ou alterar a ocorrência de uma resposta negativa, como a depressão, num contexto em que o transtorno seria esperado. Tais fatores possuem quatro principais funções: reduzir o impacto dos riscos, alterando a posição da pessoa à situação adversa; reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; estabelecer e manter a autoestima e autoeficácia por meio de relações seguras; cumprir tarefas com sucesso e criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse⁴⁻⁵. Os mecanismos de proteção são comumente compreendidos como mediadores, compostos por recursos sociais, familiares e individuais⁶.

A proteção advinda da família atua como uma forma de prover estabilidade, respeito mútuo, apoio e suporte. O apoio oferecido pelo ambiente social, através dos relacionamentos com amigos, com professores e com outras pessoas significativas favorece o sentimento de se sentir querido e amado⁷⁻⁹. Vários estudos exploram hipóteses sobre como o apoio social atua na saúde das pessoas, destacando as teorias do efeito *buffer* e do efeito principal. Essa teoria defende a ideia de que o apoio modera o impacto de eventos estressantes, enquanto a teoria do efeito principal considera que o apoio exerce efeitos diretos e indiretos sobre a saúde dos indivíduos, reforçando o senso de controle sobre a própria vida¹⁰⁻¹¹.

Estudos com evidências apoiam a noção de que o apoio social é um importante fator de proteção contra a depressão. Na infância e adolescência, o apoio dos pais para suprir as necessidades básicas, materiais e de assistência emocional se destaca^{11,12}. Shubert et al.¹³ (2019) mostram como as abordagens parentais estão ligadas ao desenvolvimento de traços de caráter gerais e específicos e como essas conexões se alteram com a idade. Família, amigos e apoio da comunidade têm um efeito significativo em relação ao sucesso comportamental, social e acadêmico dos alunos. Os resultados são consistentes na relação do apoio social com o bem-estar de escolares¹⁴.

A resiliência é outro fator ancorado na proteção e é definida como a capacidade de resistir às adversidades, estabelecendo a saúde mental, mesmo após a exposição a riscos. É entendida como um potencial de reconstrução singular diante do sofrimento causado por uma adversidade e está ligada à resolução de problemas e ao gerenciamento de emoções⁵. Na mesma direção, a religiosidade tem se tornado objeto de crescente interesse em pesquisas sobre saúde mental e apontada como fator de proteção para a depressão. Em 2006, a Organização Mundial da Saúde incluiu o módulo específico de avaliação da religiosidade e espiritualidade como dimensões de qualidade de vida¹⁵⁻¹⁷. A partir de uma extensa revisão da literatura, Koenig et al.¹⁶ (2012) concluíram que a religiosidade e espiritualidade podem neutralizar o estresse da vida, ajudando tanto a prevenir o início da depressão quanto o seu desenvolvimento, encurtando o tempo necessário para resolvê-la. A possibilidade de causação reversa também tem sido cogitada, ou seja, aqueles que ficam deprimidos podem subsequentemente parar de participar em atividades religiosas/espirituais¹⁸⁻¹⁹.

A promoção da saúde mental e do bem-estar apoia a construção da resiliência, do fortalecimento da autoestima e do apoio social⁶. Intervenções para promover a saúde mental dos adolescentes visam fortalecer os fatores de proteção e melhorar as alternativas aos comportamentos de risco. De uma perspectiva de saúde pública, é de tamanha relevância identificar os fatores que protegem a ocorrência de depressão na adolescência de forma a atuar para fortalecer as comunidades, as famílias e as próprias pessoas.

Este artigo objetiva estimar o efeito dos fatores de proteção (apoio social, resiliência, religião, relacionamento familiar/amigos e a supervisão familiar) nos sintomas depressivos em adolescentes escolares, controlados pelo sexo e cor de pele.

Métodos

População do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra de 1.117 alunos do nono ano do turno diurno de escolas públicas e particulares do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. A cidade é localizada na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, Brasil. O distrito em questão forma o corredor viário que liga os acessos às cidades de Niterói e Rio de Janeiro à São Gonçalo. A cidade tem uma população de mais ou menos 1 milhão de pessoas²⁰, na época da pesquisa estimada em 999.728 hab.²¹, das quais um terço são crianças e adolescentes. A cidade é caracterizada como uma área de poucos recursos com baixos indicadores de esgoto e urbanização e em 2017, considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 34.5% da população nessas condições, o que o colocava na posição

49º de 92º dentre as cidades do estado. A proporção de pessoas trabalhando em relação à população total era de 10,4%. Havia altas taxas de violência urbana (por exemplo, a taxa de homicídios foi de 43,9 por 100.000 habitantes) e a taxa de mortalidade infantil foi de 12,75 por 1.000 nascidos vivos em 2017^{20,22}.

A amostra foi composta por 14 estratos, que foram constituídos segundo as sete áreas de planejamento do município, de acordo com a natureza da instituição (pública ou particular), para considerar a representatividade socioeconômica (natureza da instituição) e espacial (áreas de planejamento) na amostra analisada. A amostra foi dimensionada para obter estimativas de proporção, com erro absoluto de 1,3%, nível de 95% de confiança e proporção de 2,3%. A amostragem seguiu duas etapas: (1) escolas, com um número provavelmente proporcional de alunos do 9º ano, e (2) turmas, com aplicação do questionário a todos os alunos presentes. Participaram do estudo 43 escolas públicas e 30 particulares, com duas turmas de 9º ano por escola.

Medidas

O questionário foi aplicado de forma coletiva e por turma, no formato auto preenchível e anônimo, por equipes previamente treinadas, durando em média 60 minutos. A aplicação do questionário foi feita por duplas de pesquisadores, sendo um deles psicólogo, de forma a apoiar algum adolescente que, porventura, se mostrasse mais sensibilizado. Abaixo, estão descritas as medidas utilizadas neste estudo.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO: sexo (masculino e feminino) e cor da pele autorreferida (branca e negra/parda/amarela/indígena).

ESCALA DE DEPRESSÃO: foi utilizado o Inventário de Depressão Infantil (CDI), que é um instrumento de rastreamento na identificação de crianças e adolescentes com alterações afetivas, de humor, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de auto avaliação e de outras condutas interpessoais²³. O CDI surgiu inicialmente nos Estados Unidos, compreendendo uma adaptação do Inventário Depressão de Beck - BDI. Foi elaborado por Kovács (1985)²⁴ e propõe mensurar sintomas depressivos em jovens de 7 a 17 anos, por meio de autoaplicação. A versão utilizada tem 20 itens, cada um contendo três opções de respostas, das quais a criança ou o adolescente seleciona a que melhor descreve seus sentimentos nas duas últimas semanas, o que indicará seu grau de depressão^{25,26}. Cada resposta do instrumento possui um valor correspondente que varia de 0 a 2 pontos (a=0, b=1, c=2) e, posteriormente, é calculado o somatório total dos valores das respostas para compor o escore a ser considerado,

que pode variar de 0 a 54. São computados escores T (escores padronizados para ter média de 50 e desvio de 10, $T=50 + 10z$), em que as crianças com escore maior de 65 são consideradas clínicas. Das três opções, uma refere-se à normalidade, outra à severidade dos sintomas e a outra, à enfermidade clínica mais significativa, ou seja, valores altos indicam sintomas depressivos. Essa medida vem apresentando bons parâmetros psicométricos na versão adaptada e normatizada por Gouveia et al. (1995)²⁵, com um bom índice de consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,81²⁶ e, no estudo de adaptação e validação do Inventário de Depressão Infantil (CDI) com estudantes em São Luís/MA, o índice de consistência interna o Alfa de Cronbach foi de 0,91 (Coutinho, 2008)²⁶.

APOIO SOCIAL: originalmente foi utilizada a escala desenvolvida por Sherbourne e Stewart²⁷, adaptada à população brasileira por Chor et al. (2001)²⁸, com 19 itens dispostos em cinco subescalas de apoio social. Para a análise deste artigo, aplicou-se a proposta de desenvolvida a partir do *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS), originária da escala de Sherbourne e Stewart (1991)²⁷, que propõe a análise de 6 itens e um único fator²⁹. Essa versão reduzida avalia o suporte social funcional global, que compõe o apoio material, afetivo, interação social positiva e apoio emocional/informacional. Os seis itens referem a ajuda se ficar de cama, levar ao médico, compartilhar preocupações e medos mais íntimos, dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal, com quem fazer coisas agradáveis e que ame e faça se sentir querido. Neste estudo, optou-se por utilizar a média como ponto de corte do escore de apoio social e definir duas categorias de análise: de 7 a 25 pontos refere-se à ausência de apoio social; de 25 a 30, presença de apoio social. Apresenta alta consistência interna e se correlaciona bem com o total da escala original de 19 itens, indicando que a escala abreviada MOS-SSS está medindo o mesmo constructo da escala original²⁷.

RESILIÊNCIA: desenvolvida por Wagnild e Young (1993)³⁰, é um dos poucos instrumentos usados para avaliar níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes. Foi adaptada para o Brasil por Pesce et al. (2005)³¹ e possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala (obtidas pelo somatório dos itens) oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Bons índices psicométricos foram obtidos: a consistência interna mede a confiabilidade de um instrumento e a medida é o *alpha de Cronbach* que, neste estudo foi de 0,84, o coeficiente de correlação intraclasse, que mede a concordância entre dois avaliadores, foi de 0,75 e o kappa predominantemente moderado.

RELIGIÃO: foi perguntado: “você segue alguma religião? ”, com opção de resposta sim ou não.

ITENS SOBRE RELACIONAMENTO DE RESPONSÁVEL, IRMÃOS E AMIGOS: três itens foram retirados da Escala de Prejuízo Funcional Global, uma versão brasileira da *Brief Impairment Scale* (Bird, 2005; Paula, Duarte e Bordin, 2006)³²⁻³³. Originalmente, a escala completa consiste em 23 itens que incluem três áreas de funcionamento: relacionamento interpessoal, funcionamento na escola e autocuidado e autorrealização. Os itens aqui analisados foram: “*Tem sido difícil para você se dar bem com a sua mãe/madrasta/mãe substituta*” (não tem sido difícil, um pouco difícil, bem difícil e extremamente difícil); “*Tem sido difícil para você se dar bem com os seus irmãos /irmãs*” (não tem sido difícil, um pouco difícil, bem difícil e extremamente difícil); “*Tem sido difícil para você se dar bem com os amigos/amigas*” (não tem sido difícil, um pouco difícil, bem difícil e extremamente difícil).

SUPERVISÃO FAMILIAR: avaliado pelo item “Quando você sai de casa, com que frequência seus pais ou responsáveis sabem onde você vai e com quem você está?”, com opção de resposta do sempre até nunca.

Análises estatísticas

Os dados coletados foram analisados pelo software R versão 4.1.1. A associação das variáveis sociodemográficas e de fatores de proteção com os sintomas depressivos foram explorados pela comparação dos percentuais e pelo teste de Wald. Foram realizados modelos logísticos binários (função de ligação *logit*) para o desfecho de sintomas depressivos, com uma ou mais covariáveis, denominados modelos simples e múltiplo. Primeiramente, foram realizados modelos simples, para cada covariável. Posteriormente, foi ajustado o modelo múltiplo inicial com todas as covariáveis. O modelo múltiplo final foi constituído pelas variáveis com efeitos significativos no teste dos coeficientes (teste de Wald), controladas pelos fatores de confusão (sexo, cor da pele e religião) e pela interação de apoio social e resiliência, devido à relevância teórica. A interpretação dos modelos simples e múltiplo foi realizada pelas *Odds Ratios* (OR) brutas e ajustada, com seu respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%. No caso da interação, o efeito do apoio social foi calculado de forma combinada, considerando a soma dos efeitos principais e do termo de interação, a fim de facilitar a interpretação.

Foi considerado o nível de significância de 5% para os testes estatísticos e, por se tratar de uma amostra com desenho complexo, todas as análises foram consideradas, os pesos e o plano amostral. A análise foi conduzida nos pacotes *haven*, *survey*, *epidisplay*, *tableone* e *jtools* do R versão 4.1.1.

Questões éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ (CAEE: 50920721.0.0000.5240). A direção das escolas e um dos responsáveis dos adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os adolescentes participantes assinaram o Termo de Assentimento.

Resultados

Foram incluídos 1117 adolescentes escolares, com idade média de 15 anos variando de 13 a 19 anos. A maioria era do sexo feminino (64,7%), cor da pele negra/parda de 56,4 e 23% referiram ausência de religião. A prevalência de sintomas depressivos foi de 8,2% (IC 95%: 6,7 a 9,9).

A distribuição das variáveis segundo os sintomas depressivos encontra-se na **Tabela 1**. Observa-se associação de todas as variáveis com sintomas depressivos (apoio social, resiliência, relacionamentos positivos com mãe, irmãos, amigos e supervisão dos pais ou responsáveis), exceto as variáveis sociodemográficas (sexo, cor da pele e religião).

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas e de proteção segundo sintomas depressivos em 1117 adolescentes escolares São Gonçalo, RJ, 2011.

Variáveis	Sintomas depressivos		OR bruta (IC95%)	p	
	Presença (N = 92) % (n)	Ausência (N= 1025) % (n)			
Sexo	Feminino	37,0 (32)	34,8 (362)	1,10 (0,67-1,81)	0,708
	Masculino	63,0 (60)	65,2 (663)	1,00	
Cor da pele	Branca	56,7 (52)	61,0 (621)	0,84 (0,52-1,35)	0,466
	Não branca	43,3 (38)	39,0 (388)	1,00	
Religião	Sim	70,9 (63)	78,1 (795)	0,68 (0,36-1,30)	0,252
	Não	29,1 (28)	21,9 (221)	1,00	
Apoio Social	Presença	24,4 (23)	63,8 (650)	0,18 (0,09-0,36)	<0,001
	Ausência	75,6 (67)	36,2 (360)	1,00	
Resiliência	Resiliente	64,9 (45)	87,0 (667)	0,28 (0,16-0,47)	<0,001
	Não resiliente	35,1 (22)	13,0 (89)	1,00	
Tem sido difícil para você se dar bem com a sua mãe/ madrasta/mãe substituta	Não	39,4 (36)	69,6 (704)	0,28 (0,18-0,46)	<0,001
	Pouco/bem/ extremamente difícil	60,6 (54)	30,4 (294)	1,00	
Tem sido difícil para você se dar bem com os seus irmãos /irmãs	Não	39,1 (29)	52,9 (463)	0,57 (0,34-0,98)	0,043
	Pouco/bem/ extremamente difícil	60,9 (51)	47,1 (397)	1,00	
Tem sido difícil para você se dar bem com os amigos/amigas	Não	63,9 (57)	83,0 (857)	0,36 (0,20-0,64)	0,001
	Pouco/bem/ extremamente difícil	36,1 (35)	17,0 (168)	1,00	
Com que frequência seus pais ou responsáveis sabem onde você vai e com quem você está	Sempre/Muita s vezes	76,7 (73)	92,2 (945)	0,28 (0,15-0,52)	<0,001
	Poucas vezes/Nunca	23,3 (19)	7,8 (80)	1,00	

Foi incorporado o peso e plano nas estimativas de proporção.

Os valores em negrito indicam que é significativo no teste de Wald ao nível de 5%.

No modelo múltiplo inicial, ajustado com todas as variáveis (apoio social, resiliência, relacionamento com a mãe, irmãos, amigos e supervisão dos pais ou responsáveis), as variáveis sociodemográficas (sexo e cor da pele) e a religião continuam não apresentando associação significativa (**Tabela 1**). No modelo múltiplo final permaneceram quatro dos seis fatores de proteção (apoio social, relacionamento com a mãe, amigos e supervisão dos pais),

ajustado por sexo e cor da pele (**Tabela 2**). As chances de ter sintomas depressivos foi 60% menor se o participante afirma não ter sido difícil se dar bem com a mãe, em comparação com quem teve pouco, bem e extremamente difícil quanto ao relacionamento com a mãe; 20 % menor ter bom relacionamento com seus irmãos; 65% menor se o indivíduo tem bom relacionamento com amigos e 66% menor se sabe aonde os filhos vão e com quem (supervisão dos pais). O efeito protetor do apoio social foi condicionado à variável de resiliência: no grupo resiliente, ter apoio social reduz em 88% as chances de ter sintomas depressivos quando comparados a quem não tem apoio social. Entretanto, o efeito de apoio social não foi significativo quando observado o grupo não-resiliente.

Tabela 2 – Razão de chances ajustadas*(OR) e intervalo de confiança de 95% para os fatores de proteção e sintomas depressivos em adolescentes escolares, RJ, 2011 (n= 662).

Fatores de Proteção		% (n)	OR* (IC95%)	Teste de Wald IC95%
Religião	Sim	70,9 (63)	0.58 (0.26-1.28)	0.18
	Não	29,1 (28)	1,00	
Apoio Social	Presença	24,4 (23)	-.**	-
	Ausência	75,6 (67)	-.**	
Resiliência	Resiliente	64,9 (45)	-.**	-
	Não resiliente	35,1 (22)	-.**	
Tem sido difícil para você se dar bem com a sua mãe/ madrastra/mãe substituta	Não	39,4 (36)	0.40 (0.23-0.68)	< 0,001
	Pouco/bem/ extremamente difícil	60,6 (54)	1,00	
Tem sido difícil para você se dar bem com os seus irmãos /irmãs	Não	39,1 (29)	0.80 (0.36-1.77)	0,059
	Pouco/bem/ extremamente difícil	60,9 (51)	1,00	
Tem sido difícil para você se dar bem com os amigos/amigas	Não	63,9 (57)	0.35 (0.17- 0.73)	0,01
	Pouco/bem/ extremamente difícil	36,1 (35)	1,00	
Com que frequência seus pais ou responsáveis sabem onde você vai e com quem você está	Sempre/Muitas vezes	76,7 (73)	0.34 (0.15-0.80)	0,02
	Poucas vezes/Nunca	23,3 (19)	1,00	

Foi incorporado o peso e plano nas estimativas de proporção e o n citado é não expandido.

* **OR ajustado por todas as variáveis e por sexo e cor da pele**

** O efeito principal da OR foi analisado de forma combinada com apoio social e o termo de interação.

OR (IC 95%) Sem Resiliência: Presença de Apoio Social vs Ausência de Apoio Social= 0.86 (0.28- 2.64)

OR (IC 95%) Resiliente: Presença de Apoio Social vs Ausência de Apoio Social = 0.12 (0.05-0.30)

Discussão

O estudo caracteriza-se por um estudo transversal com estudantes escolares, constata o papel protetor do apoio social, resiliência, do bom relacionamento com a mãe, com irmãos e com os amigos, e da supervisão dos pais associado com a ausência na ocorrência de sintomas depressivos. Esse papel dos fatores de proteção foi corroborado pelo estudo de Eisman (2015)³⁴. Sabe-se que promover uma comunicação positiva entre pais e filhos, especialmente aqueles que vivem em contextos desfavorecidos, ajuda a reduzir a exposição à violência e a outras adversidades que podem resultar em sintomas depressivos. Além disso, a família funciona como modelo fundamental de comportamentos ligados às estratégias de enfrentamento, bem como desenvolvimento da autoestima da criança e adolescente. Herring & Kaslow (2002)³⁵ acrescentam que as relações familiares e a sintomatologia depressiva possuem relações bidirecionais, ou seja, são potentes para o desenvolvimento de vínculos positivos e seguros, bem como pode modificar a percepção e os vínculos com a família.

Os amigos podem servir como uma fonte vital de apoio emocional para os jovens, compartilhando preocupações que, de outra forma, não compartilhariam com os adultos³⁶. Consequentemente, o apoio dos pares também pode ajudar a melhorar os efeitos negativos da exposição às adversidades no risco de depressão³⁷. Embora alguns pesquisadores tenham descoberto que tanto o apoio dos pares quanto dos pais desempenha um papel na saúde mental dos adolescentes³⁸, muitos destacam o apoio dos pais³⁹.

Na mesma direção, o apoio social percebido desempenha um papel vital na redução da incidência de transtornos mentais, melhorando a depressão, a qualidade de vida, a saúde mental e emocional, a autoestima e a satisfação com a vida. Estudantes com boas redes emocionais e de apoio com família e amigos têm um nível mais alto de satisfação com a vida. Na realidade, à medida que seu nível de felicidade e suporte social aumentam, menos eles experimentam isolamento⁴⁰.

Apesar da resiliência ser um dos fatores de proteção importante associado à ausência de sintomas depressivos nos adolescentes e apresentado como fator protetivo isoladamente nesta amostra, no efeito conjunto mostrou associação positiva ao combinar com apoio social. No estudo de Assis et al., 2006⁵, ao investigar a resiliência entre adolescentes do município de São Gonçalo (RJ), aqueles mais resilientes mostram-se mais capazes de: levar seus planos até o fim; lidar com os problemas; ser autoconfiantes; disciplinados, independentes; autônomos; persistentes e determinados; ser pessoas com quem se pode contar e amigos de si mesmos; flexíveis e criativos ao enfrentarem problemas; ter otimismo na vida e encontrar um sentido

para ela; aprender com experiências difíceis. Em suas trajetórias de vida relacionaram autodeterminação, apoio social, vínculos afetivos de qualidade com figuras significativas, autoestima e perspectiva de realizar projetos futuros.

Tão importante quanto compreender a relação entre os fatores de proteção e sintomas depressivos entre os adolescentes é verificar o quanto o papel do apoio social é um fator essencial para promover a resiliência. Neste estudo, verificou-se que existe uma relação condicionada na depressão quando observados o apoio social e resiliência com efeito significativo do apoio social somente entre os resilientes. Com isso, sugere-se que tanto o apoio social quanto a resiliência promovem um ao outro, o que é de grande importância para futuras intervenções psicológicas e intervenções de saúde pública na população adolescente, como os resultados encontrados por Bin e Wei (2007)³⁹ e Liu et al. (2014)⁴⁰. Os resultados encontrados em nosso estudo foram consistentes com estudos anteriores em que o suporte social foi verificado como um fator positivo para fortalecer a resiliência e o senso de valor social dos indivíduos⁴¹.

A depressão no adolescente costuma variar de acordo com as características sociodemográficas e estas devem ser levadas em consideração ao examinar as trajetórias dos fatores de proteção e sintomas depressivos. No entanto, não encontramos diferenças significativas em relação ao sexo e cor da pele em relação aos fatores protetivos e sintomas depressivos nesta amostra. Entretanto, consideramos as variáveis sexo e cor da pele no ajuste do modelo pela sua relevância teórica.

Quanto à religião, outro fator de proteção importante na literatura como estratégia de enfrentamento ao estresse, em nossa população de escolares não mostrou diferenças importantes, indicando resultados menos consistentes na ausência dos sintomas depressivos. Mesmo assim, consideramos no ajuste com os demais fatores para controlar o confundimento, devido à relevância teórica.

A literatura sobre o tema apresenta certo consenso entre cientistas sociais, filósofos e psicólogos sociais de que a religião é uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus reveses e sofrimentos. Ela parece ser fundamental naqueles momentos de maior impacto para os indivíduos, como perda de pessoas próximas, doença grave, incapacitação e morte⁴². Em contrapartida, o fato de ter uma afiliação religiosa nem sempre significa ter apoio e proteção. No estudo de Roehlkepartain, Benson, King e Wagener (2006)⁴³, foi observado que certas formas patológicas de espiritualidade, como aquelas voltadas para o conflito, com motivações utilitárias e fomentadoras de autoritarismo, podem autorizar a pessoa a causar

danos a si e aos outros. O risco também pode ser observado no fundamentalismo religioso que pode, ao invés de promover acolhimento, resultar em discriminação⁴⁴.

Este estudo descobriu que fatores de proteção, como apoio social, bom relacionamento com familiares e amigos, predizem ausência de sintomas depressivos em uma amostra de adolescentes escolares de uma área socialmente carente do município do Rio de Janeiro. Baixos níveis de apoio social e apoio familiar devem ser abordados como um potencial fator de risco na avaliação de sintomas depressivos em adolescentes.

Algumas limitações devem ser observadas. O estudo foi conduzido com escolares de um município delimitado e com características próprias, de modo que os resultados não podem ser generalizados para outros ambientes comunitários. O caráter transversal do estudo, embora tenha nos dado resultados importantes entre os fatores de proteção e ausência de sintomas depressivos, indica novos estudos que considerem também o acompanhamento longitudinal.

Desenvolver habilidades emocionais positivas, promover comportamentos parentais positivos, ter uma rede de amigos e pares para compartilhar problemas e sentimentos podem ser algumas das ações eficazes na prevenção da depressão e promoção da saúde⁴⁵. Estudar os fatores de proteção e sua relação com sintomas depressivos indica um caminho promissor, já que sua compreensão poderia impedir anos de sofrimento, o que afeta a saúde mental dos adolescentes, seu comportamento em casa, na escola, com os amigos, em toda sua vida social. Programas de promoção da saúde mental para todos os adolescentes e programas de prevenção em risco dessas condições exigem uma abordagem multinível com plataformas de distribuição variadas – por exemplo, mídias digitais, ambientes de saúde ou assistência social, escolas ou comunidade⁶. O apoio social, juntamente com resiliência, bom relacionamento materno, com amigos e o senso de controle e o domínio sobre a própria vida compõem os recursos sociais e individuais de enfrentamento a situações estressantes⁴⁶⁻⁴⁸.

Referências

1. National Institute of Mental Health. Major depression among adolescents. 2017. Available at:<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-amongadolescents.shtml>. Accessed March 6, 2018.
2. Organização Mundial de Saúde, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. WHO. Acessado em 26 de julho de 2022.
3. Clayborne ZM, Varin M, Colman I. Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 2019 Jan; 58(1):72-79. Doi: 10.1016/j.jaac.2018.07.896. Epub 2018 Oct 29. PMID: 30577941.
4. Rutter, M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**.1987. 57(3), 316–331. doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.
5. Assis, S.G.; Pesce, R.P.; Avanci, J.Q. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006. 144 p.
6. Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2020, <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acessado em 26 de julho de 2022.
7. Emery, R. E., & Forehand, R. Parental divorce and children's well-being: A focus on resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions*. 1996 (pp. 64–99). Cambridge University Press.
8. Garnezy, N. Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent Research in Developmental Psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book Supplement*, 1985. No. 4 (pp. 213-233). Oxford: Pergamon.
9. Daly, M., R. Bray, Z. Bruckauf, J. Byrne, A. Margaria, N. Pec´nik, and M. Samms-Vaughan. Family and Parenting Support: Policy and Provision in a Global Context, Innocenti Insight, 2015. **UNICEF Office of Research, Florence**.
10. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira, DR & Piccinini, CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1755-1769, 2011
11. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. **Br J Psychiatry** 2016; 209:284–93.
12. Boudreault-Bouchard AM, Dion J, Hains J, Vandermeerschen J, Laberge L, Perron M. Impact of parental emotional support and coercive control on adolescents' self-esteem and psychological distress: results of a four-year longitudinal study. **J Adolesc**. 2013 Aug; 36(4):695-704. Doi: 10.1016/j.adolescence.2013.05.002.
13. Shubert, J., Wray-Lake, L., Syvertsen, AK e Metzger, A. (2019). The role of family civic context in character development in childhood and adolescence. *Applied Development Science*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/10888691.2019.1683452>.
14. Awang MM, Kutty FM and Ahmad AR. Perception of social support and well-being: experience of first-year students in university. **International Education Studies**, 2014. 7 (13). <https://doi.org/10.5539/ies.v7n13p261>.
15. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Soc Sci Med**. 2006 Mar; 62(6):1486-97. Doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.001.
16. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012 Dec. 16; 2012:278730. Doi: 10.5402/2012/278730. PMID: 23762764; PMCID: PMC3671693.

17. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depress Res Treat.* 2012; 2012:962860. Doi: 10.1155/2012/962860.
18. Maselko, J, David Hayward, R., Hanlon, A, Buka, S, Meador, K. Religious Service Attendance and Major Depression: A Case of Reverse Causality? **American Journal of Epidemiology**, Volume 175, Issue 6, 15 March 2012, Pages 576–583, <https://doi.org/10.1093/aje/kwr349>.
19. VanderWeele, T. J. Religious Communities and Human Flourishing. *Current Directions in Psychological Science*, 2017. 26(5), 476–481. <https://doi.org/10.1177/0963721417721526>
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. 2017 https://cidades.ibge.gov.br/brasil/RJ/Sao_Goncalo/panorama. Acesso em 21 de março de 2021.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. 2010 https://cidades.ibge.gov.br/brasil/RJ/Sao_Goncalo/panorama. Acesso em 20 de julho de 2022.
22. Institute of Applied Economic Research. **Atlas da violência 2021**. Rio de Janeiro: IPEA/ Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021.
23. Coutinho MPL. (2005). **Depressão infantil e representação social**. João Pessoa: Universitária.
24. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). **Psychopharmacology. Bull.** 1985; 21,995–998.
25. Gouveia RV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 1995;44(7):345–9.
26. Coutinho M P L, Carolino Z C G & Medeiros E D. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. **Avaliação Psicológica**, 2008. 7(3), 291-300.
27. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. **Soc. Sci Med.**1991; 32:705-714.
28. Chor D, Faerstein E, Alves MGM, Lopes CS. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública.** 2001 17: 887-896.
29. Holden L, Lee C, Hockey R, Ware RS, Dobson AJ. Validation of the MOS Social Support Survey 6-item (MOS-SSS-6) measure with two large population-based samples of Australian women. **Qual Life Res.** 2014 Dec; 23(10):2849-53. Doi: 10.1007/s11136-014-0741-5.
30. Wagnild G M. & Young H M. Development and psychometric. *Journal of Nursing Measurement*, 1993. 1(2), 165-178.
31. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Resilience Scale. *Cad Saude Publica.* 2005;21:436-48.
32. Bird HR, Canino GJ, Davis M, Ramirez R, Chavez L, Duarte C, Shen S. The Brief Impairment Scale (BIS): a multidimensional scale of functional impairment for children and adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** 2005;44(7):699-707.
33. Paula C; Duarte C, Bordin I. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [Online]. 2007; 29(1): 11-17. Epub Oct 18, 2006.
34. Eisman, A. B., Stoddard, S. A., Heinze, J., Caldwell, C. H., & Zimmerman, M. A. Depressive symptoms, social support, and violence exposure among urban youth: A longitudinal study of resilience. **Developmental Psychology**, 2015. 51(9), 1307–1316. Doi.org/10.1037/a0039501

35. Herring M, Kaslow NJ. Depression and attachment in families: a child-focused perspective. **Family Process** 2002; 41 (3): 494-518.
36. Laible, DJ, Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). As relações diferenciais do apego dos pais e dos pares ao ajustamento do adolescente. **Journal of Youth and Adolescence**, 2000. 29 (1), 45–59. <https://doi.org/10.1023/A:1005169004882>
37. Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? **J Abnorm Psychol.** 2004 Feb;113(1):155-9. Doi: 10.1037/0021-843X.113.1.155. PMID: 14992668.
38. Kang HW, Park M, Wallace Hernandez JP. The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. **J Sport Health Sci.** 2018 Apr; 7(2):237-244. Doi: 10.1016/j.jshs.2016.05.003.
39. Bin, W, Wei, L. The progress and comments of psychological resilience [J]. **J Henan Univ (Soc Sci)**, 2007 v. 47, p. 127-30.
40. Liu Y, Wang Z, Zhou C, et al. Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment [J]. **Pers Individual Diff.** 2014; 66:92–7.
41. Marshall SL, Parker PD, Ciarrochi J, et al. Is self-esteem a cause or consequence of social support? A 4-year longitudinal study[J]. **Child Dev.** 2013; 85:1275–91.
42. Dalgalarondo, Paulo. **Religião, psicopatologia e saúde mental: do coletivo ao individual, do fenômeno sociocultural à experiência psicopatológica.** Porto Alegre: Artmed, 2008.
43. Roehlkepartain, E. C., Benson, P. L., King, P. E., & Wagener, L. M. Spiritual development in childhood and adolescence: moving to the scientific mainstream. In E. C. Roehlkepartain, P. L. King, L. M. Wagener, & P. L. Benson (Eds.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 1-15). 2006 Thousand Oaks: Sage.
44. Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. S. (2014). O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(6), 1773-1789.
45. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007 May;4(5):35-40.
46. Arnett JJ. Conceptions of the transition to adulthood: perspectives from adolescence through midlife. *J Adult Dev.* 2001. 8:133-143.
47. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59:225-231.
48. Naicker K, Galambos NL, Zeng Y, Senthilselvan A, Colman I. Social, demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent depression. *J Adolesc Heal.* 2013, 52:533-538

5.3 ARTIGO 3

Sintomas depressivos de adolescentes escolares brasileiros: estudo transversal sobre o efeito cumulativo dos eventos adversos e da mediação do apoio social

(A ser traduzido e encaminhado para *BMC Psychiatry*)

Célia Regina de Andrade¹, Joviana Quintes Avanci², Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira³

1. Doutoranda Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Métodos Quantitativos em Saúde. E-mail: reginaandrade61@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0003-3630-3057>

2. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. E-mail: joviana.avanci@fiocruz.br; <https://orcid.org/0000-0001-7779-3991>

3. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. E-mail: raquel.vasconcellos@ini.fiocruz.br; <http://orcid.org/0000-0001-9387-8645>

Resumo

OBJETIVO: compreender a relação entre o acúmulo e a gravidade das experiências adversas na infância (EAI) e a ocorrência dos sintomas depressivos mediados pelo apoio social em adolescentes de uma cidade do Rio de Janeiro/Brasil. **MÉTODO:** Estudo transversal com uma amostra de 1.117 adolescentes escolares de 13 a 19 anos de escolas públicas e privadas de um município do Rio de Janeiro. Foi utilizado o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e escalas sobre Experiências Adversas na Infância (violência familiar, na escola e localidade, perdas, acidentes, doenças, entre outros), organizadas nas dimensões socioeconômica, familiar, comunitária e total. Foi realizada análise descritiva e aplicado o modelo de equação estrutural com estimativa de regressão logística, aplicando-se o papel mediador do apoio social, de modo que possa explicar uma redução na ocorrência da depressão, mesmo que não venha impedir que aconteça. Os efeitos de confundimento foram controlados nos modelos de regressão por sexo e cor da pele autorreferida. **RESULTADOS:** Constatou-se uma prevalência de 8,2% de adolescentes escolares com sintomas depressivos. Observou-se um gradiente dose resposta nos efeitos do acúmulo das dimensões socioeconômicas, familiar, comunitárias e total na ocorrência de sintomas depressivos, quando ajustados por sexo, cor da pele e mediado por apoio social. Ao avaliar o efeito indireto da exposição EAI (quando mediado pelo apoio social), observou-se que 16,7% ou mais do efeito total é explicado via mediação por apoio social. Os efeitos dos EAI apresentaram um efeito de gradiente, pois são acumulativos de acordo com as categorias de cada dimensão. A cada aumento de uma categoria na dimensão socioeconômica aumenta-se em 0,033 o probit de ocorrência de depressão, quando ajustado por sexo e cor da pele. Entretanto, 21,2% desse efeito total é mediado pelo apoio social. Em relação à dimensão familiar, o aumento se dá em 0,020 e 25,0% é mediado pelo apoio social. Na dimensão comunitária, o aumento é de 0,018 e 16,7% mediado pelo apoio social. Na dimensão total aumenta em 0,012 e 17% mediado pelo apoio social. O forte impacto do acúmulo de EAI no desenvolvimento de sintomas depressivos na adolescência requer atenção especializada e ações em grupos mais vulneráveis, e o apoio social provou ser benéfico para mitigar o risco de depressão associado a eventos estressantes na vida.

Introdução

A depressão é um transtorno relativamente comum em todo o mundo e, na última década, aumentou em quase 20%, com uma estimativa de 322 milhões de indivíduos ou 4,4% da população mundial com quadro depressivo¹. O Brasil ocupa a segunda posição de maior número de pessoas com depressão nas Américas, ficando em primeiro lugar na comparação entre países latino-americanos¹.

Em todo o mundo, adolescentes são o grupo de maior risco, com 25% deles com transtorno depressivo maior². O risco cumulativo de ocorrência de um ou mais episódios depressivos aumenta de 5% a 20% na adolescência³. A depressão na adolescência é associada com dificuldades sociais, precária saúde física, suicídio e recorrência de episódios depressivos na vida adulta^{2,4}. Os fatores de risco que se destacam são o histórico familiar de depressão e a exposição às experiências adversas na infância (EAI)⁵⁻⁷.

As EAI são entendidas por eventos negativos ou traumas ocorridos até os 18 anos que podem prejudicar a saúde e o bem-estar durante um longo período de tempo⁸⁻⁹. Desemprego, violências, doenças, perdas, ambientes familiares disfuncionais e instabilidade da estrutura familiar são algumas das adversidades tradicionalmente estudadas e que tendem a desencadear ou acentuar a depressão em adolescentes¹⁰⁻¹². Outras adversidades têm sido incluídas, como a violência na comunidade, discriminação racial e pobreza¹³.

Especificamente no Brasil, a situação de vida de crianças, adolescentes e suas famílias piorou muito nos últimos anos. Apenas no ano de 2017, houve 19.356 notificações de estupro de crianças e adolescentes nos serviços de saúde do país, sendo as meninas as principais vítimas, o que se supõe ser um número muito maior em razão das subnotificações e do tabu relacionado ao tema. Além disso, só no ano de 2018, cerca de 9,8 mil crianças e adolescentes entre zero e 19 anos de idade morreram por homicídios, com a taxa entre negros ser no mínimo três vezes maior do que entre brancos. Dados de 2018 mostram que 13,1% das crianças brasileiras de zero a cinco anos de idade estão em situação de desnutrição e 11,8% dos adolescentes de 15 a 17 anos estão fora da escola. Por outro lado, ainda são elevados os déficits em coleta de esgoto sanitário, abastecimento de água e acesso à energia elétrica, especialmente em algumas regiões do país, além da falta de atividades culturais, esportivas e de lazer voltadas à população infanto-juvenil brasileira¹⁴.

As EAI não operam independentemente e atuam por um efeito sinérgico de múltiplos fatores inter-relacionados, inclusive de proteção. Assim, elas tem sido estudadas sob a perspectiva teórica do risco ecológico cumulativo, que se refere a fontes de risco provenientes de múltiplos contextos de vida, como da família, da escola, comunidade e entre os pares, que

operam concomitantemente ou em sequência¹⁵. A teoria do risco cumulativo é fundamentada em um modelo de resposta ao estresse dos mecanismos de risco, propondo que as exposições acumuladas facilitem o desgaste a longo prazo dos sistemas reguladores fisiológicos¹⁶. Com a teoria, pode-se prever uma psicopatologia persistente desde a infância até a idade adulta¹⁷ e transtornos psiquiátricos iniciais na adolescência¹⁸. O grau de estresse gerado pelas EAI prediz em 21% a presença de sintomas de depressão em adolescentes¹⁹⁻²⁰.

No entanto, pouco se sabe sobre os mecanismos mediadores e moderadores subjacentes à relação entre depressão e risco cumulativo de EAI em países em desenvolvimento, o que poderia indicar potenciais fatores de proteção para prevenir a depressão. Esses fatores podem modificar ou melhorar a resposta a um evento adverso, que tenderia a levar a consequências negativas para a saúde²¹⁻²³. O modelo ecológico-transacional da psicopatologia do desenvolvimento organiza os fatores de proteção em vários níveis da ecologia do adolescente: (1) o individual, como as habilidades de enfrentamento positivas, de autoregulação, *locus* interno de controle, espiritualidade e alta autoestima, (2) o familiar, entre os quais os relacionamentos de apoio, e (3) o comunitário mais amplo, como, por exemplo, a conexão com atividades ou grupos culturais, a alta coesão social de um bairro e o apoio comunitário²⁴⁻²⁶.

O apoio social tem se destacado dentre os aspectos protetores estudados nos modelos teóricos sobre depressão na adolescência. O modelo de causalidade social assume que o suporte social é um antecedente do bem-estar, pois proporciona experiências positivas de amor e cuidado, enquanto a falta de suporte social causa sofrimento psicológico²⁷⁻²⁸. Este modelo explica a relação entre apoio social e sofrimento e prevê que o apoio social atenua a probabilidade de depressão²⁹⁻³⁰ favorece o desenvolvimento da autoestima e diminui a cognição negativa³¹. Níveis reduzidos de apoio percebido preveem níveis aumentados de sintomas depressivos durante a adolescência²⁹. Além disso, adolescentes que percebem que podem contar com pessoas de confiança são capazes de reduzir os efeitos negativos da depressão ocasionados pelos eventos estressantes da vida³².

É estratégico compreender o papel de potenciais adversidades nos desfechos de saúde mental, assim como refletir sobre o efeito do acúmulo de experiências adversas e a ocorrência da depressão em adolescentes³³. É ainda mais relevante conhecer o papel mediador dos fatores de proteção, como o apoio social diante da exposição de situações adversas, a fim de orientar ações de intervenção direcionadas para crianças e adolescentes expostos a diferentes formas de EAI³⁴. Este artigo busca analisar o efeito do acúmulo de experiências adversas na infância (EAI) e sintomas depressivos na adolescência, assim como compreender o papel mediador do apoio social nessa relação.

Método

Desenho e população do estudo

O estudo tem delineamento do tipo transversal com adolescentes de escolas públicas e privadas de um município do Rio de Janeiro.

A população do estudo é composta por adolescentes de 13 a 19 anos, estudantes do curso diurno do 9º ano das escolas públicas (municipais e estaduais) e particulares do município de São Gonçalo, no ano de 2010. A população é constituída por 690 alunos de escolas da rede pública e 439 alunos da privada.

O tamanho amostral de 1117 alunos foi dimensionado para obter estimativas de proporção de 2,3%, com erro absoluto de 1,3% e nível de confiança de 95%. A seleção da amostra considerou 14 estratos, que foram elaborados de acordo com as sete áreas de planejamento do município, de acordo com a natureza da instituição escolar (pública ou particular), para garantir representatividade socioeconômica (natureza da instituição) e espacial (áreas de planejamento) da amostra analisada. Utilizou-se uma amostragem conglomerada multi-estágio, com seleção em duas etapas: 1ª) escolha das escolas, com probabilidade de seleção proporcional à quantidade de alunos (PPT sistemática) de 9º ano em cada um dos 14 estratos; 2ª) duas turmas foram selecionadas aleatoriamente, dentro da escola, para a aplicação do questionário em todos os alunos. Os 1.117 adolescentes participantes foram amostrados em 43 escolas públicas e 30 particulares, contando, em geral, com duas turmas por escola.

A localidade do estudo é o município de São Gonçalo, pertencente ao estado do Rio de Janeiro, com população estimada de 1.098.357 habitantes para o ano de 2021³⁵ e, em 2010, ano da pesquisa, a população era de 999.728 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de São Gonçalo é 0,739 (2010), ocupando o 14º lugar entre os municípios do Estado do Rio de Janeiro. A população de adolescentes (entre 10 e 19 anos) representa cerca de 16% da população do município e, em 2020, a taxa de mortalidade infantil era de 12,33 por 1.000 nascidos vivos³⁵.

Medidas

O questionário auto preenchível foi aplicado por turma, por equipes previamente treinadas, durando em média 60 minutos. A aplicação do questionário foi feita por duplas de pesquisadores, sendo um deles psicólogo.

Variáveis de exposição

EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA (EAI). Trinta e três itens investigados a partir de duas escalas: (1) eventos de vida traumáticos³⁶, compondo os itens: estar em desabamento, desastre, incêndios, enchentes; acidente grave; conflito armado ou tiroteio; ele próprio/familiar apanhar, levar um soco ou chute em casa; ser espancado, levar tiro ou ser ameaçado; testemunhar espancamento, ver alguém levar tiro ou ser morto; ver um cadáver em sua cidade; ter partes sexuais íntimas tocadas por adulto; ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; ter recebido um tratamento médico assustador e doloroso num hospital quando você estava muito doente ou seriamente ferido; outra situação assustadora, perigosa ou violenta e (2) escala de Trombeta e Guzzo³⁷, com os itens: desemprego de um dos pais/responsável; problemas financeiros sérios na família; falta comida em casa; mora ou já morou amontado, sem espaço; problemas médicos sérios de familiares; problema físico ou mental na família; alguém na família indiciado ou preso; morte de pai ou mãe; parente próximo que morreu; problema de álcool ou droga na família; experiência sexual que envolveu os pais; discriminação pela cor de pele; separação de amigos por briga ou morte; ver alguém ser gravemente ferido; viver em perigo ou insegurança na vizinhança; ter a casa assaltada ou roubada.

VIOLÊNCIA SEVERA DA MÃE E DO PAI CONTRA O ADOLESCENTE. Utilizada a Escala Tática de Conflitos, desenvolvida por Straus³⁸ e validada para a população brasileira³⁹. É composta por 6 itens: atos de chutar, morder ou dar murros, espancar, ameaçar ou, efetivamente, usar arma de fogo ou arma branca, em que as respostas vão desde muitas vezes até nunca. Uma ou mais respostas positivas caracterizam a presença de violência severa do pai e/ou da mãe. Em estudo com uma amostra similar, o alpha de Cronbach para a violência severa praticada pela mãe foi de 0,85 e para o pai 0,92⁴⁰.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA⁴¹⁻⁴². Caracteriza-se por 18 itens sobre atos de humilhação, críticas excessivas e uso de palavras depreciativas contra o adolescente cometidos por pessoas significativas. Originalmente, foi verificado alfa de Cronbach de 0.94, ICC (Coeficiente de Correlação Intraclasse) de 0.82. A análise fatorial apresentou estrutura de fator com grau de explicação de 43,5% da variância, testada quanto à validade de constructo, com correlação positiva com sofrimento psíquico⁴³, violência cometida pela mãe e entre pais³⁹. O Kappa variou entre 0,395 e 0,683 e o *alpha de Cronbach* encontrado foi de 0,930⁴¹⁻⁴².

VIOLÊNCIA NA ESCOLA E NA LOCALIDADE. Empregada a Escala de Violência na Escola e na Comunidade do Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquentes - ILANUD/ONU⁴⁴⁻⁴⁵. A variável avalia a vitimização do adolescente na escola e localidade no último ano através de: sofrer humilhação, ameaça ou agressão, ter objetos danificados propositalmente por alguém, conviver com pessoas portando armas brancas ou de fogo, ser furtado ou roubado. Pelo menos um item positivo caracteriza o adolescente como vítima de violência no contexto correspondente. O coeficiente de Kuder-Richardson foi de 0,52 para violência escolar e 0,57 para violência comunitária, o que é aceitável face ao baixo número de itens em cada escala⁴⁴.

VIOLÊNCIA ENTRE OS PAIS (OU PADRASTO/MADRASTA) E ENTRE OS IRMÃOS. Avaliada por brigas entre si a ponto de se machucarem e humilharem. Uma ou mais respostas positivas em cada relação torna um caso na vitimização aferida⁴⁶. Também com amostra de adolescentes escolares de São Gonçalo, obteve-se bons coeficientes psicométricos na avaliação destes constructos: na violência entre os irmãos, o alfa de *Cronbach* obtido foi de 0.83, ICC (índice de correlação intraclasse) de 0.6 e kappa moderado; para a que ocorre entre os pais constatou-se ICC de 0.68⁴⁶.

Os 28 itens das EAI e violências foram organizados e avaliados por: (1) escore total, mensurado pelo somatório de todos os itens positivos e (2) escore por dimensão: (a) socioeconômico (desemprego dos pais ou responsáveis, problemas financeiros sérios, falta comida em casa e mora ou morou amontado); (b) familiar (apanhar, levar um soco ou chute muito forte em casa, um adulto tocou suas partes sexuais íntimas contra a sua vontade, familiar indiciado ou preso, ver membro da família apanhar, levar um soco ou chute muito forte em casa, violência psicológica, ter recebido notícia de morte violenta de um ente querido, problemas médicos com familiares, problema de deficiência física ou mental com familiar, morte de pai ou mãe, parente próximo que morreu, problemas de álcool ou drogas com familiares); e (c) da comunidade (ser espancado, levar tiro ou ser ameaçado, violência na escola, violência na localidade, separou de amigos por briga ou morte, viu alguém ser gravemente ferido, situação de perigo e insegurança na vizinhança, casa assaltada ou roubada, desastres/incêndios/enchentes, estar em um acidente grave, estar em conflitos armados (tiroteios), ver alguém na sua cidade ser espancado, levar um tiro ou ser morto, ver um cadáver em sua cidade e desabamento que destruiu o local em que estava). As opções de respostas da dimensão socioeconômica foram de 0, 1 e 2 e mais; da dimensão familiar, de 0 a 2, 3 a 4 e 5 e mais; da dimensão comunitária, de 0 a 2, 3 a 4, 5 e mais; e da dimensão total, 0 a 7 e 8 e mais.

Variável de Desfecho

SINTOMAS DEPRESSIVOS. Avaliada pelo Inventário de Depressão Infantil (CDI), instrumento adaptado do Inventário de Depressão de Beck (BDI) para adultos. Foi desenvolvido por Kovacs (1985)⁴⁷, nos Estados Unidos, para detectar a presença e o grau de severidade dos sintomas depressivos em crianças e adolescentes. No Brasil, o CDI foi traduzido e adaptado por Gouveia *et al.* (1995)⁴⁸ com os 27 itens da escala original. O CDI é uma ferramenta que possibilita o rastreamento de sintomas depressivos entre indivíduos de 7 a 17 anos de idade. Composto por 27 itens distribuídos entre sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta⁴⁷ nas duas últimas semanas. Os respondentes utilizam uma escala de resposta de três pontos, 0 (ausência de sintomas), 1 (presença) e 2 (gravidade)⁴⁹. As propriedades psicométricas do CDI são bem estudadas (coeficiente alfas entre 0,18 a 0,55)⁵⁰⁻⁵¹. O escore é calculado a partir da soma de todos itens e aplicado o escores T de 65 pontos ou mais para identificação daqueles considerados casos de sintomas depressivos⁵².

Variável mediadora

APOIO SOCIAL. Avaliada pela versão reduzida da subescala de apoio social do *Medical Outcome Study Social Support Survey* (MOS-SSS), com 6 itens e 1 fator⁵³. A versão integral⁵⁴ foi adaptada e validada para o Brasil por Chor *et al.* (2001)⁵⁵ e Griep *et al.* (2005)⁵⁶, com boas medidas de confiabilidade e validade de constructo⁵⁶. Essa versão mais reduzida mede o suporte social funcional global (apoio material, apoio afetivo, interação social positiva e apoio emocional/informacional) e também possui alta consistência interna e se correlaciona bem com o total da escala original de 19 itens (MOS). Neste estudo, optou-se por utilizar a média como ponto de corte do escore de apoio social e definir duas categorias de análise: de 7 a 25 pontos refere-se à ausência de apoio social; de 25 a 30, presença de apoio social⁵³.

Covariáveis

As variáveis sexo (masculino e feminino) e cor da pele autorreferida (branca e negra/parda/amarela/indígena) foram estudadas como covariáveis e de ajuste nos modelos.

Análise dos dados

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva da amostra para obter a prevalência de sintomas depressivos, assim como descrever a frequência absoluta e relativa das variáveis estudadas. Em seguida, associou-se os itens das EAI e violências segundo a variável de

sintomas depressivos, comparando as proporções pelo teste Wald. Inserimos 20 itens da escala de EAI e violências mais oito que se mantiveram na análise pela sua relevância teórica: ter recebido notícia de morte violenta de um ente querido, problemas médicos com familiares, morte de pai ou mãe, parente próximo que morreu, situação de perigo e insegurança na vizinhança, casa assaltada ou roubada, estar em conflitos armados (tiroteios) e ver um cadáver em sua cidade.

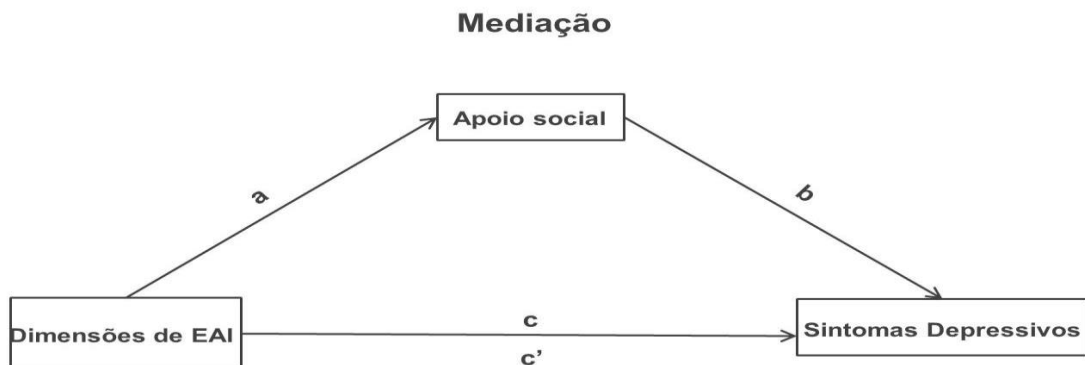
Foi aplicado o modelo de equações estruturais para desfecho binário (com função de ligação probit) para avaliar os efeitos de exposição de cada uma das três dimensões e do escore total de EAI no desfecho de sintomas depressivos.

As variáveis de exposição (EAI) foram tratadas como variáveis ordinais na estimação, categorizadas em quantidade de eventos de EAI (**Tabela 2**).

Foi considerado o nível de significância de 10% na análise exploratória pelo teste de Wald para inclusão das variáveis no modelo. Os efeitos são interpretados a cada mudança na categoria das dimensões de EAI. Foram ajustados modelos simples e múltiplo, em que os efeitos dos EAI foram ajustados pelas variáveis sexo (masculino e feminino) e raça/cor da pele autorreferida (brancos e outros - negra/parda/amarela/indígena), além de considerar a variável apoio social como variável mediadora no modelo múltiplo. Foi considerado um nível de significância de 5% nos testes dos coeficientes do modelo.

O efeito total de cada dimensão e total do EAI no desfecho de sintomas depressivos foi composto por um efeito direto e indireto, ou seja, mediado por apoio social. O objetivo da análise de mediação é estimar uma partição do efeito total em um efeito indireto da exposição no desfecho via mediação e um efeito direto da exposição no desfecho⁵⁷⁻⁵⁸ (**Figura 1**). Se existir um efeito de EAI via mediação (efeito indireto), será observado que a proporção entre o efeito indireto e total será razoável. Consideramos valores acima de 10% de proporção de mediação como um potencial efeito.

Figura 1 – Efeitos (total, direto e indireto) das dimensões de EAI nos sintomas depressivos mediada pelo apoio social.



NOTA: a= efeito da exposição -> mediadora; b= efeito de mediadora (modelo tradicional)
 c= efeito total (modelo só com exposição) c'= efeito direto ou ADE (average direct effects) (modelo tradicional)
 a*b= efeito indireto ou ACME (Average Causal Mediation Effects) $c = c' + a*b = ADE$ (average direct effects)
 + ACME (Average Causal Mediation Effects) .
 EAI=Experiências Adversas na Infância

Para avaliar a qualidade de ajuste do modelo, foram utilizadas as medidas CFI (*Comparative Fit Index*) e RMSEA (*Root Mean Square Error of Aproximation*), considerando um ajuste adequado quando CFI acima 0.9 e RMSEA abaixo de 0.05⁵⁹.

Por se tratar de uma amostra com desenho complexo, as análises foram feitas utilizando a biblioteca survey⁶⁰ do pacote estatístico R e incorporando o peso e plano amostral em todas as análises. As análises foram realizadas nos pacotes lavaan⁶¹ e survey⁶⁰ do software R versão 4.0.2 (<http://www.r-project.org>).

Questões Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ (CAEE: 50920721.0.0000.5240). A direção das escolas e um dos responsáveis dos adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os adolescentes participantes assinaram o Termo de Assentimento.

Resultados

Dos 1.117 adolescentes participantes, a prevalência de sintomas depressivos foi de 8,2% (IC95%: 6.7-9.9). Dos 33 eventos adversos e violências estudadas, vinte apresentam diferenças estatísticas significativas na presença ou ausência de sintomas de depressão. Na dimensão socioeconômica, destacam-se o desemprego dos pais, sérios problemas financeiros, ausência

de comida e morar amontoado. Na dimensão da família, evidenciam-se a vitimização ou o testemunho da violência física, violência sexual, violência psicológica, prisão de familiar, deficiência física ou mental, e problemas com álcool ou drogas. Na dimensão da comunidade, ressaltam-se a violência da comunidade, da escola, a separação de amigos por briga ou morte, testemunho de violência na cidade, acidente, desastres/incêndios/enchentes e desabamento (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das experiências adversas na infância segundo sintomas depressivos entre adolescentes escolares do Brasil (n=1.117).

Dimensões de Experiências adversas e violências Socioeconômica		Sintomas depressivos		
		Presença %	Ausência %	Valor de p*
Seus pais ou resp. está desempregado	Sim	67,2	58,0	0,061
	Não	32,8	42,0	
Problemas financeiros sérios	Sim	47,4	37,1	0,057
	Não	52,6	62,9	
Falta comida em casa	Sim	5,6	2,1	0,081
	Não	94,4	97,9	
Mora ou morou amontoado	Sim	12,5	6,7	0,071
	Não	87,5	93,3	
Dimensões de Experiências adversas e violências na Família				
Apanhar, levar um soco ou chute muito forte em casa	Sim	37,3	18,3	<0,001
	Não	62,7	81,7	
Um adulto tocou suas partes sexuais íntimas contra a sua vontade	Sim	17,0	7,7	0,008
	Não	83,0	92,3	
Familiar indiciado ou preso	Sim	34,6	20,7	0,007
	Não	65,4	79,3	
Ver membro da família apanhar, levar um soco ou chute muito forte em casa	Sim	39,6	22,6	<0,001
	Não	60,4	77,4	
Violência Psicológica	Presença	55,3		<0,001
	Ausência	44,7	14,4 85,6	
Ter recebido notícia de morte violenta de um ente querido	Sim	38,9	41,7	0,656
	Não	61,1	58,3	
Problemas médicos com familiares	Sim	66,7	69,5	0,586
	Não	33,3	30,5	
Problema de deficiência física ou mental com familiar	Sim	33,5	24,0	0,071
	Não	66,5	76,0	
Morte de pai ou mãe	Sim	6,5	6,8	0,928
	Não	93,5	93,2	
Parente próximo que morreu	Sim	75,1	72,4	0,625
	Não	24,9	27,6	
Problemas de álcool ou drogas com familiares	Sim	41,6	31,2	0,059
	Não	58,4	68,8	

(cont.)

Tabela 1: Distribuição das experiências adversas na infância segundo sintomas depressivos entre adolescentes escolares do Brasil (n=1.117). (Continuação)

Dimensões de Experiências adversas e violências Comunidade		Sintomas depressivos		Valor de p*
		Presença %	Ausência %	
Ser espancado, levar tiro ou ser ameaçado	Sim	30,2	10,8	<0,001
	Não	69,8	89,2	
Violência na Escola	Presença	61,9	38,6	<0,001
	Ausência	38,1	61,4	
Violência na Localidade	Presença	64,6	35,9	<0,001
	Ausência	35,4	64,1	
Separou de amigos por briga ou morte	Sim	62,8	30,9	<0,001
	Não	37,2	69,1	
Viu alguém ser gravemente ferido	Sim	48,2	37,0	0,045
	Não	51,8	63,0	
Situação de perigo e insegurança na vizinhança	Sim	33,1	25,5	0,129
	Não	66,9	74,5	
Casa assaltada ou roubada	Sim	12,3	11,6	0,825
	Não	87,7	88,4	
Desastres/incêndios/enchentes	Sim	21,0	12,1	0,049
	Não	79,0	87,9	
Estar em um acidente grave	Sim	19,3	11,3	0,015
	Não	80,7	88,7	
Estar em conflitos armados (tiroteios)	Sim	39,6	35,9	0,484
	Não	60,4	64,1	
Ver alguém na sua cidade ser espancado, levar um tiro ou ser morto	Sim	47,2	34,2	0,053
	Não	52,8	65,8	
Ver um cadáver em sua cidade	Sim	56,7	49,9	0,390
	Não	43,3	50,1	
Desabamento que destruiu o local em que estava	Sim	10,8	5,4	0,058
	Não	89,2	94,6	

*p<0,10 indica testes estatisticamente significativos

O modelo de equações estruturais foi aplicado com os 20 itens das EAI que apresentaram nível de significância de 10% com os sintomas depressivos, mais oito que se mantiveram na análise pela sua relevância teórica. A **Tabela 2** mostra que os efeitos dos EAI apresentam um efeito de gradiente, pois foram cumulativos de acordo com as categorias de cada dimensão. Na dimensão socioeconômica, a cada aumento de uma categoria aumenta-se em 0,033 o probit de ocorrência de depressão, quando ajustado por sexo e cor da pele, sendo, todavia, 21,2% desse efeito total mediado pelo apoio social. Em relação à dimensão familiar, o aumento se dá em 0,020 e 25,0% é mediado pelo apoio social; na dimensão comunitária, o

aumento é de 0,018 e 16,7% mediado pelo apoio social. Por fim, na dimensão total, aumenta 0.012 e 16,7% mediado pelo apoio social.

As medidas de qualidade de ajuste dos quatro modelos encontraram-se dentro dos parâmetros esperados (**Tabela 2**).

Tabela 2: Efeitos total, direto e indireto e proporção da relação das dimensões* de EAI nos sintomas depressivos quando mediados pelo apoio social entre adolescentes escolares brasileiros (n=1.117)

Dimensão Categorias/ parâmetros	Efeito total (c'+ab)	Efeito direto (c')	Efeito indireto (a*b)	Proporção da mediação %
Socioeconômico**		0,026	0,007	21,2
0	-			
1	0,033			
2 e mais	0,066			
Familiar***		0,015	0,005	25,0
0 a 2	-			
3 a 4	0,020			
5 e mais	0,040			
Comunitária****		0,016	0,003	16,7
0 a 2	-			
3 a 4	0,018			
5 e mais	0,036			
Total*****		0,010	0,002	16,7
0 a 7	-			
8 e mais	0,012			

* Os efeitos foram ajustados por sexo e cor da pele

CFI= 0,972 RMSEA = 0,048, * CFI= 0,971 RMSEA = 0,058, **** CFI= 0,987 RMSEA = 0,037,

***** CFI= 0,986 RMSEA = 0,043

Discussão

Dentre os achados do estudo está a prevalência de 8,2% de sintomas depressivos entre adolescentes escolares, o que dialoga em consonância com outras pesquisas nesta faixa etária, que encontram percentuais entre 7% e 10%⁶²⁻⁶³. Constatam-se dois principais achados para o desfecho dos sintomas depressivos na adolescência: (1) o gradiente de efeito diante do acúmulo de eventos adversos e (2) o papel mediador do apoio social, de modo que atenua a ocorrência da depressão, mesmo que se não opere de forma a impedir a sua ocorrência.

A constatação de que há uma relação dose-resposta, uma relação gradual entre o aumento das experiências adversas na infância e a maior ocorrência de sintomas depressivos entre os adolescentes indica o impacto negativo do efeito cumulativo das experiências adversas, como no estudo de Shen, 2021⁶⁴. Assim, a cada novo evento adverso em cada dimensão estudada se aumenta progressivamente a ocorrência de sintomas depressivos.

Quanto ao apoio social, sabe-se do seu papel de proteção para o desenvolvimento da depressão e de outros transtornos mentais⁶⁵, tendendo a mitigar os impactos nefastos das adversidades^{32,66}. Um adolescente que recebe ajuda, apoio e é ouvido pode conseguir ver as situações difíceis como menos ameaçadoras ou desenvolver habilidades e atitudes mais

positivas diante das experiências adversas. Contudo, o estudo revela que o apoio social por si só não impede a força do acúmulo das EAI para o desenvolvimento dos sintomas depressivos. Viver situações de pobreza, violências, acidentes, perdas e doenças nas fases iniciais da vida coloca os adolescentes em risco à saúde mental atual e pode nortear o curso de etapas posteriores da vida⁶⁷. Importante destacar que a relação mediadora do apoio social independe do sexo ou cor de pele/raça do adolescente, o que merece ser visto com cautela e melhor compreendido em estudos futuros.

Recomenda-se que os achados aqui encontrados possam ser estudados a partir do Modelo Dimensional das Adversidades e Psicopatologia^{68,14}, que sugere a diferenciação entre os eventos a partir da natureza de ameaça (por exemplo, violência física e sexual) e privação (por exemplo, negligência) ao invés de examiná-los isoladamente ou agrupados. Segundo esse modelo, experiências de ameaça resultam em regulação de estímulos que provocam medo, enquanto a exposição à privação contribui para o prejuízo da maturação cognitiva e dificuldades na aprendizagem. Os tipos de efeitos decorrentes de distintas adversidades podem explicar a resposta interativa das EAI no contexto da história de depressão⁶⁹. Cohen et al. (2019)⁷⁰ explicam que como a negligência está associada a problemas de aprendizagem⁷¹ pode ser um desafio para esses indivíduos serem resilientes após o início da depressão. Além disso, como a violência confere risco por meio do processamento de ameaças¹⁸ e a depressão está mais ligada a déficits associados à perda⁷², os efeitos de cada adversidade podem ser independentes e melhor compreendidos por meio da natureza das adversidades⁷⁰.

A evidência do impacto do efeito cumulativo das EAI e do papel atenuador do apoio social nos sintomas depressivos chama atenção à necessidade de intervenção junto aos jovens que vivem em contextos em que as adversidades se acumulam e se sobrepõem, acirrando o medo, a tristeza e a ameaça. Também, a uma intervenção anterior, já que muitas dessas situações adversas são evitáveis e podem ser prevenidas.

A principal limitação deste estudo refere-se ao uso de questionário de autorrelato para avaliar informações sobre adversidades e sintomas depressivos. Esse tipo de abordagem restringe informações sobre o contexto dos eventos e da depressão, além de serem sujeitos a vieses de memória. Além disso, o humor atual do adolescente pode levar a excessos de relatos de adversidades e sofrimentos. A utilização de abordagem qualitativa e de estudos longitudinais, com vários momentos de avaliação ao longo do tempo, podem ajudar a compreender os fatores que desencadeiam ou estão relacionados à depressão na adolescência.

Esse achado é muito relevante porque chama atenção para um grupo de adolescentes que, pela sua condição de vida (em diferentes contextos) ou de saúde mental, se encontram num

contexto de vida que se retroalimentam por experiências adversas, podendo desencadear/agravar seu quadro no presente ou ainda na vida adulta, inclusive para a evolução para outros transtornos, como os alimentares e de personalidade^{73-74,68}. A situação é mais preocupante, já que muitas das experiências adversas que ocorrem na infância de forma contínua ou repetitiva tendem a ser mantidas em segredo, não são reconhecidas e nem são valorizadas pelas pessoas de convívio com o jovem¹².

É de grande relevância a atuação protetora de escolas e serviços de saúde que precisam estar atentos em situações de vida críticas, como as violências e a pobreza, e que produzem muito sofrimento.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial de Saúde, 2018 <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acessado em 25 de setembro de 2021.
2. Avenevoli S, Knight E, Kessler RC, Merikangas KR. Epidemiology of depression in children and adolescents. In: Abela JRZ, Hankin BL, eds. **Handbook of Depression in Children and Adolescents**. New York, NY: Guilford Press; 2008:6-32.
3. Goldman S. Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2012; 21(2):217-35. Doi: 10.1016/j.chc.2011.12.002
4. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 2020 Jul; 59(7):842-855. Doi: 10.1016/j.jaac.2019.10.011.
5. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. **Lancet**. 2012 Mar 17; 379(9820):1056-67. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
6. Elmore AL, Crouch E. The Association of Adverse Childhood Experiences With Anxiety and Depression for Children and Youth, 8 to 17 Years of Age. **Acad Pediatr**. 2020 Jul; 20(5):600-608. Doi: 10.1016/j.acap.2020.02.012.
7. Moore, Kristin & Ramirez, Alysha. Adverse Childhood Experience and Adolescent Well-being: Do Protective Factors Matter? **Child Indicators Research**. 2016. 9. 10.1007/s12187-015-9324-4.
8. Patterson ML, Moniruzzaman A, Somers JM. Setting the stage for chronic health problems: cumulative childhood adversity among homeless adults with mental illness in Vancouver, British Columbia. **BMC Public Health**. 2014 Apr. doi: 10.1186/1471-2458-14-350.
9. Reid JA, Baglivio MT, Piquero AR, Greenwald MA, Epps N. Human Trafficking of Minors and Childhood Adversity in Florida. **Am J Public Health**. 2017; 107 (2):306-311. Doi: 10.2105/AJPH.2016.303564.
10. Dube, SR., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. **Pediatrics**, 2003.111(3), 564–572.
11. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. **Am J Prev Med**. 1998 May; 14(4):245-58. Doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
12. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. **European archives of**

- psychiatry and clinical neuroscience.** 2006. 256(3), 174–186. doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4.
13. Finkelhor, David et al. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. **JAMA pediatrics**, v. 167, n. 7, p. 614-621, 2013.
 14. ABRINQ, 2020. Cenário da infância e Adolescência no Brasil 2020. Fundação Abrinq. Disponível em <https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2020-03/cenario-brasil-2020-1aeducacao.pdf>.
 15. Evans GW, Li D, Whipple SS. Cumulative risk and child development. *Psychol Bull.* 2013. 139:1342–96. Doi: 10.1037/a0031808
 16. Vaughn-Coaxum, R., Dhawan, N., Sheridan, M., Hart, M., & Weisz, J. Dimensions of adversity in association with adolescents' depression symptoms: Distinct moderating roles of cognitive and autonomic function. **Development and Psychopathology.** 2020. 32(3), 817-830. Doi: 10.1017/S0954579419001172
 17. Clark C, Caldwell T, Power C, Stansfeld SA. Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. **Ann Epidemiol.** 2010 May; 20(5):385-94. doi: 10.1016/j.annepidem. 2010.02.008. PMID: 20382340.
 18. McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. **Neuroscience & Biobehavioral.** 2014. Reviews, 47, 578–591. Doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012.
 19. Veytia López Marcela, González Arratia López Fuentes Norma Ivonne, Andrade Palos Patricia, Oudhof Hans. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. **Salud Ment [revista en la Internet].** 2012 Feb.
 20. Bouma EM, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: the influence of parental depression, temperament and family environment. **J Affect Disord.,** 2008 Jan; 105(1-3):185-93. Doi: 10.1016/j.jad.2007.05.007.
 21. Luthar, S., Crossman, E., & Small, P. Resilience and adversity. In R. Lerner (Ed.). **Handbook of child psychology and developmental Science,** 2015, pp. 247–286. 7 th ed. Wiley.
 22. Gartland, D., Riggs, E., Muyeen, S., Giallo, R., Afifi, T. O., MacMillan, H., Brown, S. J. What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review. **BMJ Open,** 2019, 9(4), e024870. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024870>.
 23. Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H., & Girz, L. Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). **Child. Abuse & Neglect,** 2009. 33(9), 648–660. doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.01.002.
 24. Cicchetti, D., & Toth, S. Child maltreatment and developmental psychopathology: A multilevel perspective. In D. Cicchetti (Vol. Ed.), **Developmental psychopathology:** 2016, vol. 3. Wiley & Sons.
 25. Brown, J., Barbarin, O., & Scott, K. Socioemotional trajectories in black boys between kindergarten and the fifth grade: The role of cognitive skills and family in promoting resiliency. **The American Journal of Orthopsychiatry,** 2013, 83(2 Pt 3), 176–184. <https://doi.org/10.1111/ajop.12027>.
 26. Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomas, M., & Taylor, A. Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. **Child. Abuse & Neglect,** 2007, 31(3), 231–253. doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.011.
 27. Siedlecki, KL, Salthouse, TA, Oishi, S. *et al.* A relação entre apoio social e bem-estar subjetivo ao longo da idade. **Soc Indic Res** 117, 2014, 561-576. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4>

28. Ioannou M, Kassianos A.P., Symeou M. Coping with Depressive Symptoms in Young Adults: Perceived Social Support Protects Against Depressive Symptoms Only Under Moderate Levels of Stress. **Frontiers in Psychology**. 2019, v.9. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02780
29. Windle, Michael. Temperament and social support in adolescence: Interrelations with depressive symptoms and delinquent behaviors. **Journal of youth and adolescence**, 1992, v. 21, n. 1, p. 1-21.
30. Calsyn, Robert J.; WINTER, Joel P. Social support, psychiatric symptoms, and housing: A causal analysis. **Journal of Community Psychology**, 2002, v. 30, n. 3, p. 247-259.
31. Zhang, Lijuan et al. Attachment orientations and dispositional gratitude: The mediating roles of perceived social support and self-esteem. **Personality and Individual Differences**, 2017, v. 114, p. 193-197.
32. Liu L, Liu C, Ke X, Li N. Mediating effect of social support on the association between life events and depression: A cross-sectional study of adolescents in Chongqing China. **Medicine (Baltimore)**. 2020 Dec 18; 99(51):e22627. Doi: 10.1097/MD.00000000000022627.
33. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Cruz C, Méndez E. Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. **J Adolesc Health**. 2009 Nov; 45(5):483-9. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.002
34. Racine N, Eirich R, Dimitropoulos G, Hartwick C, Madigan S. Development of trauma symptoms following adversity in childhood: The moderating role of protective factors. **Child Abuse Negl**. 2020 Mar; 101:104375. Doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104375.
35. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. 2010 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/sao-goncalo/panorama> (Acessado em 15 de março de 2020).
36. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. **TICS**, 2004; 9(2), 69-74.
37. Trombeta LH, Guzzo RSL. Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas/SP: Alínea; 2002; 122 p.
38. Straus MA. Measuring familiar conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. **J Marriage Fam**. 1979; 41:75–88.
39. Hasselmann MH. Violência familiar e desnutrição severa na infância: modelo teórico e estudo de confiabilidade dos instrumentos. **Dissertação de mestrado**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.
40. Assis, SG, Avanci, JQ, Santos, NC, Malaquias, JV, Oliveira, RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**; 2004, 16(1) 43-51, jul. 2004.
41. Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. **J Psychosom Res**. 1997; 2:125-42.
42. Avanci J, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. **Rev Saúde Pública**. 2005; 39(5):702–8.
43. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **Br J Psychiatry**. 1986; 148:23-6.
44. Kahn T, Bermergui C, Yamada E, Cardoso FC, Fernandes F, Zacchi JM, et al. O dia a dia nas escolas (violências auto assumidas). São Paulo: United Nations Latin American Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (ILANUD) & Institute I'm from Peace; 1999.
45. Barreira AK, Lima MLC, Avanci JQ. Coocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes namorados do recife. Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2013; 18 (1): 233–43.
46. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2004; 16(1):43–51.

47. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). **Psychopharmacology. Bull.** 1985; 21,995–998.
48. Gouveia RV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 1995;44(7):345–9.
49. Coutinho, MPL, Carolino, ZCG & Medeiros, ED. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. **Avaliação Psicológica**, 2008. 7(3), 291-300.
50. Coutinho MPL, Oliveira MX, Pereira, DR, Santana, IO. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. **Aval. Psicol.** 2014, 13(2): 269-276
51. Finch, A. J., Saylor, C. F., & Edwards, G. L. Children's Depression Inventory: Sex and grade norms for normal children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, (1985), 53(3), 424–425. Doi.org/10.1037/0022-006X.53.3.424
52. Volpe, Robert J. & Dupaul George J. Assessment with Brief Behavior Rating Scales, CHAPTER 12. Handbook of Psychoeducational Assessment Ability, **Achievement, and Behavior in Children A volume in Educational Psychology Book**, 2001.
53. Holden L, Lee C, Hockey R, Ware RS, Dobson AJ. Validation of the MOS Social Support Survey 6-item (MOS-SSS-6) measure with two large population-based samples of Australian women. **Qual Life Res.** 2014 Dec; 23(10):2849-53. Doi: 10.1007/s11136-014-0741-5.
54. Sherbourne, CD; Stewart, AL. The MOS social support survey. **Soc. Sci Med.** 1991; 32:705-714.
55. Chor, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública.** 2001, v. 17, n. 4, pp. 887-896. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400022>
56. Griep, RH et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** 2005, v. 21, n. 3, pp. 703-714. doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004.
57. Baron, RM & Kenny, DA. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. **Journal of Personality and Social Psychology**, 1986, 51(6), 1173–1182. Doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173
58. Muthén BO & Muthén TA. **Regression and Mediation Analysis Using Mplus.** 2016 519 pages. Publisher: Muthén & Muthén. Language: English. ISBN 978-0-9829983-1-1
59. Hu, LT. & Bentler, PM. Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria versus New Alternatives. **Structural Equation Modeling**, 1999, 6, 1-55. doi.org/10.1080/10705519909540118
60. Lumley T (2010). **Complex Surveys: A Guide to Analysis Using R: A Guide to Analysis Using R.** John Wiley and Sons.
61. Rosseel, Y. Lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. **Journal of Statistical Software**, 2012, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
62. Reyes-Rodríguez ML, Rivera-Medina CL, Cámara-Fuentes L, Suárez-Torres A, Bernal G. Depression symptoms and stressful life events among college students in Puerto Rico. **J Affect Disord.** 2013 Mar 5; 145(3):324-30. Doi: 10.1016/j.jad.2012.08.010.
63. Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., & Pires, T. Childhood depression. Exploring the association between family violence and other psychosocial factors in low-income Brazilian schoolchildren. **Child Adolescent Psychiatry and Mental Health**, 2012, 6(1), 26. <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-6-26>
64. Shen W. Cumulative Childhood Adversity and Its Associations with Mental Health in Childhood, Adolescence, and Adulthood in Rural China. **Frontiers in psychology**, 12, 2021. 768315. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.768315

65. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. **Br J Psychiatry** 2016; 209:284–93.
66. Huang CY, Guo SE. Stress, perceived support, resourcefulness and depressive symptoms in Taiwanese adolescents. **J Clin Nurs**. 2009 Dec; 18(23):3271-9. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02899.x.
67. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. **Lancet**. 2012 Apr 28; 379(9826):1630-40. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5.
68. McLaughlin KA, Sheridan MA. Beyond Cumulative Risk: A Dimensional Approach to Childhood Adversity. **Curr Dir Psychol Sci**. 2016 Aug; 25 (4):239-245. Doi: 10.1177/0963721416655883.
69. McCrory, E.J., Gerin, M.I. and Viding, E. Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry – the contribution of functional brain imaging. **J Child Psychol Psychiatr**, 2017, 58: 338-357. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12713>
70. Cohen, J.R., Thomsen, K.N., Racioppi, A. *et al.* Emerging Adulthood and Prospective Depression: A Simultaneous Test of Cumulative Risk Theories. **J Youth Adolescence**, 2019 **48**, 1353–1364. doi.org/10.1007/s10964-019-01017-y
71. McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Nelson, C. A. Neglect as a violation of species-expectant experience: Neurodevelopmental consequences. **Biological Psychiatry**, 2017 82(7), 462–471. doi.org/10.1016/j.biopsych.
72. Woody ML, Gibb BE. Integrating NIMH Research Domain Criteria (RDoC) into Depression Research. **Curr Opin Psychol**. 2015 Aug; 4:6-12. Doi: 10.1016/j.copsyc.2015.01.004. PMID: 25642446; PMCID: PMC4306327.
73. Turner, H.A., Butler, M.J. Direct and Indirect Effects of Childhood Adversity on Depressive Symptoms in Young Adults. **Journal of Youth and Adolescence** **32**, 2003, 89–103. <https://doi.org/10.1023/A:1021853600645>
74. Putnam, K. T., Harris, W. W., & Putnam, F. W. Synergistic Childhood Adversities and Complex Adult Psychopathology. **Journal of Traumatic Stress**, 2013, 26(4), 435–442. Doi: 10.1002/jts.21833

6. CONCLUSÃO

A presente tese investigou a associação entre as experiências adversas na infância (EAI) e dos fatores de proteção no desenvolvimento de sintomas depressivos em adolescentes escolares. A relevância desse estudo avança nos achados sobre a depressão na adolescência, com destaque para a sua caracterização segundo aspectos sociodemográficos e para o papel dos fatores de proteção e do acúmulo de experiências adversas. Contudo, trata-se apenas de uma parte, face ao grande desenvolvimento teórico e empírico que tem ocorrido nos estudos dos eventos adversos, além da complexidade e heterogeneidade dos fatores que permeiam o desenvolvimento e a manutenção dos fatores de proteção que podem amenizar os sintomas depressivos (REYES-RODRÍGUEZ ML et al., 2013). Entretanto, os dados produzidos são relevantes e bem elaborados, capazes de auxiliar intervenções efetivas para reduzir o ônus causado pelo estresse e o desenvolvimento de sintomas depressivos. Além disso, este estudo trouxe esclarecimentos para essa área de pesquisa em relação à importância das relações sociais, da rede social e/ou do apoio social para a saúde mental dos adolescentes, considerando estes aspectos como fatores protetivos e promotores de saúde, auxiliando no enfrentamento de situações específicas, como vulnerabilidade social ou física, estresses e violências, como demonstrado no estudo (GARTLAND, D. et al., 2019).

Na população de adolescentes escolares deste estudo - município de São Gonçalo, RJ -, identificamos 33 experiências adversas na infância/violências pesquisadas; praticamente todos entrevistados relataram ter vivido pelo menos uma adversidade (99%) e, em média, oito experiências são relatadas por cada adolescente, variando de 0 a 24 eventos vividos por cada adolescente. Os resultados mostram a organização de 8 grupos: composto por meninas e adolescentes de estrato social mais baixo e EAI mais relacionadas ao ambiente; meninos de estrato social mais alto e não ter vivido EAI; adolescentes com sintomas de depressão e EAI dirigidas fisicamente a eles/família; adolescentes de cor de pele branca, sem sintomas de depressão e que não vivenciaram EAI; adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena que vivenciaram experiências adversas na família e na comunidade. É importante a caracterização dos grupos e os eventos, visto que nos trouxe uma reflexão em relação à delimitação desses eventos adversos que estão mais próximos, incluindo a caracterização das diferenças em relação às características sociodemográficas e ao isolamento de outras adversidades, que consideramos de maior gravidade para esse grupo. Os achados alertam para a necessidade de olhar com atenção e compreender as adversidades sofridas por esses jovens com um olhar nas diferenças sociais, entre meninas e meninos, em diferentes grupos étnicos e

de classe social, de forma a cuidar, intervir e mitigar os efeitos negativos no momento atual, no curso de vida e em gerações futuras, como propõe o estudo (SOARES, 2016).

Os fatores de proteção, por apresentarem papel importante na redução da depressão e estarem inter-relacionados, favorecem a superação das adversidades enfrentadas pelos adolescentes nessa fase da vida, fortalecendo o apoio social, a autoestima e a resiliência. Os resultados consideram a necessidade de olhar com atenção para o apoio social da família e dos amigos como um fator de promoção significativo para os jovens, ajudando-os a lidar com desafios difíceis e reduzindo o risco de depressão.

É fundamental entender essas situações adversas na infância e na adolescência bem como o risco cumulativo de sua ocorrência, a fim de atuar para evitar o desgaste emocional presente e a longo prazo. Vários são os eventos adversos importantes relacionados aos sintomas depressivos. O efeito cumulativo das EAI e violências teve um gradiente, uma relação dose-resposta, uma relação no aumento dos eventos e maior chance de sintomas depressivos. A mediação entre os eventos adversos e a depressão leva a pensar nos fatores de proteção que podem modificar ou melhorar a resposta a um evento adverso. O apoio social teve um efeito mediador significativo na associação entre os eventos de vida e sintomas de depressão. Nesse sentido, o fortalecimento do apoio social pode ser considerado como uma estratégia de intervenção eficaz, combinada com outras ações, na depressão de adolescentes (SHEN, 2021).

Os adolescentes são altamente suscetíveis a diversos riscos à saúde, experimentam mudanças dramáticas, experiências físicas, psicológicas e sociais. É indiscutível, que eles também começam a confrontar alguns dos eventos de vida mais desafiadores e únicos e que muitas vezes podem moldar toda a sua vida. É muito difícil para um adolescente ainda mentalmente imaturo lidar e se adaptar às várias pressões (CHEN et al., 2012). No entanto, o apoio social pode ajudar aliviar alguns dos impactos desses eventos negativos da vida. Assim, outros estudos podem oferecer oportunidades para explorar as relações dinâmicas entre eventos da vida, apoio social e depressão (LIU L et al., 2020).

Os achados deste estudo não são conclusivos. Há escassez na literatura sobre o efeito mediador do apoio social entre eventos de vida e depressão em adolescentes escolares. O estudo pode adicionar algumas novas evidências e percepções sobre o papel do apoio social na saúde mental de adolescentes, em particular no contexto cultural brasileiro.

De uma perspectiva de saúde pública, fatores de proteção, como desenvolver habilidades de regulação emocional em crianças e jovens, promover comportamentos parentais positivos e desenvolver escolas e bairros de apoio podem prevenir o desenvolvimento de sintomas após graves adversidades, como mostram os resultados de um estudo segundo dados

do Observatório Socioeconômico da Região Norte Fluminense do Rio de Janeiro do ano de 2000 em Campos dos Goytacazes (MONTEIRO, RF et al., 2012).

Finalmente, nossos achados fornecem evidências preliminares de que fatores de proteção individual, familiar e dos amigos atenuam a associação entre experiências adversas e o desenvolvimento de sintomas depressivos (GARIÉPY G et al., 2016). Intervenções que abordam fatores de proteção, como melhorar o bom relacionamento com os pais e amigos, apoiar a saúde mental dos adolescentes e dos pais, têm o potencial de melhorar o funcionamento da criança e da família, focando também nos profissionais que lidam diariamente com crianças e adolescentes, não só do campo da saúde, mas também da educação, com urgente necessidade de sensibilizá-los e capacitá-los. Esforços futuros devem ser feitos nessa direção.

7. REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério Brasil. ABEP. 2010. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 22 de agosto de 2020
- AGNEESSENS F, WAEGE H, LIEVENS J. **Diversity in social support by role relations: a typology**. Social Networks. 28:427-441 2006
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The new morbidity revisited a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care**. Pediatrics. 108 (5):1227–1230 2001.
- ANDA, RF, FELITTI, VJ, BREMNER, JD, WALKER, JD, WHITFIELD, C, PERRY, BD, DUBE, SR, GILES H. **The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology**. Eur Arch Psychiatry clinical neuroscience. 2006, April 256(3): 174–186. doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
- ARAGÃO, E, SOUZA, I, CAMPOS MR, PORTUGAL, FB, GONÇALVES, DA, MARI, JJ; FORTES, SLCL. **Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais**. Ciência Saúde Coletiva. jul. 2018; 23(7):2339-2350.
- ASSIS SG, AVANCI JQ, PESCE RP, XIMENES LF. **Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência**. Ciência Saúde Coletiva. 2009; 14(2): 349-361.
- ASSIS, SG, PESCE, RP, AVANCI, JQ, N, KATHIE – **Encarando os desafios da vida: uma conversa com adolescentes**, Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves/CNPQ, 2005. 38p.
- ASSIS SG, PESCE RP, AVANCI JQ. **Resiliência: enfatizando a proteção na adolescência**. Porto Alegre: Artmed; 2006. 144 p.
- ATLAS BRASIL. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em 09/10/2022.
- AVANCI, J.Q.; ASSIS, S.G.; OLIVEIRA, R.V.C. **Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro**, Brasil. Cadernos de Saúde Coletiva (online). 2008, vol. 24 n. 10. Pp. 2334-2346
- AVANCI J, ASSIS SG, SANTOS NC, OLIVEIRA RVC. **Escala de violência psicológica contra adolescentes**. Revista Saúde Pública. 2005; 39(5):702–8.
- AVANCI JQ, ASSIS SG, SANTOS NC, OLIVEIRA RVC. **Adaptação transcultural de escala de autoestima para adolescentes**. Psicol Reflex Crit. 2007; 20(3):397-405.
- AVANCI JQ, ASSIS SG, XIMENES LF, PIRES TO, CARVALHÃES RVO. **Estresse pós-traumático em adolescentes. O impacto da violência e de outros eventos adversos com**

escolares de um município do Estado do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: CLAVES, 2011.

AVANCI J, ASSIS S, OLIVEIRA R, PIRES T. **Childhood depression. Exploring the association between family violence and other psychosocial factors in low-income Brazilian schoolchildren** Child Adolescent Psychiatry Mental Health. 2012; 6-26

AVANCI J, SERPELONI F, OLIVEIRA TP, ASSIS S. **Posttraumatic stress disorder among adolescents in Brazil: a cross-sectional study** BMC Psychiatry, 21, Article 75. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03062-z>

AVANCI et al. **Violência Contra a Criança e ao Adolescente: descobertas e desafios. In: Novas e Velhas Faces da Violência no Sec. XXI.** Minayo & Assis (org.). Ed FIOCRUZ, 2017.

ATLAS BRASIL. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 09 out 2022.

BAHLS, C.S. **Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2002. vol. 24, n° 2, pp.63-7.

BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; TEIXEIRA, C. S.; GOMES NETO, M.; FELDEN, É. P. G. **Sintomas depressivos em adolescentes em situação de vulnerabilidade social.** Cadernos Saúde Coletiva. [Online]. vol.24, n.2, pp.221-227. Pub 23 Jun 2016. doi.org/10.1590/1414-462X201600020195.

BARON, R. M., & KENNY, D. A.. **The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations.** Journal of Personality and Social Psychology, 1986, 51(6), 1173–1182. doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173

BELLIS MA, HUGHES K, LECKENBY N, JONES L, BABAN A, KACHAEVA M, et al. **Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviors in young adults: surveys in eight eastern European countries.** Bulletin of the World Health Organization 2014; 92:641-655.

BIAZUS, C. B.; RAMIRES, V. R. R. **Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos.** Revista Psicologia em Estudo. Maringá, Mar. 2012. v. 17, n. 1, p. 83-91, [dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000100010](https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000100010)

BIRD HR, CANINO GJ, DAVIS M, RAMIREZ R, CHAVEZ L, DUARTE C, SHEN S. **The Brief Impairment Scale (BIS): a multidimensional scale of functional impairment for children and adolescents.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44(7):699-707.

BRAGA, I.F., SILVA, J. L., SANTOS, Y. G.S., SANTOS, M. A., SILVA, M. A. I. **Rede e apoio social para adolescentes e jovens homossexuais no enfrentamento à violência.** Psicologia clínica. Rio de Janeiro, 2017. v. 29, n. 2, p. 297-318.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério

da Saúde; 2010. (Série A Normas e Manuais Técnicos).
<https://bvsmms.saude.gov.br/publicações> acesso em: 10 julho 2020

BRONFENBRENNER, U. **Ecology of the family as a context for human Development.** *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742. 1986

CACIOPPO, JT., FOWLER, JH. CHRISTAKIS, NA. **Alone in the crowd: the structure and spread of loneliness in a large social network.** *Journal of Personality and Social Psychology* 97, 977–991. 2009 Doi.org/10.1037/a0016076

CARVALHO, M. S. & STRUCHINER, C. J. **Correspondence Analysis: An Application of the Method to the Evaluation of Vaccination Services.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 8 (3): 287-301, jul/set, 1992.

CASEMENT M.D., SHAW D.S., SITNICK S.L., MUSSELMAN S.C., FORBES E.E. **Life stress in adolescence predicts early adult reward related brain function and alcohol dependence.** *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, Volume 10, Issue 3, March 2015, Pages 416–423, <https://doi.org/10.1093/scan/nsu061>

CASTELAO F. C., KRÖNER-HERWIG B. **Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: predictors and differences in girls and boys.** *Journal of Adolescent Health*. 2013. 42:1169–1182. Doi.org/10.1007/s10964-012-9858-4

CHESMORE, A.A., WEILER, L.M., TAUSSIG, H.N. **Mentoring Relationship Quality and Maltreated Children's Coping.** *American Journal of Community Psychology*. 60: 229-241. 2017. <https://doi.org/10.1007/BF00942159>

CHOR D, FAERSTEIN E, ALVES MGM, LOPES CS. **Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto.** *Cadernos Saúde Pública*. 2001 17: 887-896.

CORTES, TR, FAERSTEIN, E, STRUCHINER, CJ. Utilização de diagramas causais em epidemiologia: um exemplo de aplicação em situação de confusão. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00103115, 2016.

COSTELLO, E.J., EGGER H., COPELAND, W., ERKANLI, A., ANGOLD, A. **The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity.** January 2011. In W. Silverman & A. Field (Eds.), **Anxiety Disorders in Children and Adolescents** (Cambridge Child and Adolescent Psychiatry, pp. 56-75). Cambridge: Cambridge University Press. Doi: 10.1017/CBO9780511994920.004

COUTINHO, M. P. L.. **Depressão infantil e representação social.** João Pessoa: Universitária. 2005.

COUTINHO, M. P. L., CAROLINO, Z. C. G., & MEDEIROS, E. D. **Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna.** *Avaliação Psicológica*, 2008. 7(3), 291-300.

COZMAN, D., NEMES, B., CARLI, V., SARCHIAPONE, M., HOVEN, C., WASSERMAN, C., & WASSERMAN, D. EPA-0694 - **Life Events and Depression in**

Adolescents. *European Psychiatry*, 2014. 29 (S1), 1-1. Doi: 10.1016/S0924-9338(14)78058-7

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** University of California, Los Angeles. *Revista Estudos Feministas*, vol.10, no.1 Florianópolis Jan. 2002. Doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011

CRONHOLM PF, FORKE CM, WADE R, BAIR-MERRITT MH, DAVIS M, HARKINS-SCHWARZ M, PACHTER LM, FEIN JA. **Adverse Childhood Experiences: Expanding the Concept of Adversity.** *American Journal of Preventive Medicine*. 2015 Sep., 49(3):354-61. Doi: 10.1016/j.amepre.2015.02.001.

CRUVINEL, M., & BORUCHOVITCH, E. **Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI.** *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2008. 28(3), 574-585. Doi: 10.1590/S1414-98932008000300011

DAMIÃO, N. F.; COUTINHO, M.P.L.; ZULMIRA, C. G. C.; RIBEIRO, K. C. S. **Representações sociais da depressão no ensino médio: um estudo sobre duas capitais.** *Psicologia & Sociedade*, João Pessoa. vol.23, no.1, p.114-124. Abr. 2011.

DANESE A, TAN M. **Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis.** *Molecular Psychiatry*. 2014 May;19(5):544-54. doi: 10.1038/mp.2013.54.

DEL PRETTE, A., & DEL PRETTE, Z. A. P. **Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del Prette): Manual de aplicação, apuração e aplicação.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2009.

DUFFY, RD., DOUGLASS, RP. AUTIN, KL, ALLAN, BA. **Examining predictors and outcomes of a career calling among undergraduate students.** *Journal of Vocational Behavior*. 85, 309–318. 2014. Doi.org/10.1016/j.jvb.2014.08.009

EXLEY D, NORMAN A, HYLAND M. **Adverse childhood experience and asthma onset: a systematic review.** *European Respiratory Review* 2015 Jun; 24 (136):299-305. Doi: 10.1183/16000617.00004114.

FANDIÑO-LOSADA A, BANGDIWALA SI, LAVEBRATT C, FORSELL Y. **Path analysis of the chronicity of depression using the comprehensive developmental model framework.** *Nordic Journal of Psychiatry*, 2016. 9488:1–12.

FARIAS, A.C. & CORDEIRO, M.L. **Transtornos do humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras.** *The Journal of Pediatrics*. Out 2011. Rio Janeiro, 87(5) Doi.org/10.1590/S0021-75572011000500003

FELITTI VJ, ANDA RF, NORDENBERG D, WILLIAMSON DF, SPITZ AM, EDWARDS V, et al. **Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.** *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14:245-58.

FERNANDEZ CASTELAO C, KRÖNER-HERWIG B. **Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: predictors and differences in girls and boys.** *Journal of Youth and Adolescence*. 2013. 42:1169–1182. doi.org/10.1007/s10964-012-9858-4

FINKELHOR D, TURNER HA, SHATTUCK A, HAMBY SL. **Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and abuse: Results From the National Survey of Children's Exposure to Violence.** *JAMA Pediatric*. 2015 Aug; 169(8):746-54. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.0676.

FIORILLI, C., CAPITELLO, TG, BARNI, D., BUONOMO, I., GENTILE, S. **Predicting Adolescent Depression: The Interrelated Roles of Self-Esteem and Interpersonal Stressors.** BRIEF RESEARCH REPORT published 15 March 2019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00565>

FONSECA, F.F., SENA, R.K.R., SANTOS, R.L.A., DIAS, O.V., COSTA, S.M. **As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção.** *Revista Paulista Pediatria* 2013; 31(2):258-64.

FOWLER PJ, TOMPSETT CJ, BRACISZEWSKI JM, JACQUES-TIURA AJ, BALTES BB. **Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents.** *Development and Psychopathology*. 2009 Winter; 21(1):227-59. Doi: 10.1017/S0954579409000145.

FLOURIE E, KALLIS C. **Adverse life events and mental health in middle adolescence.** *Journal of Adolescence*. 2011. 34:371–377

FRÖJD S., KALTIALA-HEINO R., PELKONEN M., VON DER PAHLEN B., MARTTUNEN M. **Significance of family life events in middle adolescence: a survey on finnish community adolescents.** *Nordic Journal of Psychiatry*. 2009. 63:78–86.

GARMEZY N. **Stressors of childhood.** In: Garmezy N, Rutter M, editors. **Stress, coping and development in children.** New York: Johns Hopkins University Press; 1988. p. 43-105.

GARMEZY N. **Children in poverty: resilience despite risk.** *Psychiatry*. 1993; 56: 127-136.

GOMES H. **Transtornos do Humor.** Porto Alegre: Artmed. 2013.

GORE S, ECKENRODE J. Context and process in research in risk, resilience and deelopment. In: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M, organizers. **Stress, risk, and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms, and interventions.** Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 19-64.

GOTLIB I.H., JOORMANN J. **Cognition and depression: status and future directions.** *Annu Rev Clin Psychol*. 2010; 6:285-312. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305.

GOUVEIA RV, BARBOSA GA, ALMEIDA HJF, GAIÃO AA. **Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995;44(7):345–9.

GUIMARAES, M.O., PAIVA, P.C.P., PAIVA, H.N., LAMOUNIER, J.A., FERREIRA, E., PEREIRA, P.M. **Religiosity as a possible protective factor against "binge drinking" among 12-year-old students: a population-based study.** (Report) *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, Vol.23 (4), p.1067 (10).

HAIR JR., J. F., BLACK, W. C., BABIN, B. J., ANDERSON, R. E., & TATHAM, R. L. **Análise Multivariada de Dados (Multivariate Data Analysis).** 6th ed. Porto Alegre: Bookman. 2009

HABER MG, COHEN JL, LUCAS T, BALTES BB. **The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review.** *American Journal of Community Psychology* 2007 Mar;39(1-2):133-44. Doi: 10.1007/s10464-007-9100-9.

HAMMEN C. **Generation of stress in the course of unipolar depression.** *Journal of Abnormal Psychology* 1991. 100:555–561.

HAMMEN C. **Depression and stressful environments: identifying gaps in conceptualization and measurement.** *Anxiety Stress Coping*. 2016 . 29:335–51 [PubMed: 26726968]

HASSELMANN MH. **Violência familiar e desnutrição severa na infância: modelo teórico e estudo de confiabilidade dos instrumentos.** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.

HARTER, S. **A construção do self: uma perspectiva desenvolvimentista.** Guilford Press. 1999

HOSMER JR, D. & LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression.** New York: John Wiley & Sons). 2000

HOUTEPEN LC, HERON J, SUDERMAN MJ, FRASER A, CHITTLEBOROUGH CR, et al. **Associations of adverse childhood experiences with educational attainment and adolescent health and the role of family and socioeconomic factors: A prospective cohort study in the UK.** *PLOS Medicine*. 2020 17(3): e1003031. Doi.org/10.1371/journal.pmed.1003031

HUPCEY, J. **Social Support: Assessing Conceptual Coherence.** *Qualitative Health Research* MAY 1988, (3):304-318. Doi: 10.1177/104973239800800302

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** 2010 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/sao-goncalo>. Acesso em: 15 março 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil. IBGE, **PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua**. 2018. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/são-gonçalo/panorama>. Acessado em 15 de março de 2020.

JAHN, GM; DELL'AGLIO, DD. **A Religiosidade em Adolescentes Brasileiros**. Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 38-54, nov. 2017. ISSN 2175-5027. Disponível em: <https://seer.atitus.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1541/1331>. Acesso em: 23 maio 2020

JASCHEK, G., CARTER-POKRAS, OD, HE, X., LEE, S. E CANINO, G. **Association of types of life events with depressive symptoms among Puerto Rican youth**. PLoS ONE, 2016. 11 (10).

KAHN T, BERMERGUI C, YAMADA E, CARDOSO FC, FERNANDES F, ZACCHI JM, et al. O dia a dia nas escolas (violências auto assumidas). Final Report. São Paulo: United Nations Latin American Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (ILANUD) & Institute I'm from Peace; 1999.

KENDLER KS, GARDNER CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry*. 2014; 171 (4):426–35.

KESSLER RC, DAVIS CG, KENDLER KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27:1101-19

KESSLER RC, MCLAUGHLIN KA, GREEN JG, GRUBER MJ, SAMPSON NA, ZASLAVSKY AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197:378-85.

KOENIG, H.G. **Religião, espiritualidade e saúde: a pesquisa e as implicações clínicas**. *ISRN Psychiatry*, 2012: 278730. [Doi.org/10.5402/2012/278730](https://doi.org/10.5402/2012/278730)

KOVACS, M. **The Children's Depression Inventory (CDI)**. *Psychopharmacol. Bull.* 1985. 21,995–998.

KRUG GE, DAHLBERG L. L, MERCY A. J, ZWI B. A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

LANGFORD CP, BOWSER J, MALONEY J.P., LILLIS P.P. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 1997 Jan;25(1):95-100. [Doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095).

LIBÓRIO, R. M. C. CASTRO, B. M. de; COÊLHO, A. E. L. **Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: conceitos e reflexões críticas**. In: KOLLER, S. H; DELL'AGLIO, D. D; YUNES, M. A. M (org). *Resiliência e Psicologia positiva: interfases do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

- LIU L, LIU C, KE X, LI N. Mediating effect of social support on the association between life events and depression: A cross-sectional study of adolescents in Chongqing China. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Dec 18; 99(51):e22627. Doi: 10.1097/MD.00000000000022627.
- LOW, N.C., DUGAS, E., O'LOUGHLIN, E. *et al.* Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry* 12, 116 (2012). Doi.org/10.1186/1471-244X-12-116
- MAIA, J.M.D. & WILLIAMS, L.C.A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. Universidade Federal de São Carlos. *Temas em Psicologia* — 2005, Vol. 13, no 2, 91 – 103.
- MARANHÃO JH, COLAÇO VFR, SANTOS WS, LOPES GS, COÊLHO JPL. Violência, risco e proteção em estudantes de escola pública. *Fractal, Rev. Psicol.* v. 26 – n. 2, p. 429-444, maio/ago. 2014. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/853>
- MARCH-LLANES, J., MARQUÉS-FEIXA, L., MEZQUITA, L. *et al.* Stressful life events during adolescence and risk for externalizing and internalizing psychopathology: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* .26, 1409–1422. 2017. Doi.org/10.1007/s00787-017-0996-9
- MARI J.J., WILLIAMS P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. Jan; 148:23-6. 1986. Doi: 10.1192/bjp.148.1.23.
- MERSKY, JP, TOPITZES, J., & REYNOLDS, AJ. Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 917–925. 2013. Doi: 10.1016/j.chiabu.2013.07.011
- MILANI, R.G. & LOUREIRO, S.R. Famílias e Violência Doméstica: Condições Psicossociais Pós Ações do Conselho Tutelar. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2008, 28 (1), 50-67
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, ms. Boletins epidemiológicos. Publicações. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações>. 2018. Acessado em 25 de março de 2021.
- MIRANDA MV, FIRMO WCA, CASTRO NG, ALVES LPL, DIAS CN, RÊGO MM, et al. Depressão infantil: aspectos gerais, diagnóstico e tratamento. *Cavernous Pesquisa*. 20(3). 2013.
- MONROE SM, REID MW. Life Stress and Major Depression. *Current Directions in Psychological Science*. 2009;18(2):68-72. Doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01611.
- MOREIRA-ALMEIDA, A., PINSKY I, ZALESKI, M., LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev. psiquiatr. clín.* [Online]. 2010, vol.37, n.1, pp.12-15. ISSN 0101-6083. Doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003.

NEACA, 2020. www.andi.org.br/pauta/neaca-inaugura-sede-em-sao-goncalo
 OMS, Organização Mundial da Saúde. CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2009.
<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.html>

OMS/OPAS. Depressão é tema de campanha da OMS para o Dia Mundial da Saúde de 2017. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5321:depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-o-dia-mundial-da-saude-de-2017

OMS/OPAS 2018 Folha Informativa – Saúde Mental dos Adolescentes. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>, acessado em 04/05/2021 e em 09/10/2022).

OPAS/OMS 2022. Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo.
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839. Acessado em 09/10/2022

PAULA C; DUARTE C, BORDIN I. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [Online]. 2007; 29(1): 11-17. Epub Oct 18, 2006.

PEREIRA FG. O impacto da exposição a experiências adversas na infância na ocorrência de dor crônica e depressão na vida adulta [Dissertação]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.

PESCE RP, ASSIS SG, SANTOS NC, OLIVEIRA RVC. Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psic. Teor e Pesq.* 2004; 20(2): 135-143.

PESCE, R.P., ASSIS, S.G., AVANCI, J.Q., SANTOS, N.C., MALAQUIAS, J.V., & CARVALHAES; R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005. 21(2), 436-448. doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010.

PITZNER JK, DRUMMOND PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J Psychosom Res.* 1997:125–42.

POLETTI, M. & KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia** I Campinas I. julho - setembro 2008 25(3) I 405-416 I

PÖSSEL, P. et al. Associations between teacher emotional support and depressive symptoms in Australian adolescents: a 5-year longitudinal study. **Development Psychology**, v. 49, n. 11, p. 2135, 2013.

PREFEITURA DE SÃO GONÇALO, disponível em: <https://www.saogoncalo.rj.gov.br/saogoncalo>. Acessado em 20/12/2022.

PYNOOS RS, STEINBERG A, PIACENTINI AM. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biol. Psychiatry*. 46(11): 1542-1554. 1999.

RALHA-SIMÕES, H. (ORG.): Resiliência – Novos olhares face aos desafios do nosso tempo. 1ª ed. Lisboa, p. 63-81 maio 2018.

REISS F, MEYROSE A-K, OTTO C, LAMPERT T, KLASSEN F, RAVENS-SIEBERER U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort study. *PLoS ONE* 14(3). 2019. Doi.org/10.1371/journal.pone.0213700

RHEW, I. C., SIMPSON, K., TRACY, M., LYMP, J., MCCAULEY, E., TSUANG, D., & STOEP, A. V. Criterion validity of the Short Mood and Feelings Questionnaire and one- and two-item depression screens in young adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2010. <https://doi.org/10.1186/1753-2000>. 4-8

RIBEIRO WS, ANDREOLI SB, FERRI CP, PRINCE M, MARI JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(Supl II):S49-57

RUEGER SY, MALECKI CK, DEMARAY MK. Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: comparisons across gender. *J Youth Adolesc*. 2010 Jan;39(1):47-61. doi: 10.1007/s10964-008-9368-6.

RUTTER M, YULE B, QUINTON D, ROWLANDS O, YULE W, BERGER M. Attainment and adjustment in two geographical areas: III--Some factors accounting for area differences. *Br J Psychiatry* 1975; 126:520-33.

SALK, R. H., PETERSEN, J. L., ABRAMSON, L. Y., and HYDE, J. S. The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: development and chronicity. *J. Affect. Disord*. 2016. 205, 28–35. Doi: 10.1016/j.jad.2016.03.071

SAMEROFF, A. Dynamic developmental systems: Chaos and order. *In G. W. Evans & T. D. Wachs (Eds.), Decade of behavior (science conference). Chaos and its influence on children's development: An ecological perspective*. 2010 (p. 255–264). American Psychological Association. Doi.org/10.1037/12057-016

SATTLER KMP, FONT SA. Resilience in young children involved with child protective services. *Child Abuse Negl*. 2017 Jan; 75:104-114. Doi: 10.1016/j.chiabu.2017.05.004. Epub 2017 Jun 1.

SHERBOURNE CD, STEWART AL. The MOS social support survey. *Soc. Sci Med*. 1991; 32:705-714.

SHONKOFF, JP, GARNER, AS. **The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress**. *Pediatrics* January 2012, 129 (1) e232-e246. Doi.org/10.1542/peds.2011-2663

SILVA, P.L.N., PESSOA, D.G.C., LILA, Maurício Franca. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):659-670, 2002

SLAVICH GM, IRWIN MR. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychol Bull.* 2014 May; 140(3):774-815. Doi: 10.1037/a0035302.

SOARES ALG, HOWE LD, MATIJASEVICH A, WEHRMEISTER FC, MENEZES AMB, GONÇALVES H. Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child abuse & Neglect* 2016; 51:21-30.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de Atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2001.

SOWISLO, JF & ORTH, U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 2013. 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>

STEINBERG A.M., BRYMER M.J., DECKER K.B., PYNOOS R.S. The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress disorder reaction index. *Curr Psychiatry Rep.* 2004. 6(2):96-100.

STOCHERO L, MORAES CL, MARQUES E, SANTOS EB, PACHECO DL, REICHENHEIM, ME, TAQUETTE, SR. Prevalência e Coocorrência de Experiências Adversas na Infância (EAI): Um inquérito de base escolar no município do Rio de Janeiro. *Ciência Saúde Coletiva*. 2019/jul.

STRAUS MA. Measuring familiar conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam.* 1979; 41:75–88.

SWARTZ J.R., WILLIAMSON D.E., HARIRI A.R. Developmental change in amygdala reactivity during adolescence: effects of family history of depression and stressful life events. *Am J Psychiatry.* 2015. 172:276–283

TABOADA, Nina G.; LEGAL, Eduardo J.; MACHADO, Nivaldo. Resiliência: em busca de um conceito. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*, São Paulo, dez. 2006 . v. 16, n. 3, p. 104-113.

TAVARES J. A resiliência na sociedade emergente. In: Tavares J, organizador. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez; 2001.

TEXTOR J, HARDT J, KNÜPPEL S. DAGitty: a graphical tool for analyzing causal diagrams. *Epidemiology.* 2011 Sep;22(5):745.

TROMBETA LH, GUZZO RSL. Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas/SP: Alínea; 2002. 122 p.

VALLA V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saude Publica* 1999; 15(Suppl.2):7-14.

VERBOOM, C. E., SIJTSEMA, J. J., VERHULST, F. C., PENNINX, B. W., and ORMEL, J. Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Dev. Psychol.* 2014. 50:247. doi: 10.1037/a0032547

WAGNILD, G. M. & YOUNG, H. M. Development and psychometric. *Journal of Nursing Measurement*, 1993. 1(2), 165-178.

WHO, World Health Organization and international Society for Prevention of Child Abuse and neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, 2006 Addressing adverse childhood experiences to improve public health.

WHO, Organização Mundial de Saúde, 2009. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>

WHO, World Health Organization. *A conceptual framework for action on the social determinants of health* Geneva: WHO; 2010

WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med.* 2006 Mar; 62(6):1486-97. Doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.001. Epub 2005 Sep 13. PMID: 16168541.

WOOLDRIDGE, J. (2010) *Introdução à Econometria*. (4ª ed.) México: Cengage Learning.

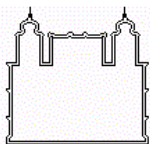
WOOLLEY, ME & CURTIS, HW. Assessing depression in latency age Children: A guide for school social workers. *Children & Schools.* 2007. 29, 209-218.

XIMENES LF. Transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. O impacto da violência e de outros eventos adversos sobre escolares de um município do estado do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

ZHANG, LIJUAN et al. Attachment orientations and dispositional gratitude: The mediating roles of perceived social support and self-esteem. **Personality and Individual Differences**, v. 114, p. 193-197, 2017.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde - Jorge Careli



ESCOLA:	
TURMA:	DATA: HORÁRIO:
INICIAIS DO SEU NOME:	DATA DE NASCIMENTO:

Caro aluno (a),

Este questionário sobre comportamentos, atitudes e sentimentos dos **adolescentes** está sendo aplicado a estudantes de escolas públicas e particulares na cidade de São Gonçalo, Rio de Janeiro.

As informações que você irá fornecer servirão para conhecer e retratar melhor a realidade dos estudantes dessa cidade do Brasil.

O questionário é **anônimo**. Desta forma, você estará protegido, isto é, ninguém vai saber que pessoa respondeu cada questionário. Os questionários serão lacrados, enviados diretamente para a Fundação Oswaldo Cruz, na cidade do Rio de Janeiro e ninguém da sua escola terá acesso a eles.

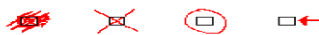
Este questionário se refere **às suas experiências de vida**. Não existem respostas certas ou erradas para as questões, por isso a sua sinceridade é muito importante ao respondê-las. As perguntas são sempre individuais e dizem respeito apenas a você. Evite pedir ajuda ou fazer comentários com amigos ou colegas durante o questionário.

Leia com atenção cada pergunta e suas opções de resposta. **Não deixe de responder a nenhuma questão. Em cada questão, assinale apenas uma alternativa**, que considerar a mais apropriada.

Use sempre caneta vermelha e observe a maneira certa de marcar:



Não marque da seguinte forma,



pois suas respostas vão ser descartadas.

Por tratar de vários temas diferentes, este questionário possui um grande número de questões; em geral, de múltipla-escolha. Tente respondê-las de forma rápida, para que todas possam ser respondidas dentro do tempo máximo estabelecido.

Você não é obrigado a participar da pesquisa. Se você não quiser participar, por favor, deixe seu questionário em branco.

Agradecemos a sua colaboração!

ESTE CAMPO SÓ DEVE SER PREENCHIDO PELO CLAVES/FIOCRUZ

Este primeiro bloco de perguntas que você vai responder busca conhecer as características dos alunos desta escola.

Escola:	Aplicadores:
---------	--------------

1. Qual é o seu sexo? 1. FEMININO

2. MASCULINO 2. Qual é a sua idade?

_____ ANOS

3. Qual é a cor da sua pele?

1. BRANCA 2. NEGRA 3. PARDA 4. AMARELA (ORIENTAL) 5. INDÍGENA

4. Você segue alguma religião?

1. SIM . QUAL? _____ (ESCREVA POR EXTENSO) 2. NÃO

5. Com quais pessoas você mora?

	SIM	NÃO
1. COM SEU PAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. COM SUA MÃE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. COM SEU PADRASTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. COM SUA MADRASTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. COM SEUS AVÓS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. COM OUTROS PARENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. COM SEUS AMIGOS/COLEGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. COM SEUS IRMÃOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. SOZINHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. COM SEU MARIDO/SUA ESPOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Qual é a escolaridade do seu PAI/RESPONSÁVEL DO SEXO MASCULINO:

1. NÃO SABE LER E ESCREVER 4. 2º GRAU INCOMPLETO 7. SUPERIOR COMPLETO
 2. 1º GRAU INCOMPLETO 5. 2º GRAU COMPLETO 8. NÃO SEI
 3. 1º GRAU COMPLETO 6. SUPERIOR INCOMPLETO 9. NÃO TENHO

7. Qual é a escolaridade da sua MÃE/ RESPONSÁVEL DO SEXO FEMININO:

1. NÃO SABE LER E ESCREVER 4. 2º GRAU INCOMPLETO 7. SUPERIOR COMPLETO
 2. 1º GRAU INCOMPLETO 5. 2º GRAU COMPLETO 8. NÃO SEI
 3. 1º GRAU COMPLETO 6. SUPERIOR INCOMPLETO 9. NÃO TENHO

8. Quantos de cada item abaixo sua casa possui? (SE NÃO TIVER O ITEM, MARQUE 0 - ZERO)

1. AUTOMÓVEL	_____ (QUANTIDADE)
2. BANHEIRO	_____ (QUANTIDADE)
3. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA	_____ (QUANTIDADE)
4. GELADEIRA	_____ (QUANTIDADE)
5. FREEZER (APARELHO INDEPENDENTE OU PARTE DA GELADEIRA DUPLEX)	_____ (QUANTIDADE)
6. MÁQUINA DE LAVAR ROUPAS	_____ (QUANTIDADE)
7. RÁDIO	_____ (QUANTIDADE)

8. TELEVISÃO (CORES)	_____ (QUANTIDADE)
9. VÍDEO CASSETE E/OU DVD	_____ (QUANTIDADE)

Este segundo bloco de perguntas busca conhecer as condições de saúde dos alunos desta escola.

9. Se você é do sexo feminino, qual é a data da sua última menstruação (caso você, no momento, esteja menstruada, escreva a data atual):

1. ___/___ (MÊS/ANO)

2. NÃO SE APLICA, SE FOR DO SEXO MASCULINO OU SE VOCÊ NUNCA TIVER

MENSTRUADO.

10. Que horas você dormiu na noite que passou? ___ E acordou hoje? ___

11. Você possui ferimento na boca? (aftas, cáries, machucados, sangramentos na gengiva, por exemplo).

1. SIM. QUAL? _____

2. NÃO

12. NO ÚLTIMO ANO, você precisou ir a algum serviço de saúde?

1. Sim, várias vezes

2. Sim, algumas vezes

3. Não (PULE PARA A QUESTÃO 13).

12a. Quando você procurou serviço de saúde no último ano, você conseguiu atendimento?

1. Sim

2. Não

12b. Em que tipo de serviço você foi atendido?

1. serviço público (SUS)

5. Mais de um tipo de serviço (público, particular,..)

2. serviço conveniado ao SUS

6. Não sabe

3. particular

7. Não consegui atendimento

4. Outros (ONGs, serviços comunitários,...)

12c. Quanto tempo você levou para ser atendido (a), considerando a primeira vez que procurou atendimento?

1. menos de 1 mês

4. Mais de 6 meses

2. de 1 a 2 meses

5. Não sabe

3. de 3 a 5 meses

6. Não consegui atendimento

12d. O atendimento que você recebeu ou está recebendo é ou foi satisfatório?

1. Sim

2. Não

3. Não consegui atendimento

13. Responda se você está usando os seguintes medicamentos.

	SI	NÃ
	M	O
1. ANTICONCEPCIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ANTIGRIPIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ANTIALÉRGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CALMANTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. QUAIS? _____ OUTROS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. De um ano pra cá, você:

	SIM	NÃO
14a. Tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar ou sentir-se bêbado (a) (ficou de “porre”)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14b. Usou maconha ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14c. Usou cocaína, “crack”, ou pasta de coca ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14d. Usou cigarros ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Somando todos os cigarros que você fumou na vida inteira, o total chega a 5 maços (igual a 100 cigarros)?

1. SIM 2. NÃO 3. NUNCA FUMEI

16. Quando foi a última vez que você fumou cigarros?

_____ (ESPECIFIQUE SE HORAS, DIAS, MESES OU ANOS) 3. NUNCA FUMEI

17. Você comeu ou bebeu alguma coisa no período de 30 minutos antes do início do preenchimento deste questionário?

1. SIM. O QUE? _____ 2. NÃO

18. Responda as perguntas abaixo pensando nos ÚLTIMOS 6 MESES.

As questões a seguir abordarão a sua relação com as pessoas e os seus locais de seu convívio.

18a. Tem sido difícil para você se dar bem com o seu PAI/ PADRASTO/PAI SUBSTITUTO? (CASO VOCÊ TENHA PAI E PADRASTO, OPTE POR QUEM VOCÊ MORA)

<input type="checkbox"/> NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> BEM DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA (NÃO TENHO FIGURA PATERNA)
<input type="checkbox"/> UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> EXTREMAMENTE DIFÍCIL	

18b. Tem sido difícil para você se dar bem com a sua MÃE/ MADRASTA/MÃE SUBSTITUTA? (CASO VOCÊ TENHA MÃE E MADRASTA, OPTE POR QUEM VOCÊ MORA)

<input type="checkbox"/> NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> BEM DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA (NÃO TENHO FIGURA MATERNA)
<input type="checkbox"/> UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> EXTREMAMENTE DIFÍCIL	

18c. Tem sido difícil para você se dar bem com os seus IRMÃOS /IRMÃS?

<input type="checkbox"/> NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> BEM DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA (NÃO TENHO IRMÃOS)
<input type="checkbox"/> UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> EXTREMAMENTE DIFÍCIL	

18d. Tem sido difícil para você PARTICIPAR DE ATIVIDADES COM OUTROS PARENTES?

<input type="checkbox"/> NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> BEM DIFÍCIL	9. <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA (NÃO TENHO PARENTES)
<input type="checkbox"/> UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> EXTREMAMENTE DIFÍCIL	

18e. Tem sido difícil para você se dar bem com os PROFESSORES(AS) na escola?

<input type="checkbox"/> NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> BEM DIFÍCIL
<input type="checkbox"/> UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> EXTREMAMENTE DIFÍCIL

18f. Tem sido difícil para você se dar bem com ADULTOS QUE NÃO SÃO DA FAMÍLIA?

1. <input type="checkbox"/> NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> BEM DIFÍCIL
<input type="checkbox"/> UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> EXTREMAMENTE DIFÍCIL

18g. Tem sido difícil para você FAZER NOVAS AMIZADES?

<input type="checkbox"/> NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> BEM DIFÍCIL
<input type="checkbox"/> UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> EXTREMAMENTE DIFÍCIL

18h. Tem sido difícil para você SE DAR BEM COM OS AMIGOS/AMIGAS?

<input type="checkbox"/> NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> BEM DIFÍCIL
<input type="checkbox"/> UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> EXTREMAMENTE DIFÍCIL

18i. Nos ÚLTIMOS 6 MESES, você tem FALTADO MUITO À ESCOLA?

<input type="checkbox"/> NUNCA FALTO À ESCOLA/AO TRABALHO (VÁ PARA QUESTÃO 18j).	<input type="checkbox"/> FALTO MUITAS VEZES, 2-4 VEZES POR MÊS
<input type="checkbox"/> FALTO DE VEZ EM QUANDO, UMA VEZ POR MÊS OU MENOS	<input type="checkbox"/> FALTO MUITO FREQUENTEMENTE, 5 VEZES OU MAIS POR MÊS

18.i.a. Quando isso acontecia, de faltar muito à escola, era geralmente por doença? (Se respondeu 2, 3 ou 4 na questão 18i)

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
------------------------------	------------------------------

18j. Nos ÚLTIMOS 6 MESES, como tem sido o seu APROVEITAMENTO na escola?(se outro sistema de avaliação for usado, assinalar o equivalente mais próximo):

<input type="checkbox"/> EXCELENTE (MAIORIA DAS NOTAS "A" E ALGUNS "B")	<input type="checkbox"/> UM POUCO ABAIXO DA MÉDIA (MAIORIA DAS NOTAS "C" E "D")
<input type="checkbox"/> ACIMA DA MÉDIA (NOTA "B")	<input type="checkbox"/> MUITO ABAIXO DA MÉDIA (MAIORIA DAS NOTAS "D" E ALGUNS "E")
<input type="checkbox"/> NA MÉDIA (NOTA "C")	

18k. Você ABANDONOU a escola nos últimos 6 meses?

<input type="checkbox"/> .SIM	<input type="checkbox"/> .NÃO
-------------------------------	-------------------------------

18l. Você foi SUSPENSO(A) na escola nos últimos 6 meses?

<input type="checkbox"/> .SIM	<input type="checkbox"/> .NÃO
-------------------------------	-------------------------------

18m. Você foi EXPULSO (A) da escola nos últimos 6 meses?

<input type="checkbox"/> .SIM	<input type="checkbox"/> .NÃO
-------------------------------	-------------------------------

18n. Em geral, tem sido difícil para você TERMINAR AS LIÇÕES NO PRAZO? (excluir tarefas domésticas).

<input type="checkbox"/> .NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> . BEM DIFÍCIL
<input type="checkbox"/> .UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> .EXTREMAMENTE DIFÍCIL

18o. Nos últimos 6 meses, tem sido difícil para você FAZER SEUS SERVIÇOS DE CASA?

<input type="checkbox"/> .NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> . BEM DIFÍCIL
<input type="checkbox"/> .UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> .EXTREMAMENTE DIFÍCIL

18p. Tem sido difícil para você CUMPRIR SUAS RESPONSABILIDADES NA ESCOLA?

<input type="checkbox"/> .NÃO TEM SIDO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> . BEM DIFÍCIL
<input type="checkbox"/> .UM POUCO DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> .EXTREMAMENTE DIFÍCIL

18q. Nos últimos 6 meses, quantas vezes seus pais/responsáveis foram CHAMADOS NA ESCOLA PARA CONVERSAR sobre algum problema que você tenha tido?

<input type="checkbox"/> .NUNCA	<input type="checkbox"/> . UMA VEZ	<input type="checkbox"/> . MAIS DE UMA VEZ
---------------------------------	------------------------------------	--

18r. O quanto você participa de ATIVIDADES ESPORTIVAS?(inclui esportes na escola; exceto educação física)

<input type="checkbox"/> .FREQUENTEMENTE OU É MEMBRO DE UM TIME	<input type="checkbox"/> . MUITO RARAMENTE	<input type="checkbox"/> .NÃO SE APLICA (NÃO TENHO OPORTUNIDADE DE PARTICIPAR DE ATIVIDADES ESPORTIVAS)
<input type="checkbox"/> .TEM ALGUMA PARTICIPAÇÃO, MÃO NÃO É SEMPRE	<input type="checkbox"/> .NÃO PARTICIPO	

18s. Durante os últimos 6 meses, o quanto você tem participado DE OUTRAS ATIVIDADES QUE NÃO SEJAM ESPORTIVAS(considerar lazer e EXCLUIR TV e vídeo game)?

<input type="checkbox"/> .FREQUENTEMENTE ESTOU ENVOLVIDO EM OUTRAS ATIVIDADES	<input type="checkbox"/> . RARAMENTE ME ENVOLVO OU ABANDONO AS ATIVIDADES FACILMENTE
---	--

ÁS VEZES ESTOU ENVOLVIDO

 NUNCA PARTICIPO DE OUTRAS ATIVIDADES

18.s.a. Se 1, 2 ou 3: descreva as atividades: _____

18t. Você diria que você é uma PESSOA INTERESSADA EM MUITAS COISAS? Continue pensando nos últimos 6 meses.

 TENHO MUITOS INTERESSES E ELES SÃO VARIADOS

 POUCAS COISAS ME INTERESSAM

 TENHO ALGUNS INTERESSES

 TENHO POUCOS INTERESSES, GERALMENTE ESTOU ENTEDIADO (NÃO ME INTERESSA POR COISA ALGUMA)

18u. Em comparação com outras adolescentes da sua idade, como é a sua APARÊNCIA na maior parte do tempo? Lembre-se de que estamos falando de como tem sido a sua aparência nos últimos 6 meses.

 COMO A DA MAIORIA DOS ADOLESCENTES DE MINHA IDADE

 BEM MAIS DESLEIXADA, RELAXADA QUE A MAIORIA OU SUA APARÊNCIA É ESTRANHA

 UM POUCO MAIS DESLEIXADA, RELAXADA QUE A MAIORIA DOS ADOLESCENTES DE MINHA IDADE

 EXTREMAMENTE DESLEIXADA, RELAXADA OU MINHA APARÊNCIA É MUITO ESQUISITA

18v. Em comparação com outros adolescentes da sua idade, como você CUIDA DA PRÓPRIA SAÚDE?

 CUIDO BEM

 BEM DESCUIDADO(A) COM A SAÚDE

 POUCO DESCUIDADO(A) COM A SAÚDE

 EXTREMAMENTE DESCUIDADO(A) COM A SAÚDE

18x. Você tem CUIDADO COM A PRÓPRIA SEGURANÇA?

 SIM, SOU MUITO CUIDADOSA(O) E ATENTA(O) COM A PRÓPRIA SEGURANÇA

 SOU BEM DESCUIDADO(A)

 SOU UM POUCO DESCUIDADA(O) COM A PRÓPRIA SEGURANÇA

 SOU EXTREMAMENTE DESCUIDADO(A)

18z. Tem sido difícil para você DIVERTIR-SE, TER ALEGRIA DE VIVER? Mais uma vez, pense em como tem sido nos últimos 6 meses.

 NÃO TEM SIDO DIFÍCIL

 BEM DIFÍCIL

 UM POUCO DIFÍCIL

 EXTREMAMENTE DIFÍCIL

19. Quando você sai de casa, com que frequência seus pais ou responsáveis sabem onde você vai e com quem você está?

1. SEMPRE 2. MUITAS VEZES 3. POUCAS VEZES 4. NUNCA

20. Você tem AMIGOS E AMIGAS da sua idade?

1. MUITOS 2. POUCOS 3. NÃO TENHO

21. Complete a frase:

SE VOCÊ PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM...

1. que o ajude, se ficar de cama?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
2. para lhe ouvir quando você precisa conversar?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
3. para lhe dar bons conselhos em situações de crise?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
4. para levá-lo ao médico?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
que demonstre amor e afeto por você?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
6. para se divertir junto?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
7. para lhe dar informação, que o ajude a compreender uma determinada situação?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
8. em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
9. que lhe dê um abraço?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
10. com quem relaxar?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
11. para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
12. de quem você realmente quer conselhos?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
13. com quem distrair a cabeça?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
14. para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
15. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA

16. para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
17. com quem fazer coisas agradáveis?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
18. que compreenda seus problemas?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
19. que você ame e que faça se sentir querido?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Minha vida tem sentido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Dê sua opinião sobre os seguintes itens:	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. A minha vida está próxima daquilo que eu gostaria que ela fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Minhas condições de vida são excelentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu estou satisfeito com minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agora vou fazer algumas perguntas sobre situações difíceis que algumas pessoas podem enfrentar

24. Abaixo há uma lista de coisas **MUITO ASSUSTADORAS, PERIGOSAS OU VIOLENTAS** que, às vezes, acontecem com as pessoas. São situações em que alguém foi seriamente ferido ou morto ou poderia ter sido. Algumas pessoas passaram por essas experiências; algumas pessoas não passaram por elas. Por favor, seja sincero ao responder se o fato violento listado aconteceu ou não com você. **PARA CADA PERGUNTA: Escreva "Sim" se o fato assustador aconteceu com você. Escreva "Não" se isso NÃO ACONTECEU COM VOCÊ.**

SITUAÇÃO	SIM	SE SIM, INTENSIDADE DA SITUAÇÃO	NÃO
24.1. Estar em um desabamento que destruiu seriamente o local em que você estava.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
24.2. Estar em outro tipo de desastre , como, por exemplo, em incêndios, tornados, enchentes ou furacão.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
24.3. Estar em um acidente grave, como, por exemplo, um acidente de carro muito sério .	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
24.4. Estar em um lugar onde conflitos armados (tiroteios) estavam acontecendo ao seu redor.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
24.5. Apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa (NÃO INCLUI brigas banais entre irmãos e irmãs).	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/>
24.6. Ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa (NÃO INCLUI brigas banais entre irmãos e irmãs).	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/>
24.7. Ser espancado, levar um tiro ou ser ameaçado de ser seriamente machucado em sua cidade.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/>
24.8. Ver alguém na sua cidade ser espancado, levar um tiro ou ser morto .	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/>
24.9. Ver um cadáver em sua cidade (não inclui funerais).	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/>

<p>24.10. Um adulto ou alguém muito mais velho tocou suas partes sexuais íntimas contra a sua vontade</p>	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/>
<p>24.11. Ter recebido a notícia da morte violenta ou o ferimento grave de um ente querido.</p>	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/>
<p>24.12. Ter recebido um tratamento médico assustador e doloroso num hospital quando você estava muito doente ou seriamente ferido.</p>	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/>
<p>24.13. Além das situações descritas acima, ALGUMA OUTRA SITUAÇÃO aconteceu com você que tenha sido REALMENTE ASSUSTADORA, PERIGOSA OU VIOLENTA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____</p> <p>2.Não</p>			

QUESTÃO 25

- Se você não marcou **NENHUMA** situação afirmativa na questão **24**, vá para a **questão 33**.
- Se você respondeu "SIM" a **APENAS UM** item na lista de questões de número **24**, escreva o número desse item (24.1 a 24.13): _____ **AGORA VÁ PARA A QUESTAO 26**
- Se você respondeu "SIM" a **MAIS DE UM** item nas questões de número **24**, escreva o número da situação que **HOJE EM DIA MAIS INCOMODA VOCÊ**: _____

26. Há quanto tempo essa situação ruim (sua resposta na questão **25**) aconteceu com você?
 _____ ANOS _____ MESES (ESCREVA APENAS OS MESES SE A SITUAÇÃO OCORREU HÁ MENOS DE 1 ANO)

27. Por favor, escreva o que aconteceu na situação indicada na questão **25**:

28. PARA AS PRÓXIMAS QUESTÕES, por favor, MARQUE SIM ou NÃO para responder como VOCÊ SE SENTIU durante ou logo depois que a situação ruim (mencionada na questão **25) aconteceu.**

SIM

NÃO

1. Você teve medo de morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
2. Você teve medo de ser gravemente ferido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
3. Você foi gravemente ferido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
4. Você teve medo que outra pessoa morresse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
5. Você teve medo que outra pessoa fosse gravemente ferida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
6. Outra pessoa foi gravemente ferida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
7. Alguém morreu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
8. Você sentiu muito medo como se essa fosse uma das suas experiências mais assustadoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
9. Você sentiu como se não pudesse interromper o que estava acontecendo ou que você precisava da ajuda de alguém?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
10. Você sentiu que o que via era nojento ou asqueroso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
11. Você saiu correndo ou agiu como se estivesse muito perturbado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
12. Você se sentiu muito confuso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.
13. Você sentiu como se o que estava acontecendo não fosse real, de alguma forma, como se acontecesse num filme em vez de na vida real?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.

29. A seguir há uma lista de problemas que pessoas às vezes enfrentam depois que situações muito ruins acontecem. Por favor, PENSE nas situações ruins que aconteceram com você e que você mencionou na questão 25. POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.

DURANTE QUANTO TEMPO NO ÚLTIMO MÊS...

1. Eu tomo cuidado com perigos ou com situações que me causam medo.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
---	----------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--

2. Quando algo me lembra do que aconteceu, eu fico muito perturbado, com medo ou triste.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
3. Pensamentos perturbadores, imagens, ou sons do que aconteceu comigo vêm a minha mente quando eu não quero que isso aconteça.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
4. Eu me sinto irritado, com raiva ou furioso.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
5. Eu tenho sonhos sobre o que aconteceu ou outros pesadelos.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
6. Eu sinto como se tivesse voltado ao tempo em que a situação ruim aconteceu, vivendo-a novamente.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
7. Eu tenho vontade de ficar comigo mesmo e de não estar com meus amigos.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
8. Eu me sinto só e distante das pessoas.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
9. Eu tento não falar, pensar ou ter sentimentos sobre o que aconteceu.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
10. Eu tenho dificuldades em sentir felicidade ou amor.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
11. Eu tenho dificuldades em sentir tristeza ou raiva.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
12. Eu me sinto apreensivo ou facilmente assustado, como, por exemplo, quando escuto um barulho alto ou quando algo me surpreende.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
13. Eu tenho dificuldades para dormir ou acordo frequentemente durante a noite.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
14. Eu acho que parte do que aconteceu foi minha culpa.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
15. Eu tenho dificuldades em lembrar partes importantes do que aconteceu.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES
16. Eu tenho dificuldades em me concentrar e prestar atenção.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> A MAIORIA DAS VEZES

17. Eu tento ficar distante de pessoas, lugares ou situações que me façam lembrar o que aconteceu.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> MAIORES VEZES
18. Quando algo me lembra o que aconteceu, sinto fortes sensações no meu corpo, como, por exemplo, meu coração acelera, sinto dor de cabeça ou dor de estômago.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> MAIORES VEZES
19. Eu acho que não vou ter uma vida longa.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> MAIORES VEZES
20. Eu tenho discussões e brigas corporais	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> MAIORES VEZES
21. Eu me sinto pessimista ou negativo sobre meu futuro.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> MAIORES VEZES
22. Eu tenho medo de que situações ruins aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	<input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	<input type="checkbox"/> MAIORES VEZES

30. Agora, para cada item, marque um número de 0 a 6 para mostrar o quanto as seguintes reações ocorreram com você DURANTE OU IMEDIATAMENTE APÓS A SITUAÇÃO que você identificou na questão 25.

1. Marque o quanto você se sentiu congelado ou paralisado durante o acontecimento.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Não me senti paralisado ou congelado						Senti-me totalmente paralisado ou congelado

2. Marque o quanto você se sentiu incapaz de se mexer mesmo que ninguém estivesse lhe prendendo durante o acontecimento.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Não senti que era capaz de me mexer						Senti vontade de me mexer mas fiquei "travado"

3. Marque o quanto seu corpo ficou tremendo ou sacudindo durante o acontecimento.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Não fiquei tremendo ou sacudindo						Fiquei tremendo ou sacudindo extremamente

4. Marque o quanto você sentiu incapaz de gritar mesmo tendo vontade durante o acontecimento.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Senti-me capaz de gritar						Senti vontade de gritar mas fiquei "travado"

5. Marque o quanto você consegue se lembrar dos detalhes do acontecimento.

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Lembro-me de Tudo						Não me lembro de "nada"

6. Marque o quanto você se sentiu anestesiado ou sem dor durante o acontecimento.

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Não me senti anestesiad						Senti-me extremamente anestesiado

7. Marque o quanto você sentiu frio durante o acontecimento.

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Não senti frio Algum						Senti frio extrem

8. Marque o quanto você sentiu medo ou pânico durante o acontecimento.

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Fiquei totalme calmo						

4. Marque o quanto você achou que ia morrer durante o acontecimento.

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Não achei que ia Morrer						Tive certeza absoluta de que ia morrer

5. Marque o quanto você se sentiu incapaz de escapar mesmo tendo vontade.

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Senti-me capaz de escapar						Senti vontade de escapar mas fiquei "travado"

11. Marque o quanto você se sentiu desligado de si mesmo (por exemplo, sensação de sair do corpo)

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Não me senti desligado de mim mesmo						Senti-me extremamente desligado de mim mesmo

durante o acontecimento.

12. Marque o quanto você se sentiu distante da situação (por exemplo, sensação de ir para outro lugar)

durante o acontecimento.

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Não me senti distante da situação						Senti-me extremamente distante da situação

<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"/>
Não me senti culpado ou envergonhado					Senti-me extremamente culpado ou envergonhado				

13. Marque o quanto você se sentiu culpado ou envergonhado após o acontecimento.

14. Você sentiu o corpo rígido (“duro”), sem conseguir mexer?

- Sim 2.
 Não

15. Você sentiu o corpo flácido (“mole” ou sem força), sem conseguir mexer?

- Sim 2.
 Não

31. Por favor, preencha os itens abaixo marcando a opção que melhor descreve suas sensações e reações DURANTE OU IMEDIATAMENTE APÓS A SITUAÇÃO MARCADA NA questão 25. Para cada item, marque a opção de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você. Se o item não ocorreu, marque “Não”.

	<input type="checkbox"/> 1. NÃO	<input type="checkbox"/> 2. LEVE	<input type="checkbox"/> 3. MODERADO	<input type="checkbox"/> 4. MUITO	<input type="checkbox"/> 5. EXTREMAMENTE
1. Houve momentos em que eu perdi a noção do que estava acontecendo - “Me deu um branco” ou “eu saí do ar” ou de alguma forma eu senti como se eu não fizesse parte do que estava acontecendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
2. Eu senti que eu estava no “piloto automático” – Eu acabei fazendo coisas que mais tarde percebi que não tive intenção de fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
3. Minha noção do tempo mudou – as coisas pareciam acontecendo em câmera lenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
2. Eu senti que eu estava no “piloto automático” – acabei fazendo coisas que mais tarde percebi que não tive intenção de fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
4. O que estava acontecendo parecia que não era real, como se eu estivesse num sonho ou assistindo um filme ou uma peça de teatro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
5. Eu senti como se estivesse assistindo tudo o que estava acontecendo comigo pelo lado de fora, como um espectador, ou como se eu estivesse flutuando, vendo tudo de cima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.

6. Houve momentos em que a noção que eu tinha do meu próprio corpo parecia distorcida ou modificada. Eu me senti desligado do meu corpo ou que meu corpo estava maior ou menor do que o habitual.	<input type="checkbox"/> 1. NÃO	<input type="checkbox"/> 2. LEVE	<input type="checkbox"/> 3. MODERADO	<input type="checkbox"/> 4. MUITO	<input type="checkbox"/> 5. EXTREMAMENTE
7. Eu senti como se as coisas que estavam acontecendo com outras pessoas estivessem acontecendo comigo – por exemplo, alguém foi preso, e eu senti que era eu quem estava sendo preso.	<input type="checkbox"/> 1. NÃO	<input type="checkbox"/> 2. LEVE	<input type="checkbox"/> 3. MODERADO	<input type="checkbox"/> 4. MUITO	<input type="checkbox"/> 5. EXTREMAMENTE
8. Eu fiquei surpreso por descobrir mais tarde que várias coisas que tinham acontecido naquela ocasião eu não havia percebido, principalmente coisas que eu normalmente teria notado.	<input type="checkbox"/> 1. NÃO	<input type="checkbox"/> 2. LEVE	<input type="checkbox"/> 3. MODERADO	<input type="checkbox"/> 4. MUITO	<input type="checkbox"/> 5. EXTREMAMENTE
9. Eu me senti confuso: ou seja, houve momentos em que eu tive dificuldade para entender o que estava acontecendo.	<input type="checkbox"/> 1. NÃO	<input type="checkbox"/> 2. LEVE	<input type="checkbox"/> 3. MODERADO	<input type="checkbox"/> 4. MUITO	<input type="checkbox"/> 5. EXTREMAMENTE
10. Eu me senti desorientado: ou seja, houve momentos em que eu me senti perdido no tempo e no espaço.	<input type="checkbox"/> 1. NÃO	<input type="checkbox"/> 2. LEVE	<input type="checkbox"/> 3. MODERADO	<input type="checkbox"/> 4. MUITO	<input type="checkbox"/> 5. EXTREMAMENTE
11. Eu me senti “entorpecido” ou sem emoção.	<input type="checkbox"/> 1. NÃO	<input type="checkbox"/> 2. LEVE	<input type="checkbox"/> 3. MODERADO	<input type="checkbox"/> 4. MUITO	<input type="checkbox"/> 5. EXTREMAMENTE

32. As questões a seguir também se referem às reações que você pode ter tido DURANTE OU LOGO APÓS A SITUAÇÃO QUE VOCÊ MARCOU NA questão 25. Para cada item, marque um número de 1 a 4 para mostrar o quanto estas reações ocorreram com você.

1. Falta de ar	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE
2. Tonteiras ou sensações de desmaio	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE
3. Coração acelerado	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE
4. Tremores e abalos	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE
5. Sudorese (suor)	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE

6. Náuseas ou desconforto abdominal	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE
7. Dormência no corpo ou sensações de formigamento	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE
8. Ondas de calor	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE
9. Sufocação	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE
10. Dor ou desconforto no peito	<input type="checkbox"/> 1. NADA	<input type="checkbox"/> 2. UM POUCO	<input type="checkbox"/> 3. MODERADAMENT E	<input type="checkbox"/> 4. EXTREMAMENTE

33. Todas as pessoas algumas vezes têm problemas ou se sentem perturbadas. Quando isto acontece, adolescentes agem de formas diferentes para resolver o problema ou para se sentirem melhor. Abaixo há uma lista de coisas que os adolescentes podem fazer quando têm um problema. Para cada comportamento, escolha a resposta que melhor descreve como você frequentemente costuma agir quando tem um problema. Não há respostas certas ou erradas, apenas marque a frequência com que você costuma agir para resolver um problema ou para se sentir melhor.

Quais destas coisas você costuma fazer quando tem um problema?

1. Diz a si mesmo: “As coisas vão melhorar”?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
2. Vê televisão ou lê mais do que está acostumado	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
3. Aprende o máximo que pode sobre o problema	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE

4. Grita, berra ou fica furioso?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
5. Se envolve em brigas?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
6. Medita e respira fundo?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
7. Faz ginástica ou esportes?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
8. Falta a aula?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
9. Evita pessoas?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
10. Desenha, pinta, ou escreve histórias, poemas, ou compõe música?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE

Quais destas coisas você costuma fazer quando tem um problema?

11. Faz trabalho voluntário?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
12. Toma bebida alcóolica?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
13. Fuma cigarros?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
14. Fica fora de casa até tarde	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
15. Reza?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
16. Conversa sobre o problema com pais (ou padrasto/madrasta ou outros cuidadores)/ com outro parente/amigo?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
17. Conversa sobre o problema na escola com alguém como um professor, diretor, orientador pedagógico ou educacional ou um profissional de saúde?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE
18. Conversa sobre o problema com alguém fora da escola com um médico, terapeuta, assistente social, psicólogo, psiquiatra, enfermeiro; ou um líder religioso como um padre, pastor ou rabino?	<input type="checkbox"/> NUNCA	2. <input type="checkbox"/> ALGUMAS VEZES	<input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE

19. Há mais alguma coisa que você sempre faz quando você tem um problema?	1. <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
--	--	------------------------------

19a. Se sim na questão 19, o que você faz

34. Marque quais as situações já ocorreram na sua FAMÍLIA.

O próximo bloco de perguntas se refere a algumas situações difíceis que às vezes acontecem na vida das pessoas.

Situações	SIM	<i>Se sim, INTENSIDADE DA SITUAÇÃO</i>	NÃO
1. Um de seus pais ou responsável já ficou ou está desempregado.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
Situações	SIM	Se sim, INTENSIDADE DA SITUAÇÃO	NÃO
2. Na sua família existem ou existiram problemas financeiros sérios.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
3. Falta comida na sua casa.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
4. Você mora ou já morou amontado, sem espaço.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
5. Algum familiar seu já teve problemas médicos sérios, como doenças ou acidentes.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
6. Na sua família tem ou teve alguém com problema de deficiência física ou mental.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
7. Alguém da sua família foi indiciado ou preso.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2.

		1.3 mais ou menos estressante 1.4 muito estressante 1.5 extremamente estressante	
8. Ocorreu morte de pai ou mãe.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
9. Você teve algum parente próximo que morreu.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
10. Na sua família acontecem/aconteceram problemas de álcool ou drogas.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
11. A sua relação com seus pais já envolveu uma experiência sexual?	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.

35. Marque quais as situações já ocorreram na sua COMUNIDADE.

	SIM	<i>Se sim, INTENSIDADE DA SITUAÇÃO</i>	NÃO
1. Você já se sentiu discriminado (a) por sua cor de pele	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
1. Você já se separou de algum amigo (a) próximo (a) por brigas ou pela morte dele (a).	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
2. Você já viu alguém ser gravemente ferido.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
3. Você vive/viveu em situação de perigo e insegurança na vizinhança.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.
4. Você já teve sua casa assaltada ou roubada.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> nada estressante <input type="checkbox"/> pouco estressante <input type="checkbox"/> mais ou menos estressante <input type="checkbox"/> muito estressante <input type="checkbox"/> extremamente estressante	<input type="checkbox"/> 2.

36. Seus pais (ou padrasto/madrasta) brigam muito entre si...

As próximas questões abordarão agressões que às vezes somos vítima e a forma como as pessoas que moram ou convivem com você resolvem os desentendimentos do dia a dia. Em qualquer ambiente, tem horas em que as pessoas discordam, ficam irritadas ou brigam por estarem de mau-humor, cansadas ou por qualquer outra razão.

1. A ponto de se machucarem?	1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	3. <input type="checkbox"/> NUNCA	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVO COM PAIS (OU PADRASTO/MADRASTA)
2. Humilhando um ao outro?	1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	3. <input type="checkbox"/> NUNCA	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVO COM PAIS (OU PADRASTO/MADRASTA)

37. Os irmãos sempre brigam e discutem no dia-a-dia. Você e seus irmãos brigam muito entre si...

1. A ponto de se machucarem?	1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	3. <input type="checkbox"/> NUNCA	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVO COM IRMÃOS
2. Humilhando um ao outro?	1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	3. <input type="checkbox"/> NUNCA	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVO COM IRMÃOS

38. Nos últimos 12 meses, nos momentos de discussão e brigas entre você e sua MÃE/RESPONSÁVEL DO SEXO FEMININO, como ela reagiu?

1. Jogou coisas sobre você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com a mãe/responsável
2. Empurrou ou agarrou você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com a mãe/responsável
3. Deu tapa ou bofetada em você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com a mãe/responsável
4. Chutou, mordeu ou deu murro em você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com a mãe/responsável
5. Bateu ou tentou bater em você com objetos.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com a mãe/responsável
6. Espancou você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com a mãe/responsável
7. Queimou; estrangulou ou sufocou você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com a mãe/responsável
8. Ameaçou você com faca ou arma.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com a mãe/responsável
9. Usou faca ou arma contra você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com a mãe/responsável

39. Nos últimos 12 meses, nos momentos de discussão e brigas entre você e seu PAI/RESPONSÁVEL DO SEXO MASCULINO, como ele reagiu?

1. Jogou coisas sobre você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com o pai/responsável
2. Empurrou ou agarrou você.				

<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com o pai/responsável
3. Deu tapa ou bofetada em você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com o pai/responsável
4. Chutou, mordeu ou deu murro em você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com o pai/responsável
5. Bateu ou tentou bater em você com objetos.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com o pai/responsável
6. Espancou você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com o pai/responsável
7. Queimou; estrangulou ou sufocou você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com o pai/responsável
8. Ameaçou você com faca ou arma.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com o pai/responsável
9. Usou faca ou arma contra você.				
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Já mas não no último ano	<input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não convivi com o pai/responsável

40. Complete a frase:**Nos últimos 12 meses, alguma pessoa importante (família, amigos e professores)...**

1. Humilhou você?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
2. Demonstrou falta de interesse por você?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
3. Culpou você por falhas que ele/ela cometeu?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
4. Culpou você por falhas cometidas por outras pessoas?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA
5. Criticou você pelas coisas que você faz e diz?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA

6. Criticou você pela sua aparência e pelo modo como você se veste?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
7. Criticou seus amigos?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
8. Não te elogiou quando você achou que tinha feito algo de bom?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
9. Não te encorajou quando você quis fazer algo por você mesmo (educação, carreira, esportes)?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
10. Disse a você que você não era tão bom quanto as outras pessoas?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
11. Gritou ou berrou com você sem nenhum motivo?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
12. Chamou você de nomes desagradáveis como “doido”, “idiota”, ou “burro”?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
13. Fez piadas sobre você na frente de outras pessoas?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
14. Não acreditou em você (você estava inventando alguma coisa/mentindo)?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
15. Disse a você que você estava errado/a quando você disse ou fez alguma coisa?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
16. Ignorou você quando você procurava carinho?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
17. Forçou você a assumir responsabilidade pela maioria das tarefas domésticas?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA

18. Humilhou você fazendo piadas sobre seu corpo?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> RARAMENT E	<input type="checkbox"/> NUNCA
---	---------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

41. Nos últimos 12 meses, alguma vez:

	NA SUA ESCOLA	NA SUA LOCALIDADE
1. Alguém humilhou você?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Alguém ameaçou você?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Você foi agredido por alguém de forma forte o bastante para que precisasse de curativos ou ir ao médico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4. Alguém danificou, de propósito, alguma coisa sua (como roupa, livros, relógio)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5. Você andou/conviveu com pessoas que carregam armas de fogo (revólver, outros)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6. Você andou/conviveu com pessoas que carregam armas brancas (facas, canivetes, punhal)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7. Alguém furtou de você algum objeto sem que você visse?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8. Alguém tirou à força dinheiro ou alguma coisa de você?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

42. Você já foi ameaçado, xingado, humilhado ou apanhou de algum colega da escola?

<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
---------------------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------

43. Você já ameaçou, xingou, humilhou ou bateu em algum colega da escola?

<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	3. <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
---------------------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------

44. Nos últimos 12 meses, você <u>PRATICOU</u> algum desses atos?	SIM	NÃO
1. Falsificou a assinatura de alguém em algum documento (boletins ou advertências disciplinares, data de nascimento em carteira de estudante)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
2. Danificou coisas de propósito (carteiras escolares, vidraças, telefones, pichou paredes, riscou carros, quebrou objetos domésticos, lâmpadas de poste)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
3. Agrediu alguém de forma forte o bastante para que esta pessoa precisasse de curativos ou ir ao médico	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
4. Humilhou alguém, mostrando-se superior, debochando, esnobando, ridicularizando o outro.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.

5. Tomou parte de uma briga na qual um grupo de amigos seus lutou contra outro grupo.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
6. Portou arma de fogo (revólver, outros)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
7. Portou arma branca (faca, canivete, punhal)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
8. Pegou algum objeto de alguém sem que essa pessoa soubesse.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
9. Pegou algum objeto de alguém à força.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.

O último bloco de perguntas abordam como os adolescentes podem se sentir em relação a si mesmo

45. Leia cada pergunta e preencha a opção de resposta que melhor indica como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

1. Sinto-me bem.	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> 4. QUASE NUNCA
2. Canso-me facilmente	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> 4. QUASE NUNCA
3. Tenho vontade de chorar	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
4. Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rápidas	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
6. Sinto-me descansado	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
7. Sinto-me calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
10. Sou feliz	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
12. Não tenho confiança em mim mesmo	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
13. Sinto-me seguro	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
14. Evito ter que enfrentar crises e problemas	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA

15. Sinto-me deprimido	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
16. Estou satisfeito	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
17. Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
19. Sou uma pessoa estável	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	<input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	2 <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES	<input type="checkbox"/> QUASE NUNCA

46. Por favor, em cada linha responda aos itens assinalando com um “X” a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente e do que você realmente acha.

<input type="checkbox"/> . Eu fico triste de vez em quando	<input type="checkbox"/> . Eu fico triste muitas vezes	1c <input type="checkbox"/> u estou sempre triste
<input type="checkbox"/> . Para mim tudo se resolverá bem	<input type="checkbox"/> . Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim	2c <input type="checkbox"/> ada vai dar certo para mim
<input type="checkbox"/> . Eu faço bem a maioria das coisas	<input type="checkbox"/> . Eu faço errado a maioria das coisas	<input type="checkbox"/> . Eu faço tudo errado
<input type="checkbox"/> . Eu me divirto com muitas coisas	<input type="checkbox"/> . Eu me divirto com algumas coisas	4c <input type="checkbox"/> ada é divertido para mim
<input type="checkbox"/> . Eu sou mau (má) de vez em quando	<input type="checkbox"/> . Eu sou mau (má) com frequência	<input type="checkbox"/> . Eu sou sempre mau (má)
<input type="checkbox"/> . De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer	<input type="checkbox"/> . Eu temo que coisas ruins me aconteçam	6c <input type="checkbox"/> tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão
7 <input type="checkbox"/> . Eu gosto de mim mesmo	7b <input type="checkbox"/> . Eu não gosto muito de mim	7c <input type="checkbox"/> u me odeio
<input type="checkbox"/> . Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem	<input type="checkbox"/> . Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa	8c <input type="checkbox"/> udo de mau que acontece é por minha culpa

<input type="checkbox"/> A. Eu não penso em me matar	<input type="checkbox"/> B. EU penso em me matar	<input type="checkbox"/> C. eu quero me matar
<input type="checkbox"/> A. Eu sinto vontade de chorar de vez em quando	<input type="checkbox"/> B. Eu sinto vontade de chorar frequentemente	<input type="checkbox"/> C. eu sinto vontade de chorar diariamente
<input type="checkbox"/> A. Eu me sinto preocupado de vez em quando	<input type="checkbox"/> B. Eu me sinto preocupado frequentemente	<input type="checkbox"/> C. eu me sinto sempre preocupado
<input type="checkbox"/> A. Eu gosto de estar com pessoas	<input type="checkbox"/> B. Frequentemente, eu não gosto de estar com pessoas	<input type="checkbox"/> C. eu não gosto de estar com pessoas culpa
<input type="checkbox"/> A. Eu tomo decisões facilmente	<input type="checkbox"/> B. É difícil para mim tomar decisões	<input type="checkbox"/> C. Eu não consigo tomar decisões
<input type="checkbox"/> A. Eu tenho boa aparência	<input type="checkbox"/> B. Minha aparência tem alguns aspectos negativos	<input type="checkbox"/> C. Eu sou feio (feia)
<input type="checkbox"/> A. Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim	<input type="checkbox"/> B. Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa	<input type="checkbox"/> C. eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
<input type="checkbox"/> A. Eu durmo bem à noite	<input type="checkbox"/> B. Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites	<input type="checkbox"/> C. eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
<input type="checkbox"/> A. Eu me canso de vez em quando	<input type="checkbox"/> B. Eu me canso frequentemente	<input type="checkbox"/> C. eu estou sempre cansado (cansada)
<input type="checkbox"/> A. Eu como bem	<input type="checkbox"/> B. Alguns dias eu não tenho vontade de comer	<input type="checkbox"/> C. Quase sempre eu não tenho vontade de comer
<input type="checkbox"/> A. Eu não temo sentir dor nem adoecer	<input type="checkbox"/> B. Eu temo sentir dor e ficar doente	<input type="checkbox"/> C. Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente
<input type="checkbox"/> A. Eu não me sinto sozinho (sozinha)	<input type="checkbox"/> B. Eu me sinto sozinho (a) muitas vezes	<input type="checkbox"/> C. Eu sempre me sinto sozinho (sozinha)
<input type="checkbox"/> A. Eu me divirto na escola frequentemente	<input type="checkbox"/> B. Eu me divirto na escola de vez em quando	<input type="checkbox"/> C. Eu nunca me divirto na escola

21 <input type="checkbox"/> A. Eu tenho muitos amigos	21 <input type="checkbox"/> B. Eu tenho muitos amigos e gostaria de ter mais	22 <input type="checkbox"/> C. Não tenho amigos
22 <input type="checkbox"/> A. Meus trabalhos escolares são bons	22 <input type="checkbox"/> B. Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes	23 <input type="checkbox"/> C. Não tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa)
23 <input type="checkbox"/> A. Sou tão bom quanto outros adolescentes	23 <input type="checkbox"/> B. Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outros adolescentes	24 <input type="checkbox"/> C. Não posso ser tão bom quanto outros adolescentes
24 <input type="checkbox"/> A. Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém	24 <input type="checkbox"/> B. Eu não tenho certeza se alguém me ama	25 <input type="checkbox"/> C. Ninguém gosta de mim realmente
25 <input type="checkbox"/> A. Eu sempre faço o que me mandam	25 <input type="checkbox"/> B. Eu não faço o que me mandam com frequência	26 <input type="checkbox"/> C. Eu nunca faço o que me mandam
26 <input type="checkbox"/> A. Eu não me envolvo em brigas	26 <input type="checkbox"/> B. Eu me envolvo em brigas com frequência	27 <input type="checkbox"/> C. Eu estou sempre me envolvendo em brigas

Escreva o que desejar no espaço abaixo.

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Ela é super importante para ajudar a entender os problemas dos adolescentes de São Gonçalo. No próximo ano, todas as escolas participantes do município receberão os principais resultados desta pesquisa, que poderá contribuir para melhorar o convívio dos jovens brasileiros e a maneira como se sentem.

Se você quiser esclarecer dúvidas quanto às questões abordadas neste questionário, o número do nosso telefone é 3882-9155 ou 2290-4893.

O nosso e-mail é joviana@claves.fiocruz.br ou liana@claves.fiocruz.br

ANEXO B**TERMOS DE CONSENTIMENTOS**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE VIOLÊNCIA E SAÚDE- Jorge Careli**

Consentimento Livre e Esclarecido - Escola

PREZADO(A) SENHOR (A) DIRETOR (A)

_____ (nome do (a) diretor (a))

_____ (nome da escola)

O Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde/CLAVES, da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, convida os alunos do nono ano do ensino fundamental desse estabelecimento, a participarem da pesquisa *“ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO em ADOLESCENTES. O impacto da violência e de outros eventos adversos com escolares de um município do Estado do Rio de Janeiro”*, sob a coordenação da doutora Joviana Quintes Avanci.

Esse estudo tem como objetivo analisar como os jovens reagem e se sentem após a ocorrência de situações de vida difíceis. Serão pesquisadas informações, opiniões e atitudes dos alunos em relação aos seguintes temas: estrutura e relação familiar, situação sócio-econômica, o relacionamento com a escola e os amigos, o uso de drogas, situações violentas e outras vivências de vida difíceis, e as diversas formas de lidar com essas situações. Busca-se também verificar como tais situações podem influenciar a saúde. Para isso, pretende-se coletar a saliva dos adolescentes, solicitando-os que cusпам num recipiente, com a intenção de fazer a dosagem de hormônios e a análise de fatores genéticos, que podem influenciar a reação à ocorrência de situações de vida difíceis.

A participação dos jovens é fundamental, mas só será feita mediante a autorização dos pais/responsáveis.

Nossa proposta de trabalho baseia-se na aplicação de questionário e na coleta de amostras de saliva, a qual é um procedimento totalmente seguro, não-invasivo e que não oferece qualquer tipo de risco aos alunos. A aplicação dos questionários e a coleta de amostras de saliva durará cerca de 60 minutos.

Será garantida a CONFIDENCIALIDADE dos participantes bem como o ANONIMATO de todos que participarem da pesquisa.

A PARTICIPAÇÃO DOS ADOLESCENTES É VOLUNTÁRIA, o que significa que eles terão plena liberdade em decidir se querem ou não participar do preenchimento do questionário e da coleta de saliva, bem como desistir a qualquer momento.

Em caso de qualquer DESCONFORTO durante a pesquisa, os adolescentes têm todo o direito de não participar.

Os BENEFÍCIOS dessa pesquisa se constituem na ampliação do conhecimento do impacto das situações de vida difíceis e da violência na vida de adolescentes, assim como seus efeitos na saúde física e mental. Além disso, os pesquisadores estarão acessíveis durante todo o processo da pesquisa, por telefone e por e-mail, de modo a viabilizar encaminhamentos dos participantes para serviços de saúde mental, quando necessário.

Em caso de qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto no CLAVES no endereço: Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP: 21040-361, Prédio Expansão do Campus. Telefone e Fax 3882-9155, no horário de 9 às 17:00 horas. Para saber de mais informações sobre a pesquisa, o Sr. (a) poderá acessar o site www.claves.fiocruz.br. O sr.(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo no endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480 sala 914 - Manguinhos CEP 21041-210. Telefone 2598-2863.

Dessa maneira, solicitamos sua permissão para que os alunos do nono ano desta escola participem da pesquisa, nos termos acima referidos.

Dra. Joviana Quintes Avanci
joviana@claves.fiocruz.br

Eu, _____, diretora da Escola _____ declaro estar esclarecido (a) sobre os termos apresentados e permito que os alunos da referida série participem da pesquisa. Entretanto tenho o pleno direito de sustar tal permissão a qualquer momento se assim considerar conveniente.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE VIOLÊNCIA E SAÚDE- Jorge Careli**

Consentimento Livre e Esclarecido - Aluno

_____ (nome da escola)

CARO ALUNO (A),

Somos pesquisadores do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde/CLAVES, da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde e gostaríamos de convidar você para participar da pesquisa “*ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO em ADOLESCENTES. O impacto da violência e de outros eventos adversos com escolares de um município do Estado do Rio de Janeiro*”, sob a coordenação da doutora Joviana Quintes Avanci.

Neste estudo pretendemos investigar como os jovens reagem e se sentem após a ocorrência de situações de vida difíceis. Gostaríamos de conhecer suas informações, opiniões e atitudes em relação aos seguintes temas: seu relacionamento com a família, a situação social e econômica familiar, a maneira como você se percebe, o relacionamento com a escola e os amigos, o uso de drogas, a vivência de situações violentas e de outras situações difíceis, e as diversas formas de lidar com elas.

Também pretendemos verificar como essas situações podem influenciar a sua saúde. Para isso, pretendemos coletar sua saliva, solicitando que cuspa num recipiente, para que seja feita a dosagem de hormônios e a análise de fatores genéticos que podem influenciar a reação à ocorrência de situações de vida difíceis.

Sendo assim, a sua participação é fundamental, mas só será feita mediante a autorização sua e a de seus pais/responsáveis.

Nossa proposta de trabalho baseia-se na aplicação de questionários e na coleta de amostras de saliva, a qual é um procedimento totalmente seguro, não-doloroso e que não oferece qualquer tipo de risco. A aplicação dos questionários e a coleta de amostras de saliva durará cerca de 60 minutos.

Será garantida a CONFIDENCIALIDADE dos seus relatos bem como o seu ANONIMATO. Isto significa que você não será de forma alguma identificado e não saberemos quem respondeu cada questionário nem tão pouco de quem é o material coletado.

A SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, isto é, você pode decidir se quer ou não participar da pesquisa, bem como desistir a qualquer momento.

Em caso de qualquer DESCONFORTO durante a pesquisa, você tem todo o direito de não participar. Se desejar, você também pode procurar um de nossos pesquisadores para conversar e tirar qualquer dúvida.

Os BENEFÍCIOS dessa pesquisa se constituem na possibilidade de maior conhecimento do tema estudado, o que pode ajudar no cuidado à saúde das pessoas. Além disso, os pesquisadores estarão acessíveis durante todo o processo da pesquisa, por telefone e por e-mail, de modo a viabilizar encaminhamentos dos participantes para serviços de saúde mental, quando necessário.

Em caso de qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto no CLAVES no endereço: Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP: 21040-361, Prédio Expansão do Campus. Telefone e Fax 3882-9155, no horário de 9 às 17:00 horas. Para saber de mais informações sobre a pesquisa, você poderá acessar o site www.claves.fiocruz.br. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo no endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480 sala 914 - Manguinhos CEP 21041-210. Telefone 2598-2863.

Dessa maneira, solicitamos o seu consentimento para participar desta pesquisa, respondendo o questionário e coletando sua saliva.

Dra. Joviana Quintes Avanci

joviana@claves.fiocruz.br

Por favor, marque as opções correspondentes a sua autorização:

Eu, _____, declaro estar esclarecido (a) sobre os termos apresentados e aceito participar do **preenchimento do questionário**. Entretanto, tenho pleno direito de desistir a qualquer momento se assim considerar conveniente.

Eu, _____, declaro estar esclarecido (a) sobre os termos apresentados e aceito **participar da coleta de saliva**. Entretanto, tenho pleno direito de desistir a qualquer momento se assim considerar conveniente.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE VIOLÊNCIA E SAÚDE- Jorge Careli**

Consentimento Livre e Esclarecido

Pais/responsáveis

_____ (nome da escola)

Caro Responsável pelo aluno (a) _____.

O Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde/CLAVES, da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, convida os alunos (as) do nono ano do ensino fundamental, a participar da pesquisa *“ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO em ADOLESCENTES. O impacto da violência e de outros eventos adversos com escolares de um município do Estado do Rio de Janeiro”*, sob a coordenação da doutora Joviana Quintes Avanci.

Esse estudo tem como objetivo analisar como os adolescentes reagem e se sentem após a ocorrência de situações de vida difíceis. Serão pesquisados suas informações, opiniões e atitudes em relação aos seguintes temas: estrutura e relação familiar, situação sócio-econômica, a maneira como se percebe, o relacionamento com a escola e os amigos, o uso de drogas, as situações violentas e outros eventos difíceis, e as diversas formas de lidar com eles.

Também busca-se verificar como tais situações influenciam a saúde dos adolescentes. Para isso, pretende-se coletar a saliva dos adolescentes, solicitando-os que cuspem em um recipiente, para que seja feita a dosagem de hormônios e a análise de fatores genéticos, os quais podem influenciar a reação à ocorrência de situações de vida difíceis.

Sendo assim, a participação dos adolescentes é fundamental, mas só será feita mediante sua autorização. Nossa proposta de trabalho baseia-se na aplicação de questionários e na coleta de amostras de saliva, a qual é um procedimento totalmente seguro, não-doloroso e que não oferece qualquer tipo de risco ao adolescente. A aplicação dos questionários e a coleta de amostras de saliva durará cerca de 60 minutos.

Será garantida a CONFIDENCIALIDADE dos participantes bem como o ANONIMATO de todos que participarem da pesquisa. Isto significa que o aluno (a) não será de forma alguma identificado (a) e não saberemos quem respondeu cada questionário nem tão pouco de quem é o material coletado.

A PARTICIPAÇÃO DOS ADOLESCENTES É VOLUNTÁRIA, o que significa que eles terão plena liberdade em decidir se querem ou não participar da pesquisa, bem como desistir a qualquer momento.

Em caso de qualquer DESCONFORTO durante a pesquisa, o aluno (a) tem todo o direito de não participar. Se desejar, ele (a) também poderá procurar um de nossos pesquisadores para conversar e tirar qualquer dúvida.

Os BENEFÍCIOS dessa pesquisa se constituem na possibilidade de maior conhecimento do tema estudado, o que pode ajudar no cuidado à saúde das pessoas. Além disso, os pesquisadores estarão acessíveis durante todo o processo da pesquisa, por telefone e por e-mail, de modo a viabilizar encaminhamentos dos participantes para serviços de saúde mental, quando necessário.

Em caso de qualquer dúvida, o sr.(a) poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto no CLAVES no endereço: Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP: 21040-361, Prédio Expansão do Campus. Telefone e Fax 3882-9155, no horário de 9 às 17:00 horas. Para saber de mais informações sobre a pesquisa, o Sr. (a) poderá acessar o site www.claves.fiocruz.br. O sr.(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo no endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480 sala 914 - Manguinhos CEP 21041-210. Telefone 2598-2863.

Dessa maneira, solicitamos a sua permissão para a participação do aluno (a) na pesquisa, nos termos acima referidos.

Dra. Joviana Quintes Avanci
joviana@claves.fiocruz.br

Por favor, marque as opções correspondentes a sua autorização:

Eu, _____, responsável pelo aluno(a) da escola _____ declaro estar esclarecido (a) sobre os termos apresentados e autorizo a participação do meu filho (a) **a preencher o questionário**. Entretanto, ele (a) terá pleno direito de desistir a qualquer momento se assim considerar conveniente.

Eu, _____, responsável pelo aluno(a) da escola _____ declaro estar esclarecido (a) sobre os termos apresentados e autorizo a participação do meu filho (a) **a participar da coleta de saliva**. Entretanto, ele (a) terá pleno direito de desistir a qualquer momento se assim considerar conveniente.