

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ESTUDO DA SAÚDE DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DO CAPSi: NÍVEIS DE
ESTRESSE, SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA E VIOLÊNCIA.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Letícia Saldanha de Lima

Santa Maria, RS, 2012

ESTUDO DA SAÚDE DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DO CAPSi: NÍVEIS DE ESTRESSE, SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA E VIOLÊNCIA.

por

Letícia Saldanha de Lima

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora:

Prof^a. Dra. Hericka Zogbi Jorge Dias

Santa Maria, RS, 2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de
Mestrado

elaborada por

Letícia Saldanha de Lima

Como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA

Hericka Zogbi Jorge Dias, Dra.
(Presidente/Orientador)

Ana Cristina Garcia Dias, Dra. (UFSM)

Gabriel José Chittó Gauer, Dr. (PUCRS)

Santa Maria, RS, 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a *mim*, por meu espírito de luta, dedicação, empenho, persistência e a preciosa resiliência.

Agradeço a minha *mãe*, por ser tudo que és por me apoiar incondicionalmente em todos os momentos. Por ser a mãe maravilhosa que é.

Agradeço aos meus avôs, *Romilda* (in memoriam) e *Mario* (in memoriam), por tudo, simplesmente por tudo, por me ensinar o quanto podemos amar, o quanto podemos cuidar, com vocês aprendi a ser uma pessoa melhor, querer sempre o melhor. Que mesmo hoje sendo duas estrelas em minha vida, estão constantemente perto de mim.

Agradeço a meu *pai* pelo apoio financeiro que sempre disponibilizou e pelas palavras encorajadoras no momento mais difícil desta caminhada.

Agradeço a meu amor, *Murylo*, por tudo que você significa em minha vida, pelo apoio e escuta, pelo carinho e por acreditar em mim, mesmo quando eu mesma hesitei sobre minhas capacidades. *Pra Você Guardei Meu Amor...*

Agradeço a minha irmã *Caroline* e meu irmão de coração *Eduardo*, pela beleza do crescimento, por me lembrar que a adolescência e infância devem ser cuidadas.

Agradeço a minha tia *Karine*, por toda ajuda ao longo de minha vida. Agradeço ao *Jorge* e *Elisete*, pelo carinho e apoio que dedicaram a mim desde que os conheci.

Agradeço a minha amiga *Greyce*, que não só por estar passando pela mesma experiência que eu, mas por todo carinho, compreensão, sabedoria e apoio desta caminhada. Agradeço a *Fernanda*, amiga de longa data, uma irmã que a vida me deixou escolher, obrigada pelo amor de sempre. “*A amizade é uma alma com dois corpos.*” Aristóteles.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa e Extensão Psicologia das Relações e Saúde, mentores do PROCONVIVE, pelo suporte e acolhimento que me disponibilizaram desde o início de minha caminhada. Agradeço as meninas, *Paula Cassel*, *Manuela Ludke*, *Juliane Caeran*, *Gabriela Zucheto* e *Cristiane Baratto*. Sem esquecer todos os membros deste grupo que além de muito eficiente, caracterizam-se pelo afeto, sem vocês este sonho não se tornaria realidade.

Agradeço as colegas de mestrado *Lilian, Naiana e Maristela* pelas conversas e trocas de angústias e ansiedades frente ao desafio de um mestrado.

Agradeço a todas as pessoas que aqui e em Porto cruzaram minha vida neste último ano, que de uma forma muito importante me mostraram o quanto vale a pena lutar pelos nossos sonhos.

Agradeço a Prof^a Dr^a Paula Mena Matos e a Joana Vieira da Universidade do Porto pela recepção cordial e realizadora em minha vida profissional. E ao Porto por me proporcionar a experiência mais valiosa de minha vida.

Agradeço as pessoas do Grupo de Pesquisa em TDAH, do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Em especial a Prof^a M^a *Fernanda Jaeger* e ao Prof^o M^e *Carlos Décimo Martins*, pelos ensinamentos e carinho.

Agradeço ao CAPSi, pelo espaço de aprendizado. E principalmente agradeço aos adolescentes e seus cuidadores, que contribuíram com esta pesquisa, possibilitando assim um entendimento maior sobre sua saúde, e a possibilidade de programar atendimentos mais eficazes e humanos. Obrigado por permitirem que minha curiosidade e dedicação submergissem suas vidas no intuito de lhes trazer mais saúde e cuidado. Hoje só sou o profissional que sou graças ao que aprendi com estes jovens.

“Sonhe com aquilo que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e nela só se tem uma chance de fazer aquilo que quer. Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E esperança suficiente para fazê-la feliz. As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas. Elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos. A felicidade aparece para aqueles que choram. Para aqueles que se machucam. Para aqueles que buscam e tentam sempre. E para aqueles que reconhecem a importância das pessoas que passaram por suas vidas”

Clarice Lispector

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria
AUTORA: Letícia Saldanha de Lima
ORIENTADOR: Dr^a Hericka Zogbi Jorge Dias
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 9 de Julho de 2012.

Dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde demonstram que por volta de 20% de crianças e adolescentes manifestam algum problema de saúde mental, ocorrência esta que poderá ocasionar consequências negativas a curto e longo prazo no desenvolvimento dos jovens (OMS, 2003). Arelado a esta informação, as diferentes formas de violência vêm crescendo de forma efetiva e abrangente (LUMA, FERREIRA, VIEIRA, 2010). A partir destas duas perspectivas o presente estudo visou investigar a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica, níveis de estresse e violência entre os adolescentes usuários do CAPSi de Santa Maria. A amostra foi composta por 52 adolescentes. Foi realizado um estudo transversal, descritivo de caráter correlacional e de abordagem quantitativa. Os instrumentos utilizados foram uma ficha de dados sociodemográficos, o Self-Report Questionnaire (SRQ-20) (MARY, WILLIAMSS, 1986), a Escala de Stress Infantil (ESI) (LUCARELLI, LIPP, 2005), a Escala de Stress Para Adolescentes (ESA) (TRICOLLI, LIPP, 2006) e a verificação verbal de violência ao longo do desenvolvimento. Os resultados foram obtidos por meio de análise estatística descritiva, inferencial e de correlação de Pearson, através do pacote estatístico SPSS 19.0. A amostra foi composta por 32 (64%) meninos e 18 (36%) meninas, com a média de idade de 14 anos. Entre os principais resultados foi levantado que todos adolescentes de 12 a 14 anos apresentaram algum nível de reação de estresse. Já quanto ao quesito sintomatologia psiquiátrica foi observado que 80% das meninas apresentam sintomatologia psiquiátrica. Foi encontrada correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa no quesito sintoma de estresse psicológico e sintomatologia psiquiátrica ($r^2=0,57$; $p=0,001$). A partir destes dados, reforça-se a necessidade de um maior aprofundamento na investigação dos sintomas sintomatológicos em adolescentes de CAPSi com vistas à promoção da saúde desta população.

Palavras - chave: saúde mental, violência, adolescência e atenção psicossocial.

ABSTRACT

Dissertation
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

STUDY ON THE HEALTH OF ADOLESCENTS USERS OF JUVENILE CAPS: LEVELS OF STRESS, PSYCHIATRIC SYMPTOM, AND VIOLENCE.

AUTHOR: Letícia Saldanha De Lima

SUPERVISOR: Dr^a Hericka Zogbi Jorge Dias

Date and Location of Defense: Santa Maria, July 9, 2012.

Data presented by the World Health Organization where about 20% of the children and adolescents present some health problem, such occurrence might cause negative consequence in a short or long term in the development of youngsters (WHO, 2003). And coupled this information, different forms of violence are growing in an effective and comprehensive (LUMA, FERREIRA, VIEIRA, 2010). From these two perspectives, the following study aimed to investigate the occurrence levels of psychiatric symptoms and stress levels and violence among adolescent users of CAPS in Santa Maria. The sample consisted of a total of 52 adolescents. It was conducted a cross-sectional, descriptive, correlational with a quantitative and qualitative approach. The instruments used were a demographic data form and the Self-Report Questionnaire- SRQ-20 (MARY E WILLIAMS, 1986), Adolescents Stress Scale (ASS) (LUCARELLI, LIPP, 2005), Child Stress Scale (CSS) (TRICOLLI, LIPP, 2006), and a verbal check of violence throughout the development, conducted by the research group. The results were obtained through statistical descriptive analysis, inferential and Person correlational, through the statistical Pack SPSS 19.0. The sample comprised 32 (64%) boys and 18 (36%) girls, with a mean age of 14 years old. Among the key findings, it was observed that all adolescents from 12 to 14 years presenting some level of stress reaction. As for the item psychiatric symptoms, it was observed that the girls were represented with 80% of symptoms. Moderate correlation was found positive and statistically significant in the item symptom of psychological stress and psychiatric symptoms ($r^2 = 0.57$, $p = 0.001$). From these data, it reinforces the need for a deeper investigation of the symptoms CAPSi symptomatology in adolescents with a view to promoting the health of this population.

Keywords: mental health, violence, adolescence, and psychosocial attention.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de frequência e percentual das características sócio-demográficas dos sujeitos (N= 52)	32
Tabela 2 - Distribuição de frequências e percentuais das séries escolares.....	33
Tabela 3 - Distribuição de frequências e percentuais em relação ao tempo de atendimento	34
Tabela 4: Distribuição de frequências e percentuais em relação à percepção sobre o estado de saúde dos adolescentes.....	35
Tabela 5: Percentuais referentes às reações do estresse versus fases do estresse	39
Tabela 6: Médias (μ) e desvio-padrão (Dp) de estresse entre meninos e meninas...41	
Tabela 7: Distribuição de frequências e percentuais de sintomatologia psiquiátrica do SRQ-20.....	43
Tabela 8: Dados sobre a ocorrência de violência a partir do relato dos técnicos de referência do serviço de saúde mental.....	46
Tabela 9: Ocorrência de Sintomatologia psiquiátrica através do SRQ-20 em relação à violência.....	47
Tabela 10: Ocorrência de violência em relação ao sexo.....	48
Tabela 11 – Correlação de Pearson entre sintomas de estresse pelo ESA e sintomatologia psiquiátrica dado pelo SRQ-20.....	49
Tabela 12: Correlação de Pearson entre período de estresse pelo ESA e sintomatologia psiquiátrica dado pelo SRQ-20.....	50
Tabela 13: Correlação de Pearson entre ocorrência de violência e sintomas de estresse dado pelo ESA.....	51
Tabela 14: Correlação de Pearson entre ocorrência de violência e período de estresse dado pelo ESA.....	52

LISTA DE REDUÇÕES

ESA – Escala de stress para adolescentes

ESI – Escala de stress infantil

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

OMS – Organização Mundial da Saúde

SRQ - Self-Report Questionnaire

UNICEF- United Nations Children's Fund

WHO – World Health Organization

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Dados Sociodemográficos.....	73
ANEXO B - Self Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20)	79
ANEXO C - Escala de Stress Infantil (ESI)	80
ANEXO D - Escala de Stress para Adolescentes (ESA)	83
ANEXO E – Parecer de aprovação comitê de ética UFSM.....	85
ANEXO F - Medidas do ESI estabelecidas pelo Manual	86
ANEXO G – Medidas do ESA estabelecidas pelo Manual	88

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1: SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA, ESTRESSE, SINTOMATOLOGIA PSQUIÁTRICA.....	17
1.1 O Estresse no Desenvolvimento Adolescente.....	18
1.2 Violência e Saúde Mental na Adolescência.....	20
CAPÍTULO 2: ESTUDO EMPÍRICO ACERCA DO ESTUDO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DO CAPSi: NÍVEIS DE ESTRESSE, SINTOMATOLOGIA PSQUIÁTRICA E VIOLÊNCIA.	27
2.1 Objetivos	27
2.1.1 Objetivo Geral	27
2.1.2 Objetivos Específicos.....	27
2.2 Método	27
2.2.1 Delineamento	27
2.2.2 Participantes	28
2.2.3 Instrumentos	28
2.2.4 Procedimento para a coleta dos dados.....	30
2.2.5 Procedimento para a análise dos dados	31
2.2.6 Procedimentos Éticos	31
2.3 Características da amostra de adolescentes usuários do CAPSi.....	32
2.3.1 Saúde dos adolescentes usuários do CAPSi.....	35
2.4 Níveis de estresse, sintomatologia psiquiátrica e ocorrência de atos de violência em jovens atendidos no CAPSi.....	37
2.4.1 Descrição geral dos instrumentos na amostra	38
2.4.1.2 Estresse infantil através do ESI	38
2.4.1.3 Estresse adolescente através do ESA	40
2.4.1.4 Sintomatologia Psiquiátrica de acordo com o SRQ-20.....	42
2.4.1.5 Violência de acordo com o relato dos técnicos do CAPSi.....	45

2.5 Correlação entre níveis de estresse, sintomatologia psiquiátrica e ocorrência de violência em adolescentes usuários CAPSi.	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
APENDICE	70
APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	70
ANEXOS	72
ANEXO A - Ficha de Dados Sociodemográficos.....	73
ANEXO B - Self Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20)	79
ANEXO C - Escala de Stress Infantil (ESI).....	80
ANEXO D - Escala de Stress para Adolescente (ESA).....	83
ANEXO E – Parecer de aprovação comitê de ética UFSM.....	85
ANEXO F – Medidas do ESI estabelecidas pelo Manual	86
ANEXO G – Medidas do ESA estabelecidas pelo Manual	88

INTRODUÇÃO

Este estudo é oriundo dos trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa Psicologia das Relações e Saúde, que desenvolveu atividades de pesquisa, extensão e estágios no Centro de Atenção Psicossocial infanto–juvenil (CAPSi) em Santa Maria. Com isso, no ano de 2009, nasceu o projeto de nível superior intitulado “PROCONVIVE - Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPSi da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi”¹ (edital PPSUS/FAPERGS 02/2009, número de processo 09/0098-2). Esta dissertação é um subprojeto de nível superior agregado ao projeto citado acima.

A necessidade de uma proposta a qual tenha como foco a atenção à saúde mental de crianças e jovens é formulada a partir dos estudos de Feitosa et al (2011), Anselmi et al (2008), Halpern e Figueiras (2004), Fletlich e Goodman (2002) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) indicando uma prevalência de problemas de saúde mental na criança variando de 10 até 20%.

Anselmi et al (2008), por exemplo, teve como objetivo estimar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com fatores de risco em adultos jovens, obteve prevalência de 28,0% de transtornos mentais comuns na população.

Pinheiro et al (2007) visou avaliar a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais comuns entre adolescentes na cidade de Pelotas (RS). Dos 960 adolescentes, com idades de 15 a 18 anos, 28,8% apresentaram transtornos mentais comuns. Entende-se por Transtornos Mentais Comuns (TMC) a ocorrência de sintomas como irritabilidade, insônia, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas e ansiedade (WHO, 2002). Halpern e Figueiras (2004), por sua vez, afirmam que metade das crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos estão envolvidos em pelo menos dois ou mais comportamentos de risco, como por exemplo, abuso de álcool e drogas.

¹ O projeto “PROCONVIVE” é dividido entre extensão e pesquisa em tempo 1 e 2. Os dados apresentados neste trabalho referem-se ao tempo 1 da pesquisa. A extensão deste projeto implantou um ambiente de convivência em que os pacientes são acolhidos e podem expressar-se em atividades lúdicas e de livre criação, ocupando espaços do serviço fora das salas de atendimento individual, seguindo a proposta do modelo antimanicomial que estabeleceu os CAPS. Enquanto pesquisa pretende avaliar as crianças, adolescentes, seus cuidadores e os funcionários dessa instituição antes e depois da implantação deste ambiente

Fletlich e Goodman (2001) visaram identificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em 898 crianças, entre 7 e 14 anos, moradoras da área rural e da favela em um distrito do sudeste do Brasil. Foram encontradas taxas de aproximadamente 10% de transtornos mentais comuns em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais carentes. Entretanto nas áreas urbanas e nas favelas apresentaram taxas em torno de 20% de transtornos mentais comuns.

Por outro lado, dados estatísticos referentes à violência, divulgados pela Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (Sipani) no ano de 2009, apontam que 12% das 55,6 milhões de crianças brasileiras menores de 14 anos são vítimas anualmente de algum tipo de violência doméstica (UNICEF, 2009).

De acordo com a cartilha informativa sobre a Saúde da Criança do Ministério da Saúde (2008), a violência é o principal motivo de óbitos em adolescentes entre 10 e 19 anos. Esse mesmo material informativo afirma, ainda, que dos 2.370 registros de violência contra adolescentes registrados nos anos de 2006-2007, 56% foram referentes a violências sexuais, 50% a violências psicológicas, 48% a violências físicas e 13% negligência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em relatório divulgado pela The United Nations Children's Fund (UNICEF) em conjunto com a Agência de Notícias dos Direitos da Infância (ANDI) e o Ministério da Saúde (MS) foi indicado que, em 2009, jornais impressos do Brasil publicaram 159.324 notícias sobre violência na infância e na adolescência. Os tipos de violência mais focados na cobertura sobre adolescência foram: a violência nas ruas e comunidade (29,1%), abuso sexual (21,1%) e a violência doméstica (8,3%). Ainda, neste mesmo relatório, em conjunto com o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), a UNICEF constatou que a principal razão para meninos e meninas permanecerem nas ruas é a violência doméstica, responsável por 70% das citações sobre os motivos que levaram estes jovens a sair de casa (UNICEF, 2011).

A partir desses fatores que englobam a saúde mental de crianças e adolescentes e da notável ocorrência de atos de violência contra esta população, o presente estudo buscou verificar a ocorrência de violência contra jovens em atendimento no CAPSI, a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica, níveis de estresse e as possíveis correlações entre estes elementos.

Esta dissertação está organizada da seguinte forma: São exibidos alguns conceitos-chave que permeiam a perspectiva teórica utilizada na presente pesquisa. No Capítulo 1 são apresentados e discutidos conceitos referentes à adolescência, saúde mental na adolescência, estresse, sintomatologia psiquiátrica, sendo logo em seguida exposta a literatura acerca da violência e saúde mental na adolescência. O Capítulo 2 caracteriza-se pela exposição, em subseções, dos dados obtidos a partir da pesquisa propriamente dita desenvolvida no CAPSi. Nesta subseção, são indicadas as características gerais da amostra de adolescentes, seguidas da descrição geral dos instrumentos da amostra, e dos resultados de correlação existentes entre os níveis de estresse e sintomatologia psiquiátrica, assim como a correlação da ocorrência de violência com os dados de estresse. Na última sessão desta dissertação serão expostas as considerações finais do presente trabalho.

CAPÍTULO 1: SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA, ESTRESSE, SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), baseado na Lei nº 8.069 (1990), considera que jovens entre 12 e 18 anos estão atravessando a fase da adolescência. Já, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade. Apesar de haver diferenças quanto as idades determinadas pelo ECA e pela OMS na definição do período da adolescência, os aspectos que englobam esta fase do desenvolvimento humano podem ser vistos como comuns, os adolescentes passam por mudanças biológicas, psicológicas e sociais (SANTROCK, 2008), conceito esse aceito tanto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente quanto pela Organização Mundial da Saúde.

A fase da adolescência é caracterizada como um momento de mudanças (DIOGENES, OLIVEIRA, CARVALHO, 2011; SANTROCK, 2008; BIAGGIO, 2008) e crises desenvolvimentais (ERIKSON, 1979). Autores como Erikson (1976) e Santrock (2008), o primeiro mais tradicional na literatura sobre desenvolvimento humano, e o segundo mais contemporâneo, colocam que, na fase da adolescência, os jovens passam por mudanças nos âmbitos biológico, social e individual, as quais são determinantes na construção da identidade de cada jovem. Nessa fase do desenvolvimento a construção da identidade é fator central, que auxiliará na construção das respostas do indivíduo em diferentes contextos de sua vida. O autor precursor dessa concepção é Erik Erikson (1976). Esse autor afirma que, quando ocorre um desenvolvimento satisfatório e positivo, há a construção de uma personalidade que domina ativamente seu ambiente, a qual pode perceber corretamente o mundo e a si mesmo. A adolescência, para Erikson (1976), é um momento crucial para a construção da identidade. Ela é determinada por muitos fatores, tanto pelo que ocorreu anteriormente na vida do indivíduo como também pelo que ocorrerá, ou seja, por suas expectativas futuras.

Ainda, para Erikson (1976), a adolescência é caracterizada especialmente pela crise da identidade versus confusão de identidade. Esse é um momento no qual o jovem inicia a estabilidade de sua identidade; ao mesmo tempo em que há uma consideração de diferentes percepções, formas de compreender o mundo, de experiências que podem ser causadoras de confusão. Essa confusão - que é normal

e esperada nesse período - faz com que o jovem passe a refletir sobre as diferentes escolhas e caminhos possíveis a serem tomados por ele. A partir do momento no qual o ambiente em que esse jovem em desenvolvimento está inserido não proporciona experiências positivas e seguras, o mesmo pode desenvolver uma perturbação central em sua identidade, o que exacerba a regressão patológica (ERIKSON, 1998), interferindo diretamente no processo de construção da identidade e no desenvolvimento da personalidade como um todo.

Esses conceitos e características englobam o desenvolvimento normal da adolescência, quando o indivíduo passa por uma reformulação da visão de si, do mundo e de sua identidade (SANTROCK, 2008). Porém, a partir do momento em que esses jovens são expostos a fatores de risco, podem tornar-se emocionalmente vulneráveis (SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005). Tais fatores de risco podem ser caracterizados por condições de pobreza, rupturas na família e vivência de algum tipo de violência (AMPARO ET AL, 2008). Reppold et al (2002) observam que os fatores de risco são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis no desenvolvimento dos indivíduos. Esses aspectos podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo.

1.1 O Estresse no Desenvolvimento Adolescente.

A partir do que vimos sobre o desenvolvimento normal na adolescência, iniciamos a conceitualização das questões do estresse nesse contexto. Sendo a adolescência um período de mudança e crises (DIOGENES, OLIVEIRA, CARVALHO, 2011; SANTROCK, 2008; BIAGGIO, 2008; ERIKSON, 1979), vale aprofundar o papel do estresse, tanto aquele referente as questões desenvolvimentais normais, quanto aquele proveniente do ambiente em que o adolescente está inserido e em constante interação. Para haver um melhor entendimento acerca do papel do estresse no desenvolvimento humano, torna-se necessária a discussão do conceito de estresse.

Selye (1965) apresenta o estresse como uma reação do organismo que acontece frente a situações que necessitam de adaptações além do seu limite. Esse autor também apresenta as fases que caracterizam o estresse: a primeira caracterizada como alerta, acontece quando a pessoa entra em contato com uma

fonte de estresse, conhecida como “estressor”. O termo estressor é entendido como um evento ou estímulo que provoca ou conduz ao estresse (MARGIS ET AL, 2003). Nesse momento, o organismo perde seu equilíbrio interno à medida que se prepara para lutar contra a situação que necessita se adaptar. A segunda fase caracteriza-se pela resistência, que ocorre quando o organismo tenta se recuperar do desequilíbrio sofrido pela primeira etapa. No momento em que a pessoa não consegue alcançar uma harmonia interna, chega-se a terceira fase, a exaustão. Essa fase se caracteriza pela fase negativa do estresse, ou seja, patológica. É nesse momento, na fase de exaustão, que há um grande desequilíbrio interior, que pode se refletir tanto em prejuízos psicológicos quanto físicos.

Lipp (1984, 2000), por sua vez, observa que essa reação do organismo apresenta componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais. O estresse, de acordo com a autora, é uma reação que ocorre quando surge a necessidade de uma grande adaptação a um evento ou situação de importância com que determinada pessoa responde a estímulos que possam irritá-la, excitá-la ou amedrontá-la.

Segundo Lipp e Novaes (2000), o estresse se desenvolve quando as tensões do dia-a-dia mostram-se superiores à capacidade do indivíduo de dominá-las e/ou superá-las, impossibilitando-o de resistir e de criar estratégias para lidar com elas. O estresse altera a qualidade de vida da pessoa, causando diminuição da motivação necessária para as atividades diárias, especialmente nos desafios que o indivíduo encontra cotidianamente. Além disso, provoca a sensação de incompetência, como consequência ocorre a queda da autoestima (LIPP, NOVAES, 2000).

Por outro lado, nota-se que nem sempre o estresse é caracterizado como negativo. O estresse também possui suas características positivas, as quais se referem à fase inicial, de alerta, quando o organismo produz adrenalina que dá energia, possibilitando às pessoas a criatividade. Essa fase de produtividade é denominada, segundo Lipp (2000), de eustresse. O estresse negativo (distresse), nada mais é do que o estresse em excesso que ocorre quando a pessoa ultrapassa seus limites e esgota sua capacidade de adaptação (LIPP, 1984; LIPP, 2000). A forma como que a pessoa interpretará tais eventos será determinante para que essa seja uma experiência negativa à sua saúde ou não (LIPP, 2000).

Ao questionar o papel do estresse no desenvolvimento humano, Lipp (1989) constata que os sintomas de estresse podem se manifestar em diferentes fases do desenvolvimento humano. Na adolescência, o estresse pode ser desencadeado

tanto a partir das modificações sociais e cognitivas que o indivíduo vivencia nesse período, como a partir das alterações biológicas que caracterizam a puberdade (LIPP, 2000). Dessa forma, a adolescência é, por definição, um momento extremo, em que ocorrem mudanças e novas necessidades de adaptação.

Avanci, Assis e Oliveira (2008) propõem que a adolescência caracteriza-se fundamentalmente por estresses ocasionados pelas mudanças endócrinas e psicológicas, no auge do processo de individuação-separação do adolescente na formação da sua identidade. Assis et al (2008) propõem que a fase da adolescência é constituída de estressores ambientais recentes ou prévios, os quais, quando em demasia, podem influenciar no surgimento de sintomatologias psiquiátricas nessa fase. Assim, os sintomas de estresse estão associados a diferentes mudanças no funcionamento do organismo das pessoas, mudanças estas que incluem alterações tanto em sistemas físicos (como sistema endócrino, sistema imunológico e sistema nervoso), quanto em sistemas comportamentais, emocionais e cognitivos (LIPP, 1989).

Os eventos estressores podem levar a prejuízos consideráveis ao bom funcionamento físico e mental dos indivíduos (ESPER E FURTADO, 2010; REIS, FERNANDES, GOMES, 2010; BUSNELLO, SCHAEFER, KRISTENSEN, 2009, MAIA E WILLIANS, 2005). Esper e Furtado (2010) investigaram a relação entre a ocorrência de eventos estressores e a morbidade psiquiátrica de 449 mulheres gestantes da cidade de Ribeirão Preto (SP). Em seus resultados foi possível constar a correlação positiva e significativa em relação aos sintomas e queixas emocionais e a vivência de algum episódio estressante ($p < 0,01$). Benetti et al (2008), em seu estudo com 245 adolescentes estudantes da região metropolitana de Porto Alegre (RS), que teve como objetivo identificar as situações individuais, familiares e contextuais associadas às manifestações de problemas de saúde mental, concluíram que os eventos estressores também se compõem como vivências potencialmente ligadas ao surgimento de transtornos mentais

1.2 Violência e Saúde Mental na Adolescência

A partir do exposto na seção anterior deste trabalho, buscamos agora a interlocução do conceito de violência e seus impactos na saúde mental dos adolescentes. A violência é considerada como todo ato intencional de força física ou

poder, ameaçado ou real, contra si mesmo ou outra pessoa, sobre um grupo ou comunidade, que resulta ou tem alta probabilidade de resultar em lesão, dano psicológico ou privação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Dentro do âmbito da saúde, a violência também é vista como um fenômeno que envolve aspectos biológicos, emocionais e físicos e cuja dinâmica implica no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Atos de violência causam, de acordo com Assis et al (2009), malefícios diretos à saúde de crianças e adolescentes, já que cada vez mais tais atos ocorrem em nossa atualidade. Esse aspecto é evidenciado pelo estudo de Antoni e Koller (2010), através dos dados coletados pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil (SEDH/PRB). Os autores verificaram que a negligência e o abuso físico concentram o maior número de ligações recebidas pela Central de atendimento (Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes, o Disque 100) no período de 2003 e junho de 2009. Esse mesmo estudo evidencia que a violência registrada se caracteriza por 35% das relativas denúncias serem à negligência, 34% à violência psicológica e física e 31% à violência sexual. Em outro estudo, realizado para a apuração dos dados coletados pelo Sistema de Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais implantado no Estado de São Paulo, apurou-se que de 1.433 casos notificados, 54,2% eram relacionados à violência contra crianças e adolescentes com idades menores de 18 anos (GAWRYSZEWSK ET AL, 2007).

Estudos vêm apontando que a violência, tanto num âmbito intrafamiliar como extrafamiliar, atinge a vida das crianças e adolescentes de forma a prejudicar seus padrões de saúde (ASSIS ET AL, 2009; MARTINS, JORGE; 2009). As experiências de violência acabam tornando-se de grande amplitude, uma vez que essas vivências atingem de forma negativa a saúde mental dos indivíduos acometidos por ela (COSTA, 2007; AVANCI, SANTOS, OLIVEIRA, 2005). Elas podem vir a resultar no surgimento de culpa, tristeza, retraimento, vergonha, levando esses jovens a desenvolverem transtornos de humor, assim como outras psicopatologias (AVANCI ET AL, 2009).

Ribeiro et al (2009) afirmam que a violência tem sido a propagadora de danos à saúde mental de adolescentes. Devido ao trauma, esses jovens podem vir a desenvolver comportamentos de risco, os quais poderão interferir no seu crescimento. Concordando com essas perspectivas, a ocorrência de situações

traumáticas e a exposição à violência, tanto num âmbito pessoal, quanto na comunidade em que os jovens estão inseridos, são preditoras do desenvolvimento de dificuldades de adaptação, sintomas de ansiedade, depressão, comportamento agressivo e uso de drogas (GOUGLE, RESNNICK, KILPATRICK, 2009; KLIEWER, SULLIVAN, 2008; CLARK, ET AL, 2008).

Estudos relacionados às diferentes formas de violência vêm crescendo de forma significativa na atualidade, mostrando, assim, a necessidade de um maior aprofundamento no estudo das consequências negativas causadas por tais atos (LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010; COSTA, 2007; AVANCI, SANTOS, OLIVEIRA, 2005). Dessa forma, é cada vez mais urgente o entendimento e a compreensão da adolescência atingida pela violência, já que esses atos implicam diretamente na construção da identidade desses jovens e no surgimento de possíveis malefícios à saúde mental e seu comportamento social.

Ruzany et al (2010) visaram conhecer o contexto familiar de jovens de comunidades ribeirinhas da Reserva de Mamirauá, principalmente em relação a seus aspectos de saúde mental e vulnerabilidade emocional. Este estudo foi realizado na região amazônica do Brasil, tendo como participantes 307 sujeitos com faixa etária entre 10 e 24 anos. Como instrumento de pesquisa foi utilizado um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores. Nos resultados desta pesquisa observou-se que, dos 307 jovens avaliados, 48,5% já haviam sofrido algum tipo de violência pelos responsáveis, pai/mãe e irmãos. Também se concluiu que, 50% dos 158 adolescentes da faixa etária dos 10 a 14 anos indicaram ter parado suas atividades rotineiras por se sentirem tristes, sendo que os participantes do sexo masculino apresentaram percentuais maiores desse ocorrido.

O estudo de Benetti et al (2010) teve por objetivo identificar as situações individuais, familiares e contextuais associadas às manifestações de problemas de saúde mental em 245 adolescentes estudantes da região metropolitana de Porto Alegre, RS. Para alcançar esse objetivo, os pesquisadores utilizaram como instrumentos o Inventário de Eventos Estressores na Adolescência (IEEA) (FERLIN ET AL, 2000), o Questionário de Triagem da Exposição de Crianças à Violência na Comunidade (RICHTERS, MARTINEZ, 1993; ZAVASCHI COLS, 2002), o Inventário de Estilos Parentais (IEP) (GOMIDE, 2006) e, por fim, o Child Behavior Checklist (CBCL) (ACHENBACH, 1991; BORDIN, MARI, CAEIRO, 1995). Nesse estudo os resultados apontaram que as práticas parentais positivas (monitoria positiva e

comportamento moral) tiveram escores muito baixos, o que indicou pouco envolvimento dos pais no cuidado e supervisão dos filhos e sua pouca preocupação na transmissão de valores baseados em comportamentos de honestidade e justiça. Ainda nesse estudo foi possível constatar, a alta prevalência de transtornos psiquiátricos, através da aplicação do Child Behavior Checklist (CBCL). Dos 245 adolescentes avaliados, 13,9% dos jovens apresentaram diagnóstico clínico de internalização, manifestações estas caracterizadas por sintomas de ansiedade, depressão, somáticos e obsessivos, 17,1% dos jovens apresentaram diagnóstico clínico de externalização, quadro diagnóstico referente aos comportamentos agressivos, uso de substâncias, conduta antissocial e delinquência (BENETTI ET AL, 2010).

Silva et al (2010) realizaram 4 oficinas focais objetivando compreender e promover uma reflexão crítica junto aos adolescentes sobre as questões relacionadas com o uso abusivo de drogas e comportamentos violentos. Os encontros tiveram como foco as crenças, atitudes e ideias dos adolescentes acerca do uso abusivo de drogas e violência. Participaram do estudo 23 adolescentes com faixa etária de 15 a 20 anos, da cidade de Fortaleza (CE). Foram encontradas diferenças no entendimento dos adolescentes, antes e após as intervenções dos pesquisadores, sobre as implicações que o uso das drogas pode proporcionar em suas vidas, assim como os conceitos de diferentes tipos de violência, tanto violência comunitária quanto doméstica, as quais esses jovens estão sujeitos (SILVIA ET AL, 2010).

Fonseca et al (2009) tiveram como foco em seu estudo analisar as situações de violência domiciliar ocorridas com o agressor sob efeito do álcool. O estudo foi realizado em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes no ano de 2005, foram utilizados como instrumentos de pesquisa o Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (GALDURÓZ ET AL, 2000) e questionários com perguntas sobre dados sociodemográficos e uso de drogas psicotrópicas. Nos resultados deste estudo foi observado que, dos 7.939 domicílios pesquisados, 33,5% apresentaram histórico de violência domiciliar, sendo que 17,1% eram com agressores alcoolizados. A maioria das vítimas era do sexo feminino (63,9%), sendo que 33,9% eram esposas e 18,2% filhos (FONSECA ET AL, 2009).

Avanci et al (2007) tiveram como objetivo investigar os problemas de saúde mental de adolescentes escolares e identificar alguns aspectos individuais, sociais e familiares associados ao seu desenvolvimento. Como instrumentos foram utilizados: o questionário multidimensional, anônimo e auto-aplicado, instrumento esse constituído de diferentes autores, e o Self-Reported Questionnaire (SRQ-20) (HARDING ET AL, 1980; MARI, WILLIAMS, 1986). Neste estudo os autores concluíram que a prevalência de transtornos psiquiátricos foi representada por 29,4% dos 1.923 adolescentes participantes da pesquisa.

Avanci et al (2009) investigaram a associação entre o comportamento retraído/depressivo de crianças em idade escolar e a presença/ausência de violências vividas em casa, na escola e na comunidade. Este estudo teve como participantes 479 alunos entre 6 e 13 anos de idade, da 1ª série do ensino fundamental de escolas públicas de um município do Rio de Janeiro. Como instrumentos foram utilizados: o Child Behavior Checklist (CBCL) (BORDIN, MARI, 1995; ACHENBACH, RESCORLA, 2001), a Escala Tática de Conflitos (CTS) (STRAUS, 1979; HASSELMANN, REICHENHEIM, 2003) e o Self Reported Offenses (SRO) (KAHN ET AL, 1999). Os autores indicaram que a não-vivência de experiências violentas é característica da ausência do comportamento de retraimento/depressão nesta amostra. Ainda neste estudo, foram apresentadas associações entre o sexo masculino e a violência (na escola e no ambiente familiar) da realidade dos indivíduos (AVANCI ET AL, 2009). Por fim, os resultados do estudo mostraram que presenciar algum tipo de violência constituiu-se em um fator de risco importante para o surgimento de problemas de saúde mental entre os adolescentes investigados.

A relação entre violência e saúde mental na juventude é demonstrada no estudo de Aquino et al (2009), que teve como objetivo estimar a prevalência de histórico de violência sexual entre mulheres gestantes e sua associação com a percepção sobre saúde. As entrevistas ocorreram em serviços públicos de saúde em São Paulo, SP, entre os anos de 2006 e 2007. Foram utilizados como instrumentos um inventário de violência sexual, um inventário de dados sociodemográficos e o "Medical Outcomes Short-Form Health Survey" (SF-12®) (CICONELLI ET AL 1999; KOSINSKI, TURNER-BOWKER, GANDECK, 2002). Foi concluído, neste estudo, que em 57% das mulheres a primeira agressão ocorreu antes dos 14 anos, ainda na fase da adolescência.

Também visando observar os aspectos da saúde de jovens brasileiros, Paula et al (2009) analisaram os fatores de proteção e de risco para problemas de saúde mental entre adolescentes. Esta pesquisa contou com a participação de 327 adolescentes com idades entre 11 e 15 anos residentes do estado de São Paulo. Neste estudo foi utilizado como instrumento o Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (BORDIN, PAULA, 2007). Como resultado desta pesquisa obteve-se que crianças expostas à violência doméstica tinham três vezes mais chances de apresentar problemas referentes à saúde mental, do que aquelas expostas apenas à violência urbana ($p=0,04$; IC 95%: 1,03-7,55). Ainda, concluiu-se que a exposição à violência permaneceu no modelo final como fator associado a problemas de saúde mental ($p=0,02$; IC 95%: 1,12- 4,22) (PAULA ET AL 2008).

Avanci, Assis e Oliveira (2008) buscaram identificar fatores sociodemográficos, familiares e individuais com potencial de risco ao desenvolvimento de sintomas depressivos na adolescência. O estudo contou como participantes 1.923 alunos entre 11 e 19 anos de idade matriculados nas redes pública e privada da educação da cidade de São Gonçalo (RJ). Foram utilizados o Self-Reported Questionnaire (SRQ-20) (HARDING ET AL, 1980; MARI, WILLIAMS, 1986) e o Resilience Scale (RS) (WAGNILD, YOUNG, 1993), além de informações referentes a dados sociodemográficos dos jovens. Os resultados revelaram que dos 1.923 adolescentes avaliados, 10% apresentam sintomatologia depressiva, e que as meninas possuem mais que o dobro de chance de apresentar sintomatologia depressiva do que os meninos (IC: 1,58-3,67). As adolescentes vítimas de violência severa têm 6,49 mais chances (IC: 2,07-20,3) de apresentar sintomatologia depressiva. Os autores mostraram ainda, que os adolescentes com baixa autoestima possuem 6,43 mais chances (IC: 2,63-15,68) de apresentar sintomatologia depressiva e os adolescentes que vivenciaram separação dos pais têm 73% mais chances (IC: 1,16-2,57) de apresentar a sintomatologia depressiva.

Ao longo das análises da literatura pertinente a temática deste trabalho, foi possível detectar alguns fatores de risco para o surgimento de problemas na saúde mental dos adolescentes brasileiros. Benetti et al (2010), Avanci et al (2009), Paula et al (2008) e Avanci et al (2008) apresentam como fatores de risco para a saúde mental dos adolescentes: a exposição à violência doméstica, as práticas parentais negativas e a configuração familiar composta por padrasto e madrasta, pais separados. Já como fatores de proteção, Avanci et al (2009) e Avanci et al (2007)

observaram que a autoestima, a satisfação com a vida, a competência na escola e a atmosfera familiar afetiva podem contribuir para um desenvolvimento infanto-juvenil saudável. Dessa forma, fica evidente a importância de se conhecer a fundo as implicações desses atos de violência na vida das crianças e jovens, buscando assim identificar aspectos que possam contribuir com o planejamento de intervenções mais diretas junto a essa população. Isso ainda é mais verdadeiro na população do CAPSi, uma população já bastante vulnerável, que pode apresentar níveis importantes de sofrimento psicológico.

CAPÍTULO 2: ESTUDO EMPÍRICO ACERCA DO ESTUDO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DO CAPSi: NÍVEIS DE ESTRESSE, SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA E VIOLÊNCIA.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo Geral

Investigar a ocorrência de estresse, sintomatologia psiquiátrica e violência entre os adolescentes usuários do CAPS infanto-juvenil (CAPSi) de Santa Maria.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar dados sobre estresse físico e psicológico presentes na vida dos adolescentes usuários do CAPSi;
- Verificar a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica presente na vida dos adolescentes usuários do CAPSi;
- Conhecer a ocorrência de atos violentos contra os adolescentes usuários do CAPSi;
- Correlacionar as variáveis de sintomatologia psiquiátrica, estresse e violência dos adolescentes do CAPSi;

2.2 Método

2.2.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter descritivo correlacional e de abordagem quantitativa. Estudos transversais caracterizam-se pelo uso de uma amostra em que os elementos são medidos uma única vez no tempo e tendem a acolher um objetivo específico (HULLEY ET AL, 2008). O caráter descritivo visa descrever as características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2004). Os estudos de abordagem correlacional visam explorar relações que possam existir entre variáveis, exceto a relação de causa-efeito. O estudo das relações entre

variáveis é descritivo porque não há a manipulação de variáveis, sendo a predição o tipo de relação mais frequentemente estabelecida (ALMEIDA, ROUQUAYROL, 2002). Por fim, a abordagem quantitativa tem como objetivo traduzir em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas (HULLEY ET AL, 2008).

2.2.2 Participantes

Foram avaliados 52 adolescentes atendidos pelo CAPSi da cidade de Santa Maria. As faixas etárias utilizadas neste estudo se referem às estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069 (1990), no qual se salienta que adolescentes são aqueles categorizados entre doze e dezoito anos de idade. A amostra desta pesquisa foi composta por 33 (64%) adolescentes do sexo masculino e 19 (36%) adolescentes do sexo feminino. Foram acessados todos os adolescentes em atendimento no CAPSi no período da coleta de dados.

Como critérios de inclusão para a pesquisa foram incluídos todos os adolescentes que estivessem na lista de atendimento do CAPSi. Bem como, todos os adolescentes que aceitassem participar voluntariamente da presente pesquisa. Critérios de exclusão não foram adotados já que todos os adolescentes no serviço foram incluídos e nenhum adolescente se recusou a participar do estudo

2.2.3 Instrumentos

Para contemplar os objetivos da pesquisa foram aplicados quatro instrumentos:

- Ficha de Dados Sociodemográficos (ANEXO A): Esse instrumento foi adaptado a partir do utilizado no estudo "Os CAPS E Os Cuidados Psicossociais: Cenários E Possibilidades Na Evolução dos Portadores de Sofrimento Psíquico em Pelotas-Rs" (CNPq - Edital 07/2005 Saúde Mental – Processo: 554554/2005-4, sob a coordenação da Dra. Elaine Tomasi UCPEL/UFPEL) - QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO. Nesse questionário foram abordadas questões como: aspectos referentes à saúde do usuário, medicamentos utilizados e sua periodicidade, rotina do usuário, níveis escolares, satisfação com o atendimento no CAPSi, entre outros.

- Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) (MARI, WILLIAMS, 1986) (ANEXO B): O SRQ é um instrumento multidimensional, estruturado para uma entrevista psiquiátrica com fins diagnósticos, foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. É constituído de 20 perguntas, que podem ser completadas através de entrevista ou de autopreenchimento. Esse permite realizar rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores, como depressão, ansiedade, transtornos somatoformes, entre outros (GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008; COSTA ET AL, 2002). O SRQ foi criado para ser aplicado em países em desenvolvimento e apresenta padrões psicométricos bastante satisfatórios (IACOPONI, MARI, 1988), com especificidade de 77% e sensibilidade de 76%, sendo validado para uso no Brasil (MARI, WILLIAMS, 1986). O ponto de corte sugerido pelos autores na adaptação brasileira é de 8 pontos. Assim, acima de 8 indica sintomatologia psiquiátrica (GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008; COSTA ET AL, 2002; MARI, WILLIAMS, 1986). A consistência interna obtida através do Coeficiente de Cronbach mostrou-se satisfatória (0,86).

- Escala de Stress Infantil (ESI) (LUCARELLI, LIPP, 2005) (ANEXO C): Esse instrumento avalia os sintomas de estresse infantil nas áreas física e psicológica, através de um questionário estruturado, abrangendo a faixa etária dos 12 aos 14 anos. Auxilia como medida de sintomas de estresse infantil. Esta escala é constituída de 35 itens em escala Likert de 0 a 4 pontos, agrupados em quatro fatores, a saber: reações físicas (rf), reações psicológicas (rp), reações psicológicas com componente depressivo (rpcd) e reações psicofisiológicas (rpf). A consistência interna obtida através do Coeficiente de Alpha de Cronbach mostrou-se satisfatória (0,90). É importante salientar que essa escala foi selecionada em função da divisão das idades descritas acima na amostra.

- Escala de Stress para Adolescentes (ESA) (TRICOLLI, LIPP, 2006) (ANEXO D): Esse é um instrumento importante para a detecção e o tratamento de estresse em adolescentes entre 14 e 18 anos. Tem como objetivo avaliar sintomas de estresse nas áreas físicas e psicológicas, através de um questionário estruturado. Auxilia como medida de sintomas de estresse na adolescência. O ESA possui 44 itens em escala Likert de 1 a 5 pontos, tendo como objetivo detectar os sintomas e períodos do estresse, cada um deles agrupado em quatro fatores. Na descrição de sintomas

há: sintomas psicológicos, sintomas cognitivos, sintomas fisiológicos e sintomas interpessoais. Já os períodos de estresse são caracterizados como: fase de alerta, fase de resistência, fase de quase-exaustão e fase de exaustão. A consistência interna obtida através do Coeficiente de Alpha de Cronbach mostrou-se satisfatória (0,89).

- Verificação de violência: Foi verificada, de forma verbal junto à equipe técnica de referência e quando possível junto ao adolescente, a ocorrência de atos de violência contra os adolescentes. As respostas foram categorizadas em sim e não para a ocorrência de violência.

2.2.4 Procedimento para a coleta dos dados

Primeiramente, foi realizada uma capacitação ao grupo responsável pela pesquisa, a fim de potencializar o entendimento dos instrumentos utilizados. Posteriormente, foi solicitado aos pais ou responsáveis pelos jovens que autorizassem a participação dos mesmos na pesquisa, e somente após essa ação os adolescentes foram convidados a participar. Os adolescentes também receberam um termo de consentimento livre e esclarecido, indagando sua vontade de participação. Assim, a coleta dos dados foi realizada no CAPSi, nos meses de Janeiro de 2011 a junho de 2011. Cada aplicação tinha um tempo médio de 30 minutos e foi realizada pela equipe de pesquisa, já que a autora encontrava-se na realização de um intercâmbio em Portugal. Os instrumentos da pesquisa foram recolhidos após a aplicação e armazenados em envelopes lacrados sem identificação na sala da professora-orientadora da presente dissertação. No momento da aplicação a equipe responsável disponibilizava explicação a respeito das atividades desenvolvidas naquele momento, bem como, deixava os jovens livres para desistirem a qualquer momento, se essa fosse sua vontade. Torna-se importante esclarecer que as entrevistas foram realizadas tanto com os adolescentes quanto com seus cuidadores (pais ou responsáveis), na impossibilidade de os jovens responderem sozinhos aos instrumentos do estudo.

2.2.5 Procedimento para a análise dos dados

Para a realização da análise estatística foram utilizados: Estatística Descritiva (Média, Moda, Mediana, Frequências e Percentuais), Teste Não Paramétrico Chi-Quadrado e análise de Correlação de Pearson, com nível de significância estatística sempre que $p \leq 0,05$ (5%). Os cálculos foram realizados através de pacote estatístico SPSS 19.0.

2.2.6 Procedimentos Éticos

O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (ANEXO E).

Para participação na pesquisa foram previamente esclarecidos os objetivos do trabalho e, estando os responsáveis e os participantes de acordo, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo a orientação da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, a respeito da pesquisa envolvendo seres humanos. Foi ainda garantido ao participante seu direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, caso fosse de sua vontade, sem nenhum tipo de constrangimento por parte dos pesquisadores, e sem nenhum prejuízo no andamento de seu tratamento. Todas as informações obtidas com esta pesquisa foram protegidas através das questões éticas e de privacidade, preservando a identidade dos sujeitos de pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi construído em uma linguagem clara e de fácil compreensão, contendo ali o objetivo do estudo, os instrumentos que seriam utilizados, os dados do pesquisador, para contato do participante caso o mesmo julgasse necessário. Ambos os termos, tanto para os responsáveis quanto para os adolescentes, foram lidos juntamente com o pesquisador.

Os responsáveis e participantes foram alertados para seu direito de esclarecer suas dúvidas a qualquer momento sobre o desenvolvimento da pesquisa. Da mesma forma, foi assegurado ao responsável e ao adolescente participante que não teriam despesas pessoais para participar, bem como não seriam recompensados financeiramente pela sua participação.

Após o esclarecimento detalhado do estudo aos responsáveis e aos participantes, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de ambas as partes, e entrega de uma cópia do TCLE, foi iniciada a aplicação dos instrumentos pertinentes à pesquisa.

2.3 Características da amostra de adolescentes usuários do CAPSi.

Esta subseção tem como objetivo apresentar as características gerais da amostra em termos de saúde, atividades envolvidas no processo terapêutico e nível de satisfação dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi). Antes da apresentação dos dados propriamente ditos, torna-se necessário o esclarecimento de que as faixas etárias apresentadas aqui se referem às estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069 (1990), no qual se salienta que adolescentes são aqueles categorizados entre doze e dezoito anos de idade. Com isso, optou-se por utilizar essa categorização nas idades dos jovens atendidos do CAPSi.

Para a compreensão dos dados obtidos nesta pesquisa, é relevante apresentar que 10 (20,3%) dos adolescentes responderam ao presente questionário sem ajuda alguma, 26 (53,1%) necessitaram de ajuda em alguns momentos, 9 (18,4%) necessitaram que outra pessoa respondesse parte do questionário, e 5 (8,2%) necessitaram que outra pessoa respondesse completamente a ficha sociodemográfica.

Tabela 1 - Distribuição de frequência e percentual das características sociodemográficas dos sujeitos (N= 52)

Variáveis	f	%
Sexo		
Masculino	33	64
Feminino	19	36
Idade		
12 – 14	19	38
15 – 18	33	62
Cor de Pele		
Branca	32	62
Morena/parda	19	36
Preta	1	2

Nesta tabela observa-se que 64% dos participantes são do sexo masculino. Esse dado corresponde aos achados de outros estudos realizados com adolescentes atendidos em CAPSi, que também encontraram que o sexo masculino compõe a maior parte da população atendida por essas instituições (SILVEIRA ET AL, 2011; MONTEIRO ET AL, 2011; PEIXOTO ET AL, 2010; LOPES, FACUNDES, NÓBREGA, 2010; CARVALHO, SILVA, RODRIGUES, 2010; ROCHI, AVELAR, 2010; DELFINI ET AL, 2009; HOFFMANN ET AL, 2008; ESPOSITO E SAVOI, 2006; SANTOS, 2006; SANCHOEN-FERREIRA ET AL, 2002).

No que se refere às idades dos usuários do CAPSi, foi possível verificar que a média de idade foi de 14 anos ($Dp= 1,81$), sendo que a faixa etária que obteve maior concentração foi aquela situada entre a faixa dos 15 aos 18 anos (62,2%). Esse dado não se torna unânime nos estudos analisados anteriormente, já que, muitas vezes, em alguns CAPS são atendidas somente crianças. Além disso, não há uma orientação clara sobre o lugar de encaminhamento e atendimento dos adolescentes; essa população acaba sendo atendida em diferentes centros de atenção à saúde mental (SILVEIRA ET AL, 2011; PEIXOTO ET AL, 2010; LOPES, FACUNDES, NÓBREGA, 2010; CARVALHO, SILVA, RODRIGUES, 2010; DELFINI ET AL, 2009).

A seguir, na tabela 2, serão apresentados os dados sobre a escolaridade dos adolescentes atendidos no CAPSi estudado.

Tabela 2. Distribuição de frequências e percentuais das séries escolares.

Escolaridade	f	%
Ensino Fundamental	4	7,69
Ensino Médio	41	78,85
Não responderam	7	13,46
Total	52	100

No estudo realizado por Santos (2006), que investigou a configuração sociodemográfica de crianças atendidas em um CAPSi na cidade de Ribeirão Preto (SP), com 129 crianças e adolescentes com idades entre 2 e 17 anos, os resultados indicaram que 87,6 % dos jovens da amostra estudavam no ensino fundamental, e

que 7% estudavam no ensino médio. Espósito e Savoi (2006) verificaram que dos 107 jovens da cidade de São Paulo pesquisados, com idades entre 12 e 18 anos, 59% estavam frequentando a escola na ocasião da entrevista e 8% nunca frequentaram. Já no presente estudo todos os participantes estavam estudando na época do desenvolvimento da pesquisa.

No presente trabalho foi constatado que 38 (74%) dos adolescentes sabem ler e escrever, 9 (18%) sabem somente assinar o nome, 3 (5%) não sabem ler e escrever, 2 (3%) apenas escrevem. Nesse sentido, mesmo não tendo sido foco desta dissertação a análise específica de informações referentes a escola no dia-a-dia desses adolescentes, os dados observados suscitam uma reflexão. Percebeu-se que os adolescentes que vão à escola apresentam dificuldades no desempenho escolar, já que alguns afirmaram não saber ler e/ou escrever. A partir dessa informação torna-se então importante o desenvolvimento de pesquisas que abordem a questão da importância da escola no desenvolvimento infantil e adolescente.

No que se refere ao tempo em que o usuário é atendido no CAPSi, pode ser observado que muitos adolescentes estavam há um longo tempo em atendimento na instituição. A tabela a seguir apresenta informações sobre o assunto:

Tabela 3: Distribuição de frequências e percentuais em relação ao tempo de atendimento.

Tempo de Atendimento	f	%
De 1 a 2 anos	14	26,92
De 3 a 4 anos e 6 meses	23	44,23
De 5 a 7 anos	9	17,31
Não Respondeu	5	9,61
Não Lembra	1	1,93
Total	52	100

No estudo realizado por Melo e Furegato (2008), que visou conhecer as representações que usuários, familiares e profissionais construíram acerca de um CAPS no município do Rio de Janeiro, foi observado que, dos 11 usuários que participaram da pesquisa, 33,3% deles estavam em atendimento há mais de dois

anos. Em nosso estudo, 68,09% dos participantes estavam em atendimento há mais de dois anos.

2.3.1 Saúde dos adolescentes usuários do CAPSi.

A seguir, serão apresentados os dados dos aspectos da saúde dos adolescentes atendidos no CAPSi. Tais fatores foram coletados através da ficha de dados demográficos. Uma primeira informação se refere à percepção subjetiva dos adolescentes sobre como estava a sua saúde nos últimos 30 dias antes da aplicação dos instrumentos da pesquisa

Tabela 4: Distribuição de frequências e percentuais em relação à percepção sobre o estado de saúde dos adolescentes.

Estado de Saúde	f	%
Excelente	8	15,45
Muito Bom	3	5,15
Bom	18	36,35
Regular	16	32,15
Ruim	3	5,15
Não responderam	4	5,75
Total	52	100

Foi possível observar que o estado de saúde relatado pelos adolescentes com maior percentagem foi categorizado como bom (36,35%), seguido do estado de saúde regular (32,15%) e por fim do estado de saúde excelente (15,45%). Esse resultado nos leva a observar que mais de 50% acham que a saúde vai do conceito de bom para muito bom ou excelente. No estudo português desenvolvido por Corte-Real et al (2008), que visou analisar a percepção do estado de saúde dos 8.480 adolescentes portugueses, verificou-se que a maioria dos jovens obtinha uma boa ou muito boa avaliação do seu estado de saúde, sendo representado por 72% dos participantes que descreveram uma avaliação bastante positiva e apenas 4% referiram uma percepção negativa. No estudo brasileiro de Souza et al (2006) que avaliou a prevalência dos principais agravos à saúde na adolescência, de acordo

com a percepção de 253 adolescentes do Distrito Federal, os autores indicaram que 76% dos entrevistados apresentaram um estado de saúde muito bom ou bom, 22,4% descreveram um estado de saúde regular, e 2,0% relataram um estado de saúde ruim ou muito ruim.

Investigamos a utilização de diferentes tipos de drogas lícitas e ilícitas efetuada pelos adolescentes. No que se refere às drogas lícitas, detectou-se que 42 (80%) adolescentes nunca fumaram, 6 (12%) fumam e 4 (8%) já fumaram cigarros. Como forma de complementar tais informações, também se investigou o tempo que os adolescentes que responderam já terem fumado utilizam cigarros. Assim, dos que já fumaram e quiseram responder tal pergunta encontrou-se que, 2 (1,2%) fumaram pelo menos 1 ano, enquanto entre os demais, 1 fumou por 2 anos outros participantes descreveram que fumaram por menos de 8 meses. Questionou-se sobre o uso de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias antecedentes a data de coleta das informações. Foi levantado que 49 (94 %) adolescentes relataram não ter ingerido bebida alcoólica nos últimos 30 dias e 4 (6%) haviam ingerido.

Também foi investigada a utilização de drogas ilícitas pelos adolescentes. Somente a maconha foi citada como utilizada pelos jovens, sendo que somente 1 (2%) adolescente relatou uso. É importante salientar que tais dados foram coletados através da verbalização dos adolescentes, muitas vezes, na presença de um cuidador ou dos pais.

A respeito dos diagnósticos apresentados pelos usuários do CAPSi, foi possível observar que grande parte dos sujeitos não sabem, com clareza, seus diagnósticos. Deve-se salientar que as informações sobre diagnósticos aqui apresentados vieram do entendimento pessoal dos usuários e seus cuidadores, através da pergunta “Qual o motivo do tratamento que os levaram ao CAPSi?”. Constatamos que, muitas vezes são construídas pelos usuários ideias errôneas ou que não são baseadas em critérios diagnósticos, sendo adquiridas através do entendimento dos usuários e seus cuidadores. Além disso, alguns jovens desconhecem o motivo para seu atendimento no CAPSi. Esse fato foi observado quando 7 (14 %) adolescentes indicaram a resposta “Não Sei” para o motivo do atendimento na instituição.

Os motivos de busca pelos tratamentos relatados pelos usuários foram: depressão, estresse, hiperatividade, agitação, agressividade, dificuldades escolares e problemas de relacionamento. Esses últimos diagnósticos também são ressaltados

em pesquisas atuais (CARVALHO, SILVA, RODRIGUES, 2010; HOFFMANN ET AL 2008; SANTOS, 2006). Outros motivos ainda descritos pelos participantes foram: nervoso, deficiência mental, problemas para falar, problema psicológico, “retardante”, para melhorar, falha na cabeça, confusões e esquecimentos, não gosta de ficar em casa e tem medos. Apenas um usuário (2%) apresentou seu motivo de tratamento como uma nomenclatura diagnóstica utilizada em manuais nosológicos utilizando o termo transtorno do desenvolvimento global.

Após essa caracterização inicial serão apresentados os resultados referentes ao estresse, a sintomatologia psiquiátrica e a violência.

2.4 Níveis de estresse, sintomatologia psiquiátrica e ocorrência de atos de violência em jovens atendidos no CAPSi.

Este subcapítulo tem como objetivo principal apresentar os resultados a respeito dos níveis de estresse, de sintomatologia psiquiátrica e os dados de violência sofrida pelos jovens participantes da presente pesquisa. Sobre os instrumentos utilizados é importante apresentar algumas informações: a amostra foi composta por adolescentes de 12 a 18 anos, porém, para abarcar os objetivos do presente estudo foi necessário dividir a amostra em duas faixas de idades, dadas as particularidades dos instrumentos. Foram aplicadas a Escala de Stress Infantil (ESI) (LUCARELLI, LIPP, 2005) para os participantes com idades dos 12 aos 14 anos, e a Escala de Stress para adolescentes (ESA) (TRICOLLI, LIPP, 2006) para os adolescentes com idades dos 15 aos 18 anos. Também foi utilizado o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) (MARI, WILLIAMS, 1986), esse instrumento abarcou apenas os adolescentes na faixa etária dos 14 aos 18 anos. Cabe lembrar que esses ajustes foram necessários, pois embora inicialmente tenha sido utilizado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para a caracterização da adolescência, as compreensões sobre infância e adolescência podem ser diferenciadas, como mostram as faixas etárias compreendidas por cada instrumento. Sendo assim, neste primeiro momento serão apresentadas as descrições gerais dos instrumentos mencionados acima.

2.4.1 Descrição geral dos instrumentos na amostra

2.4.1.2 Estresse infantil através do ESI

A partir da utilização do instrumento ESI na avaliação de estresse de 19 (37,3%) adolescentes com idades entre 12 e 14 anos, obtivemos uma média global para a ocorrência de estresse de 52,40 pontos, com o desvio padrão de 21,52. Esse dado nos aponta que a média desses adolescentes se encontram na fase de alerta de estresse (ANEXO F). Difere do estudo realizado por Lucarelli e Lipp (1999), realizado com 255 crianças entre 6 e 14 anos de idade, de ambos os sexos e alunos de escolas públicas, que obteve uma média de 36,95 pontos, com desvio padrão de 19,64.

Para Lipp e Lucarelli (2005), a fase de alerta é uma fase transitória do estresse. Não se deve identificá-la como envolvendo estresse emocional permanente ou grave, mas representa a resposta do organismo a algo que se encontra presente e que perturba, de certa forma, o equilíbrio do organismo; ou seja, é um momento que ocorre algo desafiador para o sujeito (LUCARELLI, LIPP, 2005). Além da fase de alerta, as autoras apresentam mais 3 fases do estresse. A fase de resistência, que se caracteriza por um excesso de fontes de estresse na vida do sujeito, que irão mobilizar muita energia por parte do organismo do indivíduo para o enfrentamento de determinada situação. Também há a fase de quase-exaustão, que se refere ao estado grave do estresse, na qual o indivíduo não consegue combater os estressores presentes em sua realidade, iniciando dessa forma um adoecimento físico e /ou psicológico do adolescente. Por fim, a fase de exaustão, essa se caracteriza como a fase mais grave do estresse, é aquela fase no qual o indivíduo adoce de forma enfática fisicamente e psicologicamente (LUCARELLI, LIPP, 2005).

A seguir são apresentadas as informações detalhadas sobre as fases e as reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológica do estresse relatado pelos 19 adolescentes que se encontravam na faixa etária dos 12 aos 14 anos:

Tabela 5: Percentuais referentes às reações do estresse versus fases do estresse

ESI	Fase de Alerta	Fase de Resistência	Fase de Quase-exaustão	Fase de Exaustão
	%	%	%	%
Reações Físicas	33,3	13,3	-	53,3
Reações Psicológicas	33,3	13,3	-	53,3
Reações Psicológicas com componente depressivo	40	13,3	33,3	13,3
Reações Psicofisiológicas	26,7	33,3	6,7	33,3

Nota-se que 53 % da amostra se encontra em fase de exaustão em duas reações de estresse, a física e a psicológica. Sabe-se que a fase de exaustão é considerada como a fase mais negativa do estresse, sendo também denominada de patológica. Nesse momento ocorre um maior desequilíbrio, havendo um agravamento do desgaste do organismo e conseqüentemente do quadro apresentado pelos indivíduos (LUCARELLI, LIPP, 2005).

Observa-se que há um percentual de 40% da amostra na fase de alerta com reações psicológicas com componente depressivo. Nesse sentido torna-se importante haver uma maior compreensão sobre as reações psicológicas relacionadas ao estresse. Essas são caracterizadas pela presença de agressividade, medo e choro excessivo, pesadelos, ansiedade, insegurança, dificuldades de relacionamento, distúrbios de atenção e concentração, desobediência, irritabilidade, impaciência, depressão, terror noturno, mudanças constantes de humor, dificuldades escolares, uso de drogas, dentre outros comportamentos (LIPP, 2007; LIPP, ROMANO, 1987). Além disso, de acordo com Lipp (2007), o estresse infantil abrange sintomas vividos concomitantes que podem ser físicos e psicológicos. Os sintomas físicos mais frequentes são náuseas, dores de cabeça e de barriga, diarreia, agitação motora, tensão muscular, gagueira, enurese noturna, ranger de dentes, tique nervoso.

O estudo de Lemes et al (2003) buscou caracterizar o estresse em crianças pequenas de uma escola pública do município de São Paulo e comparar a correlação entre essa variável e o desempenho escolar das crianças de 1ª a 4ª série. Os resultados deste estudo mostram a importância da avaliação de estresse ao longo do desenvolvimento de crianças e adolescentes, já que das 342 crianças

avaliadas, 239 (69,9%) não apresentaram sintomas de estresse e 103 (30,1%) apresentaram sintomas de estresse. O estudo de Lena (2012) que avaliou a saúde de crianças com idades dos 4 aos 12 anos, usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria (RS), concluiu que, das 33 crianças atendidas no CAPSi, 63,2% apresentam sintomas de estresse de acordo com a escala de estresse infantil (LIPP, NOVAES, 1999).

O estudo de Mombelli et al (2011) investigou a relação entre a percepção do suporte familiar e o estresse infantil em 30 crianças, de ambos os sexos, com idade entre 7 e 12 anos, foi concluído que 73,3% das crianças apresentavam indicativos de estresse infantil com sintomatologia psicológica. Este estudo corrobora com os dados observados no presente trabalho, quando mais de 53% da amostra apresenta fase de exaustão do estresse, em duas reações, física e psicológica.

2.4.1.3 Estresse adolescente através do ESA

Para a avaliação do estresse de 33 adolescentes com idades entre 15 e 18 anos foi utilizado o instrumento ESA. A seguir apresentaremos as médias e o desvio-padrão do instrumento em relação à amostra do presente estudo. A divisão entre sexo foi realizada a partir da indicação do instrumento conforme o Anexo G.

Tabela 6: Médias (μ) e desvio-padrão (Dp) de estresse entre meninos e meninas

ESA Período	Masculino μ (Dp)	Feminino μ (Dp)
Período Total	2,52 (0,79)	2,43 (0,64)
Período de Alerta	2,55 (0,80)	2,50 (0,85)
Período de Resistência	2,58 (0,91)	2,37 (0,76)
Período de Quase-Exaustão	2,24 (0,99)	2,24 (0,58)
Período de Exaustão	2,93 (0,96)	2,69 (0,90)
<i>Média geral da amostra $\mu = 2,479$ Dp= ,707</i>		
ESA Sintomas	Masculino μ (Dp)	Feminino μ (Dp)
Sintoma Total	2,40 (0,82)	2,45 (0,66)
Sintoma Psicológico	2,51 (1,01)	2,55 (0,85)
Sintoma Cognitivo	2,64 (0,85)	2,55 (0,63)
Sintoma Fisiológico	1,95 (0,72)	2,16 (0,48)
Sintoma Interpessoal	2,41 (1,14)	2,40 (1,07)
<i>Média geral da amostra $\mu = 2,431$ Dp= ,733</i>		

A partir dos dados apresentados na tabela nota-se que os adolescentes desta pesquisa não apresentam níveis de estresse de acordo com as médias propostas pelo manual do instrumento (ANEXO G).

Em estudo desenvolvido por Lipp et al (2002) realizado em uma amostra de 255 escolares, com idades variando de 7 a 14 anos, que visou pesquisar a prevalência do estresse infantil no contexto escolar, resultou em uma prevalência de 12,5% de crianças com estresse grave. Por outro lado, na pesquisa desenvolvida por Justo e Novaes (2010), que investiga a influência do estilo parental sobre os níveis de estresse em 100 adolescentes, com idade entre 13 e 18 anos, encontrou-se que 27% não apresentavam estresse, 47% estavam com estresse moderado e 26% tinham níveis de estresse excessivo.

Já, na pesquisa de Machado, Veiga e Alves (2011), envolvendo 38 adolescentes, foi observado que 86,84% dos adolescentes enquadravam-se na categoria de “sem estresse”, tanto em sintomas quanto em período, como propostos pelo ESA. No mesmo estudo 13,16% apresentavam estresse em seu comportamento.

Diferentemente da presente amostra, Lipp et al (2002) apresentaram que as meninas tinham maior prevalência de estresse (sendo que a percentagem de meninas com estresse era 9,02% e a de meninos 3,53%). Esse dado corrobora os achados de Machado, Veiga e Alves (2011), em que se observou que 60% da amostra feminina apresentava indícios de estresse e 40 % dos participantes do gênero masculino apresentavam estresse.

Os autores Machado, Veiga e Alves (2011) indicaram que a classificação “sem estresse” utilizada não significa que eles não estejam passando por alguma forma de estresse, mas demonstra que seu estresse não foi considerado excessivo quando comparado com outros adolescentes da mesma faixa etária. Esses jovens podem estar passando por situações que ocasionam respostas de estresse, mas não em um nível considerado excessivo de estresse (MACHADO, VEIGA, ALVES, 2011). Observou-se na presente pesquisa que na fase de resistência ao estresse os meninos obtiveram um escore de 2,58, aproximando-se, mais do que os demais, ao ponto de corte estipulado pelo manual (>2,78).

2.4.1.4 Sintomatologia Psiquiátrica de acordo com o SRQ-20

Para a investigação acerca da ocorrência de sintomatologias psiquiátricas foram avaliados 33 adolescentes, entre 14 e 18 anos, idade esta que corresponde ao indicado pelo instrumento. Para a correção deste instrumento foi utilizado como ponto de corte o escore 8, que indica ocorrência de sintomatologia psiquiátrica merecedora de atenção (MARY, WILLIAMS, 1986; GONÇALVES ET AL, 2005). Foi obtido na presente amostra o escore médio de 8,3 e o desvio padrão de 4,21. Essa média amostral sugere a presença de sintomatologia psiquiátrica merecedora de atenção. São apresentadas as frequências e percentuais referentes ao SRQ-20 na tabela 7:

Tabela 7: Distribuição da freqüência e percentual de participantes que apresentam ou não sintomatologia psiquiátrica do SRQ-20.

SRQ-20	f	%
Com sintomatologia psiquiátrica	15	46,7
Sem sintomatologia psiquiátrica	18	53,3
Total	33	100

$\mu = 8,3$ ($Dp = 4,21$)

A partir dos dados do presente estudo, observa-se que mesmo que a maioria dos adolescentes, 18 (53,3%), não apresente sintomatologia psiquiátrica significativa, há um percentual igualmente alto de 15 (46,7%) que apresenta sintomatologia psiquiátrica. Contudo, é importante observar que esses jovens que apresentam sintomatologias psiquiátricas estão sendo atendidos em um local proposto para essa finalidade, o CAPSi. Por outro lado, é importante refletir e voltar o olhar para os 53,3% de adolescentes que não apresentam sintomatologia psiquiátrica e estão em atendimento no mesmo local. Esse aspecto evidencia a necessidade de uma maior atenção às reais demandas e necessidades dos usuários do local, possibilitando assim um atendimento mais singular ao usuário que necessita desse local e encaminhando os que necessitam de outras formas de apoio, para centros de saúde específicos. Uma vez que o CAPS é configurado como um local de referência e tratamento para indivíduos que sofrem com transtornos mentais, neuroses graves, psicoses e outros quadros, cuja severidade e/ou perseverança justifiquem sua permanência num lugar comunitário, de cuidado intensivo, personalizado e promotor de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em estudos utilizando o SRQ-20 é possível observar os seguintes achados: Avanci et al (2008) apontaram que 10% dos adolescentes apresentavam sintomatologia depressiva. O estudo de Paula et al (2008) com 323 adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas de Barretos (SP), encontrou que 12,5% destes jovens indicavam sintomatologias psiquiátricas, sendo mais frequentes a depressão e a ansiedade. Outro estudo apresentado por Avanci et al (2007) com 1.923 alunos de 7^a/8^a séries e de 1^o/2^o anos de escolas públicas e

privadas do município de São Gonçalo (RJ) concluiu que 29,4% dos adolescentes apresentavam indícios de transtornos mentais menores. Na pesquisa realizada por Fatori de Sá et al (2010) com 67 adolescentes de baixa renda com idades entre 4 e 17 anos do município de Embu (SP), 22,4% do total de jovens pesquisados indicavam problemas referente à sua saúde mental.

Referente ao sexo que apresenta maior prevalência de sintomatologia psiquiátrica foi constatado no presente trabalho que: das 19 adolescentes do sexo feminino do presente trabalho, 11 (80%) apresentavam sintomatologia psiquiátrica, pontuando uma média de 9,6 e um desvio padrão de 3,43. Já referente aos 33 adolescentes do sexo masculino constatou-se que 4 (26,7%) apresentavam sintomatologia psiquiátrica, pontuando uma média de 8,0 e um desvio padrão de 4,61. Com isso, percebe-se que as meninas atendidas no CAPSi da presente pesquisa estão apresentando maiores indícios de sintomatologias psiquiátricas que os meninos.

Esse resultado concorda em parte com aquele encontrado no estudo de Avanci et al (2008), que aponta que as meninas possuem mais que o dobro de chances de apresentar sintomas depressivos do que os meninos. Benetti et al (2010) visou identificar as situações individuais, familiares e contextuais associadas às manifestações de problemas de saúde mental em 245 adolescentes estudantes da região metropolitana de Porto Alegre (RS) também encontraram que o sexo feminino indica maiores níveis de sintomatologia (média de 58,14; desvio padrão de 8,96) do que os meninos (média de 55,46; desvio padrão de 8,22).

Com o intuito de observar em maior detalhe como se constituem as sintomatologias psiquiátricas, buscou-se analisar as questões do SRQ-20 respondidas pelos participantes. Foi possível levantar as frequências de ocorrência das 20 questões que constituem o instrumento, sendo possível identificar aquelas que possuíam maior prevalência. Observou-se que 21 adolescentes (70%) sentem-se nervosos, tensos e preocupados”, 17 (56,7%) “têm se sentido triste ultimamente”, 16 (53,3%) apresentam dores de cabeça, 16 (53,3%) “têm dificuldade em tomar decisões”. Essas informações mostram em que áreas os jovens apresentam maiores dificuldades.

Por outro lado, o instrumento também apresenta aspectos positivos, relacionados à promoção de saúde como autoestima e autoconceito dos jovens. Observou-se que 26 (86,7%) adolescentes responderam que “não são incapazes de

desempenhar um papel útil em suas vidas”, 22 (73,3%) jovens responderam que “não se sentem uma pessoa inútil (sem préstimo)” e 19 (63,3%) adolescentes “não têm perdido o interesse pelas coisas”. Outro aspecto merecedor de atenção foi quanto à questão: “tem ideia de acabar com sua vida”: 56,7% responderam que “não”, e 43,3 % responderam que “sim”.

A questão de ideação suicida torna-se importante para uma reflexão acerca de seu percentual em uma amostra de 37 adolescentes, 43,3% apresentam tal comportamento. O estudo desenvolvido por Assis, Pesce, Avanci (2006) indicou, através de um inquérito epidemiológico realizado no Brasil, que 14,3% de adolescentes escolares de uma cidade do Rio de Janeiro já cogitaram a possibilidade de acabar com a sua própria vida. Outro estudo, realizado com adolescentes portugueses de Souza et al (2010), concluiu que, do total de 960 adolescentes, há uma prevalência de ideação suicida em 7,7% dos jovens.

Assim como os aspectos sintomatológicos necessitam de um maior empenho na hora da realização de uma intervenção, a violência, que cada vez mais se apresenta como uma realidade a todos, podendo implicar em marcas na construção emocional e psicossocial desses sujeitos (NARDI, 2010; OLIVEIRA, SCIVOLETTO, CUNHA, 2010; FATORI DE SÁ ET AL, 2010; COSTA ET AL, 2007; MAIA, WILLIAMS, 2005; PECHANSKY, SZOBOT, SCIVOLETTO, 2004). Com isso, partimos para a apresentação dos dados referentes à ocorrência de violência no CAPSi.

2.4.1.5 Violência de acordo com o relato dos técnicos do CAPSi

Com o objetivo de verificar a ocorrência de violência no cotidiano dos usuários do CAPSi, optou-se por realizar um levantamento sobre a ocorrência desse fenômeno junto aos técnicos do serviço de atendimento à saúde mental responsáveis pelos jovens. Foi perguntado aos profissionais se tiveram conhecimento da ocorrência de violência na história de vida dos adolescentes usuários do CAPSi. A tabela 8 apresenta as informações obtidas junto a esses profissionais.

Tabela 8: Dados sobre a ocorrência de violência a partir do relato dos técnicos de referência do serviço de saúde mental.

Histórico de Violência	f	%
Sofreram violência	9	27,3
Não sofreram Violência	14	42,4
Não Sabe / Não respondeu	10	30,3
Total	33	100

A partir do relato dos técnicos nota-se que a percentagem que apresenta histórico de violência (27,3%) é menor do que a que não apresenta (42,4%). Tal dado mostra-se animador frente às altas taxas de atos de violência contra adolescentes brasileiros relatadas nos estudos da UNICEF (2011), UNICEF (2009) e MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). Porém, é importante voltar a atenção aos participantes que vivenciaram algum tipo de violência, uma vez que tais atos causam implicações negativas no desenvolvimento humano de crianças e adolescentes (FATORI DE SÁ ET AL, 2010; AVANCI ET AL, 2009; ASSIS ET AL, 2008; PAULA ET AL, 2008). A partir do momento que sofre violência, a criança ou adolescente pode apresentar alguns sinais, como citado por Avanci et al (2009). Dificuldades em expressar-se, pouca confiança no ambiente em que convive, pouca ambição, baixa autoestima são alguns dos indicadores de presença de violência na vida de crianças e adolescente. Esses mesmos autores afirmam que tais sentimentos podem levar o indivíduo ao desenvolvimento de sintomatologias depressivas.

A idéia de que a ocorrência de violência está cada vez mais presente no cotidiano da população em geral, Paula et al (2010) observaram que entre os 325 adolescentes de sua pesquisa, 107 (32,7%) referiram presenciar algum tipo de violência em casa ou na rua. Benetti et al (2010) também notaram que a violência estava presente no cotidiano dos adolescentes estudados. Os tipos de violência foram: comunitária, roubo, assalto e exposição a armas de fogo, sendo mais comuns tais eventos no cotidiano de adolescentes do sexo masculino.

A seguir serão apresentadas informações sobre a presença de sintomatologia psiquiátrica e a exposição à violência nos adolescentes usuários do CAPSi.

Lembramos que esses dados são relativos a 33 adolescentes que responderam o SRQ-20.

Tabela 9: Ocorrência de Sintomatologia psiquiátrica através do SRQ-20 em relação à violência.

SRQ-20	Violência		Total
	Sim	Não	
Sem sintomatologia psiquiátrica	3 (21,4%)	14 (78,6%)	17
Com sintomatologia psiquiátrica	4 (26,7%)	12 (73,3%)	16
Total	7 (24,1%)	26 (75,9%)	33

A partir da tabela acima é possível observar que 4 (26,7%) adolescentes apresentaram níveis de sintomatologia psiquiátrica merecedora de atenção e também sofreram violência, frente a 3 (21,4%) adolescentes que sofreram violência, contudo não apresentaram sintomatologia psiquiátrica merecedora de atenção. Esse resultado foi submetido ao teste não paramétrico chi-quadrado e não apresentou diferença estatística significativa ($p= 0,74$).

Porém, segundo Avanci et al (2007), a violência psicológica é o fator que mais se agrega ao surgimento de problemas de saúde mental em jovens. Benetti et al (2010) observam também que tanto a exposição direta como a indireta à violência constituem-se como situações prejudiciais ao desenvolvimento de crianças e adolescentes. A pesquisa de Fatori de Sá et al (2010), por sua vez, teve como objetivo identificar fatores associados a problemas de saúde mental em crianças/adolescentes da cidade de São Paulo com 67 adolescentes, apresentou que a presença de punição física grave contra crianças e adolescentes é um fator de risco para problemas de saúde mental nos jovens estudados. Através desses estudos pode-se ver que fica evidente a associação da violência à sintomatologia psiquiátrica. Tal afirmação também é confirmada no estudo de Habigzang et al (2008) que avaliou as consequências do abuso sexual em 10 meninas na cidade de Porto Alegre (RS). Nesse estudo foi constatado que entre as 10 meninas avaliadas, 4 revelaram indicadores de depressão.

Com a finalidade de investigar qual gênero apresentou mais eventos de violência, foi realizado teste não paramétrico chi-quadrado, os resultados estão expostos na tabela abaixo:

Tabela 10: Ocorrência de violência em relação ao sexo.

Sexo	Violência		Total
	Sim	Não	
Masculino	7 (40,0%)	11 (60,0%)	18
Feminino	2 (12,5%)	13 (87,5%)	15
Total	9 (27,3%)	24 (72,2%)	33

Foi observado que 11 (60%) meninos não passaram por eventos de violência, e 7 (40%) passaram por tais eventos. Quanto às meninas, 13 (87,5%) não sofreram eventos de violência, contrapondo as duas (12,5%) adolescentes que têm esse evento relatado pelos técnicos. Embora a diferença entre os gêneros não seja estatisticamente significativa ($p=0,06$), nota-se que o nível significativo é próximo ao ponto de significância estatística estabelecido para o presente trabalho que é de $p \leq 0,05$.

No estudo de Benetti et al (2010) também foi observado que entre os 245 adolescentes investigados, os meninos foram mais expostos a eventos de violência do que as meninas. Contudo, Brito et al (2005) apresentaram características gerais de 55 famílias nas quais houve a ocorrência de violência doméstica contra crianças, no Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI - Rio Preto), concluiu-se que 60% das crianças e adolescentes vítimas de violência eram meninas. Com isso, percebe-se que ainda é necessária uma maior investigação acerca dos dados referentes ao gênero com maior incidência de ter sofrido violência. A seguir serão expostos os dados de correlação entre os instrumentos envolvidos neste estudo.

2.5 Correlação entre níveis de estresse, sintomatologia psiquiátrica e ocorrência de violência em adolescentes usuários CAPSi.

Este subcapítulo tem como objetivo geral apresentar os resultados e discussões do estudo e de correlação existentes entre os níveis de estresse e sintomatologia psiquiátrica, bem como a correlação da ocorrência de violência com os dados de estresse. Para a realização das correlações foi utilizado o teste correlação de Pearson, com o nível de significância estatística considerada de $p \leq 0,05$. Os resultados estão apresentados nas tabelas abaixo:

Tabela 11 – Correlação de Pearson entre sintomas de estresse pelo ESA e sintomatologia psiquiátrica dado pelo SRQ-20.

ESA	Sintoma Total (r^2)	Sintoma Psicológico (r^2)	Sintoma Cognitivo (r^2)	Sintoma Fisiológico (r^2)	Sintoma Interpessoal (r^2)
SRQ-20	0,66 p= 0,000	0,57 p=0,001	0,65 p = 0,000	0,73 p= 0,000	0,30 p=0,114

A partir da análise da presente tabela, observa-se que os adolescentes usuários do CAPSi que apresentam sintomas de estresse também apresentam níveis de sintomatologia psiquiátrica. Como é possível observar, há uma correlação muito forte, positiva e estatisticamente significativa entre sintoma fisiológico e a sintomatologia psiquiátrica ($r^2 = 0,73$; $p=0,000$). A partir dessa informação, vale lembrar que o estresse fisiológico se manifesta através de distúrbios psicossomáticos, como dores de cabeça, diarreia, náuseas, entre outros sintomas físicos possíveis (LUCARELLI, LIPP, 2005).

Obteve-se ainda uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa entre estresse cognitivo e a sintomatologia psiquiátrica ($r^2 = 0,65$; $p=0,000$). O estresse cognitivo manifesta-se através de pesadelos, pensamentos repetitivos e ruminções de ideias, perda da realidade, fantasia e substituição da realidade (LUCARELLI, LIPP, 2005). Também ao se analisar uma correlação entre sintomatologia psiquiátrica e os níveis totais de sintoma de estresse, foi obtida uma correlação forte e estatisticamente significativa ($r^2 = 0,66$; $p=0,000$). Por fim, houve

uma correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa entre sintoma de estresse psicológico e sintomatologia psiquiátrica ($r^2=0,57$; $p=0,001$). O estresse psicológico é caracterizado por manifestações psicológicas de ansiedade, angústia, dúvidas quanto a si próprio, dificuldades de concentração, preocupação excessiva e hipersensibilidade excessiva (LUCARELLI, LIPP, 2005; SILVA, MARTINEZ, 2005). Lipp et al (2007) acrescentam que sintomas psicológicos, na infância e adolescência podem se manifestar através de agressividade, dificuldades de relacionamento, mudanças constantes de humor, depressão, desânimo, uso de drogas e desobediência.

Avanci et al (2008), por sua vez, mostram que devido a fase da adolescência ser constituída de extremas mudanças, e, observa-se a presença de altos níveis de estresse que podem ocasionar a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica, mais especificamente a depressão. O estudo desenvolvido por Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008), que investigou a incidência dos distúrbios mentais em serviços de saúde mental entre 1997/2001. Mostraram que o diagnóstico de reação a estresse grave está ligado a transtornos de ajustamento, que se caracterizam por uma sintomatologia ansiosa e/ou depressiva que necessitam, para seu desencadeamento, de um acontecimento particularmente estressante (CID-10, 1993).

De acordo com Watheier e Dell'aglio (2007), em seu estudo com 257 jovens institucionalizados, com idades de 7 a 16 anos de ambos os sexos na cidade de Porto Alegre (RS), observou-se uma correlação fraca, porém estatisticamente significativa ($r=0,37$; $p<0,01$) entre o acontecimento de eventos estressores e a revelação de sintomas depressivos entre os jovens.

Tabela 12: Correlação de Pearson entre período de estresse pelo ESA e sintomatologia psiquiátrica dada pelo SRQ-20.

ESA	Período Total (r^2)	Período Alerta (r^2)	Período Resistência (r^2)	Período Quase-Exaustão (r^2)	Período Exaustão (r^2)
SRQ-20	0, 39	0, 35	0, 21	0, 38	0, 42
	$p=0,036$	$p=0,062$	$p= 0,274$	$p= 0,044$	$p=0,026$

A partir da análise da presente tabela, observa-se que há correlação significativa entre período de estresse e ocorrência de sintomatologia psiquiátrica. Dentre essas correlações apresentadas na tabela observa-se que o período de exaustão apresenta uma correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa com a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica ($r^2 = 0,42$, $p = 0,024$). O período de exaustão caracteriza-se como a fase patológica do estresse, causando graves prejuízos à saúde física e mental dos adolescentes (LIPP, 2000).

Observou-se também uma correlação fraca, porém estatisticamente significativa no quesito período de estresse total e sintomatologia psiquiátrica ($r^2 = 0,39$, $p = 0,036$). Foi encontrada da mesma forma uma correlação fraca, porém estatisticamente significativa do período de quase-exaustão de estresse e sintomatologia psiquiátrica ($r^2 = 0,38$, $p = 0,044$). Esse período é o limite do controle do organismo e da resistência física e emocional, neste momento inicia o aparecimento de doenças físicas e/ ou psicológicas (LUCARELLI, LIPP, 2005). Estes períodos de estresse, quase-exaustão e exaustão, caracterizam-se pelo adoecimento fisiológico e/ou psicológico do indivíduo, sendo assinalados os mais altos prejuízos à saúde mental do sujeito (TRICOLI, LIPP, 2006; LUCARELLI, LIPP, 2005).

Com relação à ocorrência de violência e sintomas de estresse foram verificados dados importantíssimos, como é possível observar na tabela abaixo:

Tabela 13: Correlação de Pearson entre ocorrência de violência e sintomas de estresse dado pelo ESA.

ESA Sintoma	Violência			
	Sim		Não	
	r^2	(p)	r^2	(p)
Sintoma Total	0,71	(0,072)	0,63	(0,002)
Sintoma Psicológico	0,63	(0,125)	0,55	(0,010)
Sintoma Cognitivo	0,81	(0,025)	0,56	(0,008)
Sintoma Fisiológico	0,95	(0,001)	0,60	(0,004)
Sintomas Interpessoais	0,16	(0,727)	0,28	(0,212)

Observa-se na tabela acima que a maioria das correlações estatisticamente significativas ocorreu entre os jovens que não sofreram violência. Porém, é importante notar que as correlações mais fortes, positivas e estatisticamente significativas ocorreram nos jovens que sofreram violência, como é possível verificar pelas informações sobre o estresse cognitivos ($r^2=0,81$, $p=0,001$) e estresse fisiológico ($r^2=0,95$, $p=0,001$) e sintomatologia psiquiátrica. Assim entendemos que os adolescentes que sofreram algum tipo de violência, a partir do relato dos técnicos, apresentam sintomas de estresse fisiológico e cognitivo em níveis mais elevados, e apresentaram correlações mais fortes que os demais períodos de estresse. Esse resultado corrobora os achados em pesquisas que indicam que a violência proporciona consequências negativas para o desenvolvimento de adolescentes (PAULA ET AL, 2010; FATORI DE SÁ ET AL, 2010; AVANCI ET AL, 2008; MIRANDA, TARASCONI, SCORTEGAGNA, 2008).

Tabela 14: Correlação de Pearson entre ocorrência de violência e período de estresse dado pelo ESA.

ESA Período de Estresse	Violência	
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
	r^2 (p)	r^2 (p)
ESA Período Total	0, 58 (0,001)	0, 25 (0,289)
ESA Alerta	0, 57 (0,177)	0, 28 (0,219)
ESA Resistência	0, 36 (0,427)	0, 09 (0,702)
ESA Quase-exaustão	0, 95 (0,001)	0, 12 (0,613)
ESA Exaustão	0, 63 (0,129)	0, 34 (0,139)

Foram observadas correlações muito fortes, positivas e estatisticamente significativas entre a ocorrência de violência e o período total de estresse ($r^2= 0,58$; $p=0, 001$) e o período de quase-exaustão e a ocorrência de violência ($r^2= 0,95$; $p=0, 001$). O período de quase-exaustão caracteriza-se pelo adoecimento fisiológico e /ou psicológico do indivíduo, implicando em altos prejuízos à saúde mental dos indivíduos (LUCARELLI, LIPP, 2005). Esse aspecto revela as implicações graves que a violência pode acarretar aos adolescentes, como problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos durante toda a vida. Ela associa-se a

comportamentos prejudiciais à saúde dos adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Por fim, é interessante notar que a fase de quase-exaustão tem elementos relacionados ao adoecimento patológico nos âmbitos físico e psicológico do indivíduo. Assim, é possível pensar nas relações entre esse período e a violência, na medida em que ambos os eventos contribuem para malefícios à saúde dos indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da concretização deste trabalho foi possível realizar um levantamento sobre algumas informações da saúde dos adolescentes atendidos no CAPSi. Buscou-se avaliar suas condições atuais, visando analisar as demandas apresentadas por esta população, que muitas vezes não encontra um local apropriado para tratamento. O objetivo primordial desta caminhada foi buscar informações para oferecer um melhor entendimento dessa população. Tal objetivo acabará resultando na instrumentalização da equipe técnica responsável pelo atendimento, a fim de melhorar o atendimento do local em questão.

Segundo a OMS (1994), é recomendado que sejam criadas ações educativas juntos aos profissionais de saúde em geral, objetivando aumentar a sensibilidade ao entendimento dos indicadores de problemas de saúde mental e aos sintomas psicológicos, evidenciados pelas populações atendidas pelos profissionais da medicina. Porém esse aspecto não se refere a indicar somente à classe de médicos, mas a todos os profissionais que têm atuação com usuários de serviços de atenção à saúde mental. Dessa forma, haverá uma maior seriedade quanto à detecção de aspectos sintomatológicos e a elaboração de planos de tratamentos mais direcionados as demandas apresentadas pelos indivíduos, isso é particularmente importante quando nos referimos a fases da infância e adolescência, quando o indivíduo está construindo sua subjetividade, sua personalidade e suas ideias morais (ERIKSON, 1998). Esse aspecto é evidenciado por Assis et al (2008), quando discute que a fase da adolescência é constituída essencialmente por estresses originados pelas mudanças psicológicas e endócrinas, no cume do processo de individuação-separação do jovem na formação da sua identidade.

Do ponto de vista desta pesquisa, percebeu-se a necessidade de uma identificação precoce dos sinais de estresse e sintomatologia psiquiátrica apresentados pelos jovens usuários do serviço, visando um atendimento direcionado as necessidades dessa população. Atendimentos a adolescentes devem englobar as crises desta fase (ERIKSON, 1998), como possíveis implicações de eventos que possam aludir consequências negativas para o desenvolvimento desses jovens.

Nos resultados relativos à caracterização sociodemográfica foi possível constatar que 64% dos participantes do presente trabalho são do sexo masculino, sobrepondo o número de meninas atendidas no CAPSi, que são representadas por

36% da amostra. Também foi possível verificar que a média de idade dos adolescentes foi de 14 anos ($Dp= 1,81$). Questões referentes ao sexo dos usuários de serviços de saúde mental abre-se um vasto campo de pesquisa acerca das características que se sobressaem nos sujeitos que sofrem de estresse e sintomatologias psiquiátricas, visando, com isso, à prevenção da saúde mental desses indivíduos.

Este trabalho também buscou verificar o tempo em que os adolescentes estavam em atendimento no CAPSi. Evidenciou-se que o tempo de atendimento foi de mais de dois anos, 68,09% dos participantes se encontram nessa situação. Esse resultado nos indica duas possibilidades, a primeira de que há uma continuidade no tratamento, sendo esse caracterizado por uma intervenção iniciada precocemente, visando uma melhora do indivíduo. Porém, também nos indica a possibilidade de haver uma cronificação dos tratamentos nos locais de atenção à saúde mental. Tais possibilidades podem ser vistas a partir de futuras pesquisas sobre essa temática.

A partir desses dados, este trabalho buscou verificar a percepção dos adolescentes acerca de sua saúde. Os estados de saúde com maior frequência, de acordo com o relato dos jovens, foram o “bom” (36,35%) e o “regular” (32,15%). Esse aspecto torna-se relevante a partir do momento que a adolescência é caracterizada sobre a percepção que o indivíduo tem de si e do mundo (ERIKSON, 1998). A forma como esses jovens se veem mostra como eles estão se desenvolvendo. Acreditamos que a percepção do indivíduo sobre sua saúde é fundamental para o planejamento de intervenções no âmbito da saúde mental. Tal percepção ligada a intervenções terapêuticas eficazes promove uma positiva qualidade de vida para os adolescentes. Gaspar et al (2006) afirmam que a qualidade de vida em crianças e adolescentes está intimamente relacionada com a sua saúde mental e o bem-estar subjetivo. Mesmo não sendo o foco do presente trabalho, torna-se relevante o esclarecimento sobre o conceito de bem-estar subjetivo. Esse pode ser entendido como uma dimensão positiva da saúde, sendo considerado um complexo conceito, que engloba a dimensão cognitiva e afetiva das experiências dos indivíduos (GALINHA, PAIS RIBEIRO, 2005).

Quanto aos resultados dos instrumentos utilizados neste estudo, foi constatado que: os adolescentes de 12 a 14 anos apresentaram uma média de ocorrência de estresse de 52,40 pontos, com o desvio padrão de 21,52, apontando a ocorrência da fase de alerta de estresse de acordo com Lucarelli e Lipp (2005).

Percebe-se, ainda, que 53 % dos adolescentes de 12 a 14 anos apresentam-se em fase de exaustão em duas reações de estresse, a física e a psicológica. Desta forma, pode se concluir que uma percentagem importante de adolescentes encontra-se em um período de estresse caracterizado como patológico gerador de graves prejuízos à saúde física e mental do indivíduo (LIPP, 2000). Tal informação é relevante já que, segundo Eisenstein, Jorge, Lima (2009), a adolescência é constituída de intensos períodos de desenvolvimento corporal, crescimento, cognitivo e emocional, necessitando de condições afetivas e sociais favoráveis para o completo desenvolvimento de suas potencialidades vitais. Assis et al (2008) propõem que a fase da adolescência, com tantos estressores ambientais recentes ou prévios, também podem influenciar no surgimento de sintomas depressivos. Assim, o alto grau de estresse nessa fase do desenvolvimento torna-se influenciador da construção da identidade, que ocorre nesse momento (ERIKSON, 1998).

Observa-se que 4 (26,7%) dos adolescentes apresentam histórico de violência e sintomatologia psiquiátrica. Mesmo que esse número se mostre discreto, indica que a violência pode sim estar atrelada à sintomatologia psiquiátrica (PAULA ET AL, 2010; FATORI DE SÁ ET AL, 2010; AVANCI ET AL, 2008; MIRANDA, TARASCONI E SCORTEGAGNA, 2008). Com isso, podemos entender a violência como um fator de risco que pode contribuir para o sofrimento mental de indivíduos. Os fatores de risco podem ser caracterizados por condições de pobreza, rupturas na família e vivência de algum tipo de violência (AMPARO ET AL, 2008). Reppold et al (2002) afirmam que os fatores de risco são variáveis ou condições ligadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis. O entendimento e a identificação desses fatores de risco poderão auxiliar na construção de intervenções direcionadas a tais temáticas, podendo assim prevenir um agravamento de sintomatologias psiquiátricas ao longo do desenvolvimento de adolescentes.

Nessa mesma perspectiva foi observado que 80% (média de 9,6 e desvio padrão de 3,43) das meninas apresentaram indícios de sintomatologia psiquiátrica, o que corrobora os achados dos estudos de Avanci et al (2008) e Benetti et al (2010). Dentre as implicações da violência no desenvolvimento humano, nota-se o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) que vem se mostrando como um dos mais relevantes. Muito embora não seja esse o foco do presente estudo, é importante salientar que estudos com TEPT convergem aos estudos de estresse e

violência. Estudos nos mostram que vítimas de violência apresentam características desse transtorno em grande escala (XIMENES, OLIVEIRA, ASSIS, 2009; LABRADOR ET AL, 2009; HABIGZANG ET AL, 2008). A partir dessas perspectivas o estresse e a violência proporcionam um vasto campo de pesquisas futuras, acerca de suas relações e implicações na saúde de diferentes faixas etárias.

No que se refere aos resultados obtidos através da realização de testes de correlações entre as variáveis foi observado que as mesmas, na grande maioria, foram estatisticamente significativas. Por exemplo, na correlação forte, positiva e estatisticamente significativa entre sintoma fisiológico de estresse e sintomatologia psiquiátrica ($r^2 = 0,73$; $p=0,000$). Assim como, nas correlações entre períodos de estresse e sintomatologia psiquiátrica, foi concluído que o período de exaustão apresenta uma correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa com a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica ($r^2 = 0,42$, $p =0,024$). Retomando que esse período de estresse é gerador de altos prejuízos à saúde mental e física dos indivíduos (LIPP, 2000).

Um resultado peculiar desta pesquisa foi quanto à alta ocorrência da fase de quase-exaustão e exaustão nos adolescentes pesquisados. Os períodos de estresse, quase-exaustão e exaustão, caracterizam-se pelo adoecimento fisiológico e /ou psicológico do indivíduo, sendo caracterizados por prejuízos à saúde mental do sujeito (LUCARELLI, LIPP, 2005; TRICOLI, LIPP, 2006). Assim, podemos inferir que os participantes deste trabalho estão em estágios graves de estresse, merecedores de atenção e justificando, pela gravidade da questão, todo o desenho do estudo.

Assim, evidenciamos os benefícios em estudar mais profundamente a população em questão. Novos estudos, com outras metodologias, poderão gerar ainda mais dados, que contribuirão para o aperfeiçoamento do atendimento à saúde mental de adolescentes. Contudo, concluímos que o presente estudo contribui com o entendimento da população abordada neste trabalho, com o seu planejamento terapêutico e com o serviço, na medida em que estes dados contribuam para o trabalho desempenhado no CAPSi.

“...Saúde mental é um estado de boa adaptação, com uma sensação subjetiva de bem-estar, prazer de viver e uma sensação de que o indivíduo está a exercer os seus talentos e aptidões”
(Caplin, 1989)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABERASTURY, A. e cols. **Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990.

ACHENBACH, T. M. Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. **Burlington: University of Vermont**, Department of Psychiatry, 1991.

ACHENBACH. T.M; RESCORLA, L.A. Manual for the ASEBA School-age forms e profiles. Burlington: University of Vermont, **Research Center for Children, Youth e Families**, 2001.

ALMEIDA, N.F; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

AMPARO, D.M et al. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. **Estud. psicol.** (Natal) vol.13 no. 2 Natal May/Aug, 2008.

ANSELMÍ, L. A. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública (USP. Impresso)**, São Paulo, v. 42, p. 26-33, 2008.

ANTONI, C. D.; KOLLER, S. H. Uma família fisicamente violenta: uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. **Temas em Psicologia**. Vol. 18, no 1, 17 – 30, 2010.

ASSIS, S.G.; PESCE, R.P.; AVANCI, J. Q. **Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ASSIS, et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. saúde coletiva** [online] vol.14, n.2, pp. 349-361, 2009.

AVANCI et al. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.14, n.2, pp. 383-394, 2009.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(10): 2334-2346, out, 2008.

AVANCI, J. Q. et al. Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Jul-Set, Vol. 23 n. 3, pp. 287-294, 2007.

AVANCI, et al. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev. Saúde Pública* [online]. vol.39, n.5, pp. 702-708, 2005.

AQUINO, N. M. R. et al. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. **Rev. Saúde Pública**. vol.43 no.6 São Paulo, 2009.

BENETTI, S. P. C. et al Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **Psico-USF** (Impr.) vol.15 no.3 Itatiba Sept./Dec, 2010.

BIAGGIO, A. M. B. **Psicologia do Desenvolvimento**. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BONTEMPO, V. L. A assembléia de usuários e o CAPSI. **Psicol. cienc. prof.** v.29 n.1 Brasília mar, 2009

BORDIN, I. A. S. et al. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Rev Bras Psiquiatr**. 28(4):290-6, 2006.

BORDIN, I. A.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. **Revista ABP-APAL**, 17(2), 55-66, 1995.

BORDIN, I.A.S; PAULA C.S. **Estudos Populacionais sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Brasileiros** In: Mello, M.F.; Mello, A.A.F; Kohn, R. Org. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em: 15 Set 2011.

BRASIL, Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 13 Out 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, AMBIENCIA, Série B. **Textos Básicos de Saúde**, Brasília, 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf> Acesso em: 13 Out 2011.

BRASIL, Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002. **Construção de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis em território Nacional**. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 13 Out 2011.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/manual_ans.pdf>. Acesso em: 15 Jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf> Acesso em: 28 de Nov 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças.pdf> Acesso em: 15 Set 2011.

BRITO et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1): 143 -149, 2005.

BUSNELLO, F. B.; SCHAEFER, L. S.; KRISTENSEN, C. H. Eventos estressores e estratégias de coping em adolescentes: implicações na aprendizagem. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**. Volume 13, Nº 2 (315-323), 2009.

CATANI, C. et al. Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. **BMC Psychiatry**. 8:33, 2008.

CARVALHO, M.D.A, SILVA H.O, RODRIGUES L. V. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [Internet]; 6(2): 337-49, 2010.

CECOVI, CENTRO DE COMBATE À VIOLÊNCIA INFANTIL. **Dados científicos. Violência física.** Disponível em: <<http://www.cecovi.org.br>> <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_18945.htm> Acesso em: 20 de out de 2011.

CICONELLI et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.** 39(3):143-50, 1999.

CLARK, C. et al. Witnessing community violence in residential neighborhoods: a mental health hazard for urban women. **J Urban Health.** Jan;85(1):22-38, 2008.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. saúde coletiva** [online] vol.12, n.5, pp. 1129-1141, 2007.

COSTA, J.C.D et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Ver. Bras. Epidemiol.** Vol 5, nº2, 2002.

COSTA-REAL, N. ET AL. Percepção e comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes portugueses - uma análise em função do sexo e da idade. **RBPS.** 21 (3): 209-218, 2008.

CRIVELATTI, M. M. B.; DURMAM, S.; HOFSTATTER, L. M. Sofrimento Psíquico Na Adolescência. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 15 (Esp): 64-70, 2006.

DEKOVIC, M. Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. **Journal of Youth and Adolescence,** 28(6), 293-306, 1999.

DELFINI, P. S. S. et al Perfil Dos Usuários De Um Centro De Atenção Psicossocial Infanto-juvenil Da Grande São Paulo, Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** 19(2): 226-236, 2009.

DIÓGENES M.A.R, OLIVEIRA M.G, CARVALHO Y.A.X.B. Aspectos Estruturais, Desenvolvimentais e Funcionais da Família de Adolescentes Grávidas Fundamentados no Modelo Calgary. **Rev Rene,** Fortaleza, Jan/Mar; 12(1): 88-96, 2011.

EISENSTEIN, E.; JORGE, E.; LIMA, L. A. Transtorno do estresse pós-traumático e suas repercussões clínicas durante a Adolescência. **Revista Adolescência & Saúde.** V. 6, nº 3, 2009.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas.** (Ed. port.) vol.6 nov. Ribeirão Preto, 2010.

ESPÓSITO, B.P., SAVOI, M. G. Atendimento Especializado a Adolescentes Portadores de Transtornos Psiquiátricos: Um Estudo Descritivo. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 8(1): 31-40, 2006.

ERIKSON, E. H. **Identidade Juventude e crise**. Traduzido por Álvaro Cabral, Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo**. Traduzido por Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FATORI DE SÁ, D. G. et al. Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 26 n. 4, pp. 643-652, 2010.

FEITOSA, H et al. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética**, Brasília, v.19, n.1, mai, 2011.

FERLIN, M. et al. Desenvolvimento do inventário de eventos estressores na adolescência (IEEA). Exponha-se 2000 – **Semana de Pesquisa e Iniciação Científica**, São Leopoldo, RS, Brasil, 204-205, 2000.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, mar, 2002.

FONSECA, A. M. et al. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. vol.43 no.5 São Paulo, 2009.

GALDURÓZ JCF et al. I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas - **Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo**, São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2000.

GALINHA, I.; PAIS RIBEIRO, J.L. História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 6 (2), 203-214, 2005.

GAWRYSZEWSK et al. A Violência contra Crianças e Adolescentes. **Boletim epidemiológico Paulista**. Janeiro, V. 04, nº 37, 2007. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa37_violencia.htm> Acesso em: 7 nov 2011.

GOMIDE, P. I. C. Inventário de Estilos Parentais. Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Vozes, 2006.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (2): 380-390. Fev, 2008.

GOUGLE, J. R.; RESNICK, H.; KILPATRICK, D.G. Does prior exposure to interpersonal violence increase risk of PTSD following subsequent exposure? **Behaviour Research and Therapy**, Vol 47(12), Dec, 1012-1017, 2009.

GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil. **Psyche** (São Paulo), v. 15, p. 139-154, 2005.

HABIGZANG, L.F. et al. Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online], vol.24, n.1, pp. 67-75, 2008.

HABIGZANG, L. F. et al. Avaliação Psicológica em casos de abuso sexual na Infância e adolescência. **Psicol. Reflex. Crit.** vol.21 no. 2. Porto Alegre, 2008.

HALPERN R, FIGUERAS, M. Influências ambientais na saúde mental. **Jornal de Pediatria** V. 80, Nº2, 2004.

HASSELMANN, M.H; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalência semântica e de mensuração. **Cad Saúde Pública**. 19(4):1083-1093, 2003.

HOFFMAN, M.C.C.L.; SANTOS, D.N.; MOTA, E.L.A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):633-642, mar, 2008.

HARDING T.W. ET AL. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**; 10:231-4, 1980.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2008.

IACOPONI, E.; MARI, J. J. Realiability and factor structure of the portuguese of self-reporting questionnaire. **The International Journal of Social Psychiatry**, 35(3), 213-222, 1988.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

JUNIOR, P. M. C. B. Um bebê no CAPSi: uma clínica possível. **Estudo e Pesquisa em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 9, n.2, p. 345-355, 2009.

JUSTO, A. P.; LIPP, M. E. N. A influência do estilo parental no stress do adolescente. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, vol. 30, núm. 79, pp. 363-378, 2010.

KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol.43, suppl.1, pp. 29-35, 2009.

KAHN, T. et al. **O dia-a-dia nas escolas (violências auto-assumidas)**. São Paulo: Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente/Instituto Sou da Paz; 1999.

KLIEWER W.; SULLIVAN TN. Community violence exposure, threat appraisal, and adjustment in adolescents. **J Clin Child Adolesc Psychol**. 37(4): 860-73, Oct, 2008.

KRUG, E.G. et al. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LABRADOR, F. J. et. al. Evaluación de la efcacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. **Pensamiento Psicológico**, Vol. 6, N°13, pp. 49-68, 2009.

LAURIDSEN, E.P.P.; TANAKA, O.Y. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Revista de Saúde Pública**, 33, 6, 586-592, 1999.

LENA, M. S. **Estudo sobre a saúde de crianças usuárias de um serviço de saúde mental infantil: a história de chapeuzinho amarelo**. 2012. 83p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

LIPP, M. N.; NOVAES, L. E. **O Stress**. 4 ed. São Paulo: Contexto, 2000.

LIPP, M.N.; Romano, A.S.F. O stress infantil. **Estudos de Psicologia** 4, 42-54, 1987.

LIPP, M. E. N. Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.1, n.3 e 4, p. 5-19, ago/dez, 1984.

LIPP, M. E. N.; NOVAES, L. **O Stress**. São Paulo: Contexto, 2000.

LIPP, M. E. N. O tratamento do stress infantil. In E. F. M. Silveiras (Org.), **Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil**. Campinas: Papyrus, 1989.

LIPP, M. E. N. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus Editora, 2001.

LOPES, C. M. B., FACUNDES, V. L. D., NÓBREGA, K. B. G. Perfil e Desempenho Funcional das Crianças com Transtorno invasivo do Desenvolvimento, atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da Cidade do Recife. **Neurobiologia**, 73 (4) out./dez, 2010.

LUCARELLI, M. D.; LIPP, M. E. N. Validação do inventário de sintomas de stress infantil – ISS. **Psicol. Reflex. Crit.** vol.12 n.1 Porto Alegre, 1999.

LUCARELLI, M. D.; LIPP, M. E. N. **Escala de Stress Infantil: ESI: manual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LUNA, G.L., FERREIRA, R.C., VIEIRA, L.J.. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2), 481-491, 2010.

MACHADO, S. F.; VEIGA, H. M. S.; ALVES, S. H. S. Níveis de estresse em alunos de 3ª série do ensino médio. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 35-52, jul./dez, 2011.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, Vol. 13, n 2 (91 – 103), 2005.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry** 148: 23-26, 1986.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F. e SILVEIRA, R. O. Relação Entre estressores, estresse e Ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio D'us. Sul** [online]. vol.25, suppl.1, pp 65-74, 2003.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P.M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 18 (4):315-334, 2009.

MELLO R; FUREGATO A. R. F. Representações de Usuários, Familiares e Profissionais Acerca de um Centro De Atenção Psicossocial. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** set; 12 (3): 457-64, 2008.

MIRANDA, C. A.; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGN, S. A. Estudo Epidêmico dos Transtornos Mentais. **Avaliação Psicológica**, 7(2), pp. 249-257, 2008.

MOMBELLI, M. A. et al. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, 28(3) (327-335), 2011.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Perfil Sociodemográfico e Adesão ao Tratamento de Dependentes de Álcool em Caps-AD do Piauí. **Esc Anna Nery** (impr.) jan-mar; 15 (1):90-95, 2011.

NARDI, F. L.. **Adolescentes em conflito com a lei: Percepção sobre família, ato infracional e medida socioeducativa**. 2010. 97p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

OLIVEIRA, P. A.; SCIVOLETTO, S.; CUNHA, P. J. Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência. **Rev Psiq Clín**. 37(6): 260-9, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PAULA, C. S. et al. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. **Rev Saúde Pública**; 42(3): 524-8, 2008.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**. 59(4):317-32, 2010.

PECHANSKYA, F.; SZOBOTA, C. M.; SCIVOLETTOB, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev Bras Psiquiatria**, 26(Supl I):14-17, 2004.

PINHEIRO et al. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Rev. Bras. Psiquiatr**. vol.29 no.3. São Paulo, 2007.

QUARESMA, H.D.V.; SILVA, V.G.; QUARESMA, I.V. Autismo Infantil: Concepções e Práticas Psicológicas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 14 Número 4 Páginas 85-90, 2011.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS, C. **Psicologia do desenvolvimento**. A idade escolar e a adolescência. 4 ed. São Paulo: EPU, 1982

REPPOLD, C. T. ET AL. **Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais**. In: Hutz, (Org.), Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

RIBEIRO, W. S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], vol.31, suppl.2, pp. S49-S57, 2009.

RICHTERS, J. E; MARTINEZ, P. The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. **Psychiatry**, 56, 7-21, 1993.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, 12(1): 71-84, 2010.

RUZANY, M. H. et al. Problemas de saúde mental dos adolescentes e jovens ribeirinhos do paraíso ecológico da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, Amazonas. **Pediatria Moderna**, v. XLVI, p. 231-237, 2010.

SANTOS, P. L. Problemas de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Atendidos em um Serviço Público e Psicologia Infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, mai./ago, 2006.

SANTROCK, J. W. **Adolescência**. Traduzido por A. B. Pinheiro de Lemos. 8 ed. Editora LTC, 2003.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M.R.M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago, 2005.

SCANDOLARA, A. S. et al. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR. **Psicologia & Sociedade**; 21 (3): 334-342, 2009

SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev Saúde Pública** 44(4):658-66, 2010.

SCHOEN-FERRERIA, T. H. et. al. Perfil e Principais Queixas dos Clientes Encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (Caaa) – Unifesp/Epm. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 73-82, jul./dez, 2002.

SELYE, H. **Stress, A Tensão da Vida**. 2 ed. Traduzido por Frederico Branco. Ibrasa, 1965.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1959.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9): 2103-2114, set, 2008.

SILVA, K. L. et al. Reflexões Acerca do Abuso de Drogas e da Violência na Adolescência. **Esc Anna Nery** (impr.) jul-set; 14 (3):605-610, 2010.

SILVA, E. A. T.; MARTINEZ, A. Diferença em nível de *stress* em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**. 22(1) (53-610), 2005.

SILVEIRA, M. S. et al. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 19 (1): 27-32, 2011.

SOUZA, L. D. M. et al. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr**. 59(4):286-292, 2010.

SOUZA, E.M. et al. Autopercepção do estado de saúde: um estudo de prevalência com adolescentes de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. **Comun Ciênc Saúde**. 17(1): 9-15, 2006.

STRAUS, M.A. Measuring familiar conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. **Journal of Marriage and the Family**. 41:75-88, 1979.

TRICOLLI, V. A. C.; LIPP, M.E.N. **Escala de Stress Para Adolescentes (ESA)**. Editora Casa do Psicólogo, 2006.

UNICEF. O direito de ser adolescente: **Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**/ Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília, DF, 2011.

WAGNILD, G.M; YOUNG, H.M. Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. **J Nurs Meas**. 1:165-78, 1993.

WARE, J.E. et al. User's manual for the SF-12v2™ Health Survey: (with a supplement documenting SF-12® Health Survey). **Lincoln: QualityMetric**; 2002.

WASHBURN, J. et al Psychiatric Disorders Among Detained Youths: A Comparison of Youths Processed in Juvenile Court and Adult Criminal Court. **Psychiatr Serv**. September; 59(9): 965–973, 2008.

WATHIER, J. L.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** (Impresso), v. 29, p. 305-314, 2007.

WHO, **World Health Organization**. Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions, Geneva, 2003. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf> Acesso em: 15 nov 2011.

WHO, **World Health Organization**. World report on violence and health. Geneva, 2002. Disponível em:< http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/> Acesso em: 22 de nov de 2011.

XIMENES, L.F.; OLIVEIRA, V.C. ASSIS, S.G. Violência e transtornos do estresse pós-traumático. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 14 (2): 417- 433, 2009.

ZAVASCHI, M. L.; BENETTI, S. P. C.; POLANCZYK, G. V. Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian Public Schools. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 12, 327-332, 2002.

APENDICE

Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um projeto de pesquisa referente a uma dissertação de mestrado, que tem como título **“Atos de Violência, Estresse e Sintomatologia Psiquiátrica: Implicações no Desenvolvimento Adolescente”**. Este projeto está vinculado ao projeto de pesquisa e de extensão denominado “PROCONVIVE - Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi” orientado pela profa. Dra. Hericka Zogbi Jorge Dias do Departamento de psicologia da UFSM em parceria com o CAPSi. É importante esclarecer que tu terás de dispor de tempo para essas entrevistas. Não há nenhum ônus em participar. Ressaltamos que a concordância em participar desta atividade não implica em qualquer modificação no tratamento já efetuado, nem os resultados deste trabalho terão efeito sobre ele. Da mesma forma, a não concordância em participar, não irá alterar de nenhuma maneira o estabelecido.

A pesquisadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados. Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Grupo de Pesquisa Psicologia das Relações e Saúde, Departamento de Psicologia, sala 306, por um período de 5 anos sob a responsabilidade da coordenadora do projeto, profa. Hericka Zogbi J. Dias. Sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta antes de decidir.

Eu (participante), _____ fui informado dos objetivos da atividade acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar.

Caso tenha novas perguntas, posso chamar a mestrande Letícia Saldanha de Lima através do endereço Rua Floriano Peixoto, 1750 – Prédio de Apoio – 3º andar – sala 317 – Santa Maria-RS, ou pelo e-mail: lesaldanha@gmail.com.

Assinatura do entrevistado

nome

data

Assinatura do pesquisador

nome

data

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM. Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Dados Sociodemográficos



DECIT/SCTIE/MS, CNPQ, FAPERGS, SES/RS – Nº DE PROCESSO 0900982

PROJETO PROCONVIVE – Universidade Federal de Santa Maria

QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO – CRIANÇA E ADOLESCENTE – BASEADO NO PROJETO CAPS E CUIDADOS PSICOSSOCIAIS PELOTAS-RS.

CONSIDERAR A LINGUAGEM, JÁ QUE PODERÁ SER RESPONDIDO POR CRIANÇA, ADOLESCENTE OU PELO FAMILIAR

USUÁRIO(A): _____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino Data de nascimento: ___ / ___ / _____

FAMILIAR / CUIDADOR:

4. DATA DA ENTREVISTA: ___ / ___ / ___

5. HORA DE INÍCIO: ___ : ___

6. ENTREVISTADOR: _____

7. Local da entrevista:

(1) domicílio (2) CAPS (3) ambos (4) outro local: _____

8. **OBSERVAR:** Cor da pele:

(1) Branca (2) Morena / parda (3) Preta

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA SAÚDE

9. Na sua opinião, por qual motivo o(a) SEU FILHO(A) (...) está se tratando no CAPS?

10. E o que os médicos dizem que o(a) SEU FILHO(A) (...) tem?

DESTE PONTO EM DIANTE CHAMAR DE O PROBLEMA DE “PROBLEMA”, INDEPENDENTE DAS RESPOSTAS ANTERIORES.

11. Que idade o(a) SEU FILHO(A) tinha quando precisou se tratar por causa desse problema? _____

12. Nos últimos 15 dias, SEU FILHO(A) usou algum remédio para esse problema? Pense em todos os remédios que usou para O(A) SEU FILHO(A) seu problema nos últimos 15 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, chás, ervas, produtos naturais ou qualquer outro, que use para seu problema sempre ou só de vez em quando.

(1) sim (2) não **PULAR PARA 17**

13. Qual o nome dos remédios que SEU FILHO(A) está usando nos últimos 15 dias? **O(A) SR(A) PODERIA TRAZER AGORA AS RECEITAS E AS CAIXAS OU**

EMBALAGENS DE TODOS OS REMÉDIOS QUE SEU FILHO(A) USOU NESTES ÚLTIMOS 15 DIAS?

- a. _____ indicado por: _____
 b. _____ indicado por: _____
 c. _____ indicado por: _____
 d. _____ indicado por: _____
 e. _____ indicado por : _____
 f. _____ indicado por: _____
 g. _____ indicado por: _____
 h. _____ indicado por: _____

14. Teve algum remédio que seu filho(a) precisou tomar nestes últimos 15 dias e não conseguiu?

(2) Não (1) Sim, quantos? _____ remédios (3) Não sabe

Por que não conseguiu?

15. Como o(a) SEU FILHO(A) consegue estes remédios na maioria das vezes?

(1) No CAPS

(2) Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS)/ Farmácia Municipal

(3) Metade do CAPS, metade na SMS.

(4) Tem que comprar

(5) Metade consegue de graça, metade tem que comprar.

(6) Outro: _____ CRS: (1) sim (2) não

SE TEVE QUE COMPRAR (RESPOSTA 4 OU 5 DA PERGUNTA 18):

16. Quanto gastou nos **últimos 30 dias** com estes remédios? R\$ _____

(8888) Não teve que comprar (9999) Não lembra

17. Nos últimos 3 meses, seu filho(a):

Consultou no posto de saúde mais perto da sua casa: (1) sim (2) não

Consultou em outro posto de saúde: (1) sim (2) não

Consultou com especialista: _____ (1) sim (2) não

Consultou com médico particular: (1) sim (2) não

Foi atendido(a) no Pronto-Socorro: (1) sim (2) não

Foi atendido(a) em algum hospital da cidade de Santa Maria (1) sim (2) não

Foi atendido(a) em outro local: _____ (1) sim (2) não

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

18. Sem ser esse seu problema, SEU FILHO(A) tem algum outro problema com a sua saúde?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 20** (3) Não sabe

19. SE SIM: Que outros problemas o(a) SEU FILHO(A) tem?

20. Como descreveria a sua saúde de seu filho(a) nos últimos 30 dias? **LER OPÇÕES**

(1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Muito boa (5) Excelente

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE OUTRAS COISAS DO SEU DIA-A-DIA

21. Você sabe se seu filho(a) fuma ou já fumou?

(1) Sim (2) Não, ex-fumante **PULAR PARA 23**

(3) Não, nunca fumou **PULAR PARA 23**

22. **SE FUMA:** Há quanto tempo seu filho(a) fuma? ___ anos

23. O(A) seu filho(a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 27**

24. Alguma vez o(a) sr(a) sentiu que seu filho(a) deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou

parar de beber? (1) Sim (2) Não

25. O(A) sr(a) acredita que seu filho(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar

bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não

26. O(A) sr(a) sabe se seu filho(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo

ou ressaca? (1) Sim (2) Não

27. Agora eu vou dizer uma lista de coisas e o(a) sr(a) me diga se sabe se seu filho(a) usou ou não nos últimos

30 dias:

Maconha (1) Sim (2) Não

Cocaína cheirada (1) Sim (2) Não

LSD ou ácido (1) Sim (2) Não

Lança-perfume ou Loló (1) Sim (2) Não

Crack (1) Sim (2) Não

Cocaína injetada (1) Sim (2) Não

Cola de sapateiro (1) Sim (2) Não

Ecstasy (1) Sim (2) Não

Tiner, Solvente ou Benzina (1) Sim (2) Não

Outra coisa? Qual? _____

AGORA VOU LHE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ESTUDO

28. O(A) SEU FILHO(A) sabe ler e escrever?

(1) Sim (2) Só assina o nome **PULAR PARA 34**

(3) Nunca estudou **PULAR PARA 34** (4) Não sabe ler e escrever

29. EM QUE SERIE ESTÁ _____

30. Parou de estudar por causa do problema?

(1) Sim (2) Não

31. Estava estudando antes de se tratar no CAPS?

(1) Sim (2) Não

32. E agora, está estudando?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 33**

33. O(a) seu filho(a) gosta de estudar? (1) Sim (2) Não

34. Se pudesse, o que seu filho(a) gostaria de estudar?

AGORA VOU LHE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E ESPORTES

35. O(A) SEU FILHO(A) pratica algum tipo de exercício físico ou esporte?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 38** (3) nunca praticou **PULAR PARA 40**

36. Que tipo de exercício ou esporte?

37. Normalmente, quantas vezes na semana? ___ vezes

38. E antes de se tratar no CAPS, o(a) seu filho(a) fazia algum tipo de exercício físico ou esporte?

(1) Sim (2) Não

39. E depois de começar a se tratar no CAPS: **LER OPÇÕES**

(1) começou a praticar

(2) continuou a praticar do mesmo jeito

(3) deixou de praticar

(4) pratica menos que antes

(5) pratica mais que antes

40. Sem ser quando está dormindo, quantas horas o(a) seu filho(a) fica sentado ou deitado por dia em um dia de semana normal (2^a. a 6^a.)? ___ horas

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUE SEU FILHO(A) FAZ PARA SE DIVERTIR

41. Nos últimos 15 dias, o(a) seu filho(a) assistiu televisão?

(1) Sim (2) Não

42. Quando assiste televisão, o que seu filho(a) gosta de ver? **LER OPÇÕES**

Filmes (1) Sim (2) Não

Novelas (1) Sim (2) Não

Noticiário (1) Sim (2) Não

Jogos (1) Sim (2) Não

Desenho (1) Sim (2) Não

Outros: _____

43. E quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) seu filho(a) costuma ver televisão? ___ horas (99) Não sabe

44. Nos últimos 15 dias, o(a) seu filho(a) escutou rádio?

(1) Sim (2) Não

45. Quando escuta rádio, o que o(a) seu filho(a) gosta de escutar? **LER OPÇÕES**

Música (1) Sim (2) Não

Noticiário (1) Sim (2) Não

Jogos (1) Sim (2) Não

Outros: _____

46. Nos últimos 30 dias, o(a) seu filho(a): **LER OPÇÕES**

Leu algum jornal? (1) Sim (2) Não

Leu alguma revista? (1) Sim (2) Não

Foi ao cinema? (1) Sim (2) Não

Foi a algum jogo? (1) Sim (2) Não

Foi a algum bingo? (1) Sim (2) Não

Foi a uma festa? (1) Sim (2) Não

Foi passear? (1) Sim (2) Não

Jogou cartas? (1) Sim (2) Não

Viajou para outra cidade? (1) Sim (2) Não

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O CAPS

47. Há quanto tempo o(a) seu filho(a) vai neste CAPS? ___ anos e ___ meses

(00) menos de um ano /mês (99) não lembra

48. Alguém do CAPS já veio na casa de seu filho(a) lhe fazer uma visita?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 50**

49. **SE SIM:** Por que vieram fazer esta visita?

50. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de atendimento, você recomendaria que ele fosse ao CAPS?

(1) Não, certamente que não. (2) Não, acho que não. (3) Indiferente

(4) Sim, acho que sim (5) Sim, com certeza

51. Por que você acha isso?

52. Pensando no CAPS e quando seu filho(a) está lá, do que você acredita que seu filho(a) mais gosta no CAPS?

53. E do que você acredita que o(a) seu filho(a) menos gosta quando está no CAPS?

54. O(A) seu filho(a) está participando de alguma oficina no CAPS?

(1) sim (2) sim, mas não foi no último mês (3) não **PULAR PARA 57**

SE SIM: Qual(is) a(s) oficina(s)/ grupos que seu filho(a) está participando?

a. _____

b. _____

55. Qual a sua opinião sobre a(s) oficina(s) que seu filho(a) participa?

a. _____

b. _____

56. Você acredita que o(a) seu filho(a) gostaria de participar de outras oficinas?

(2) Não (1) Sim, qual(is)? _____

57. Sem ser as oficinas, o(a) seu filho(a) participou de algum grupo no CAPS nos últimos 30

dias? (1) sim (2) não **PULAR PARA 60**

58. **SE SIM:** Qual(is) o(s) grupo(s) que o(a) seu filho(a) está participando?

a. _____

b. _____

59. Você sabe qual é a opinião do(a) seu filho(a) sobre o(s) grupo(s)?

a. _____

b. _____

60. E fora as oficinas e os grupos, quando o(a) seu filho(a) vai no CAPS, o que mais o(a) seu filho(a) faz?

- a. _____
b. _____

61. Na sua opinião, o atendimento no CAPS poderia ser melhorado?
(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 63**

62. **SE SIM**, qual a sua sugestão?

PARA TERMINAR, GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA E CAPACIDADE DE RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER SEM SENTIDO. MAS EU GOSTARIA QUE O(A) SEU FILHO(A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

63. Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos?

- O dia da semana: _____ (1) certo (2) errado (3) não sabe
(4) não respondeu/ não se aplica
- O dia do mês: _____ (1) certo (2) errado (3) não sabe
(4) não respondeu/ não se aplica
- O mês: _____ (1) certo (2) errado (3) não sabe
(4) não respondeu/ não se aplica
- O ano: _____ (1) certo (2) errado (3) não sabe
(4) não respondeu/ não se aplica
- A hora aproximada: _____: _____ (1) certo (2) errado (3) não sabe (4)
não respondeu/ não se aplica

64. Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos?

- A cidade (1) Santa Maria (2) outra (3) não sabe (4) não respondeu/ não se aplica
- O estado (1) RS (2) outro (3) não sabe (4) não respondeu/ não se aplica
- O país (1) Brasil (2) outro (3) não sabe (4) não respondeu/ não se aplica

AGRADEÇA MUITO A QUEM RESPONDEU O QUESTIONÁRIO

O questionário foi respondido:

- (1) todo pelo(a) usuário(a), sem ajuda
(2) todo pelo(a) usuário(a), com ajuda
(3) maior parte das respostas foi dada por outra pessoa
(4) todas as respostas foram dadas por outra pessoa

ANEXO B - Self Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20)*SELF-REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ – 20*

Você poderia, por favor, responder às seguintes pergunta a respeito da sua saúde:



1) Tem dores de cabeça freqüentes?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
2) Tem falta de apetite?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
3) Dorme mal?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
4) Assusta-se com facilidade?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
5) Tem tremores de mão?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
6) Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
7) Tem má digestão?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
8) Tem dificuldades de pensar com clareza?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
9) Tem se sentido triste últimamente?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
10) Tem chorado mais do que de costume?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
11) Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
12) Tem dificuldades para tomar decisões?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
13) Encontra dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
14) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
15) Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
16) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
17) Tem tido ideias de acabar com sua vida?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
18) Sente-se cansado (a) o tempo todo?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
19) Tem sensações desagradáveis no estômago?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>
20) Você se cansa com facilidade?	1 – Sim	2 – Não	<input type="checkbox"/>

A – Total de sim (_||_)

6. Raspo um dente no outro fazendo barulho. ⊕
7. Fico nervoso com tudo. ⊕
8. Sinto aflição por dentro. ⊕
9. Tenho ficado tímido, envergonhado. ⊕
10. Eu me sinto triste. ⊕
11. Minhas mãos ficam suadas. ⊕
12. Tenho diarreia. ⊕
13. Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas. ⊕
14. De repente, passei a não gostar mais de estudar. ⊕
15. Tenho vontade de chorar. ⊕
16. Quando fico nervoso, gaguejo. ⊕
17. Quando fico nervoso, fico com vontade de vomitar. ⊕
18. Meu coração bate depressa, mesmo quando não corro ou pulo. ⊕
19. Minhas pernas e braços doem. ⊕
20. Tenho vontade de bater nos colegas, sem razão. ⊕

21. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite. ⊕
22. Tenho vontade de sumir da vida. ⊕
23. Tenho dificuldade para respirar. ⊕
24. Tenho dor de barriga. ⊕
25. Penso que sou feio, ruim, que não consigo aprender as coisas. ⊕
26. Tenho medo. ⊕
27. Tenho comido demais. ⊕
28. Não tenho vontade de fazer as coisas. ⊕
29. Tenho andado muito esquecido. ⊕
30. Tenho dificuldade de dormir. ⊕
31. Não tenho fome. ⊕
32. Brigo com minha família em casa. ⊕
33. Estou sempre resfriado, com dor de garganta. ⊕
34. Sinto muito sono. ⊕
35. Não tenho vontade nenhuma de me arrumar. ⊕

ANEXO E – Parecer de aprovação comitê de ética UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: PROCONVIVE - Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi

Número do processo: 23081.003943/2011-06

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0034.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Hericka Zogbi Jorge Dias

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Março/2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 20/04/2011

Santa Maria, 26 de Abril de 2011



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

ANEXO F – Medidas do ESI estabelecidas pelo Manual

Avaliação dos Resultados

A experiência clínica, aliada a análise estatística, mostra que em áreas muito novas como a do estudo do stress infantil, o profissional necessita de medidas mais quantitativas para poder ter maior confiança na análise dos dados e do quadro sintomatológico detectado.

Desse modo, os critérios abaixo são recomendados para diagnóstico do stress infantil, em cada uma de suas fases.

Fase de Alerta

Considerada como uma fase transitória do stress, que não deve ser vista como envolvendo stress emocional permanente ou grave, mas representa uma reação do organismo a algo presente, no momento, que representa um desafio para a criança.

Crítérios:

1. Nota igual ou maior que 10 pontos obtida no fator “reações físicas” (itens 2, 6, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 34) ou;
2. Nota igual ou maior que 15 pontos obtida no fator “reações psicológicas” (itens 4, 5, 7, 8, 10, 11, 26, 30 e 31) ou;
3. Nota igual ou maior que 9 pontos obtida no fator “reações psicológicas com componente depressivo” (itens 13,14, 20, 22, 25, 28, 29, 32 e 35) ou;
4. Nota igual ou maior que 11 pontos obtida no fator “reações psicofisiológicas” (itens 1, 3, 9,1 6, 18, 23, 27 e 33) ou,
5. Nota total da escala entre 39,60 e 59,50 pontos.

Fase de Resistência

Caracteriza-se por um excesso de fontes de stress na vida da criança, que a estão levando a utilizar muita energia para seu enfrentamento. O organismo entra nesta fase quando o estressor permanece atuante por muito tempo.

Crítérios:

1. Nota igual ou maior que 16 pontos obtida no fator “reações físicas” (itens 2, 6, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 34) ou;
2. Nota igual ou maior que 22 pontos obtida no fator “reações psicológicas” (itens 4, 5, 7, 8, 10, 11, 26, 30 e 31) ou;
3. Nota igual ou maior que 15 pontos obtida no fator “reações psicológicas com componente depressivo”

4. Nota igual ou maior que 16 pontos obtida no fator “reações psicofisiológicas” (itens 1, 3, 9, 16, 18, 23, 27 e 33) ou,
5. Nota total da escala acima de 59,50 até 79,40 pontos.

Fase de Quase-exaustão

Caracteriza-se como uma fase muito grave do stress, na qual a criança não mais consegue resistir aos estressores presentes em sua vida e começa a adoecer física ou psicologicamente.

Critérios:

1. Nota igual ou maior que 22 pontos obtida no fator “reações físicas” (itens 2, 6, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 34) ou;
2. Nota igual ou maior que 29 pontos obtida no fator “reações psicológicas” (itens 4, 5, 7, 8, 10, 11, 26, 30 e 31) ou;
3. Nota igual ou maior que 21 pontos obtida no fator “reações psicológicas com componente depressivo” (itens 13, 14, 20, 22, 25, 28, 29, 32 e 35) ou
4. Nota igual ou maior que 21 pontos obtida no fator “reações psicofisiológicas” (itens 1, 3, 9, 16, 18, 23, 27 e 33) ou;
5. Nota total da escala acima de 79,40 pontos até 99,30 pontos ou,
6. Aparecem círculos completamente cheios (pintados) em 7 ou mais itens da escala total.

Fase de Exaustão

Caracteriza-se como a fase mais grave do stress, na qual a criança adoecer física ou psicologicamente.

Critério:

1. Nota total da escala acima de 99,30 pontos, independente da pontuação nos demais critérios referentes aos diversos fatores do stress.

ANEXO G – Medidas do ESA estabelecidas pelo Manual

Valquíria Aparecida Cintra Tricoli & Marilda Emmanuel Novaes Lipp

61

Avaliação de Resultados

A experiência clínica revela que, em novas áreas como a do estudo do stress na adolescência, o profissional precisa de medida quantitativa para poder realizar um diagnóstico mais preciso diante do quadro sintomatológico apresentado pelo paciente. Assim sendo, com base no atendimento clínico a adolescentes e da padronização do presente instrumento, critérios quantitativos para o diagnóstico de stress em adolescentes na faixa etária dos 14 aos 18 anos, de ambos os sexos, poderão ser encontrados na ESA, que servirá de parâmetro para a avaliação e diagnóstico de stress em clínicas, escolas, bem como para pesquisas nessa área.

Os adolescentes poderão ser diagnosticados com stress significativo, quando contemplarem os resultados que se seguem:

- 1) Calcular o escore total do instrumento: $TOT=(F1+F2+\dots+F44)/44$ ou $TOT=(S1+S2+\dots+S44)/44$;
- 2) Comparar o escore total com o respectivo ponto de corte:
 - a) Para sexo feminino: se **TOTAL >3.11** para sintomas ou **TOTAL >3.36** para fases, então classificar como “Com Stress”;
 - b) Para sexo masculino: se **TOTAL >2.64** para sintomas ou **TOTAL >2.86** para fases, então classificar como “Com Stress”;
- 3) Se adolescente estiver com stress, calcular os escores dos 4 domínios (PSICOLÓGICO, COGNITIVO, FISIOLÓGICO e INTERPESSOAL) e verificar os respectivos pontos de corte:
 - a) Sexo feminino: se PSICOLÓGICO >3.50, então classificar como “Sintoma Psicológico”;
 - b) Sexo feminino: se COGNITIVO >2.83, então classificar como “Sintoma Cognitivo”;
 - c) Sexo feminino: se FISIOLÓGICO >2.89, então classificar como “Sintoma Fisiológico”;
 - d) Sexo feminino: se INTERPESSOAL >2.60, então classificar como “Sintoma Interpessoal”;
 - e) Sexo masculino: se PSICOLÓGICO >2.83, então classificar como “Sintoma Psicológico”;
 - f) Sexo masculino: se COGNITIVO >2.67, então classificar como “Sintoma Cognitivo”;
 - g) Sexo masculino: se FISIOLÓGICO >2.33, então classificar como “Sintoma Fisiológico”;
 - h) Sexo masculino: se INTERPESSOAL >2.60, então classificar como “Sintoma Interpessoal”;
- 4) Caso haja mais de um tipo de sintoma, verificar o sintoma de maior escore entre os presentes para classificação final do sintoma. No caso de empate, o adolescente pode ser considerado como “Com Múltiplos Sintomas”;
- 5) Se adolescente estiver com stress, calcular os escores das 4 fases (ALERTA, RESISTÊNCIA, QUASE-EXAUSTÃO e EXAUSTÃO) e verificar os respectivos pontos de corte:
 - a) Sexo feminino: se ALERTA >3.84, então classificar como “Fase de Alerta”;
 - b) Sexo feminino: se RESISTÊNCIA >3.11, então classificar como “Fase de Resistência”;
 - c) Sexo feminino: se QUASE-EXAUSTÃO >3.09, então classificar como “Fase de Quase Exaustão”;
 - d) Sexo feminino: se EXAUSTÃO >3.40, então classificar como “Fase de Exaustão”;
 - e) Sexo masculino: se ALERTA >3.05, então classificar como “Fase de Alerta”;

- f) Sexo masculino: se RESISTÊNCIA >2.78, então classificar como “Fase de Resistência”;
- g) Sexo masculino: se QUASE-EXAUSTÃO >2.64, então classificar como “Fase de Quase Exaustão”;
- h) Sexo masculino: se EXAUSTÃO >3.20, então classificar como “Fase de Exaustão”;
- 6) Caso haja mais de uma fase, verificar a fase de maior escore entre as presentes para classificação final da fase de stress. No caso de empate, o adolescente pode ser considerado como “Com Múltiplas Fases”. Se não houver fase definida (sem escore maior que o ponto de corte), definir como “Stress com Fase Indefinida”. Será interessante, em caso de empate, considerar a fase mais grave (ex. privilegiar quase-exaustão à resistência) para que possa ser realizada a adequada intervenção, podendo assim, prevenir ou controlar os efeitos negativos do *Stress*.

Caso Clínico

A seguir será demonstrado a avaliação de um caso clínico, para servir como modelo aos usuários da presente escala.

M., sexo masculino, 15 anos de idade, veio encaminhado pelo pediatra para avaliação psicológica devido a diversos sintomas físicos (dores abdominais, dor de cabeça, dores no peito) e psicológicos (ansiedade, irritação e muita tristeza).

A psicóloga realizou a primeira sessão com os pais, que relataram que M. estava padecendo com o problema de dores abdominais e de cabeça há um ano, realizou diversos exames, chegou a ser hospitalizado e o quadro só foi agravando.

A psicóloga procurou verificar se houve alguma mudança na vida de M. nesse período e os pais disseram que mudou de escola, perdeu a avó materna, a qual era muito apegado.

Com o adolescente, a psicóloga ao realizar o processo de diagnóstico, aplicou a ESA e obteve os resultados descritos abaixo.

Dados Obtidos com a Aplicação da ESA

Ítems – Sintomas		Ítems – Fases	
1 – 2	23 – 5	1 – 4	23 – 5
2 – 4	24 – 3	2 – 5	24 – 5
3 – 5	25 – 3	3 – 5	25 – 4
4 – 4	26 – 4	4 – 5	26 – 5
5 – 3	27 – 5	5 – 5	27 – 5
6 – 5	28 – 5	6 – 5	28 – 3
7 – 5	29 – 3	7 – 5	29 – 5
8 – 5	30 – 2	8 – 5	30 – 1
9 – 3	31 – 4	9 – 4	31 – 3
10 – 3	32 – 1	10 – 4	32 – 1
11 – 2	33 – 2	11 – 4	33 – 4
12 – 3	34 – 1	12 – 3	34 – 1
13 – 3	35 – 2	13 – 5	35 – 5
14 – 3	36 – 1	14 – 3	36 – 1
15 – 3	37 – 5	15 – 3	37 – 5
16 – 2	38 – 5	16 – 4	38 – 5
17 – 3	39 – 3	17 – 3	39 – 4
18 – 2	40 – 2	18 – 4	40 – 4
19 – 2	41 – 1	19 – 4	41 – 1
20 – 5	42 – 2	20 – 4	42 – 5
21 – 3	43 – 1	21 – 5	43 – 1
22 – 5	44 – 2	22 – 5	44 – 4