

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE FAMÍLIA, INTERAÇÃO SOCIAL E SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

JHÉRSYKA EVELIN MENDES LINS

**PERCEPÇÃO DE APOIO FAMILIAR NA ADOLESCÊNCIA E SUA RELAÇÃO
COM ANSIEDADE GENERALIZADA E DEPRESSÃO MAIOR**

**RECIFE
2019**

JHÉRSYKA EVELIN MENDES LINS

**PERCEPÇÃO DE APOIO FAMILIAR NA ADOLESCÊNCIA E SUA RELAÇÃO
COM ANSIEDADE GENERALIZADA E DEPRESSÃO MAIOR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely de Melo Santana

**RECIFE
2019**

FOLHA DE APROVAÇÃO**JHÉRSYKA EVELIN MENDES LINS****PERCEPÇÃO DE APOIO FAMILIAR NA ADOLESCÊNCIA E SUA RELAÇÃO
COM ANSIEDADE GENERALIZADA E DEPRESSÃO MAIOR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, laboratório de Família, Interação Social e Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Data de Aprovação - 13 / 12 / 2019**BANCA EXAMINADORA**

Prof^ª. Dr^ª. Suely de Melo Santana (Orientadora e Presidente da Banca)

Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Prof^º. Dr. Paulo de Tarso Monteiro de Albuquerque Melo (Titular Externo)

Faculdade Frassinetti do Recife - FAFIRE

Prof^º. Dr. Marcus Túlio Caldas (Titular Interno)

Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

**RECIFE
2019**

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus, porque Ele dá a sabedoria e da Sua boca vem o conhecimento e o entendimento.

AGRADECIMENTOS

Longo foi o caminho para chegar até aqui. Muitas vezes chorei por olhar para mim e só enxergar impossibilidades, mas em todos esses momentos o Senhor não me desamparou. Ele se fez presente de maneira sublime: aquietou a minha alma; consolou-me quando precisei de um colo; deu-me força para suportar as adversidades; ensinou-me que confiar nEle é o segredo para alcançar o melhor da Sua parte, então foi isso que decidi fazer. Agora pergunto, como não agradecer primeiro a Ele por tudo que fez, está fazendo e ainda fará por mim? Não sei o que Deus viu em mim, mas O agradeço de todo meu coração por me conceder oportunidades como a de concluir o meu mestrado.

Não cheguei aqui sozinha, Deus me presenteou com pessoas incríveis que estiveram comigo nesta caminhada e que eu não poderia deixar de agradecê-las. Agradeço ao meu pai Osiel e minha mãe Dira por acreditarem em mim, por apoiarem as minhas decisões, por orarem por mim, por se fazerem presente mesmo com a distância física, não medindo esforço, porém fazendo tudo com amor. Agradeço a minha avó que sempre orou, pediu ao Senhor para me ensinar o que não sabia e que Ele me ajudasse no que eu precisasse. Vó, Deus ouviu o teu clamor e hoje estou aqui! Agradeço aos meus irmãos Jefferson e Juninho por sempre estarem dispostos a me ajudar e apoiar. Agradeço ao meu namorado Lucas Varela, pois suas palavras, amor, orações, cuidado, cumplicidade e paciência me ajudaram a seguir em frente. Muitas vezes ele demonstrou mais fé do que eu de que tudo daria certo. Obrigada! Quero você sempre na minha vida, meu bem! Agradeço a Sarah, a todos os meus familiares e os meus amigos queridos do Intervalo Bíblico UNICAP que torceram, oraram e me fizeram sentir compreendida em meio às preocupações advindas.

Minha gratidão à Professora Suely de Melo Santana que acreditou em mim e me deu a oportunidade de participar, com ela, desta tão grande responsabilidade. Aprendi bastante e essa experiência marcou a minha vida. Agradeço também aos meus colegas de pesquisa tanto os bolsistas quanto os voluntários. A ajuda de vocês foi muito importante para a construção desta dissertação.

Enfim, para todos os citados ou não, à minha gratidão pela contribuição direta ou indireta. Não tenho como retribuir à altura, então que Deus vos recompense com bênçãos celestiais.

*A erva seca e a flor murcha, mas a Palavra do nosso
Deus dura para sempre!*

ISAÍAS 40:8

RESUMO

Lins, J. E. M. (2019). Percepção de apoio familiar na adolescência e sua relação com ansiedade generalizada e depressão maior. Dissertação de mestrado, Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco.

Os transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes vêm se constituindo como crescentes e preocupantes problemas de saúde pública que podem estar sendo influenciados pelas relações familiares estabelecidas. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi investigar a relação entre a percepção de apoio familiar e percepções de ansiedade generalizada e de depressão maior em adolescentes. O estudo se dividiu em dois artigos, sendo o primeiro uma revisão sistemática, reunindo os recentes estudos que avaliam relações familiares e a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão em adolescentes. O segundo artigo, por sua vez, consiste em um estudo empírico sobre a relação entre a percepção de apoio familiar e percepção de transtorno de ansiedade generalizada e de depressão maior de 250 estudantes, de ambos os sexos, da rede estadual de ensino do Recife-PE. A amostra foi estratificada a partir das seis Regiões Político-Administrativas – RPA's da Prefeitura da Cidade do Recife, sendo investigadas as RPA's I, II, III e VI. De modo coletivo, foram utilizados como instrumentos de rastreamento alguns itens do *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) relativos ao apoio familiar (04 itens) e do *Spense Children's Anxiety Scale* (SCAS) referente à ansiedade generalizada (06 itens) e o *Children's Depression Inventory* (CDI – 27 itens). A extração do alpha de Cronbach de cada instrumento permitiu identificar de satisfatórios à elevados índices de consistência interna ($\alpha=0,86$; $\alpha=0,701$ e $\alpha=0,925$, respectivamente). A partir da revisão sistemática, foi possível identificar que fatores como: vivenciar superproteção materna, autoritarismo parental, pais com transtornos, alto nível de conflito entre pais e filhos, abuso físico e baixo funcionamento familiar têm uma influência negativa na saúde mental dos adolescentes. O perfil sociodemográfico dos adolescentes participantes do estudo empírico revelou que a maioria dos estudantes era do sexo feminino (67,6%), nível socioeconômico familiar baixo (47,2%), matriculados no 1º ano do Ensino Médio (40%), autodeclarados de cor parda (50,4%), provenientes da RPA I (63,6%) e residindo com mãe, pai e irmãos. Foi possível verificar uma relação entre a percepção de apoio familiar e as percepções de ansiedade generalizada e de depressão maior. A análise das correlações (r de Pearson) indicou a ocorrência de relações significativas entre o escore total da percepção de ansiedade generalizada, a idade ($r = 0,178$, $p < 0,01$) e o sexo ($r = 0,315$, $p < 0,01$), o que ratifica o que anteriormente foi observado na comparação das médias em termos de maior percepção de sintomas ansiosos em adolescentes com 15 anos de idade e no sexo feminino. O escore total da percepção de depressão maior apresentou relação significativa com sexo ($r = 0,201$, $p < 0,01$), com o escore total da percepção ansiedade generalizada ($r = 0,542$, $p < 0,01$) e o da percepção de apoio familiar ($r = -0,450$, $p < 0,01$). Esses resultados reforçam as evidências de que a maior percepção de sintomas depressivos é no sexo feminino, em adolescentes que se percebem mais ansiosos e que percebem menor apoio familiar. Considera-se importante que outras investigações sobre essa temática sejam realizadas, visto que embora os estudos sobre depressão e ansiedade em adolescentes tenham aumentado nos últimos anos, os resultados encontrados apontam que ainda são recentes e escassos no nosso país.

Palavras-chave: Adolescência. Ansiedade Generalizada. Depressão Maior.

ABSTRACT

Anxiety and depression disorders in adolescents are becoming growing and worrying public health problems that may be influenced by established family relationships. Therefore, the aim of the present study was to investigate the relationship between the perception of family support and perceptions of generalized anxiety and major depression in adolescents. The study was divided into two articles, the first being a systematic review, gathering recent studies evaluating family relationships and the presence of anxiety and/or depression symptoms in adolescents. The second article, in turn, consists of an empirical study on the relationship between the perception of family support and the perception of generalized anxiety disorder and major depression of 250 students, from both genders, from the state school of Recife-PE. The sample was stratified from the six Political-Administrative Regions - RPA's of the Recife City Hall, being investigated the RPA's I, II, III and VI. Collectively, we used as screening tools some items from the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) concerning family support (04 items) and the Spense Children's Anxiety Scale (SCAS) regarding generalized anxiety (06 items) and the Children's Depression Inventory (CDI - 27 items). The extraction of Cronbach's alpha from each instrument allowed identifying from satisfactory to high internal consistency indices ($\alpha = 0.86$; $\alpha = 0.701$ and $\alpha = 0.925$, respectively). From the systematic review, it was possible to identify that factors such as: experiencing maternal overprotection, parental authoritarianism, parents with disorders, high level of conflict between parents and children, physical abuse and poor family functioning have a negative influence on adolescents' mental health. The sociodemographic profile of the adolescents participating in the empirical study revealed that most of the students were female (67.6%), low socioeconomic family level (47.2%), enrolled in the first year of high school (40%), self-declared. brown (50.4%), from RPA I (63.6%) and living with mother, father and siblings. It was possible to verify a relationship between the perception of family support and the perceptions of generalized anxiety and major depression. Correlation analysis (Pearson's r) indicated significant relationships between total generalized anxiety perception score, age ($r = 0.178$, $p < 0.01$) and gender ($r = 0.315$, $p < 0, 01$), which confirms what was previously observed when comparing the means in terms of greater perception of anxiety symptoms in 15-year-old and female adolescents. The total score for the perception of major depression was significantly related to gender ($r = 0.201$, $p < 0.01$), with the total score for generalized anxiety perception ($r = 0.542$, $p < 0.01$) and that of supportive perception. family history ($r = -0,450$, $p < 0.01$). These results reinforce the evidence that the greatest perception of depressive symptoms is in females, in adolescents who are more anxious and who have less family support. It is considered important that further investigations on this subject be carried out, since although studies on depression and anxiety in adolescents have increased in recent years, the results show that they are still recent and scarce in our country.

Keywords: Adolescence. Generalized anxiety. Major depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES**ARTIGO 1**

Figura 1. Diagrama de seleção de artigos a serem analisados	17
--	----

ARTIGO 2

Figura 1. Mapa do Recife-PE e suas regiões político-administrativas	33
--	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1.	Características dos estudos selecionados	18
------------------	--	----

ARTIGO 2

Tabela 1.	Distribuição de frequência e percentual dos dados sociodemográficos dos estudantes	38
Tabela 2.	Distribuição de frequência e percentual dos dados socioeconômicos familiar	39
Tabela 3.	Comparação da média de percepção apoio familiar em função da idade, sexo, escolaridade e região de procedência	40
Tabela 4.	Comparação da média da percepção de ansiedade generalizada em função da idade, sexo, escolaridade e região de procedência	41
Tabela 5.	Comparação da média da percepção de depressão maior em função da idade, sexo, escolaridade e região de procedência	42
Tabela 6.	Comparação das médias da percepção de apoio familiar em função da percepção de depressão maior e de ansiedade generalizada	43
Tabela 7.	Comparação das médias da percepção de ansiedade generalizada em função da percepção de depressão maior	43
Tabela 8.	Matriz de Correlação de Pearson entre idade, sexo, percepção de apoio familiar, de ansiedade generalizada e de depressão maior	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIA -	Adolescentes Intoxicados por Álcool
** -	Correlação de Pearson significativa no nível 0,01
AF -	Apoio Familiar
AG -	Ansiedade Generalizada
APA -	Associação Psiquiátrica Americana
BAI -	Beck Anxiety Inventory
BDI -	Beck Depression Inventory
CAAE -	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDI -	Children's Depression Inventory
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CRPBI -	Children's Report of Parental Behavior Inventory
DeCS -	Descritores de Ciências em Saúde
DM -	Depressão Maior
DP -	Desvio padrão
DSM-5 -	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª versão
ECA -	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAS -	Family Affluence Scale
FES -	Family Environment Scale
HBSC -	Health Behavior in School-aged Children
LILACS- ns -	Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde Não significativo
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PCS-YSR-	Psychological Control Scale-Youth Self-Report
RCADS-	Child Anxiety and Depression Scale
RPA's	Regiões Político-Administrativas
SCAS -	Spense Children's Anxiety Scale
SPSS -	Statistical Package for Social Sciences
TA -	Termo de Assentimento
TAG -	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM -	Transtorno Depressivo Maior
TFBD -	Termo de Consentimento para a Formação de banco de Dados
WHO -	World Health Organization
α -	Alfa de Cronbach

SUMÁRIO

	RESUMO	...	vi
	ABSTRACT	...	vii
	LISTA DE ILUSTRAÇÕES	...	viii
	LISTA DE TABELAS	...	ix
	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	...	x
	SUMÁRIO	...	xi
	APRESENTAÇÃO	...	12
Artigo 1.	RELAÇÃO FAMILIAR E OS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	...	13
	1. INTRODUÇÃO	...	13
	2. MÉTODO	...	16
	3. ANÁLISE DE RESULTADOS	...	17
	4. CONSIDERAÇÕES	...	25
	REFERÊNCIAS	...	26
Artigo 2.	ESTUDO EMPÍRICO SOBRE SAÚDE MENTAL E APOIO FAMILIAR NA PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES	...	30
	1. INTRODUÇÃO	...	30
	2. MÉTODO	...	32
	<i>2.1. Delineamento da Pesquisa</i>	...	32
	<i>2.2. Participantes</i>	...	33
	<i>2.3. Instrumentos</i>	...	34
	<i>2.4. Procedimento de Coleta de Dados</i>	...	35
	<i>2.5. Procedimento de Análise de Dados</i>	...	36
	3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	...	37
	4. DISCUSSÃO	...	45
	5. CONSIDERAÇÕES	...	48
	REFERÊNCIAS	...	49
	DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS	...	52
	ANEXOS	...	53
	ANEXO A - Termo para formação de banco de dados (TFDB)	...	54
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	...	55
	ANEXO C – Termo de Assentimento (TA)	...	56
	ANEXO D - Inventário de Depressão Infantil (CDI)	...	57
	ANEXO E - Escala de Ansiedade Infantil (SCAS)	...	59

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado está dividida em dois artigos. O primeiro se refere a uma revisão sistemática sobre a relação familiar e os sintomas ansiosos e depressivos em adolescentes. E o segundo, um estudo empírico sobre saúde mental e apoio familiar na percepção de adolescentes.

Ao final deste trabalho são discutidas e levantadas considerações acerca dos resultados encontrados. Espera-se que os achados contribuam fornecendo subsídios teóricos e práticos aos estudiosos, profissionais da saúde e gestores públicos que lidam com essa faixa etária e suas famílias.

ARTIGO 1

RELAÇÃO FAMILIAR E OS SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

1. INTRODUÇÃO

Muitos autores defendem que a adolescência se inicia com as transformações corporais decorrentes da puberdade e termina com a introdução social, profissional e econômica na sociedade adulta (Cerqueira-Santos, Neto, & Koller, 2014; Grolli, Wagner, & Dalbosco, 2017; Schoen-Ferreira, Aznar-Farias, & Silvares, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), a adolescência compreende o período dos 10 aos 19 anos de idade. No Brasil, consta no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que esta fase da vida se situa entre os 12 e 18 anos. No entanto, observa-se que existem variações na atribuição desta faixa etária em função do sexo, dos contextos socioeconômicos, culturais e geográficos (Brasil, 1990; Grolli, Wagner, & Dalbosco, 2017; WHO, 2011).

Essa fase do desenvolvimento humano é considerada como um período sensível de transição marcado por transformações físicas, neuroquímicas, cognitivas, emocionais e comportamentais que podem favorecer a instalação de sintomas psicopatológicos, principalmente relacionados aos transtornos de depressão e de ansiedade (Coutinho et al., 2016; Grolli, Wagner, & Dalbosco, 2017; Lopes et al., 2016; Macedo, Petersen, & Koller, 2017; Melo, Siebra, & Moreira, 2017).

O transtorno depressivo pode afetar pessoas de todas as idades, mas por muito tempo foi desconsiderada a possibilidade de crianças e adolescentes sofrerem com esse transtorno. Isso ocorreu, em parte, pela ideia equivocada de que essas fases da vida eram isentas de problemas vivenciais, e, por outra, pelo fato do início médio desse transtorno ser em torno dos 25 anos de idade (Crivelatti, Durman, & Hofstatter, 2006; Melo, Siebra, & Moreira, 2017; Wainer & Piccoloto, 2011).

O primeiro episódio depressivo na infância costuma aparecer em torno dos nove anos de idade, durando cerca de cinco a nove meses. Estima-se que 74% dos casos alcançam uma recuperação significativa, embora seja provável a permanência de algum prejuízo psicossocial ou a recorrência do transtorno. A probabilidade de recorrência é de 20 a 60% entre um e dois anos após a remissão, podendo chegar a 70% após os cinco anos (Ribeiro, Macuglia, & Dutra, 2013).

O termo depressão é, geralmente, utilizado para mencionar qualquer um dos diversos transtornos depressivos. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua 5ª versão - DSM-5 (APA, 2014), os transtornos depressivos estão classificados como: disruptivo da regulação do humor; depressivo maior; depressivo persistente (distímia); disfórico pré-menstrual.

Entre os transtornos depressivos existentes, a depressão maior vem se destacando na adolescência. Além da possibilidade do Transtorno Depressivo Maior (TDM) ocorrer em qualquer idade, há uma chance alta de se iniciar na adolescência, sendo mais comum no sexo feminino (APA, 2014).

Conforme consta no DSM-5, os sintomas do TDM em adolescentes se assemelham aos dos adultos, caracterizando-se pela persistência de humor deprimido ou de perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades; alteração no peso, no sono, no apetite, na atividade psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; dificuldade para pensar, concentrar-se e tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio. Para atender ao critério diagnóstico, o indivíduo deve apresentar pelo menos cinco dos sintomas citados, esses sintomas devem estar presentes durante o período mínimo de duas semanas e representar uma mudança em relação ao funcionamento anterior do indivíduo e causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida (APA, 2014, p. 161).

Mesmo quando não se alcança todos os critérios para o diagnóstico, a depressão no adolescente pode estar mascarada ou ser expressa através das queixas psicossomáticas, dos distúrbios comportamentais ou dos problemas escolares. Por isso, alerta-se aos profissionais de saúde estarem atentos aos sinais, por vezes sutis, desta patologia (Resende, C. Santos, E. Santos, & Ferrão, 2013),

A depressão na adolescência tem sido subdiagnosticada e subtratada. Estima-se que 70% dos adolescentes depressivos não recebem qualquer tratamento (Bonin & Moreland, 2012). A avaliação é um elemento-chave para recolher informações essenciais que irão auxiliar o processo diagnóstico, facilitando o reconhecimento dos sinais e sintomas característicos do transtorno e fornecendo fundamento para um adequado tratamento (Friedberg & McClure, 2004; Ribeiro, Macuglia, & Dutra, 2013; Schwan & Ramires, 2011).

Além de transtorno depressivo, existe uma frequência maior de predisposição na adolescência para o desenvolvimento de transtorno de ansiedade. Representando um dos problemas de saúde pública com recorrente e crescente incidência na população mundial, os

transtornos de ansiedade têm atingido negativamente diferentes fases do desenvolvimento humano, frequentemente se iniciando na infância e tendendo a persistir caso não sejam tratados.

Esses transtornos são comuns entre crianças e adolescentes em idade escolar, afetando entre 4% e 25% dessa faixa etária (Fernandes et al., 2014). Cerca de 50% dos adolescentes já vivenciaram ou vivenciarão um episódio depressivo com a evolução do seu transtorno ansioso. Os sintomas desses transtornos muitas vezes não são identificados, desse modo, considera-se que as taxas de prevalência podem estar mais altas do que as apontadas pela literatura. Há estimativas de que uma em cada cinco crianças e adolescentes venham a ter problemas significativos de saúde mental antes dos 18 anos de idade (Bayer et al., 2011; Carvalho, Silva, Machado, & Rosa, 2016; Fernandes et al., 2014; Silva filho & Silva, 2013).

Nos transtornos de ansiedade se observam o compartilhamento de medo e ansiedade excessivos e distúrbios comportamentais relacionados. O DSM-5 subdivide os transtornos de ansiedade em: Ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, ansiedade social, transtorno de pânico, agorafobia e ansiedade generalizada. Eles diferem entre si no que diz respeito aos tipos de objetos ou situações que são temidos ou evitados e pelos conteúdos cognitivos associados.

Com exceção do transtorno de ansiedade de separação, próprio da infância e da adolescência, os transtornos de ansiedade em adolescentes seguem critérios semelhantes aplicados aos adultos. O transtorno de ansiedade generalizada (TAG), considerado um dos mais prevalentes na adolescência, é caracterizado principalmente pela preocupação contínua, excessiva, angustiante e incontrolável a respeito de vários eventos associados ao desempenho escolar e profissional, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses (APA, 2014).

Além disso, são acompanhados por sintomas físicos, tais como: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou sensação de “branco” na mente; irritabilidade; tensão muscular e perturbação do sono. Cabe ressaltar que, associados à tensão muscular, o indivíduo pode experimentar tremores, contrações, abalos e dores musculares. Muitos podem também apresentar sintomas somáticos como sudorese, náusea, diarreia (APA, 2014, p. 222).

A qualidade do vínculo estabelecido entre pais e filhos desde os primeiros anos de vida é considerada como um importante fator de proteção ou de risco para a saúde mental em qualquer faixa etária (Baptista & Oliveira, 2005; Hauck et al., 2006; Jordão & Ramires, 2010).

Diante do exposto, considera-se que os transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes vêm se constituindo como crescentes e preocupantes problemas de saúde pública que podem estar sendo influenciadas pelas relações familiares estabelecidas. Neste sentido, o presente capítulo tem o objetivo de realizar uma revisão sistemática, reunindo os recentes estudos que avaliam relações familiares e a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão em adolescentes.

2. MÉTODO

Constitui-se em uma revisão sistemática realizada nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Pubmed. Os descritores foram consultados nos Descritores de Ciências em Saúde (DeCS). Na base de dados LILACS foi utilizada a seguinte estratégia de busca: adolescentes AND relações familiares AND (ansiedade OR depressão). Na base Pubmed, por sua vez, foi utilizada: (adolescents AND family relations AND (anxiety OR depression)) AND “last 5 years” [Pdat].

Para fins de análise neste estudo foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos publicados em português e inglês nos últimos cinco anos; 2) acesso gratuito ao artigo completo; 3) estudo empírico com a participação de adolescentes; 4) analisa a relação familiar e sintomas de ansiedade e/ou depressão.

O levantamento inicial de dados obteve 1142 resultados, sendo: 63 no LILACS e 1079 no Pubmed, mas 1125 artigos foram excluídos: 181 não são pesquisas empíricas; 26 não foram publicados em português ou inglês; 11 não contêm adolescentes em sua amostra; 907 não analisam a relação familiar com transtorno de ansiedade e/ou depressão. Sendo assim, 17 artigos foram selecionados (Figura 1).

A análise do material ocorreu conforme as seguintes etapas: 1) levantamento da produção científica nas bases de dados escolhidas; 2) leitura dos resumos; 3) exclusão dos artigos conforme os critérios estabelecidos; 4) leitura na íntegra dos artigos selecionados; 5) classificação desses artigos.

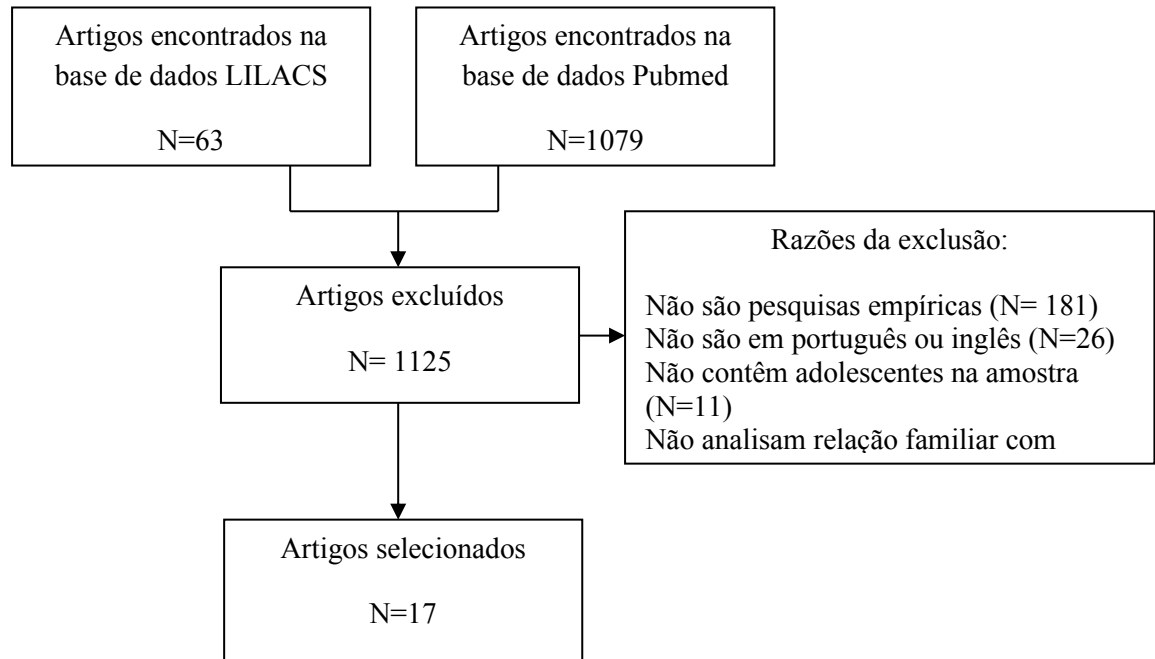


Figura 1: Diagrama de seleção de artigos a serem analisados.

3. ANÁLISE DE RESULTADOS

A tabela 1 a seguir, apresenta as características dos 17 artigos empíricos selecionados, dois estudos foram realizados no Brasil, dois na Austrália, cinco nos Estados Unidos e os outros oito foram realizados nos seguintes países: Alemanha, Bósnia-Herzegovina, Gana, Nigéria, Paquistão, Romênia, Suécia e Turquia.

Somando os estudos, foram investigados participantes com idades entre sete e 23 anos. Desses 47,17% (N= 4901) eram do sexo masculino e 52,83% do sexo feminino (N= 5488). No que se refere ao tipo de estudo, é possível observar que 11 seguiram o delineamento transversal e seis seguiram o longitudinal.

Tabela 1.

Características dos estudos selecionados

Autor, Ano	Título	Objetivos	Participantes	Instrumentos
Flores, Salum & Manfro (2014)	Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: the role of psychiatric comorbidity	Comparar as características familiares de quatro grupos: crianças com desenvolvimento típico; crianças com transtornos de ansiedade apenas; crianças com transtornos de ansiedade e de externalização.	115 participantes com idades entre 10 e 17 anos e seus pais biológicos (pai ou mãe).	1) Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED); 2) Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL); 3) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); 4) Beck Anxiety Inventory (BAI); 5) Beck Depression Inventory (BDI); 6) <i>Family Environment Scale</i> (FES).
Kouros & Garber (2014)	Trajectories of Individual Depressive Symptoms in Adolescents: Gender and Family Relationships as Predictors	Examinar como os sintomas individuais da depressão mudaram ao longo da adolescência.	240 mães e 240 crianças com idade média de 11 anos.	1) The Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R); 2) Beck Depression Inventory (BDI); 3) Children's Report of Parent Behavior Inventory (CRPBI).
Fakunmoju & Bammeke (2015)	Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: Understanding differential effects of physical abuse at home and school	Descrever a relação entre abuso físico por pais e professores e distúrbios psicológicos (ou seja, depressão e transtornos de ansiedade) entre estudantes do ensino médio público e privado em um distrito do sudoeste da Nigéria.	502 participantes com idade entre 13 e 23 anos.	1) <i>Perception of Child Maltreatment Scale</i> (PCMS); 2) <i>Spence Children's Anxiety Scale</i> (SCAS); 3) <i>Revised Children's Anxiety and Depression Scale</i> (RCADS).
Pereira et al. (2015)	Family functioning in adolescents with major depressive disorder: A comparative study	Avaliar o funcionamento familiar em dois grupos de adolescentes: adolescentes com transtorno depressivo maior (casos) e adolescentes sem transtornos psiquiátricos (controles).	18 adolescentes com idades entre 13 e 18 anos e seus parentes de primeiro grau (N = 70).	1) Family Economic Classification Questionnaire; 2) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime (K-SADS-PL); 3) Structured Family Interview (SFI).

Tabela 1.

Características dos estudos selecionados (Continuação 1)

Autor, Ano	Título	Objetivos	Participantes	Instrumentos
Daryanani, Hamilton, McArthur, Steinberg, Abramson & Alloy (2016)	Cognitive Vulnerabilities to Depression for Adolescents in Single-Mother and Two-Parent Families	Investigar porque os filhos de mães solteiras têm maior risco de depressão do que filhos de mães parceiras.	368 adolescentes com idades entre 12 e 16 anos e suas mães.	1) Children's Response Style Questionnaire (CRSQ); 2) Adolescent Cognitive Style Questionnaire-Modified (ACSQ-M); 3) Children's Depression Inventory (CDI); 4) Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Epidemiological Version; 5) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime (SADS-L); 6) Children's Life Events Scale (CLES).
Freed, Rubenstein, Daryanani, Olino & Alloy (2016)	The Relationship Between Family Functioning and Adolescent Depressive Symptoms: The Role of Emotional Clarity	Examinar o impacto do funcionamento da família na clareza emocional do adolescente e nos sintomas depressivos.	364 adolescentes com idades entre 14 e 17 anos.	1) Emotional Clarity Questionnaire (ECQ); 2) Family Assessment Measure III-General Scale (FAM-III G); 3) Children's Depression Inventory (CDI); 4) Beck Depression Inventory (BDI).
Hamurcu et al. (2016)	Relationship between perceived parenting style with anxiety levels and loneliness in visually impaired children and adolescents	1) Comparar os níveis de solidão e ansiedade entre crianças e adolescentes com deficiência visual e sem deficiência visual. 2) Investigar a frequência de estilos parentais diferentes em pais de crianças e adolescentes com deficiência visual. 3) Comparar a relação do estilo parental percebido com os níveis de solidão e ansiedade no grupo com deficiência visual e no grupo controle.	40 deficientes visuais com idades entre 7 e 18 anos e 34 sem deficiência visual com idades entre 7 e 15 anos.	1) Parenting Style Scale (PSS); 2) UCLA Loneliness Scale; 3) State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C).
Roche, Bingenheimer & Ghazarian (2016)	The dynamic interdependence between family support and depressive symptoms among adolescents in Ghana	Identificar o sequenciamento temporal nas associações entre apoio familiar e sintomas depressivos ao longo da adolescência para jovens em Gana.	718 adolescentes ganenses com idades entre 12 e 15 anos.	1) Child Behavior Checklist (CBCL); 2) Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA).

Tabela 1.**Características dos estudos selecionados (Continuação 2)**

Autor, Ano	Título	Objetivos	Participantes	Instrumentos
Burnett et al. (2017)	Family Functioning and Mood and Anxiety Symptoms in Adolescents Born Extremely Preterm	1) Comparar o funcionamento familiar percebido por adolescentes e pais entre o peso prematuro extremo/extremamente baixo e peso normal ao nascer dos adolescentes. 2) Determinar se as avaliações dos adolescentes ou dos pais sobre o funcionamento familiar estavam relacionadas a sintomas concomitantes de depressão e ansiedade no adolescente e se essas relações variavam de acordo com o grupo de nascimento.	193 adolescentes que nasceram prematuros/ extremamente baixo peso e 151 adolescentes que nasceram com peso normal. Sendo assim, 344 adolescente com idades entre 15 e 20 anos.	1) <i>Family Environment Scale</i> (FES); 2) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised (CESD-R); 3) Beck Anxiety Inventory (BAI).
Bynion, Blumenthal, Bilsky, Cloutier & Leen-Feldner (2017)	Dimensions of parenting among mothers and fathers in relation to social anxiety among female adolescents	Avaliar os efeitos indiretos do controle psicológico da mãe e do pai sobre a relação entre a criação ansiosa e ansiedade social em meninas.	112 meninas com idades entre 12 e 15 anos.	1) Psychological Control Scale-Youth Self-Report; 2) Anxious Parenting Scale; 3) Revised Child Anxiety and Depression e Social Phobia subscale (RCADS); 4) Uma adaptação do Trier <i>social stress test</i> (TSST).
Diaconu-Gherasim, Bucci, Giuseppone & Brumariu (2017)	Parenting and Adolescents' Depressive Symptoms: The Mediating Role of Future Time Perspective	Investigar as relações entre as práticas de educação materna e paterna e os sintomas depressivos dos adolescentes, e se a perspectiva de tempo futuro na adolescência explica esses vínculos.	306 adolescentes com idade entre 10 e 14 anos.	1) Children's Report of Parental Behavior Inventory (CRPBI); 2) Psychological Control Scale-Youth Report (PCS-YR); 3) Children's Report of Parental Behavior Inventory; 4) Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC); 5) Time Perspective Questionnaire (TPQ).
Hadžikapetanović, Babić & Bjelošević (2017)	Depression and intimate relationships of adolescents from divorced families	Determinar o impacto do divórcio dos pais na depressão e nas relações íntimas dos jovens durante a adolescência, e prevalência de sintomas de depressão e o nível de intimidade nas relações com adolescentes que vivem em famílias intactas (família nuclear) e famílias divorciadas.	168 adolescentes com idades entre 15 e 23 anos	1) Beck's Depression Inventory (BDI-II); 2) Miller Social Intimacy Scale (MSIS); 3) Questionário socio-demográfico.

Tabela 1.
Características dos estudos selecionados (Continuação 3)

Autor, Ano	Título	Objetivos	Participantes	Instrumentos
Musil et al. (2017)	Grandchildren's Depressive Symptoms and Perceptions of Family Functioning: Protective and Influencing Factors	Examinar como a situação de vida dos netos (ser criado pela avó, morar em uma residência de três gerações ou morar em uma residência separada da avó) afeta os sintomas depressivos e a percepção de funcionamento familiar dos netos e se a monitoração dos pais, a desenvoltura do neto e o apoio percebido influenciam esses resultados.	157 netos com idades entre 8 e 19 anos.	1) Children's Resourcefulness Scale; 2) Duke Social Support Index (DSSI); 3) General Family Functioning subescala de McMaster Family Assessment Device (MFAD); 4) Parental Monitoring Scale; 5) Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale for Children (CESD-C).
Kerstis, Åslund & Sonby (2018)	More secure attachment to the father and the mother is associated with fewer depressive symptoms in adolescents	Investigar se o apego mais seguro ao pai e à mãe está associado a menos sintomas depressivos entre os adolescentes e explorar possíveis diferenças entre os sexos.	3988 participantes com idades entre 15 e 18 anos.	1) Survey of Adolescent Life in Västmanland (SALVe); 2) Depression Self-Rating Scale (DSRS); 3) Relationship Structures (ECR-RS); 4) Subjective family socio-economic status (SES).
Khalid, Qadir, Chan & Schwannauer(2018)	Parental bonding and adolescents' depressive and anxious symptoms in Pakistan	1) Investigar o papel do vínculo parental em relação aos sintomas depressivos e ansiosos entre adolescentes do ensino secundário no Paquistão. 2) Investigar a validade de construto do Inventário de Vínculo Parental no contexto cultural do Paquistão.	1124 adolescentes com idades entre 11 e 18 anos.	1) Parental bonding instrument (PBI); 2) Hospital anxiety and depression scale (HADS).
Pössel, Burton, Cauley, Sawyer, Spence & Sheffield (2018)	Associations between Social Support from Family, Friends, and Teachers and depressive Symptoms in Adolescents	Investigar se a relevância das três fontes de apoio ao longo da adolescência (o apoio da família, amigos e professores), cuja(s) fonte(s) são relevantes quando as três são examinadas simultaneamente, se influenciam diretamente os sintomas depressivos ou reduzem o impacto negativo do estresse sobre os sintomas depressivos, e se a relevância das fontes individuais de apoio social muda durante a adolescência	1452 adolescentes com idades entre 11 e 16 anos.	1) Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D); 2) List of Threatening Experiences Questionnaire (LTEQ); 3) Instrumento de Apoio Social de Professores, desenvolvido para o estudo (Pössel); 4) Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).
Schwendemann, Kuttler, Möbl & Bitzer (2018)	Cross-sectional relationship of perceived familial protective factors with depressive symptoms in vulnerable youth	Investigar a relação transversal de fatores de proteção familiar percebidos com sintomas depressivos em adolescentes intoxicados por álcool, com relação ao sexo.	342 adolescentes intoxicados por álcool com idades entre 13 e 18 anos.	Communities that Care (CTC) Youth Survey instrument

Em relação aos instrumentos, uma diversidade deles foi observada. Para medir os sintomas de depressão foram utilizados 15 instrumentos entre os 17 artigos, sendo mais frequente o *Beck Depression Inventory* (BDI). Para a mensuração de sintomas ansiosos, foram encontrados seis instrumentos, sendo o *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e o *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS) os mais usados. Foram encontrados 16 instrumentos relacionados à avaliação do funcionamento familiar, desses os mais utilizados foram: *Family Environment Scale* (FES), *Psychological Control Scale-Youth Self-Report* (PCS-YSR) e o *Children's Report of Parental Behavior Inventory* (CRPBI).

Considerando a contribuição dos estudos analisados nesta revisão, a correspondência entre relação familiar e a presença de indicadores de depressão em adolescentes, seja isoladamente ou associada à ansiedade, foi avaliada em 14 artigos (82,35%), enquanto a correspondência entre relação familiar e presença de indicadores de ansiedade em adolescentes, isoladamente ou associada a outros fatores, exceto depressão, foi avaliada em três pesquisas (17,65%).

O estudo de Freed et al. (2014) revelou que o baixo funcionamento familiar promove elevados sintomas depressivos e baixos níveis de clareza emocional (capacidade de entender e rotular suas próprias experiências emocionais). Mussil et al. (2017) identificou que os sintomas depressivos são menores quando crianças e adolescentes apresentam maior desenvoltura (conjunto de habilidades cognitivo-comportamentais que possibilitam o aumento da capacidade de lidar com as adversidades) e maior suporte subjetivo (percepção de proximidade, cuidado e satisfação com o relacionamento familiar).

Pereira et al. (2015), por sua vez, identificou dificuldades no funcionamento familiar de adolescentes depressivos, tais como: demonstrar afeto, comunicar-se, definir papéis, resolver conflitos, expressar agressividade, demonstrar integração e coesão ao comportar-se em grupo.

Os achados de Hadžikapetanović, Babić e Bjelošević (2017) indicaram que o divórcio dos pais é um fator de risco significativo para sintomas depressivos em adolescentes, aumentando a frequência de sinais de agitação, dificuldades de concentração, tristeza, pensamentos e desejos suicidas. Enquanto a pesquisa de Daryanani et al. (2016) sugere que adolescentes em famílias de mães solteiras apresentam maior risco para sintomas de depressão por experimentarem mais estressores na infância (por exemplo, parentalidade disfuncional, depressão materna, problemas econômicos) e níveis mais elevados de ruminação mental (pensamentos repetitivos de conteúdos negativos).

O estudo de Roche, Bingenheimer e Ghazarian (2016), referente à associação entre o apoio familiar e sintomas depressivos ao longo da adolescência, mostrou que os declínios significativos no apoio familiar aumentam a sintomatologia depressiva. Além disso, identificou níveis mais baixos de apoio familiar para os jovens que moravam com um dos pais, apenas com parentes ou nenhum membro adulto da família, em comparação com os que moravam com os dois pais biológicos.

A baixa qualidade do relacionamento familiar, conforme relato das mães, no estudo de Kouros e Garber (2014), aumentou significativamente nos adolescentes sintomas depressivos de anedonia, fadiga, irritabilidade, problemas de apetite e peso. Também houve reduções acentuadas nos problemas de concentração. De acordo com o relato dos adolescentes, a baixa qualidade do relacionamento familiar previu níveis mais altos de irritabilidade, problemas de apetite e peso, sintomas de baixa autoestima/culpa e ideação suicida. No estudo de Diaconu-Gherasim et al. (2017), os adolescentes que classificaram suas mães como mais receptivas e seus pais como menos controladores relataram níveis baixos de sintomas depressivos e maior perspectiva de futuro.

Pössel et al. (2018) pesquisou sobre a relevância das três fontes de apoio ao longo da adolescência, a saber: apoio da família, dos amigos e dos professores. Os resultados mostraram que cada fonte de apoio está negativamente relacionada aos sintomas depressivos, mas quando combinado, percebeu-se que o apoio dos professores perdeu relevância ao longo da adolescência, o apoio dos amigos se mostrou mais fraco na vida do adolescente do que o esperado, enquanto a família foi considerada como fonte mais estável de apoio durante toda a adolescência. Assim, enfatizando a relevância do apoio familiar na prevenção de sintomas depressivos.

Ao estudar sobre a relação transversal de fatores de proteção familiar percebidos e os sintomas depressivos em adolescentes intoxicados por álcool (AIA) em hospitais, Schwendemann et al. (2018) encontrou relações significativamente negativas entre sintomas depressivos e boas experiências dentro da família, bom apego aos pais, oportunidades de envolvimento pró-social e recompensas por esse envolvimento positivo no contexto familiar. Sendo assim, os achados informam que quanto maior a percepção de proteção familiar e recompensas familiares pelo envolvimento pró-social, menor é o aparecimento de sintomas depressivos e vice-versa.

E o estudo de Kerstis, Åslund e Sonnby (2018) considerou que a percepção de apego mais seguro ao pai e à mãe está associado à presença de menos sintomas depressivos entre os adolescentes.

Dos três estudos analisados sobre a relação familiar e a presença de indicadores de depressão associado à ansiedade em adolescentes, o estudo de Khalid et al. (2018) revela que o calor paterno e materno (qualidade amigável e entusiasta) prediz uma diminuição na sintomatologia depressiva e ansiosa, por outro lado o autoritarismo dos pais é um preditor significativo do aumento dessas sintomatologias e a proteção materna está positivamente associada à ansiedade.

No estudo de Fakunmoju e Bammeke (2015) foi encontrado que o abuso físico pelos pais foi significativamente associado à ansiedade e depressão em adolescentes, apresentando mais variações nos transtornos de ansiedade do que a depressão e afetando mais o sexo feminino. E o estudo de Burnett et al. (2017), observou que os sintomas elevados de depressão em adolescentes estavam associados a menor coesão familiar, conflito familiar e controle parental; os sintomas mais elevados de ansiedade apresentados pelos adolescentes estavam relacionados a menor expressividade, menor organização, maior conflito e menor coesão familiar.

No que se refere aos estudos voltados à relação entre presença de ansiedade e outros fatores, exceto depressão, também foram analisados três estudos: o de Hamurcu et al. (2016) que, ao pesquisar participantes deficientes visuais, observou que aqueles que descreveram seus pais como autoritativos apresentaram maiores níveis de ansiedade-traço; o de Flores, Salum e Manfro (2014), ao comparar as características familiares de quatro grupos: crianças com desenvolvimento típico; crianças com transtornos de ansiedade apenas; crianças com transtornos de ansiedade e de externalização, encontrou que o grupo que apresentava transtornos de ansiedade e de externalização apresentou níveis mais altos de conflito no ambiente familiar e níveis mais baixos de organização do que o grupo que apresentava desenvolvimento típico; por fim, o estudo de Bynion et al. (2017) apresentou que as percepções do comportamento materno ansioso e psicologicamente controlador, em comparação aos comportamentos paternos, estão mais fortemente associadas à ansiedade social das meninas.

De fato, o presente estudo evidenciou elementos que podem influenciar a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão em adolescentes. Elementos esses relacionados a estrutura familiar, estilos e vínculos parentais e funcionamento familiar. Dessa maneira, estes resultados estão de acordo com os argumentos de autores como Hauck et al. (2006), Jordão e Ramires (2010) e Weinman (2003), que consideram a relação familiar como fator de proteção ou de risco diante do surgimento de psicopatologias na adolescência.

A presente revisão constatou que, embora os estudos sobre depressão e ansiedade em adolescentes tenham aumentado nos últimos anos, os resultados encontrados apontam que ainda são recentes e escassas as pesquisas com essa temática associada à relação familiar.

4. CONSIDERAÇÕES

Conforme os estudos analisados, vivenciar superproteção materna, autoritarismo parental, pais com transtornos, alto nível de conflito entre pais e filhos, abuso físico e baixo funcionamento familiar têm uma influência negativa na saúde mental dos adolescentes. Diante disso, pode-se considerar que há uma íntima associação entre a relação familiar e a presença de sintomas depressivos e ansiosos na adolescência.

Considera-se importante a investigação sobre a temática da relação entre família e os transtornos ansiosos e depressivos em adolescentes no contexto do nosso país, a qual, por sua vez, pode fornecer subsídios teóricos e práticos aos profissionais que lidam com essa faixa etária e suas famílias. Além disso, contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas com o delineamento de intervenções que minimizem os prejuízos à saúde mental destes jovens.

REFERÊNCIAS

- Associação Psiquiátrica Americana [APA]. (2014). Manual de Diagnóstico e estatística dos transtornos mentais – DSM-V. Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. A., & Oliveira, S. M. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 6(2), 43-50.
- Bayer, J. K., Rapee, R. M., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Mihalopoulos, C., & Wake, M. (2011). Translation research to prevent internalizing problems in early childhood. *Depression and Anxiety*, 28, 50-57.
- Bonin L, Moreland CS. (2012). Overview of treatment for adolescent depression. Uptodate. 19. Recuperado em 11 de dezembro, 2018, de <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-prevention-and-treatment-for-pediatric-depression>
- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; Recuperado em 13 de julho, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- Burnett, A. C., Lee, K. J., Cheong, J. L. Y., De Luca, C. R., Roberts, G., Wood, S. J., & Anderson, P. J. (2017). Family functioning and mood and anxiety symptoms in adolescents born extremely preterm. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(10), 39-48.
- Bynion, T. M., Blumenthal, H., Bilsky, S. A., Cloutier, R. M., & Leen-Feldner, E. W. (2017). Dimensions of parenting among mothers and fathers in relation to social anxiety among female adolescents. *Journal of Adolescence*, 60, 11-15.
- Carvalho, M. D. R., Silva, J. M. T., Machado, M. T. M. C. S., & Rosa, A. G. S. (2016). Ansiedade em adolescentes: Efeitos de um programa de preparação psicológica para a hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 19-26.
- Cerqueira-Santos, E., Neto, O. C. M., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e Adolescências. In Habigzang, L. F., Diniz, E., & Koller, S. H. (Eds.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. (pp. 17-29). Porto Alegre: Artmed.
- Coutinho, M. P. L., Pinto, A. V. L., Cavalcanti, J. G., Araújo, L. S., & Coutinho, M. L. (2016). Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 338-351.
- Crivelatti, M. M. B., Durman, S., & Hofstatter, L. M. (2006). Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(spe), 64-70.
- Daryanani, I., Hamilton, J.L., McArthur, B. A., Steinberg, L., Abramson, L.Y. & Alloy, L.B. (2017). Cognitive vulnerabilities to depression for adolescents in single-mother and two-parent families. *Journal of Youth Adolescence*, 46, 213-227.

- Diaconu-Gherasim, L. R., Bucci, C. M., Giuseppone, K. R., & Brumariu, L. E. (2017). Parenting and Adolescents' Depressive Symptoms: The Mediating Role of Future Time Perspective. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 151(7), 685-699.
- Fakunmoju, S. B., & Bammeke, F.O. (2015). Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: Understanding differential effects of physical abuse at home and school. *Journal of Adolescence*, 42, 1-10.
- Fernandes, L., Flávia, B., Alckmin-Carvalho, F., Izbicki, S., & Melo, M. H. S. (2014). Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão sistemática. *Psicologia: teoria e prática*, 16(3), 83-99.
- Flores, S. M., Salum, G. A., & Manfro, G. G. (2014). Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: the role of psychiatric comorbidity. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 147-151.
- Freed R. D, Rubenstein L. M., Daryanani I., Olinio T. M., & Alloy L.B. (2016). The Relationship Between Family Functioning and Adolescent Depressive Symptoms: The Role of Emotional Clarity. *Journal of Youth Adolescence*, 45(3), 505-19.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed.
- Grolli, V., Wagner, M., & Dalbosco, S. (2017). Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87-103.
- Hadžikapetanović, H., Babić, T., & Bjelošević, E. (2017). Depression and intimate relationships of adolescents from divorced families. *Medicinski Glasnik (Zenica)*, 14(1), 132-138.
- Hamurcu, M., Kara, K., Congologlu, M. A., Hamurcu, U., Almbaidheen, M., Turan, A., & Karaman, D. (2016). Relationship between perceived parenting style with anxiety levels and loneliness in visually impaired children and adolescents. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(5), 112-115.
- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Knijinik, L., Sanchez, P., & Ceitlin, L. H. F. (2006). Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(2), 162-168.
- Jordão, A. B. & Ramires, V. R. R. (2010). Vínculos afetivos de adolescentes borderline e seus pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 89-98.
- Kerstis, B., Åslund, C., & Sonnby, K. (2018). More secure attachment to the father and the mother is associated with fewer depressive symptoms in adolescents. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 23(1), 62-67.
- Khalid, A., Qadirc, F., Chan, S. W. Y, & Schwannauere, M. (2018). Parental bonding and adolescents' depressive and anxious symptoms in Pakistan. *Journal of Affective Disorders*, 228, 60-67.

- Kouros, C. D., & Garber, J. (2014). Trajectories of individual depressive symptoms in adolescents: Gender and family relationships as predictors. *Developmental Psychology*, *50*(12), 2633-2643.
- Lopes, C. S., Abreu, G. A., Santos, D. F., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B., Cunha, C. F., Vasconcellos, M. T. L., Bloch, K. V., & Szklo, M. (2016). ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, *50*(Suppl. 1).
- Macedo D. M., Petersen C. S., & Skoller S. H. (2017). Desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico na adolescência e as terapias cognitivas contemporâneas. In: Neufeld, C. B. *Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes: Uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. (pp. 16-28). Porto Alegre: Artmed.
- Melo, A. K., Siebra, A. J., & Moreira, V. (2017). Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *37*(1), 18-34.
- Musil, C. M., Rice, H. M., Singer, M., Givens, S. E., Warner, C. B., Zauszniewski, J. A., Burant, C. J., Toly, V. B., & Jeanblanc, A. B. (2017). Grandchildren's Depressive Symptoms and Perceptions of Family Functioning: Protective and Influencing Factors. *Western Journal of Nursing Research*, *40* (9), 1319-1338.
- Pereira, M. L., Ferraz, M. P. T., Peçanha, D. L. N., Mesquita, M. E., Finazzi, M. E. P., & Bordin, I. A. S. (2015). Family functioning in adolescents with major depressive disorder: A comparative study. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *32*(4), 641-652.
- Pössel, P., Burton, S. M., Cauley, B., Sawyer, M. G., Spence, S. H., & Sheffield, J. (2018). Associations between Social Support from Family, Friends, and Teachers and depressive Symptoms in Adolescents. *Journal Youth Adolescence*, *47*, 398–412.
- Resende, C., Santos, E., Santos, P., & Ferrão, A. (2013). Depressão nos adolescentes: mito ou realidade?. *Nascer e Crescer*, *22*(3), 145-150.
- Ribeiro, M. V.; Macuglia, G. C. R.; Dutra, M. M. (2013). Terapia cognitivo-comportamental na depressão infantil: uma proposta de intervenção. *Revista brasileira de terapia cognitiva*, *9*(2), 81-92.
- Roche, K. M., Bingenheimer, J. B., & Ghazarian, S. R. (2016). The dynamic interdependence between family support and depressive symptoms among adolescents in Ghana. *International Journal of Public Health*, *61*(4), 487-494.
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silveiras, E. F. M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *26*(2), 227-234.
- Schwan, S., & Ramires, V. R. (2011). Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, *29*, 457-468.

- Schwendemann, H. E., Kuttler, H., Mößle, T., & Bitzer, E. M. (2018). Cross-sectional relationship of perceived familial protective factors with depressive symptoms in vulnerable youth. *BMC Psychiatry, 18*(36).
- Silva Filho, O. C., & SILVA, M. P. (2013). Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. *Adolescência e Saúde, 10*(3): 31-41.
- Wainer, R.; Piccoloto, N. M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In: Petersen, C.S.; Wainer, R. et al. (Eds.) *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte*. (pp. 170-194). Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization [WHO]. (2011). Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: WHO. Recuperado em 15 de julho, 2018, de https://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf

ARTIGO 2

ESTUDO EMPÍRICO SOBRE SAÚDE MENTAL E APOIO FAMILIAR NA PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é vivenciada de modo distinto pelos indivíduos. Há pessoas que passam por ela sem experimentar maiores problemas e dificuldades de ajustamento, mas esta fase pode se apresentar para muitos como um período de grandes conflitos e transformações que podem vulnerabilizar o indivíduo à instalação de sintomas psicopatológicos (Grolli, Wagner, & Dalbosco, 2017; Pratta & Santos, 2007). Esta fase em geral está associada a intensas e contínuas modificações físicas, psíquicas e sociais, as quais repercutem significativamente no modo como o adolescente percebe e se relaciona consigo mesmo, com a sua família, amigos e companheiros. É comum que nessa fase do ciclo vital haja a preocupação em ser aceito pelos amigos, o aguçamento do interesse sexual, o processo de aquisição da própria identidade e a busca de autonomia em relação aos pais. Além do mais, o adolescente pode frequentemente se sentir inseguro, confuso, triste, incompreendido e injustiçado pelos seus pais e pessoas mais próximas do seu convívio, o que pode ocasionar dificuldades nos seus relacionamentos. Contudo, esses momentos de instabilidades são fundamentais para que ocorra o seu adequado desenvolvimento psicológico (Cerqueira-Santos, Neto, & Koller, 2014; Filipini, Prado, Felipe, & Terra, 2013; Grolli, Wagner, & Dalbosco, 2017).

Uma revisão sistemática realizada por Feitosa, Ricou, Rego e Nunes (2011) apresentou aspectos epidemiológicos relacionados a problemas de saúde mental entre a infância e adolescência. A prevalência de transtornos psicológicos nessa faixa etária oscilou entre 1% e 51% na população internacional. A ampla variação das prevalências pode ser justificada pelas distintas classificações diagnósticas e metodologias utilizadas na investigação.

No Brasil, os estudos que avaliam a prevalência e fatores de risco de transtornos mentais são, na grande maioria, voltados para a população adulta. Dentre os poucos estudos direcionado para a população adolescente, podemos citar o de Lopes et al. (2016) composto por uma amostra de 74.589 adolescentes com idades entre 12 e 17 anos. Tal investigação

apontou a prevalência de 30% de transtornos mentais não psicóticos, sendo os índices mais elevados no sexo feminino e entre adolescentes de 15 a 17 anos de idade.

A literatura revela que na adolescência existe uma maior predisposição para o desenvolvimento dos seguintes transtornos psicopatológicos: depressão, ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno por uso de substâncias e transtorno de conduta. Destacando-se a depressão e a ansiedade como os transtornos de maior prevalência nessa faixa etária (Grolli, Wagner, & Dalbosco, 2017; Jansen et al., 2011; Lopes et al., 2016; Schneider & Ramires, 2007; Thiengo, Cavalcante, & Lovisi, 2014; Wainer & Piccoloto, 2011).

Em muitos casos, nesse processo, os transtornos são subdiagnosticado e subtratados. A sintomatologia desses transtornos não é facilmente identificável na adolescência devido ao fato de que vários prejuízos funcionais são atribuídos aos dilemas próprios desta fase da vida, tais como: dificuldades de relacionamento interpessoal, baixo desempenho escolar, baixa autoestima e prejuízos cognitivos. O escasso número de pesquisas, no nosso país, voltado para essa faixa da população e a insuficiência de instrumentos validados para o reconhecimento de sintomas psicopatológicos dificultam a diferenciação, identificação, o diagnóstico acertado e o tratamento desses transtornos (Gomes, Baron, Albornoz, & Borsa, 2013; Wainer & Piccoloto, 2011).

A etiologia e manutenção dos transtornos ansiosos e depressivos em adolescentes é influenciada por fatores biológicos, individuais e ambientais, sendo a família considerada como uma das influências ambientais mais relevantes (Hauck et al., 2006; Jordão & Ramires, 2010; Stallard, 2010; Weinman, 2003).

A família se constitui como uma instituição essencial no amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos. É nela que o indivíduo tem seu primeiro contato e estabelecimento de relação com pessoas significativas, adquirindo crenças, valores, normas, padrões de comportamentos que são necessários para desenvolver condições físicas e mentais adequadas no decorrer da vida (Pratta & Santos, 2007). O tipo de vínculo estabelecido dentro da família desde os primeiros momentos de vida pode estar relacionado à promoção de saúde mental ou ao desenvolvimento de psicopatologias (Jordão & Ramires, 2010). Um vínculo adequado, na qual as necessidades de apoio do indivíduo são satisfeitas pela família, pode funcionar como importante fator de proteção. Apoio esse que pode ser percebido entre os membros da família através de atitudes que remetem à atenção, cuidado, afeto, proteção, confiança, constância, diálogo, informação, autonomia, empatia, liberdade e aceitação (Baptista & Oliveira, 2004; Souza & Baptista, 2008).

Quando o apoio familiar é percebido de forma benéfica é possível que haja uma maior percepção de bem-estar entre os membros e são observados comportamentos relacionados a humor positivo, enquanto que a percepção de menor apoio familiar tende a estar relacionada a discórdias familiares e a provocar uma vulnerabilidade emocional e afetiva no indivíduo (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012; Jordão & Ramires, 2010).

Diante do que foi exposto, a hipótese levantada foi de que há uma relação entre a percepção de apoio familiar dos adolescentes e percepção de transtorno de ansiedade generalizada e de depressão maior. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi investigar essa relação em estudantes da rede estadual de ensino do Recife-PE.

2. MÉTODO

2.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal, que faz parte de um projeto maior intitulado “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes”, desenvolvido em cinco estados brasileiros – Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rondônia, Pernambuco, São Paulo e Paraná. Portanto, a presente pesquisa integra um estudo de caráter multicêntrico que tem como centro responsável a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e tem a finalidade de analisar e comparar os comportamentos de saúde e bem-estar e os índices de ansiedade e depressão em adolescentes de 13 e 15 anos de idade matriculados em escolas estaduais.

Este projeto teve início com a candidatura aprovada da Prof^a. Dr^a. Carmem Beatriz Neufeld para atuar como *International Linked Project* no estudo colaborativo *Health Behavior in School-aged Children* da Organização Mundial de Saúde (HBSC/OMS), o que permite ao Brasil, pela primeira vez, a participação em conferências e fóruns científicos do HBSC, além da divulgação de artigos científicos resultantes das pesquisas que utilizam o protocolo HBSC. Cabe ressaltar que a inserção brasileira se deu por intermédio da equipe portuguesa, sob a coordenação da Prof^a. Dr^a. Margarida Gaspar de Matos, da Universidade de Lisboa – coordenadora do projeto HBSC em Portugal desde 1996.

O projeto HBSC é um estudo transnacional realizado com adolescentes de 11,13 e 15 anos, em países da Europa e América do Norte, nos quais os levantamentos são realizados a cada quatro anos há mais de 30 anos. O protocolo HBSC utilizado tem o objetivo de

quantificar padrões de comportamentos, indicadores e variáveis contextuais referentes à saúde, apresentando as mudanças ocorridas nas diversas áreas durante a transição da infância para a idade adulta.

Para a composição da amostra estratificada do estudo em Recife-PE foi adotada a tipificação municipal que divide a cidade em seis Regiões Político-Administrativas (RPA's), inicialmente foi feito contato com a Secretaria de Educação do Recife com a finalidade de realizar o levantamento das escolas estaduais da cidade. Das seis RPA's contactadas, obtivemos autorização para a coleta na I, II, III e VI.

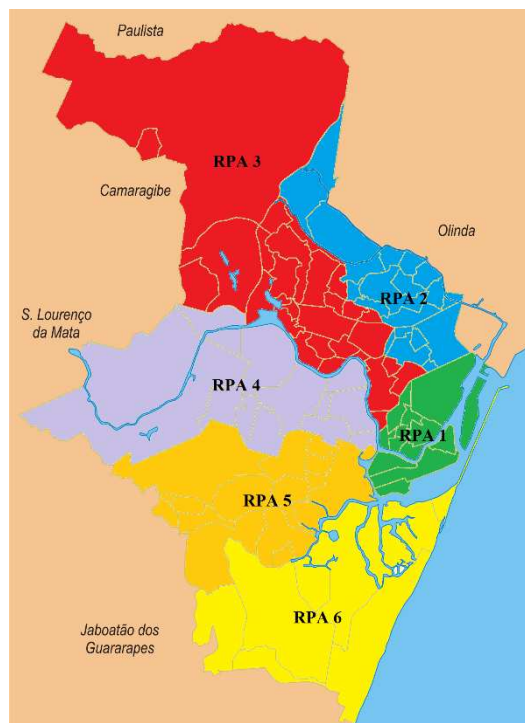


Figura 1: Mapa do Recife-PE e suas regiões político-administrativas.

2.2 Participantes

A coleta de dados foi realizada com 313 estudantes, sendo excluídos 63 protocolos por apresentarem respostas inconsistentes e/ou incompletas. A amostra final ficou composta por 125 estudantes de 13 anos e 125 estudantes com 15 anos de idade. Os 250 adolescentes, de ambos os sexos, estavam matriculados e frequentando escolas de rede estadual de ensino do Recife – PE, situadas nas Regiões Político Administrativas (RPA) I (08 escolas), II (02 escolas), III (03 escolas) e VI (02 escolas). As idades adotadas foram eleitas pela Organização

Mundial de Saúde (OMS) pelo fato de que aos 13 anos o estudante está entrando na adolescência, com importantes mudanças físicas, psíquicas e emocionais. E, em geral, os estudantes de 15 anos estão próximos do aumento da autonomia, com impulsionamento na tomada de decisões de vida, escolha de pares, carreira e maior inserção social.

2.3 Instrumentos

1. Protocolo de Pesquisa *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) – Instrumento desenvolvido em 1982 pela rede de pesquisa HBSC em colaboração com a OMS, desde então vem sendo avaliado e aprimorado a cada levantamento. É um questionário composto por 81 questões fechadas que abrange diversos indicadores referentes à saúde e comportamento relacionados à saúde, bem como as circunstâncias da vida de adolescentes de 11, 13 e 15 anos de idade. Os tópicos temáticos das perguntas pautam-se em fatores sociodemográficos, alimentação, higiene, corpo, consumo de substâncias, escola, bem-estar físico e psicológico, comportamentos sexuais, provocação, lesões, família, amigos, tempo livre. O questionário padrão é internacional, mas para a realidade brasileira foi utilizado o protocolo adaptado linguisticamente da versão de Portugal referente ao levantamento de 2014, no qual foram incluídas três questões que dizem respeito à cor autodeclarada, autolesão e supervisão parental (Nogueira & Neufeld, 2017). O instrumento é autoaplicável, administrado em salas de aula e leva aproximadamente 45 minutos para ser concluído.

2. *Children's Depression Inventory* (CDI) – Elaborado por Kovacs (1983) a partir do Inventário de Depressão de Beck para adultos (BDI, 1961) e validado para a população brasileira por Giacomoni e Hutz (2008). Tem por finalidade rastrear a presença e o nível de sintomas depressivos em indivíduos com idade entre sete e 17 anos.

Essa escala de autoavaliação é composta por 27 itens com três opções de respostas que aumentam em relação à gravidade da sintomatologia depressiva. Apenas uma opção deve ser assinalada e é a que mais se aproxima do estado como a criança ou o adolescente julga estar nos últimos tempos.

Este trabalho baseou-se no estudo de Wathier et al. (2008), assim, utilizando as normas por percentis para sexo e idade (13-17 anos) e considerando, sob ponto de vista epidemiológico, que os indivíduos que apresentam escores clinicamente significativos são os que atingem o percentil a partir de 85, o que corresponde ao ponto de corte 14 para os meninos e 18 para as meninas.

3. *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)* – Instrumento desenvolvido para crianças e adolescentes com idade entre sete e 19 anos. Composto por 44 itens, dos quais 38 se referem a sintomas ansiosos, dispostos em seis subescalas: ansiedade de separação (seis itens), fobia social (seis itens), obsessão-compulsiva (seis itens), pânico (seis itens), agorafobia (três itens), ansiedade generalizada (seis itens) e medo de agressões físicas (cinco itens). Os seis itens restantes no SCAS – representados pelos números 11, 17, 26, 31, 38 e 43 – são filtros positivos utilizados para reduzir o viés de respostas negativas (Spence, 1998).

As respostas podem variar entre: nunca, às vezes, muitas vezes, sempre. Ao final, um espaço é disponibilizado para que a criança ou o adolescente comunique qualquer medo que não esteja listado no instrumento. Para cada item, instrui-se que a criança e o adolescente marquem a melhor palavra que descreva com que frequência os comportamentos, sentimentos e reações descritos na escala acontecem com eles. Durante a administração do instrumento é recomendado enfatizar que não há tempo determinado para a execução do inventário e não existem respostas certas ou erradas. A análise é feita a partir da comparação dos dados normativos, indicando ou não a presença de sintomatologia das questões avaliadas.

O instrumento original apresenta um Alfa de Cronbach (α) igual a 0,92. A versão utilizada neste estudo foi a adaptada para o português por DeSouza et al. (2014), intitulada de Escala Spence de Ansiedade Infantil, com resultados que indicam boa consistência. Pauta-se nos escores por gênero e idade de Muris et al. (2000), e que o ponto de corte para a ansiedade clínica é de 25 para meninos e 36 para meninas. Como este estudo se refere à subescala ansiedade generalizada em adolescentes de 13 e 15 anos, consideramos como ponto de corte o escore seis para os meninos e o escore nove para as meninas.

2.4 Procedimento de coleta de dados

O estudo segue a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo adotados todos os procedimentos éticos previstos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica de Pernambuco, sob o CAAE: 80985517.4.0000.5206 e número de parecer: 2.442.074.

A coleta ocorreu entre a metade do ano de 2017 e final de 2018, conduzida pela mestranda em colaboração com uma doutoranda, dois estagiários de iniciação científica e dois voluntários. Todos vinculados ao curso de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Seguindo ordem aleatória, as instituições de ensino foram contatadas para que o convite de colaboração na pesquisa fosse realizado. Após o aceite, o convite aos alunos de 13 e 15 anos era realizado nas salas de aula disponíveis no horário letivo. Aos interessados em participar da pesquisa eram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Consentimento para a Formação de banco de Dados (TFBD) para autorização dos pais/responsáveis.

As visitas nas salas de aula, geralmente, aconteciam entre a terça-feira e a quinta-feira, pelo fato de serem menos comuns as faltas dos alunos nesses dias. As coletas aconteceram conforme o dia e horário que as instituições disponibilizaram. A participação ficou condicionada à assinatura do TCLE e do Termo de Assentimento dos Adolescentes (TA).

Os dados foram coletados em grupo, nas próprias escolas durante o horário letivo, com autorização prévia e atendendo os procedimentos éticos, assegurando todos os envolvidos que a presente pesquisa manteria o caráter confidencial e anônimo. Os participantes foram conduzidos das salas de aula para os locais indicados pela instituição. Locais esses que eram silenciosos, reservados dos demais alunos e de qualquer funcionário, dispendo de carteiras escolares ou mesas que permitiam a aplicação coletiva dos instrumentos de pesquisa. Era solicitado que os participantes completassem todos os instrumentos com a máxima sinceridade, evitassem conversas paralelas e também foi ressaltada a disponibilidade dos pesquisadores para assistência quando necessária.

2.5 Procedimento de análise de dados

Os dados coletados dos inventários foram armazenados em um banco de dados criado para este fim e foram analisados com o auxílio do *software* “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows”, versão 24.0.

Foram calculadas as frequências, porcentagens, médias e desvio-padrão dos escores encontrados no CDI, nas variáveis referentes à ansiedade generalizada presente no questionário SCAS e nas variáveis relacionadas às informações sociodemográficas e apoio familiar, encontradas no Protocolo de Pesquisa HBSC. Posteriormente, foi realizada a análise inferencial das variáveis estudadas. O nível de significância foi de 5% para todas as análises.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Conforme os dados sociodemográficos apresentados na Tabela 1, a maioria dos estudantes era do sexo feminino (67,6%), matriculados no 1º ano do Ensino Médio (40%), autodeclarados de cor parda (50,4%), provenientes da RPA I (63,6%) e residindo com mãe, pai e irmãos.

Tabela 1.

Distribuição de frequência e percentual dos dados sociodemográficos dos estudantes

Variáveis		F	%
Idade		F	%
13 anos		125	50
15 anos		125	50
Sexo		F	%
Feminino		169	67,6
Masculino		81	32,4
Escolaridade		F	%
Ensino fundamental	7º ano	42	16,8
	8º ano	62	24,8
	9º ano	37	14,8
Ensino médio	1º ano	100	40
Cor ou Raça		F	%
Parda		126	50,4
Branca		55	22
Preta		40	16
Indígena		14	5,6
Amarela		13	5,2
Procedência		F	%
RPA I		159	63,6
RPA II		30	12
RPA III		40	16
RPA VI		21	8,4
Mora com...		F	%
Mãe		223	89,2
Pai		130	52
Madrasta		08	3,2
Padrasto		33	13,2
Avó		66	26,4
Avô		32	12,8
Abrigo/acolhimento		01	0,4
Outros		19	7,6
Irmãos		137	54,8
Irmãs		138	55,2

Sobre as profissões dos pais, os adolescentes que respondiam positivamente, preenchiam questões que incluíam o local e trabalho exercido. No caso em que o pai e/ou a mãe não exercia nenhuma atividade remunerada, os adolescentes preenchiam o motivo que melhor descrevia a situação: doença/aposentadoria/estudo, procura de emprego, toma conta de outros/fica em casa em tempo integral, desconhecimento do motivo. A partir disso, observa-se que a maioria dos pais tem emprego, sendo o percentual das mães (72%) superior à dos pais (67,2%). Observa-se também que é mais frequente que os adolescentes não tenham ou não vejam o pai, situação mencionada por 10,4% relacionada a 0,8% das mães.

O nível socioeconômico familiar dos adolescentes foi medido a partir da *Family Affluence Scale* (FAS) (Currie et al., 2008), constituída por quatro itens que se encontram no Protocolo HBSC, numa escala ordinal de três pontos, em que na análise a pontuação de 0 a 3 indica baixa afluência, de 4 a 6 afluência média e de 7 a 9 alta afluência. Sendo assim, o nível foi calculado pelo somatório das respostas dos itens que se referem aos recursos materiais da família, como posse de veículos motorizados e computadores, quarto individual para o adolescente e férias em família nos últimos 12 meses. Os resultados obtidos indicam que 47,2% dos adolescentes têm nível socioeconômico familiar baixo, seguido de nível médio (42%) e elevado (10,4%). A Tabela 2 retrata os indicadores do nível socioeconômico.

Tabela 2.

Distribuição de frequência e percentual dos dados socioeconômicos familiar

Itens	F	%
Pelo menos um veículo motorizado	162	64,8
Quarto individual	122	48,8
Pelo menos um computador em casa	182	72,8
Viagens de férias com a família nos últimos 12 meses		
Nenhuma	71	28,4
Uma vez	66	26,4
Duas vezes	51	20,4
Mais de duas vezes	62	24,8

Em relação à percepção que o adolescente tem do nível financeiro familiar, 49,2% considera que a sua família tem nível médio, 33,6% percebe a situação familiar como bem ou muito bem e 16,4% como mal ou muito mal.

O apoio familiar foi avaliado por uma escala de quatro itens adotada por Nogueira e Neufeld (2017), composta por afirmativas sobre ser ajudado, apoio emocional, falar sobre problemas e ajuda na tomada de decisões. Os resultados obtidos podem variar entre 4 e 28 pontos, com o valor mais alto como indicador de melhor apoio familiar. No presente estudo,

obteve-se pontuação média igual a 18,93 (DP=7,8). A escala total apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,86$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre idade, sexo, escolaridade e região de procedência em função do apoio familiar.

Tabela 3.

Comparação da média de percepção apoio familiar em função da idade, sexo, escolaridade e região de procedência

Variáveis	T teste		
	T	gl	p
Idade			
13 anos			
15 anos	-1,504	240	ns
Sexo			
Masculino	1,390	240	ns
Feminino			
	Anova		
Escolaridade	F	gl	p
7º ano ensino fundamental			
8º ano ensino fundamental	1,714	3	ns
9º ano ensino fundamental			
1º ano ensino médio			
Procedência	F	gl	p
RPA I			
RPA II	1,867	3	ns
RPA III			
RPA VI			

(ns) não significativo

A percepção de ansiedade generalizada foi avaliada com o auxílio do SCAS, instrumento que no estudo apresentou índice de consistência interna satisfatório ($\alpha = 0,701$) e utilizou como ponto de corte o escore 6 para os meninos e 9 para as meninas (Muris et al., 2000). Os seis itens referentes à ansiedade generalizada e utilizados no presente estudo foram: eu me preocupo com as coisas; quando eu tenho um problema, eu fico com uma sensação esquisita no meu estômago; eu sinto medo; quando eu tenho problema, meu coração bate muito rápido; eu me preocupo que algo ruim vá acontecer comigo; quando eu tenho um problema, eu me sinto nervoso(a).

A média de respostas foi de 9,20 (DP=3,78), variando entre 0 e 18 pontos. Conforme a Tabela 4, verificam-se diferenças significativas da percepção de ansiedade generalizada em função das variáveis idade e sexo, sendo os adolescentes com 15 anos de idade e as meninas os que apresentaram maiores escores.

Tabela 4.

Comparação da média da percepção de ansiedade generalizada em função da idade, sexo, escolaridade e região de procedência

Variáveis	T teste		
	T	gl	p
Idade			
13 anos	-2,850	248	0,000
15 anos			
Sexo			
Masculino	-5,232	248	0,005
Feminino			
	Anova		
Escolaridade	F	gl	p
7º ano ensino fundamental	2,051	3	ns
8º ano ensino fundamental			
9º ano ensino fundamental			
1º ano ensino médio			
Procedência	F	gl	p
RPA I	1,240	3	ns
RPA II			
RPA III			
RPA VI			

(ns) não significativo

A percepção de depressão maior, por sua vez, foi avaliada a partir do CDI, instrumento que apresentou índice de consistência interna elevado ($\alpha=0,925$). Ao considerar as normas por percentis para sexo e idade, o ponto de corte utilizado para sintomas depressivos clinicamente significativos foi 14 para os meninos e 18 para as meninas (Wathier et al., 2008). A média dos escores obtida foi de 13,98 (DP=9,63), com escores variando entre 0 e 46 pontos. Observa-se diferença significativa entre percepção de sintomas depressivos e a variável sexo, com maiores médias apresentadas pelas meninas (Tabela 5).

Tabela 5.

Comparação da média da percepção de depressão maior em função da idade, sexo, escolaridade e região de procedência

Variáveis	T teste		
	T	gl	p
Idade			
13 anos			
15 anos	-0,585	247	ns
Sexo			
Masculino			
Feminino	-3,225	247	0,001
	Anova		
Escolaridade	F	gl	p
7º ano ensino fundamental			
8º ano ensino fundamental			
9º ano ensino fundamental	0,424	3	ns
1º ano ensino médio			
Procedência	F	gl	p
RPA I			
RPA II			
RPA III	0,703	3	ns
RPA VI			

(ns) não significativo

A percepção de apoio familiar sofreu influência da percepção de depressão e de ansiedade, observando-se que tanto o grupo que se percebeu com depressão maior quanto o grupo que se percebeu com ansiedade generalizada foram os que apresentaram menores escores de percepção de apoio familiar (Tabela 6).

Tabela 6.

Comparação das médias da percepção de apoio familiar em função da percepção de depressão maior e de ansiedade generalizada

Apoio Familiar	N	M	DP	Teste t		
				t	gl	p
Grupo com depressão percebida	91	14,60	7,404	7,407	240	0.000
Grupo sem depressão percebida	151	21,54	6,843			
Grupo com ansiedade percebida	162	18,93	7,757	2,013	240	0.045
Grupo sem ansiedade percebida	80	20,36	7,761			

Como pode ser visto na Tabela 7, foi encontrada uma diferença significativa entre o grupo que se percebeu com e sem depressão maior, sendo o grupo que se percebeu com depressão o que apresentou maior percepção de ansiedade generalizada.

Tabela 7.

Comparação das médias da percepção de ansiedade generalizada em função da percepção de depressão maior

Ansiedade Generalizada (SCAS)	N	M	DP	Teste t		
				t	gl	p
Grupo com depressão percebida	93	11,28	3,367	-7,376	248	0.000
Grupo sem depressão percebida	157	7,97	3,469			

Conforme a Tabela 8, a análise das correlações (*r* de Pearson) indicou a ocorrência de relações significativas entre o escore total da percepção de ansiedade generalizada, a idade ($r = 0,178$, $p < 0,01$) e o sexo ($r = 0,315$, $p < 0,01$), o que ratifica o que anteriormente foi observado na comparação das médias em termos de maior percepção de sintomas ansiosos em adolescentes com 15 anos de idade e no sexo feminino. O escore total da percepção de depressão maior apresentou relação significativa com sexo ($r = 0,201$, $p < 0,01$), com o escore total da percepção ansiedade generalizada ($r = 0,542$, $p < 0,01$) e o da percepção de apoio familiar ($r = -0,450$, $p < 0,01$). Esses resultados reforçam as evidências de que a maior percepção de sintomas depressivos é no sexo feminino, em adolescentes que se percebem mais ansiosos e que percebem menor apoio familiar.

Tabela 8.

Matriz de Correlação de Pearson entre idade, sexo, percepção de apoio familiar, de ansiedade generalizada e de depressão maior

	Idade	Sexo	Percepção de AF	Percepção de AG	Percepção de DM
Idade	1				
Sexo	0,043	1			
Percepção de AF	0,097	-0,089	1		
Percepção de AG	0,178**	0,315**	-0,112	1	
Percepção de DM	0,037	0,201**	-0,450**	0,542**	1

(AF) Apoio Familiar; (AG) Ansiedade Generalizada; (DM) Depressão Maior

** A correlação de Pearson é significativa no nível 0,01.

4. DISCUSSÃO

Não há dúvida de que os transtornos de humor e de ansiedade atingem tanto adultos quanto crianças e adolescentes. Na atualidade, vem se revelando entre adolescentes quadros sintomatológicos que remetem aos transtornos de ansiedade e depressão numa proporção que tem levado os estudiosos, profissionais da saúde e gestores públicos a considerá-los como um problema de saúde pública, o que nos leva a questionar quais os principais fatores ligados a esta problemática. A literatura indica que fatores biológicos, individuais e ambientais, influenciam na origem e manutenção dos transtornos depressivos e ansiosos nessa faixa etária (Hauck et al., 2006; Jordão & Ramires, 2010; Stallard, 2010; Weinman, 2003).

Uma das influências mais marcantes advém da família, a qual se caracteriza como uma instituição essencial no amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos. As condições físicas e mentais que são promovidas pela interação com pessoas significativas neste núcleo familiar favorecem a aquisição de crenças, valores, normas e padrões de comportamentos que servem a uma função adaptativa (Pratta & Santos, 2007).

Na atual investigação, a hipótese levantada foi de que há uma relação entre a percepção de apoio familiar dos adolescentes e as percepções de transtorno de ansiedade generalizada e de depressão maior. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi investigar essa relação em estudantes de 13 e 15 anos, de ambos os sexos, da rede estadual de ensino do Recife-PE.

Foi possível observar que a maioria dos adolescentes reside com pai, mãe e irmãos(ãs). Dos que não vivem com ambos os pais, é mais frequente que não vejam ou não tenham pai, o que sugere que os adolescentes mantêm contato maior com a genitora, convergindo com o achado internacional de Matos et al. (2018) e nacional de Nogueira e Neufeld (2017). Contrapondo com resultados encontrados pelos estudos citados anteriormente, foi observado que a atividade remunerada dos genitores é exercida mais pelas mães, o nível econômico familiar foi considerado baixo e a percepção do nível financeiro, por sua vez, foi considerado médio.

Os escores relativos ao apoio familiar percebido pelos adolescentes de 13 e 15 anos se apresentam inferiores aos dados de Portugal e de Ribeirão Preto (SP). Os resultados observados no presente estudo, conduzem a confirmação da hipótese, na medida em que foi verificada uma relação entre a percepção de apoio familiar, a percepção de depressão maior e de ansiedade generalizada nos adolescentes, observando-se uma correlação direta entre os escores de depressão e ansiedade, assim como uma correlação inversa entre as percepções de

depressão e de apoio familiar. Estes achados ratificam estudos como os de Baptista, Cardoso e Gomes (2012), Hauck et al., (2006) e de Jordão e Ramires (2010).

Sabendo-se que o alto nível de apoio familiar percebido está relacionado a melhor saúde mental e menores níveis de comportamento de risco, é imprescindível o desenvolvimento de intervenções que visem o aprimoramento das relações familiares, favorecendo as interações que expressem atenção, cuidado, afeto, proteção, empatia, diálogo, informação e aceitação entre os membros (Baptista & Oliveira, 2005; Hauck et al., 2006; Jordão & Ramires, 2010; Souza & Baptista, 2008).

A maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos percebidos pelo sexo feminino, corrobora outros achados da literatura (APA, 2014, Coutinho et al. 2016; Cruvinel, Boruchovitch, & Santos (2008); Lopes et al. 2016; Nogueira & Neufeld, 2017).

Foi identificada uma escassez de artigos que abordem especificamente a prevalência de percepção de ansiedade generalizada na população de adolescentes brasileiros, utilizando o SCAS como instrumento de rastreio.

Discute-se na literatura que o alto nível da percepção de depressão maior e de ansiedade generalizada tende a ser mais frequente no sexo feminino devido a múltiplos fatores biopsicossociais. Argumenta-se que as mulheres em relação aos homens, desde a mais tenra idade, são mais vitimadas, recebem maior responsabilidade social, tendem a procurar mais os serviços de saúde, são incentivadas a dependência e demonstração de fragilidade, o que pode contribuir com a maior prevalência de sintomatologias depressivas e ansiosas (Baptista, M., Baptista A., & Oliveira, 1999; Kendler & Gardner, 2014).

Comenta-se também que os homens, geralmente, são mais indiferentes em relação aos problemas de saúde (Gianini, 2007), assim, deve-se atentar para as peculiaridades existentes entre os gêneros, pois é provável que haja uma subnotificação dos transtornos de depressão e ansiedade para o sexo masculino. Cientes disso, os profissionais de saúde podem elaborar estratégias de atendimento diferenciadas e integradas, de acordo com a necessidade de cada gênero.

No presente estudo, a percepção de ansiedade generalizada foi mais acentuada entre os estudantes de 15 anos de idade. Até o momento, como já mencionado, as pesquisas realizadas com essa faixa etária e o SCAS apresentam apenas a categoria mais ampla de transtorno de ansiedade (Nogueira & Neufeld, 2017; Parada, Nunes, & Dias-Ferreira, 2018, Santana & Cerqueira-Santos, 2014) não sendo viável, neste caso, comparar os achados.

A relação de ansiedade generalizada com a idade pode ser explicada pelo fato de que aos 15 anos o adolescente está vivenciando uma fase do desenvolvimento que se aproxima do

aumento da autonomia, com impulsionamento na tomada de decisões de vida, escolha de pares, carreira e maior inserção social (WHO, 2011), implicando em preocupações contínuas e angustiantes. Assim sendo, propõe-se que intervenções direcionadas à essa faixa etária estejam sensíveis ao contexto potencialmente ansiogênico de situações de vida a que esses adolescentes estão expostos.

5. CONSIDERAÇÕES

A partir dos resultados discutidos, foi possível verificar uma relação entre a percepção de apoio familiar, a percepção de ansiedade generalizada e de depressão maior nos adolescentes. Além disso, identificar uma maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos percebidos no sexo feminino e percepção mais acentuada de sintomas de ansiedade generalizada em adolescentes de 15 anos de idade.

Diante disso, tem-se um perfil desses adolescentes que permite delinear diretrizes que possam favorecer a elaboração de estratégias de prevenção à depressão e ansiedade. Diretrizes essas que possibilitem o aprimoramento das relações familiares, a sensibilidade ao contexto potencialmente ansiogênico e depressogênico de situações de vida a que esses adolescentes estão expostos, bem como o atendimento diferenciado e integrado, de acordo com a necessidade de cada gênero e faixa etária.

No geral, os resultados foram consonantes com a literatura contribuindo para reforçar as propostas interventivas nessa direção. Contudo, existem limitações no presente no tocante à pesquisar qualitativamente estas percepções, expandindo-se, por exemplo, para o delineamento de um estudo misto.

Como ponto contributivo, tem-se ainda o fato de que este estudo permite pela primeira vez, conhecer essas questões na população de adolescentes recifenses.

REFERÊNCIAS

- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Oliveira, M. G. (1999). Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais do que os homens? *Temas em Psicologia* 7(2), 143-156.
- Baptista, M. N., Cardoso, H. F., & Gomes, J. O. (2012). Intergeracionalidade familiar. In: M. N. Baptista, M. L. Teodoro (orgs.). *Psicologia da família: teoria, avaliação e intervenção*, pp. 16-26, Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
- Cerqueira-Santos, E., Neto, O. C. M., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e Adolescências. In Habigzang, L. F., Diniz, E., & Koller, S. H. (Eds.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. (pp. 17-29). Porto Alegre: Artmed.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E. & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20 (2), 473-489.
- Desousa, D. A., Pereira, A. S., Petersen, C. S., Manfro, G. G., Salum, G. A., & Koller, S.H. (2014). Psychometric Properties of the Brazilian-Portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS): Self-and parent-report versions. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 427-436.
- Feitosa, H. N., Ricou, M., Rego, S., & Nunes, R. (2011). Mental health of children and adolescents: epidemiological, assistance and bioethical considerations. *Revista Bioética*, 19(1), 259 – 75.
- Filipini, C.B., Prado, B.O., Felipe, A. O. B., & Terra, F. S. (2013). Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente. *Adolescência e Saúde*, 10(1), 22-29.
- Giacomoni, C.H., & Hutz, C.S. (2008). Escala multidimensional de satisfação de vida para crianças: estudos de construção e validação. *Estudos de Psicologia*, 25(1), 23-35.
- Gianini MMS. Câncer e gênero: enfrentamento da doença [dissertação] (2007). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- Gomes, L. P., Baron E., Albornoz, A. C. G., & Borsa, J. C. (2013). Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. *Contextos Clínicos*, 6(2), 95-105.
- Grolli, V., Wagner, M., & Dalbosco, S. (2017). Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87-103.
- Hauk, S., Schestatsky, S., Terra, L., Knijinik, L., Sanchez, P., & Ceitlin, L. H. F. (2006). Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(2), 162-168.

- Jansen, K., Mondin, T. C., Ores, L. C., Souza, L. D. M., Konradt, C. E., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. (2011). Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 440-448.
- Jordão, A. B. & Ramires, V. R. R. (2010). Vínculos afetivos de adolescentes borderline e seus pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 89-98.
- Kendler K. S., Gardner C. O. (2014) Sex Differences in the Pathways to Major Depression: A Study of Opposite-Sex Twin Pairs. *American journal of psychiatry*. 171(4), 426–435.
- Kovács, M. (1983). The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters. University of Pittsburg.
- Lopes, C. S., Abreu, G. A., Santos, D. F., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B., Cunha, C. F., Vasconcellos, M. T. L., Bloch, K. V., & Szklo, M. (2016). ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 50(Suppl. 1).
- Matos, M.G., & Equipa Aventura Social (2018). A Saúde dos Adolescentes após a Recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2018 ebook, (www.aventurasocial.com).
- Muris, P., Schmidt, H. e Merckelbach, H. (2000). Correlações entre dois questionários de auto-relato para medir os sintomas de transtorno de ansiedade definidos pelo DSM em crianças: a tela para transtornos emocionais relacionados à ansiedade infantil e a escala de ansiedade infantil de Spence. *Personalidade e diferenças individuais*, 28 (2), 333-346.
- Nogueira, J. M., & Neufeld, C. B. (2017). *Indicadores e comportamentos de saúde em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto*. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-07032018-145609/>
- Parada, I., Nunes, R. & Dias-Ferreira P. (2018). Ansiedade na adolescência e famílias. Um tratamento cognitivo – comportamental em grupo. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 9(1).
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256.
- Santana, M. V. M., & Cerqueira-Santos, E. (2014). Avaliação de ansiedade infanto-juvenil e sua relação com o clima familiar e escolar. *Revista Subjetividades*, 14(1), 145-155
- Schneider, A. C. N., & Ramires, V. R. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, (26), 95-108.
- Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215.

- Spence, S. H. (1998) A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 36 (5), 545-566.
- Stallard, P. (2010). Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens. Porto Alegre: Artmed.
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 360-372.
- Wainer, R., & Piccoloto, N. M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In: Petersen, C.S.; Wainer, R. et al. (Eds.) *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte*. (pp. 170-194). Porto Alegre: Artmed.
- Wathier, J. L., Dell'aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- Weinman, M.L. (2003). Associations of family support, resiliency, and depression symptoms among indigent teens attending a family planning clinic. *Psychological Reports*, 93(1), 719-731.
- World Health Organization [WHO]. (2011). Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: WHO. Recuperado em 15 de julho, 2018, de https://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS

Esta pesquisa surgiu do interesse em investigar a relação entre a percepção de apoio familiar dos adolescentes e as percepções de transtorno de ansiedade generalizada e depressão maior. A finalidade foi de contribuir com a maior compreensão sobre essa relação, fornecer subsídios teóricos e práticos aos estudiosos, profissionais da saúde e gestores públicos que lidam com essa faixa etária e suas famílias, bem como contribuir com dados que possibilitam o desenvolvimento de políticas públicas no delineamento de intervenções que promovam saúde.

A partir da revisão sistemática e do estudo empírico realizados, foi possível reiterar os dados da literatura no sentido de que há uma associação entre a relação e apoio familiar percebido e a presença de sintomas ansiosos e depressivos na adolescência. Ficou evidente na revisão sistemática que a estrutura familiar, estilos e vínculos parentais e o funcionamento familiar são elementos que podem influenciar a presença desses transtornos, pois perceber menor apoio dos pais, vivenciar superproteção materna, autoritarismo parental, ter pais com transtornos, apresentar alto nível de conflito entre pais e filhos, abuso físico e baixo funcionamento familiar têm uma influência negativa na saúde mental dos adolescentes.

Considera-se importante que outras investigações sobre essa temática sejam realizadas, visto que embora os estudos sobre depressão e ansiedade em adolescentes tenham aumentado nos últimos anos, os resultados encontrados apontam que ainda são recentes e escassos no nosso país.

ANEXOS

ANEXO A - Termo para formação de banco de dados (TFDB)



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A FORMAÇÃO DE BANCO DE DADOS





Prezado(a) pai/mãe/responsável,

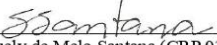
Considerando que o(a) senhor(a) autorizou o aluno(a) a participar do projeto de pesquisa “LEVANTAMENTO DE AMBIENTES SOCIAIS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E BEM-ESTAR DE ADOLESCENTES” - da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) sob orientação da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld - assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este Termo, agora, é para pedir a sua autorização para que todas as informações coletadas com o aluno(a) por meio dos questionários possam ser armazenadas em um banco de dados digital, por tempo indeterminado. Isto significa que os questionários, além de ficarem armazenados em papel em nosso laboratório, também têm suas respostas passadas para um computador, formando, assim, nosso banco de dados digital. Isto permite que os dados sejam analisados mais facilmente por nós, pesquisadores do estudo, e que novas pesquisas sejam feitas com os dados deste banco, ajudando a gerar novos conhecimentos sobre os adolescentes brasileiros. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo aluno(a) e que serão armazenadas são estritamente confidenciais, pois os questionários de pesquisa serão identificados com um código. Quaisquer pesquisas e publicações envolvendo estes dados não incluirão nomes ou informações que possam identificá-los(as), garantindo o anonimato do aluno(a) em todo o processo. A responsável por este banco de dados é a coordenadora do estudo Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld.

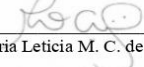
Caso deseje autorizar este processo, basta assinar ao final desta página. No entanto, mesmo que não deseje autorizar o armazenamento dos dados neste banco digital, o aluno(a) poderá participar desta pesquisa (desde que tenha você assinado o TCLE). Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa do trabalho, não havendo qualquer prejuízo para ninguém. Pode escolher também se quer ou não ser avisado(a) de cada nova pesquisa utilizando estes dados, que, para seu conhecimento, passará novamente pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, que pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, através dos contatos: coetp@ffclrp.usp.br / (16) 3315-4811/Fax: (16) 3633-2660/Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - sala 37 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil. Qualquer dúvida ou esclarecimento que necessitar também poderá ser fornecido pela equipe de pesquisa: Prof. Dr Maycoln Leôni Martins Teodoro (mlmteodoro@hotmail.com), Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (lisboacar0@gmail.com), Profª Drª Suely de Melo Santana (suely.santana09@gmail.com), Mª Maria Leticia Marcondes Coelho de Oliveira (marialeticiamcoliveira@hotmail.com), Mªª Juliana Maltoni Nogueira (julianamaltoni@usp.br) (16) 98830-2598). A Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld também se disponibiliza através dos contatos: cbneufeld@usp.br (16) 3315-3724/(16) 3315-0197/Endereço: Departamento de Psicologia (FFCLRP-USP) - Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 5 - sala 29 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil.

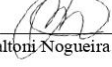
Atenciosamente,



 Prof. Dr Maycoln Leôni Martins Teodoro (CRP 04/16777)


 Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (CRP 07/09205)


 Profª Drª Suely de Melo Santana (CRP 02/8340)


 Mª Maria Leticia M. C. de Oliveira


 Mªª Juliana Maltoni Nogueira (CRP 06/124058)


 Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723)

Autorização para formação de banco de dados da pesquisa “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes”

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos do trabalho e autorizo o armazenamento dos dados do meu aluno(a) em um banco de dados digital. Autorizo também a utilização destes dados em futuras pesquisas, desde que garantido o sigilo de meu filho(a). Declaro que possuo uma via deste Termo que ora autorizo. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Data

Gostaria de ser avisado todas as vezes que os dados do aluno(a) forem utilizados em futuras pesquisas

Contato: _____

Não gostaria de ser avisado quando os dados do aluno(a) forem utilizados em futuras pesquisas

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Prezado(a) pai/mãe/responsável,

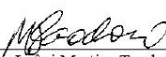
Estamos convidando o aluno(a) para participar do projeto de pesquisa “LEVANTAMENTO DE AMBIENTES SOCIAIS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E BEM-ESTAR DE ADOLESCENTES”, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), sob coordenação da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld. Esta pesquisa será feita por meio de questionários respondidos pelo adolescente e supervisionada pela nossa equipe, na própria escola, que já autorizou este processo. Com essa pesquisa, queremos conhecer melhor comportamentos relacionados a saúde, bem-estar e sintomas depressivos e ansiosos dos adolescentes de 13 e 15 anos, e também o ambiente social em que vivem. Isso será muito importante para um melhor entendimento da realidade e das dificuldades que os jovens enfrentam, podendo ajudar no desenvolvimento de intervenções e políticas públicas voltadas para o bem-estar e saúde adolescente. Esta pesquisa está sendo feita nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande de Sul, Rondônia e Pernambuco, e os dados serão comparados entre elas.

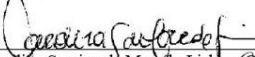
Todas as informações prestadas pelo aluno(a) neste estudo serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e a identidade de vocês será sempre mantida em sigilo, em qualquer etapa da pesquisa. Portanto, não serão incluídos nomes ou quaisquer características que possam identificar vocês. Esta pesquisa possui riscos mínimos ao aluno(a), pois alguns assuntos podem causar emoção desconfortável devido às perguntas pessoais abordadas nos questionários. Por isso, nós, psicólogos e estagiários de Psicologia desta equipe, estaremos à disposição para ajudar da melhor forma possível. Se avaliarmos alguma dificuldade importante, relacionada a sintomas de ansiedade e depressão, iremos conversar com o adolescente e com você(s). A participação do aluno(a) nesse estudo é voluntária, não remunerada e pode ser interrompida a qualquer momento, mesmo depois da sua autorização, sem que haja qualquer prejuízo para ninguém. O Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, através dos contatos: coetp@ffclrp.usp.br/(16) 3315-4811/Fax: (16) 3633-2660/Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - sala 37 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil.

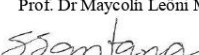
Para seu conhecimento, os questionários que iremos entregar para o aluno(a) contém perguntas sobre comportamentos relacionados a saúde, bem-estar, condição socioeconômica, sintomas depressivos e de ansiedade, sendo eles: Protocolo de Pesquisa “Health Behavior in School-aged Children” (HBSC), “Children’s Depression Inventory” (CDI) e “Spence Children’s Anxiety Scale” (SCAS), todos em versão traduzida para o português. As etapas de aplicação, correção e armazenamento destes questionários serão conduzidas somente pela nossa equipe de pesquisa, sob supervisão da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld.


Para autorizar a participação do aluno(a), basta assinar ao final deste documento. Caso não deseje que o aluno(a) participe, sinta-se à vontade para não assinar este Termo. Qualquer dúvida ou esclarecimento que necessitar também poderá ser fornecido pela equipe de pesquisa: Prof. Dr Maycoln Leôni Martins Teodoro (mlmteodoro@hotmail.com), Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (lisoacaro@gmail.com), Profª Drª Suely de Melo Santana (suely.santana09@gmail.com), Mª Maria Leticia Marcondes Coelho de Oliveira (marialeticiamcoliveira@hotmail.com), Mª Juliana Maltoni Nogueira (julianamaltoni@usp.br/(16) 98830-2598). A Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld também se disponibiliza através dos contatos: cbneufeld@usp.br/(16) 3315-3724/(16) 3315-0197/Endereço: Departamento de Psicologia (FFCLRP-USP) - Av. Bandeirantes, 3900 – bloco 5 – sala 29 – CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto – SP – Brasil.


Atenciosamente,


Prof. Dr Maycoln Leôni Martins Teodoro (CRP 04/16777)


Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (CRP 07/09205)


Profª Drª Suely de Melo Santana (CRP 02/8340)


Mª Maria Leticia M. C. de Oliveira


Mª Juliana Maltoni Nogueira (CRP 06/124058)


Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723)

Autorização para realização da pesquisa “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes”

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos do trabalho de maneira clara e detalhada, e declaro que autorizo a participação do aluno(a), _____, nesta pesquisa. Declaro que possuo uma via deste Termo que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Data

ANEXO C – Termo de Assentimento (TA)



TERMO DE ASSENTIMENTO



Prezado(a),


Estamos convidando você para participar do projeto de pesquisa “LEVANTAMENTO DE AMBIENTES SOCIAIS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E BEM-ESTAR DE ADOLESCENTES”, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), sob coordenação da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld. Esta pesquisa será feita por meio de questionários respondidos por você e supervisionada pela nossa equipe, em sua própria escola, que já autorizou este processo. Com essa pesquisa, queremos conhecer melhor comportamentos relacionados a saúde, bem-estar e sintomas depressivos e ansiosos de adolescentes de 13 e 15 anos, e também o ambiente social em que vivem. Isso será muito importante para um melhor entendimento da realidade e das dificuldades que vocês enfrentam, podendo ajudar no desenvolvimento de intervenções e políticas públicas voltadas para o bem-estar e saúde adolescente. Esta pesquisa está sendo feita nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande de Sul, Rondônia e Pernambuco, e os dados serão comparados entre elas.


Todas as informações prestadas por você neste estudo serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e a sua identidade será sempre mantida em sigilo, em qualquer etapa da pesquisa, pois não serão utilizados nomes ou quaisquer características que possam identificar você. Esta pesquisa possui riscos mínimos a você, pois alguns assuntos podem trazer emoção desconfortável devido às perguntas pessoais abordadas nos questionários. Por isso, nós, psicólogos e estagiários de Psicologia desta equipe, estaremos à disposição para ajudar da melhor forma possível. Se avaliarmos alguma dificuldade importante, relacionada a sintoma, mas de ansiedade e depressão, iremos conversar com você e com seus pais/responsáveis. A sua participação neste estudo é voluntária, não remunerada e pode ser interrompida a qualquer momento, mesmo depois da autorização de seus pais e/ou de seu assentimento, sem que haja qualquer prejuízo para ninguém. O Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP -USP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, através dos contatos: coetp@ffclrp.usp.br/(16) 3315-4811/Fax: (16) 3633-2660/Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - sala 37 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil.

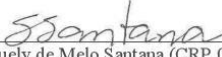
Para seu conhecimento, os questionários que iremos entregar para você responder contém perguntas sobre comportamentos relacionados a saúde, bem-estar, condição socioeconômica, sintomas depressivos e de ansiedade, sendo eles: Protocolo de Pesquisa “Health Behavior in School-aged Children” (HBSC), “Children’s Depression Inventory” (CDI) e “Spence Children’s Anxiety Scale” (SCAS), todos em versão traduzida para o português. As etapas de aplicação, correção e armazenamento destes questionários serão feitas somente pela nossa equipe de pesquisa, sob supervisão da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld.

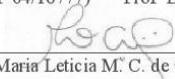
Para participar desta pesquisa, basta assinar ao final deste documento e possuir em mãos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizado pelos seus pais/responsáveis. Caso não deseje participar, sinta -se à vontade para não assinar este Termo. Qualquer dúvida ou esclarecimento que necessitar também poderá ser fornecido pela equipe de pesquisa: Prof. Dr Maycoln Leoni Martins Teodoro (mlmteodoro@hotmail.com), Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (lisboacarol@gmail.com), Profª Drª Suely de Melo Santana (suely.santana09@gmail.com), Mª Maria Leticia Marcondes Coelho de Oliveira (marialeticiamcoliveira@hotmail.com), Mª Juliana Maltoni Nogueira (julianamaltoni@usp.br/(16) 98830-2598). A Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld também se disponibiliza através dos contatos: cbneufeld@usp.br/(16) 3315-3724/(16) 3315-0197/Endereço: Departamento de Psicologia (FFCLRP-USP) - Av. Bandeirantes, 3900 – bloco 5 – sala 29 – CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto – SP – Brasil.

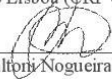
Atenciosamente,

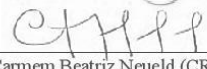

 Prof. Dr Maycoln Leoni Martins Teodoro (CRP 04/16777)


 Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (CRP 07/09205)


 Profª Drª Suely de Melo Santana (CRP 02/8340)


 Mª Maria Leticia M. C. de Oliveira


 Mª Juliana Maltoni Nogueira (CRP 06/124058)


 Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723)

Autorização para realização da pesquisa “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes”

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos do trabalho acima de maneira clara e detalhada. Assim, autorizo minha participação nesta pesquisa. Declaro que possuo uma via deste Termo que ora aceito e que meus pais/responsáveis possuem uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando também minha participação. Sei que a qualquer momento posso desistir de participar, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

Assinatura do participante

Data

ANEXO D - Inventário de Depressão Infantil (CDI)

CDI – Inventário de Depressão Infantil

Nome: _____

Por favor, 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, do que você realmente acha.

Veja o exemplo:

- Eu sempre vou ao cinema
- Eu vou ao cinema de vez em quando
- Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando deve marcar a segunda alternativa. Se for muito raro você ir ao cinema marque a terceira alternativa. Marque só uma alternativa em cada estão.

Seja sincero nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

- 1 - Eu fico triste de vez em quando.
 Eu fico triste muitas vezes.
 Eu estou sempre triste.
- 2 - Para mim tudo se resolverá bem.
 Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.
 Nada vai dar certo para mim.
- 3 - Eu faço bem a maioria das coisas.
 Eu faço errado a maioria das coisas.
 Eu faço tudo errado.
- 4 - Eu me divirto com muitas coisas.
 Eu me divirto com algumas coisas.
 Nada é divertido para mim.
- 5 - Eu sou mau (má) de vez em quando.
 Eu sou mau (má) muitas vezes.
 Eu sou sempre mau (má).
- 6 - De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer.
 Eu temo que coisas ruins aconteçam comigo.
 Eu tenho certeza que coisas ruins acontecerão comigo.
- 7 - Eu gosto de mim mesmo.
 Eu não gosto muito de mim.
 Eu me odeio.
- 8 - Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas que acontecem.
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa.
 Tudo de ruim que acontece é por minha culpa.
- 9 - Eu não penso em me matar.
 Eu penso em me matar mas eu não faria isso.
 Eu quero me matar.
- 10 - Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.
 Eu sinto vontade de chorar muitas vezes.
 Eu sinto vontade de chorar todos os dias.
- 11 - Eu me sinto preocupado de vez em quando.
 Eu me sinto preocupado muitas vezes.
 Eu sempre me sinto preocupado.
- 12 - Eu gosto de estar com pessoas.
 Muitas vezes eu não gosto de estar com pessoas.
 Eu não quero estar com pessoas de jeito nenhum.

- 13 - () Eu tomo decisões facilmente.
() É difícil para mim tomar decisões.
() Eu não consigo tomar decisões.
- 14 - () Eu tenho boa aparência .
() Minha aparência tem alguns aspectos negativos.
() Eu sou feio (feia).
- 15 - () Fazer os deveres (temas) de casa não é um grande problema para mim.
() Muitas vezes, eu tenho que me pressionar para fazer os deveres de casa.
() Eu sempre tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa.
- 16 - () Eu durmo bem a noite.
() Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites.
() Eu tenho dificuldade para dormir todas as noites.
- 17 - () Eu me canso de vez em quando.
() Eu me sinto cansado muitos dias.
() Eu estou sempre cansado (cansada).
- 18 - () Eu como muito bem.
() Muitas vezes eu não tenho vontade de comer.
() Quase sempre eu não tenho vontade de comer.
- 19 - () Eu não tenho medo de sentir dor nem de adoecer.
() Eu tenho medo de sentir dor e ficar doente muitas vezes.
() Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente.
- 20 - () Eu não me sinto sozinho (sozinha).
() Eu me sinto sozinho (a) muitas vezes.
() Eu me sinto sozinho (a) sempre.
- 21 - () Eu me divirto na escola muitas vezes.
() Eu me divirto na escola de vez em quando.
() Eu nunca me divirto na escola.
- 22 - () Eu tenho muitos amigos.
() Eu tenho alguns amigos mas gostaria de ter mais.
() Eu não tenho amigos.
- 23 - () Meus trabalhos escolares são bons.
() Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes.
() Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa).
- 24 - () Sou tão bom quanto as outras crianças.
() Se eu quiser, posso ser tão bom quanto as outras crianças.
() Não posso ser tão bom quanto as outras crianças.
- 25 - () Eu tenho certeza que sou amado (a) por alguém.
() Eu não tenho certeza se alguém me ama.
() Ninguém gosta de mim realmente.
- 26 - () Eu sempre faço o que me mandam.
() Eu não faço o que me mandam algumas vezes.
() Eu nunca faço o que me mandam.
- 27 - () Eu não me envolvo em brigas.
() Eu me envolvo em brigas muitas vezes.
() Eu sempre me envolvo em brigas.

ANEXO E - Escala de Ansiedade Infantil (SCAS)

SCAS – CRIANÇA

SEU NOME: _____ DATA: _____

POR FAVOR, CIRCULE A PALAVRA QUE MOSTRA COM QUE FREQUÊNCIA CADA UMA DESSAS COISAS ACONTECE COM VOCÊ. NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

1.	Eu me preocupo com as coisas	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
2.	Eu tenho medo do escuro	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
3.	Quando eu tenho um problema, eu fico com uma sensação esquisita no meu estômago	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
4.	Eu sinto medo	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
5.	Eu ficaria com medo de ficar sozinho(a) em casa	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
6.	Eu fico com medo quando tenho que fazer uma prova	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
7.	Eu fico com medo se eu tenho que usar banheiros públicos	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
8.	Eu me preocupo em estar longe dos meus pais	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
9.	Eu fico com medo de fazer papel de bobo na frente das pessoas	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
10.	Eu me preocupo em ir mal no meu trabalho escolar ..	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
11.	Eu sou popular entre outras crianças da minha idade.	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
12.	Eu me preocupo que algo terrível vá acontecer com alguém da minha família	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
13.	Eu sinto como se de repente eu não pudesse respirar quando não há razão para isso	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
14.	Eu tenho que ficar checando se eu fiz as coisas direito (como se apaguei a luz, ou tranquei a porta) ..	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
15.	Eu sinto medo se eu tenho que dormir sozinho(a)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
16.	Eu tenho problemas em ir para a escola porque me sinto nervoso(a) ou assustado(a)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
17.	Eu sou bom nos esportes	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
18.	Eu tenho medo de cachorros	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
19.	Parece que eu não consigo tirar pensamentos ruins ou idiotas da minha cabeça	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
20.	Quando eu tenho um problema, meu coração bate muito rápido	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
21.	Eu começo de repente a tremer ou me agitar quando não há razão para isso	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
22.	Eu me preocupo que algo ruim vá acontecer comigo .	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
23.	Eu tenho medo de ir a médicos ou dentistas	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
24.	Quando eu tenho um problema, eu me sinto nervoso(a)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

25.	Eu tenho medo de estar em lugares altos ou elevadores	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
26.	Eu sou uma pessoa boa	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
27.	Eu tenho que pensar em pensamentos especiais para impedir que coisas ruins aconteçam (como números ou palavras)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
28.	Eu fico assustado(a) se tenho que viajar em um carro, um ônibus ou um trem	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
29.	Eu me preocupo com o que outras pessoas pensam de mim	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
30.	Eu tenho medo de ficar em lugares cheios de gente (como shoppings, cinemas, ônibus ou parquinhos lotados)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
31.	Eu me sinto feliz	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
32.	Eu me sinto muito assustado(a) de repente, sem razão nenhuma	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
33.	Eu tenho medo de insetos ou aranhas	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
34.	Eu fico tonto(a) ou desmaio de repente quando não há razão para isso	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
35.	Eu sinto medo se eu tenho que falar em frente a minha sala de aula	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
36.	Meu coração começa a bater muito rápido de repente sem nenhuma razão	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
37.	Eu me preocupo que vou me sentir assustado(a) de repente quando não há nada do que ter medo	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
38.	Eu gosto de mim	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
39.	Eu tenho medo de estar em locais pequenos fechados, como túneis ou quartos pequenos	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
40.	Eu tenho que fazer algumas coisas repetidamente (como lavar as mãos, limpar ou colocar as coisas em certa ordem)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
41.	Eu fico incomodado(a) com pensamentos ou imagens ruins ou idiotas na minha mente	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
42.	Eu tenho que fazer algumas coisas da forma correta para impedir que coisas ruins aconteçam	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
43.	Eu estou orgulhoso(a) das minhas tarefas escolares ..	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
44.	Eu ficaria com medo se eu tivesse que passar a noite longe de casa	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
45.	Há algo mais do que você tenha muito medo?	SIM	NÃO		
	Se sim, por favor, escreva o que é: _____ _____ _____				
	Com que frequência você tem medo dessa coisa?	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre