

**SAÚDE, DOENÇA MENTAL E SERVIÇOS DE SAÚDE NA VISÃO DE
ADOLESCENTES E SEUS CUIDADORES**

Camila de Aquino Moraes

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia sob orientação da Prof.^a. Dr.^a. Sílvia Helena Koller

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2008

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste trabalho pude ser enriquecida com a vida de muitas pessoas que comigo, direta ou indiretamente, compartilharam essa experiência. Aqui vou tentar deixar minha reverência a todos(as) vocês e o meu Muito Obrigada!

Ao meu pai, Morais Neto, pelo exemplo de determinação e obstinação que me foram fundamentais ao alçar o vôo para a vida. Obrigada por cada ensinamento sobre o mundo, eles fizeram a diferença na hora de enfrentar os leões.

À minha mãe, Fátima Morais, pela ternura e amor incondicional. Obrigada por todos os ensinamentos, desde os pequenos atos de boa convivência em casa aos grandes gestos de perdão e compaixão. Inúmeras vezes suas palavras ressoavam, “*ama, ama sem contar o custo*”. Foi com esse brado que busquei viver cada instante destes anos longe de casa.

Ao Gerardo César (Gegê), sempre no coração, inúmeras vezes me lembrei de você ao sair morro adentro encontrando aquelas crianças e adolescentes, lembrava-me de teu sempre desmedido amor para com estes. Obrigada irmão querido, carrego comigo sua fortaleza, espirituosidade e alegria mesmo na dor. À Josie Lima, irmã querida, pelo exemplo de bravura e irrepreensível sede de justiça. Obrigada por recheiar minhas noites com fofocas, histórias de crianças e risadas fogosas. Ao Morais Júnior (Moraizinho), pela eterna cumplicidade e docilidade. Amigo fiel em todas as horas, companheiro de traquinagens e estripulias.

Ao Matheus e Anelise, sobrinhos(as) queridos que com suas vidas fazem a minha ter mais sentido. Obrigada por babarem muito a tia mais legal do mundo. Aos tios e primos, Lacerda Melo, Jaqueline Aquino (Cafu), Sandra Aquino, Elisa Moraes, Emmanuel Machado (Manú), Andréia Machado, que mesmo a distância sempre foram presentes.

A todos os amigos cearenses, Jerusa Aguiar, Carolina Dourado, Mariana Santos, Manoela Carneiro, Isabelly Frontera, Marisa Schuler, Ticiane Aragão, Vitor Ribeiro, João Paulo Oliveira, Luís Gadelha, Margarida Lima (Guida), Cristiana Lima (Kiki), a baiana Gigliola Sena (Gigli), a sergipana Josefa Alves (Fifinha), a potiguar Irene Carmo que me apoiaram e nunca deixaram de manifestar a certeza da minha vitória e sucesso.

Às professoras de graduação Cristina Sutter e Júlia Bucher que foram as sentinelas deste caminho fazendo eu me encantar pelo trabalho com famílias e pela Psicologia. À psicóloga Luana Araripe de Andrade e a psiquiatra Leda Araripe de Andrade pelo profissionalismo, competência e humanismo com que cuidam cada paciente.

Ao Instituto da Família de Porto Alegre, Ovídio Waldemar, Olga Falceto, Simone Castiel, Nair Terezinha (Titá), José Luís (Zezin), Carmem Dora, Luís Prado, Adriana Zanonato, Vanda, Luciana, Kátia, Renata, Tanira, Dominick, Mara, Rafaela, Fernando, Sheila, Alice, Márcia, Débora, Caroline, minha primeira família gaúcha, pelo acolhimento e suporte nos longos e intermináveis dias de saudade e pelos novos horizontes abertos.

À Laíssa Prati, pela acolhida e ensinamentos da vida acadêmica e pelo incansável desejo de conhecimento que fomenta em seus orientandos. Com ela vieram as queridas do primeiro grupo de pesquisa, Jaqueline Soccol, Carla Mallmann, Débora Finkler e Bruna Seibel, o clube das loiras, obrigada pelas alegrias e trocas de conhecimento. Ai aquelas quartas-feiras!!!

À equipe do Cep-rua, Michele Poletto, Mayte Raya, Elder Cerqueira, Normanda Morais, Vicente Cassepp, Luciana Thomé, Eva Diniz, Clarissa De Antoni, Luísa Habigzang e Simone Paludo, pelos momentos de aprendizado. Ao Lucas Neiva que

pacientemente me auxiliou na estatística tornando-a mais compreensível. E à querida Carmem Kasper pela disponibilidade inigualável.

Às amigas, Ana Paula Souza, pela doce presença sempre apoiadora, Monise Serpa, pela cumplicidade e papel de irmã mais velha e Andreína Moura, pela companhia e carinho. Aos amigos(as), Christian Cunha, Sandra Rieth e Maria Clara Couto, mesmo a força das circunstâncias tendo nos distanciando, obrigada pelas vidas intensas compartilhadas. (O tempo esconde o que é eterno).

Ao querido amigo Ricardo Vivian e à amiga Renata Bonotto pela parceria, troca de conhecimento e cuidado desmedido. Ao amigo José Carmo (o famoso Carioca) que nos últimos dez meses coloriu momentos deste percurso sempre me incentivando às realizações profissionais.

À minha equipe de pesquisa, Ana Menini, Alexandra Borba (Xanda), Tanara Benites, Anna Lenna Ström e Claire Dumoulin, que fizeram dos encontros semanais momentos maravilhosos, que se doaram incansavelmente e compartilharam alegrias e decepções em nossos momentos de terapia de grupo no local de trabalho e fora deste .

À banca examinadora, Débora Dell’Aglío, Olga Falceto e Maycoln Teodoro, pela disponibilidade e orientações em vista do aprimoramento do trabalho.

À MULHER, aquela que investiu em mim desde o primeiro olhar e que com paciência me conduziu nesses anos desafiantes de mestrado. Querida Dra. Sílvia Koller, sou imensamente grata, espero que os pequenos gestos manifestados em nossos encontros consigam falar por mim. A oportunidade de trabalhar com você traçou um novo rumo em minha vida, tenha certeza que a semente de pesquisadora foi plantada e que ela está brotando ao seu tempo. Sou privilegiada em ter expandido minha convivência com você para além dos limites de trabalho e ter experimentado sua maternidade afetiva, apoio e compreensão. Um agradecimento especial a você, Chefa , e ao pequeno e belo detalhe que faz toda a diferença na sua vida e na minha, Piotr Trzesniak (Janzito), o Chefo!

SUMÁRIO

Lista de figuras	06
Lista de tabelas	07
Resumo.....	11
Abstract	12
Capítulo I	
Introdução	13
1.1 Adolescência, família e contextos significativos	13
1.2 Determinantes sociais em saúde	15
1.3 Epidemiologia da saúde mental de crianças e adolescentes	17
1.4 Sistema de saúde e serviços de saúde mental no Brasil	21
1.5 Psicologia e saúde	26
1.6 Justificativa e objetivos	28
Capítulo II	
Método	30
Inserção Ecológica	30
Participantes	32
Instrumentos	34
Diário de campo	34
Questionário sobre saúde e doença mental	35
Roteiro de entrevista da família	38
Procedimentos e Considerações Éticas	39
Capítulo III	
Resultados	49
3.1 Caracterização da amostra dos(as) Adolescentes e suas famílias	49
3.2 Visão de saúde/doença mental dos(as) Adolescentes	70
3.3 Visão de saúde/doença mental dos(as) Adolescentes pelos cuidadores do sexo feminino	82
3.4 Visão de saúde/doença mental dos(as) Adolescentes pelos cuidadores do sexo masculino	94

Capítulo IV	
Discussão	106
4.1 Contexto social e família	106
4.2 Visão de saúde e doença mental dos adolescentes	119
4.3 Visão de saúde e doença mental dos cuidadores do sexo feminino	123
4.4 Visão de saúde e doença mental dos cuidadores do sexo	125
masculino	
4.5 Limites do estudo	126
Capítulo V	
5.1 Considerações finais	128
Referências	131
ANEXOS	140
Anexo A. Questionário da visão dos(as) Adolescentes sobre saúde e	140
doença mental	
Anexo B. Questionário da visão dos cuidadores sobre saúde e	150
doença mental	
Anexo C. Roteiro de entrevista da família	161
Anexo D. Termo de concordância da instituição	163
Anexo E. Termo de consentimento livre e esclarecido	164
Anexo F. Aprovação Comitê de Ética	165

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição do grau de instrução dos(as) Adolescentes	33
Figura 2. Foto das casas no contexto da comunidade	52
Figura 3. Foto de um beco no contexto da comunidade	52
Figura 4. Foto das casas e becos no contexto da comunidade	53
Figura 5. Distribuição da cor declaradas pelos(as) Adolescentes	54
Figura 6. Distribuição do tipo de relacionamento conjugal - cuidadores	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Questionário de Saúde Mental para os(as) Adolescentes	37
Tabela 2. Questionário de Saúde Mental para os Cuidadores	38
Tabela 3. Panorama da Família 1 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	60
Tabela 4. Panorama da Família 2 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	60
Tabela 5. Panorama da Família 3 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	61
Tabela 6. Panorama da Família 4 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	61
Tabela 7. Panorama da Família 5 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	62
Tabela 8. Panorama da Família 6 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	62
Tabela 9. Panorama da Família 7 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	63
Tabela 10. Panorama da Família 8 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	63
Tabela 11. Panorama da Família 9 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	64
Tabela 12. Panorama da Família 10 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	64
Tabela 13. Panorama da Família 11 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	65
Tabela 14. Panorama da Família 12 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	65
Tabela 15. Panorama da Família 13 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	66
Tabela 16. Panorama da Família 14 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	66
Tabela 17. Panorama da Família 15 com relação à número de membros,	67

adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	
Tabela 18. Panorama da Família 16 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	67
Tabela 19. Panorama da Família 17 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	68
Tabela 20. Panorama da Família 18 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	68
Tabela 21. Panorama da Família 19 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	69
Tabela 22. Panorama da Família 20 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas	69
Tabela 23. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Estar saudável mentalmente”	70
Tabela 24. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Estar doente mentalmente”	71
Tabela 25. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Origem das idéias em saúde/doença mental”	72
Tabela 26. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre a relação entre “Religião e Saúde/doença Mental”	72
Tabela 27. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Estereótipos em Saúde Mental e Barreiras de Acesso ao Serviço”	73
Tabela 28. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Tratamento para um problema mental”	75
Tabela 29. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Busca de Apoio para um problema mental”	76
Tabela 30. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Rede de Apoio na Procura de Ajuda Profissional para um problema mental”	76
Tabela 31. Estatísticas Descritivas na Visão dos(as) Adolescentes sobre “Estratégias de Cuidado ao Sentir-se Mal Mentalmente”	77
Tabela 32. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Manutenção da Saúde Mental na Família”	78
Tabela 33. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Bem-estar Pessoal”	79
Tabela 34. Itens das Questões com Diferenças Significativas por Sexo	81

entre os(as) Adolescentes	
Tabela 35. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “Estar saudável mentalmente”	83
Tabela 36. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “Estar doente mentalmente”	83
Tabela 37. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “Origem das idéias em saúde/doença mental” dos(as) Adolescentes	84
Tabela 38. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre a relação entre “Religião e Saúde/doença Mental”	85
Tabela 39. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “Estereótipos em Saúde Mental e Barreiras de Acesso ao Serviço”	86
Tabela 40. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “Tratamento para um problema mental”	87
Tabela 41. Estatísticas Descritivas da Visão dos(as) Adolescentes sobre “Busca de Apoio para um problema mental”	87
Tabela 42. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “Rede de Apoio na Procura de Ajuda Profissional para um problema mental” do Adolescente	88
Tabela 43. Estatísticas Descritivas na Visão das Cuidadoras sobre “Estratégias de Cuidado ao Sentir-se Mal Mentalmente”	88
Tabela 44. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “Manutenção da Saúde Mental na Família”	90
Tabela 45. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “O que faz enquanto mãe para manter a Saúde Mental dos filhos (as)”	91
Tabela 46. Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “Bem-estar Pessoal” do Adolescente	92
Tabela 47. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “Estar saudável mentalmente”	94
Tabela 48. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “Estar doente mentalmente”	95
Tabela 49. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “Origem das idéias em saúde/doença mental” dos(as) Adolescentes	96
Tabela 50. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre a relação entre “Religião e Saúde/doença Mental”	96
Tabela 51. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre	97

“Estereótipos em Saúde Mental e Barreiras de Acesso ao Serviço”	
Tabela 52. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “Tratamento para um problema mental”	98
Tabela 53. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “Busca de Apoio para um problema mental”	99
Tabela 54. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “Rede de Apoio na Procura de Ajuda Profissional para um problema mental” do Adolescente	99
Tabela 55. Estatísticas Descritivas na Visão dos Cuidadores sobre “Estratégias de Cuidado ao Sentir-se Mal Mentalmente”	100
Tabela 56. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “Manutenção da Saúde Mental na Família”	102
Tabela 57. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “O que faz enquanto pai para manter a Saúde Mental dos filhos (as)”	103
Tabela 58. Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre o “Bem-estar Pessoal” dos(as) Adolescentes	104

Resumo

O estudo investigou a visão de adolescentes e seus cuidadores sobre saúde/doença mental, estereótipos e acessibilidade aos serviços de saúde, bem como as principais redes de apoio e estratégias de cuidado utilizadas pelos adolescentes. Participaram do estudo 30 adolescentes de ambos os sexos da periferia de Porto Alegre com idades entre 14 a 18 anos e 28 cuidadores destes, 10 do sexo masculino com idade entre 27 a 55 anos e 18 do sexo feminino com idade entre 31 a 67 anos. Da amostra total dos adolescentes foram entrevistadas 20 famílias de variada configuração. Como instrumentos foram utilizados: diário de campo, roteiro de entrevista da família e questionários auto-aplicáveis. Os resultados dos questionários foram analisados através do SPSS 13.0, sendo levantadas estatísticas descritivas. Para os diários de campo e roteiro de entrevista utilizou-se a análise de conteúdo. Os resultados destes dois instrumentos mostraram a implicação dos aspectos socioeconômicos e dos acontecimentos estressantes da história de vida familiar na saúde mental dos adolescentes e membros da família. Os resultados dos questionários revelaram que a visão de saúde mental dos adolescentes estava associada à capacidade de pensar de forma crítica e relacionar-se bem com os outros. Da doença mental, os adolescentes apresentaram uma visão integradora entre corpo-mente. Os profissionais de saúde, os pais e amigos constaram como as principais redes de apoio. Foram encontradas mais barreiras ideológicas do que estruturais para o acesso aos serviços de saúde. As estratégias de cuidado variaram entre comportamentos em busca de mudança e fuga do problema. Na visão dos cuidadores, saúde mental esteve associada com o bom funcionamento físico, cognitivo e com a satisfação pessoal, apresentando algumas diferenças entre a visão do cuidador e da cuidadora. Da doença mental, identificou-se uma visão integradora corpo-mente e associação com problemas de concentração. A escola, o profissional de saúde e a mídia foram os principais formadores de opinião sobre a visão de saúde/doença mental. Dos estereótipos, foram identificadas mais barreiras ideológicas do que estruturais. Acerca da busca de ajuda e rede de apoio, a mãe, o pai e profissionais de saúde foram citados. Das estratégias de cuidado incentivadas aos adolescentes, a busca de mudança foi mais freqüente. Intervenções sociais e meios de melhorar a prestação de serviços em saúde mental aos adolescentes são discutidos.

Palavras-chaves: saúde e doença mental, serviços de saúde, adolescentes, cuidadores e família.

Abstract

The aim of this study was to investigate adolescents' and their caregivers' perspective about mental health and illness, stereotypes and accessibility to mental health services, as well as the main support networks and strategies used by adolescents to look after themselves. 30 female and male adolescents living in the suburb of Porto Alegre aged 14 to 18; and 28 caregivers, 10 male aged 27 to 55 and 18 female aged 31 to 67 participated in the study. 20 out of 30 adolescents' families were interviewed during home visits. Families showed different configuration. Field diary, family interview, self-applicable questionnaires on mental health and illness were applied. Questionnaires results were analyzed with SPSS 13.0 and descriptive statistics was made for all items. Content analysis was adopted to analyze qualitative data in field diary and family interview. Results from those two instruments showed the implication of socioeconomic aspects and stressful occurrences of family history on adolescents and other family members' mental health. Questionnaire results unveil that adolescents' mental health was associated to the ability of thinking critically and getting along well with others. Adolescents presented an integrated view of health and body. Health professionals, parents and friends formed the main support networks for adolescents. Ideological barrier with regard to access to health services were found more than structural. Adolescents presented care strategies that varied from behaviors in search of change and scape from the problem. Caregivers' mental health perspective was associated with good physical and cognitive functioning and personal satisfaction, presenting some difference between male and female caregivers' perspective. About mental illness, caregivers presented an integrated view of body and mind and associated with concentration problems. School, health professional and media are the main opinion boosters about mental health and illness. About stereotypes was found more ideological barriers than structural. Mother, father and health professionals were the main help-seeking. Care strategies motivated to adolescents' indicates search of change when feeling mentally sick. Social interventions and ways to improve health services for adolescents were discussed.

Key-words: mental health and illness, health services, adolescents, caregivers and families.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Adolescência, família e contextos significativos

O desenvolvimento do indivíduo acontece em um curso contínuo de fases de amadurecimento nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Na maioria das vezes, a família é o primeiro contexto de inserção da pessoa afetando, positiva ou negativamente, nos comportamentos sociais, nas crenças e atitudes, na tomada de decisões, enfim, em todo o processo biopsicossocial do desenvolvimento.

Crises particulares estão associadas a cada fase do ciclo de vida. O período da adolescência é considerado uma das etapas mais complexas vividas pelo ser humano, pois, intensas e inúmeras tensões novas se apresentam nesta fase. O primeiro desafio com que o adolescente se depara é a mudança física de seu corpo, que se acompanha de sensações desconhecidas. O segundo desafio é a maturação sexual que traz à tona desejos, prazer e anseios pela descoberta do sexo. O terceiro é a transformação da identidade que remete ao processo de diferenciação e busca da autonomia. O quarto é a necessidade de admitir a perda da infância e a de assumir um novo papel social. Todas estas modificações geram inquietude, estresse, sentimentos ambivalentes de amor-ódio pelos pais, angústia de separação, medo do novo, busca por si que remete à inserção no grupo de iguais e ao conflito frente às demandas sociais que ora solicita o ser criança e ora o ser adolescente (Cole & Cole, 2003; Erickson, 1968; Hopkins, 1983).

Ao mesmo tempo em que o adolescente vivencia as transformações desta fase da vida, a família também é influenciada intensamente. A adolescência é uma fase igualmente tensa e difícil para os cuidadores que enfrentam dificuldades em lidar com as novas conquistas, rebeldia, separação e autonomia dos adolescentes. Para os cuidadores, também se apresenta o desafio de se vivenciar sua própria adolescência e os impasses não resolvidos desta fase. É nesse contexto de intensa efervescência emocional que as famílias buscam possibilidades de existir oscilando entre a manutenção de comportamentos antigos e a abertura aos novos (Carter & McGoldrick, 1995).

Além da família, outros contextos são significativos e ganham maior espaço na vida dos adolescentes. A aproximação ao grupo de iguais e busca por diferenciação dos pais torna os ambientes escolar e social fundamentais para o desenvolvimento nesta fase da adolescência. Em vista disso, novas figuras se tornam cruciais e desempenham

importante papel na vida do adolescente, por exemplo, professores, amigos(as) e namorado(a). Na medida em que o adolescente se vincula a outros contextos como igreja, clube esportivo, rua, comunidade, dentre outros, estes se tornam parte do processo de desenvolvimento. Numa perspectiva mais ampla, também são considerados o contexto socioeconômico, o país, a cultura e a etnia como fatores que influenciam o desenvolvimento do adolescente.

Segundo a Abordagem bioecológica do desenvolvimento humano (ABD H), a compreensão do desenvolvimento exige um olhar mais amplo dos fatores que atuam na pessoa e no ambiente. A ABDH estuda o desenvolvimento através da interrelação de quatro domínios, são estes: processo, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Esses autores afirmam que o “processo proximal” corresponde às formas de interação no ambiente imediato. Para os autores, o desenvolvimento ocorre através destes processos de interação recíproca (bidirecional) progressivamente mais complexa de um ser humano ativo, biopsicologicamente em evolução, com outras pessoas, objetos e símbolos. Para ser efetiva, a interação deve ocorrer em uma base regular e através de períodos estendidos de tempo. Os autores apontam que a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais que efetivam o desenvolvimento variam sistematicamente como uma função conjunta das características da pessoa em desenvolvimento. Associados a estas estão o ambiente imediato e remoto onde os processos ocorrem, a natureza dos resultados evolutivos, as mudanças e continuidades sociais que ocorrem no decorrer do tempo durante o período histórico que a pessoa viveu (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Todos estes aspectos determinam o bem estar de adolescentes e de suas famílias em suas vivências ao longo do desenvolvimento. Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade foi a definição de saúde oferecida pela *World Health Organization*, em 1987 (WHO, 1987). Tal definição incorpora aspectos psicológicos e sociais, com uma visão mais holística de saúde e ampliando a visão médica tradicional (Morais, 2005). Considerando tais fatores e características, é lançado o olhar para a saúde do adolescente tendo em vista a necessidade de fornecer melhor atenção e suporte para os próprios e para suas famílias. É nesta perspectiva que este estudo visa a contribuir no entendimento das demandas desta população podendo subsidiar orientação às famílias, escolas, comunidade e o sistema de saúde.

1.2 Determinantes sociais em saúde

Ao trabalhar com um conceito de saúde mais abrangente e integrador, a WHO buscou ampliar a concepção do modelo biomédico acerca do processo saúde/doença. Quando se estabelece relações com as áreas sociais e psíquicas, o processo saúde/doença se amplia deixando de ter caráter estritamente causal e a intervenção deixa de ser apenas física ou química. O diferencial desta nova definição é a visão holística de saúde, visto que concebe a saúde como um estado positivo de bem-estar. Entretanto, esta definição recebe críticas por apresentar um caráter estático e subjetivo (Rezende, 1989; Segre & Ferraz, 1997). Nesta, saúde implica uma idéia de um estado perfeito e completo que é irreal e inatingível. De acordo com Rezende (1989), essa visão não considera o intercâmbio muitas vezes conflituoso existente entre o ser humano e o seu meio ambiente, além da postura humana ativa e dialética frente aos antagonismos sociais. Além disso, a definição é ampla e vaga, perdendo especificidade para ser definida operacionalmente e aplicada em situações práticas. Faltam qualidades que efetivamente definam o que seja bem-estar. Ao mesmo tempo, Segre e Ferraz (1997) reconhecem e destacam o fato de que as expressões "perfeição" e "bem-estar" não existem por si mesmas, estando sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, partindo da linguagem e da experiência singular. Portanto, bem-estar, felicidade ou perfeição ocorrem para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, dá sentido a tal uso semântico, legitimando-o. Mesmo com as críticas à definição de saúde da WHO, seu conceito é relevante, pois esse é o maior órgão de referência mundial para as questões do tema e orienta todos os países, sendo seu objetivo o máximo desenvolvimento da saúde dos povos.

Uma idéia comum subjacente às pesquisas que se dedicam ao estudo da visão de saúde e doença é a de que estas são fortemente influenciadas pelo contexto cultural em que ocorrem. Dessa forma, a definição do que é saudável e doente, normal e anormal, são e insano, varia tanto interculturalmente quanto intraculturalmente. Um papel de destaque tem sido atribuído à visão de saúde e doença, pois alguns autores (Boruchovitch & Mednick, 2002; Minayo, 1998; Minayo & Souza, 1989; Rezende, 1989) afirmam que elas condicionam a forma como cada pessoa experimenta seus estados de saúde e de doença, os comportamentos adotados para evitar a doença ou restabelecer a saúde e, inclusive, as próprias práticas de atendimento à saúde. Segundo Minayo (1998), saúde e doença podem ser vistas como expressão social e individual e, também, como expressão das contradições sociais. A partir dessas visões, o contexto

sociocultural é percebido como influenciando a definição das atitudes e comportamentos relacionados à saúde/doença e à própria legitimação da condição de "estar doente". No entanto, a vivência pessoal desses estados ao longo da vida por cada indivíduo também deve ser um aspecto a ser considerado, uma vez que, de acordo com Minayo (1998), "é no indivíduo que essas visões se unificam: é ele que sofre os males ou detém a saúde" (p. 194).

O entendimento das concepções de saúde/doença enquanto expressões da realidade social, que refletem as contradições do sistema capitalista, é outra contribuição trazida por Minayo (1998; Minayo & Souza, 1989) à compreensão da construção social das concepções de saúde e doença. As representações dominantes são mediadas pelos profissionais de saúde que tendem a se ater ao contorno biológico e individual do doente para explicar o fenômeno saúde/doença. Ao fazer isso, separam o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial e dos condicionamentos de sua situação.

Tendo em vista a visão holística do processo saúde/doença, é necessário pontuar o contexto socioeconômico do mundo globalizado do século XXI. Um dos grandes desafios dos países hoje são as desigualdades sociais em saúde. É destoante a realidade dos países desenvolvidos para os em desenvolvimento, e ainda mais para os não desenvolvidos com relação a estes aspectos. A questão da pobreza e desigualdade social tem sido discutida internacionalmente, uma vez que melhores condições de vida resultam em melhor qualidade de vida, saúde e bem-estar. As carências das camadas desfavorecidas não se referem apenas à privação material e baixo desenvolvimento humano, mas também a pouca responsabilidade e autonomia. Essas condições minimizam a capacidade de tomada de decisões das pessoas, pois sua liberdade é tolhida pela impossibilidade ou difícil possibilidade de ascensão social e desenvolvimento de melhores condições de vida. As causas da pobreza são múltiplas sendo impactantes os fatores econômicos, políticos e sociais (Ruger, 2007).

Ao mesmo tempo em que o progresso científico cresce de modo fascinante no mundo globalizado e aprimora os níveis de saúde otimizando as técnicas de intervenção, por outro lado há países e localidades com condições mínimas ou nenhuma de saneamento. Observa-se com isto que as disparidades em saúde são grandes e continuam crescendo mesmo sendo a minimização destas um dos objetivos de desenvolvimento do milênio (MDGs) estabelecido pela WHO. Estudos mostram que o baixo índice de saúde da população está associado ao baixo desenvolvimento social e econômico do país. Os países com piores problemas de saúde são aqueles em que quase

metade da população vive com até um dólar por dia (Ruger, 2007). Estudos epidemiológicos de mortalidade prematura, doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e câncer relacionado ao fumo confirmam as desigualdades sociais em saúde e têm demonstrado a associação entre baixo nível social com baixo estado de saúde (Lawlor & Sterne, 2007).

As desigualdades em saúde também estão associadas a outros fatores como localização geográfica, etnia, densidade demográfica, gênero, *status* socioeconômico, grau de instrução e idade. Os índices de saúde variam de acordo com o número de habitantes, urbanização e geografia. Nos países em que a população se concentra na área rural as condições de saúde são consideradas precárias se comparadas às urbanas. Entretanto, quanto maior a urbanização menor o índice de saúde da população e mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A mais recente preocupação das comissões de saúde dos países é o volumoso crescimento da população urbana no mundo em desenvolvimento. Estudos mostram que em 2008 mais da metade da população humana estará vivendo em áreas urbanas (3.3 bilhões de pessoas), e a perspectiva para o ano 2030 é que cresça para quase cinco bilhões (UNFPA, 2007). Esse crescimento traz consigo o aumento da pobreza, marginalização, violência e, conseqüentemente, piores condições de saúde.

1.3 Epidemiologia da saúde mental de crianças e adolescentes

A WHO foi o primeiro órgão internacional de saúde a considerar-se responsável pela saúde mental, e não apenas pela saúde do corpo. A cooperação do Brasil com a WHO foi estabelecida desde a criação deste órgão pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esta parceria se deu através de representantes brasileiros durante o processo de constituição da WHO, os quais também almejavam o estabelecimento de um organismo internacional de saúde pública. A partir daí, a saúde passou a ser ainda mais valorizada e tem sido foco de inúmeras intervenções sociais, que buscam otimizar a atenção à saúde (<http://www.who.int/about/history/en/index.html>). Durante muito tempo, as pesquisas estiveram voltadas para a saúde do corpo, sendo a saúde mental relegada. Atualmente, devido às sérias conseqüências relacionadas à violência, o processo de saúde e doença mental tem sido uma preocupação também da área de segurança pública. Por este fato, a pesquisa na área da saúde mental tem sido considerada prioritária em muitos países. É o caso do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), nos Estados Unidos, que desde

1990, teve o orçamento aumentado para o plano nacional sobre problemas mentais de crianças e de adolescentes (<http://www.nih.gov/about/almanac/organization/NIMH.htm#history>).

Atualmente, estudos apresentam uma compreensão mais abrangente sobre o processo saúde/doença, as quais consideram a historicidade, multidimensionalidade e a processualidade. A historicidade diz respeito à influência do contexto sócio-cultural sobre a definição de práticas ditas saudáveis ou não. Isso é decorrente da constatação de que a saúde e, por conseguinte, a doença, nem sempre foram vistas da mesma forma ao longo da história e nas diferentes culturas. A integralidade ou multidimensionalidade, por sua vez, refere-se à consideração da saúde e da doença a partir de aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além dos biológicos, tradicionalmente destacados. Dessa forma, a saúde deixa de ser vista como ausência de doença, ao passo que a compreensão da doença também não fica restrita à alteração/desequilíbrio biológico. Por fim, a processualidade diz respeito à consideração da saúde e da doença como partes de um mesmo *continuum* e não como estados absoluto e estático, independentes um do outro (Morais, 2005). As idéias dos indivíduos sobre saúde e doença têm um impacto sobre as suas atitudes e comportamentos de saúde. Nesse sentido, se identifica na literatura uma tendência à realização de pesquisas sobre as visões das pessoas, dos mais variados contextos, a respeito das noções de saúde e doença (Boruchovitch & Mednick, 2002).

Em vários países tem sido constatado o crescimento de problemas de saúde mental nas últimas décadas. Todavia, pouco se sabe sobre a situação dos adolescentes. Em 2001, a WHO indicou que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, mas apenas uma minoria delas recebe o tratamento mais básico. Estudos nos Estados Unidos e na Europa concluem que as crianças quando têm problemas mentais não são diagnosticadas, tampouco tratadas (Stephenson, 2000; Wittchen, 2000). As barreiras encontradas para o acesso ao tratamento dificultam ainda mais o provimento de um cuidado adequado. A tensão majorada por causa de conflitos psíquicos não tratados na infância e na adolescência pode provocar distúrbios psiquiátricos, aumento da taxa de suicídio, uso de drogas ilícitas e surgimento de distúrbios comportamentais. Tal fato coloca em risco a saúde mental e o posterior período de desenvolvimento nas áreas social e de aprendizagem. Sintomas de fracasso e de derrota também podem emergir, afetando a auto-estima e a auto-eficácia do indivíduo. A falta de tratamento também pode trazer sérias conseqüências para as futuras gerações desses adultos que não foram tratados.

Adolescentes e adultos jovens são afetados com maior frequência por um primeiro episódio psicótico (Carvalho, Costa, & Bucher, 2006). Além disso, situações ocorridas na adolescência provocam problemas sócio-emocionais de vários graus de disfunção psíquica. Pantoja, Bucher e Queiroz (2006) destacam os problemas sócio-emocionais em adolescentes com gravidez precoce, especialmente quando constatada a mortalidade infantil e materna por complicações no parto ou por abortos mal executados. Comportamento violento em crianças e jovens é outro problema grave que está aumentando no Brasil, assim como, o aumento de tentativas de suicídio e suicídio propriamente dito (Tavares, Montenegro, & Prietro, 2004). Este fato levou à implantação do primeiro projeto piloto da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Segundo o Ministério da Saúde, o Projeto ComViver propõe a atenção especializada aos familiares e amigos de pessoas suicidas, buscando reduzir o impacto dos danos nessa população fragilizada, acolhendo-os e acompanhando na superação do trauma (www.saude.gov.br). O Brasil é o pioneiro da América Latina na busca de soluções para o enfrentamento desse problema de saúde pública. O alto índice de alcoolismo e a dependência de drogas ilícitas, que afetam a população de crianças e adolescentes e, principalmente, os jovens são também graves problemas de saúde pública. A dependência ao longo prazo pode levar à degeneração cerebral, por exemplo cocaína e *crack*, o que é agravado pela precocidade da utilização. Também, são conhecidos inúmeros problemas sociais que a dependência ocasiona, tais como acidentes levando à morte, comportamentos agressivos, roubos, dentre outros (CEVS, 2006; Marsiglia, Silveira, & Carneiro Junior, 2007).

Os estudos epidemiológicos são úteis para determinar a magnitude de problemas de saúde mental na infância e adolescência em uma região. Tornam-se importantes no planejamento de políticas públicas, organização de serviços e estabelecimento de programas de prevenção e tratamento. Nos países em desenvolvimento, pesquisas nesta perspectiva são escassas (Hackett & Hackett, 1999). Na América Latina e no Caribe, as taxas de prevalência de problemas de saúde mental variam de 15 a 21% em amostras probabilísticas aleatórias de crianças e adolescentes (Duarte et al., 2003). Os problemas mentais/emocionais apresentados pelos adolescentes variam em severidade e duração, desde uma fobia escolar a esquizofrenia, podendo aparecer em qualquer período ao longo da adolescência. São comuns nesta população: doenças psicossomáticas, distúrbios de alimentação (anorexia, bulimia, obesidade), depressão, problemas relacionais, comportamento suicida, delinquência, abuso de substâncias, fugas e comportamento impulsivo. No Brasil são raras as pesquisas voltadas para a saúde

mental dos adolescentes. Embora o país tenha o Estatuto da Criança e do Adolescente, consubstanciado na Lei no. 8.069/1990, como marco legal de referência para as políticas dirigidas a essa parcela da população, pouco é pesquisado sobre a saúde mental de adolescentes. Portanto, investigar a saúde mental dessa população possibilita compreender melhor o tema e suas vicissitudes, além de auxiliar na elaboração de ações preventivas e promoção de saúde.

Alguns estudos populacionais de prevalência foram realizados no Brasil, dentre eles estão: Fleitlich e Goodman (2004), Cury e Golfeto (2003) e Benvegnú, Fassa, Facchini, Wegman e Dall'Agnol (2005). Tomando um levantamento geral dos dados desses estudos, observa-se que as taxas de prevalência obtidas com instrumentos de rastreamento variam de 13 a 35%, quando informado por pais ou responsáveis. Quando perguntado ao adolescente, as taxas variam de 12 a 13% e por professores entre 8 a 10% (Bordin & Paula, 2007). Uma pesquisa com pais ou responsáveis utilizando o *Child Behavior Checklist* (CBCL), realizada em Pelotas por Benvegnú et al. (2005), no Rio Grande do Sul, registrou uma prevalência de transtorno mental de 13%, com 3.139 crianças e adolescentes entre 10 a 17 anos. Adolescentes estão expostos a diversos fatores de risco para problemas mentais. Os fatores de risco estão assim distribuídos: biológicos (anormalidades do sistema nervoso central causada por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas), genéticos (história familiar de depressão, transtorno bipolar), psicossociais (conflito e disfunção na família – crise conjugal, psicopatologia e criminalidade paterna/materna e falta de laços afetivos entre pais e filhos), eventos de vida estressantes (morte, separação dos pais, mudança de país) e exposição a maus-tratos (negligência, abuso físico ou sexual, United States Department of Health and Human Services, 1999). Fatores ambientais como comunidades desorganizadas, escolas inadequadas e violência urbana também são relevantes. A complexa interação entre os fatores de risco biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais causa impacto negativo no comportamento e desenvolvimento de adolescentes.

Benetti, Ramires, Schneider, Rodrigues e Tremarin (2007) realizaram um levantamento da produção nacional de artigos indexados em periódicos nacionais sobre saúde mental na adolescência, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, Index Psi e Scielo de 1995 a 2005, que mostrou o crescimento da produção nacional nos últimos anos. Contudo, a maior parte dos trabalhos está voltada para a identificação do problema, e em menor número para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção. Percebe-se que a comunidade científica tem reconhecido a necessidade e

importância de investir em pesquisas nesta área. A análise dos resultados deste levantamento reforça a importância de investigar melhor a demanda em saúde mental dos adolescentes, pois essa faixa etária se constitui como uma grande parcela da população que procura atendimento. Além disso, o adolescente é identificado como um grupo etário vulnerável e de risco para diversos transtornos mentais, tais como, depressão, transtornos de conduta, transtornos alimentares, drogas e violência (Benetti et al., 2007).

As adversidades prolongadas e repetitivas são mais prejudiciais ao desenvolvimento e propiciam o surgimento de transtornos mentais. No entanto, algumas pessoas mesmo sofrendo influência de diversos fatores de risco conseguem lidar e superar certos níveis de adversidade apresentando características de resiliência¹.

1.4 Sistema de saúde e serviços de saúde mental no Brasil

No Brasil, a Constituição Brasileira com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a garantia de saúde, como direito de todos e dever do Estado, a partir da Lei Orgânica de Saúde. Tal sistema foi formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera do governo e sob controle dos usuários, por meio da participação popular nas Conferências e Conselhos de Saúde. Desde meados de 1995, o setor de saúde no Brasil vem apontando a necessidade de realização de reformas. Muitas delas já assumidas, seja pelo Ministério da Saúde (MS) ou por secretarias estaduais e municipais, que integram o SUS. A conscientização sobre a necessidade de reformas advém da percepção generalizada de que o sistema de saúde no Brasil apresenta uma série de contradições. É notório e alvo de críticas o descompasso existente em relação à formulação teórica da lei e sua concretização prática.

Na busca de aprimorar o sistema de saúde brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998 e 2003, realizaram um levantamento complementar à Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - PNAD - intitulada "Acesso e Utilização de Serviços de Saúde". Foram coletados dados sobre necessidades de saúde, acesso e utilização de serviços. Estas pesquisas ampliaram o conhecimento das características de saúde da população

¹ A resiliência refere-se ao processo que atua na presença do risco e através do qual são produzidos resultados tão bons ou ainda melhores do que os obtidos na ausência de adversidade. Assim, a resiliência é revelada pela boa adaptação dos indivíduos ao seu contexto e à sua vida, mesmo diante de situações de risco (Cowan et al., 1996).

brasileira, favorecendo a formulação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas no setor, além de fornecer informações relevantes e atualizadas para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde pública. Muitas similitudes foram observadas entre as pesquisas da PNAD no que se refere ao acesso e utilização de serviços.

Segundo a PNAD, o perfil de necessidades em saúde em 1998 e 2003 mostrou que as pessoas no início e no final da vida apresentam mais problemas de saúde. Os homens informam mais problemas de saúde do que as mulheres apenas nas idades mais jovens - início da adolescência. A partir dos 14 anos, as mulheres passam a elencar mais problemas de saúde. Marcadas desigualdades sociais em saúde foram constatadas no país. O número de pessoas com problemas de saúde é inversamente proporcional à renda familiar. Além disso, existe uma alta correlação positiva entre acesso ao médico e o poder aquisitivo da população (IBGE, 2000). No acesso e utilização de serviços observou-se que 79% da população brasileira (139,5 milhões de habitantes) têm acesso regular ao serviço de saúde. Nos 12 últimos meses anteriores às entrevistas de 2003, 63% da população brasileira havia buscado um médico, destes 78% eram crianças menores de cinco anos. Este dado é significativo para pensar a necessidade de focalizar pesquisas sobre os usuários infanto-juvenis, a fim de entender e propor aplicações para suas demandas específicas (IBGE, 2005).

De acordo com os dados das pesquisas de 1998 e 2003, os principais motivos de procura por serviços foram para exames de rotina, prevenção ou vacinação (IBGE, 2005). Em 2003, o maior motivo do não-atendimento foi a indisponibilidade de senhas ou vagas (49%) ou a carência de médicos (26%). Outras barreiras ao serviço de saúde foram: a falta de dinheiro; demora e distância do serviço; transporte e horário de trabalho/folga incompatível. O não-atendimento foi 6,5 vezes maior para a população de baixa renda (IBGE). A PNAD de 2003 revelou, ainda, certas limitações no serviço de saúde, contudo apontou também que algumas melhorias foram alcançadas.

Ao comparar os dados da pesquisa realizada nos dois anos, observa-se o aumento no acesso regular dos usuários de 71% para 80%. O posto de saúde, serviço mais procurado, aumentou seu fluxo de atendimento de 42% para 52%, de 1998 a 2003 (IBGE, 2005). Deste modo, observa-se que mudanças estão ocorrendo a fim de melhorar a qualidade na prestação do serviço, entretanto, ainda há muito a ser construído, principalmente se o foco é a população infanto-juvenil.

A insatisfação dos usuários em relação ao sistema de assistência médica incita ao questionamento da forma de atendimento. Deste modo, a estruturação do sistema de saúde e a hegemonia do modelo biomédico (Traverso-Yépez, 2001) vêm sendo

discutidas devido às desigualdades observadas no acesso aos bens e serviços sanitários e ao tipo de atendimento oferecido. Este se concentra na doença perdendo de vista o paciente como ser humano. Ações voltadas para a prevenção e promoção de saúde podem ser vistas como estratégias para a melhoria da qualidade de vida.

As barreiras no acesso aos serviços de saúde mental são similares às dos serviços de saúde como um todo. Além disso, a realidade brasileira não se apresenta tão diferente de outros países, mesmo os já desenvolvidos. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos indicam que as barreiras no acesso aos serviços de saúde mental na população de baixa renda devem-se à falta de seguros de saúde, sentimentos de desconfiança e preconceito em relação às instituições do serviço público de saúde (Brown, Wyn, & Ojeda, 1999; Pumariega, Glover, Holzer, & Nguyen, 1998; Wood, Hayward, Corey, Freeman, & Shapiro, 1990). Os mesmos fatores que dificultam o acesso aos serviços nos Estados Unidos também são encontrados na Europa, por exemplo, na Suíça, exceto o problema do seguro de saúde (Temkin-Greener & Clark, 1988).

Na atual gestão federal do sistema de saúde brasileiro, uma das estratégias para a melhoria da atenção à saúde da população é o fortalecimento da gestão democrática e do controle social do SUS. A ouvidoria do SUS é um exemplo de medida da gestão democrática que se propõe a escutar os usuários. Em 2006, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestora Tripartite elaboraram a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que se baseia nos seis princípios básicos de cidadania. O objetivo é informar aos usuários seus direitos no SUS e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento.

O balanço da situação da saúde no Brasil foi apresentado em 2006, pelo Ministério da Saúde, bem como os resultados obtidos pelo SUS desde sua consolidação, há 15 anos. Observou-se que as ações de prevenção garantiram que o sistema brasileiro se tornasse referência internacional no combate à AIDS, na vacinação infantil e adulta, na ampliação da atenção básica, na queda da mortalidade infantil, no fornecimento de medicamentos gratuitos e subsidiados para patologias que requerem tratamento intensivo e permanente, dentre outros (www.saude.gov.br). Apesar da relevância do ditoso êxito, é evidente que o setor de saúde no Brasil necessita de investimentos e que muitos destes são mal empregados ou desviados para atividades ilícitas. Estes deveriam ser melhor direcionados às redes públicas de saúde e às instituições filantrópicas e privadas que prestam relevantes serviços ao país. Os recursos disponíveis ou passíveis de captação aos serviços de saúde no Brasil não permitem que se chegue a um patamar de gasto compatível com o existente nos países desenvolvidos. O Brasil apresenta baixo

índice de investimento na saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). No quadro epidemiológico do Brasil, há a necessidade de priorizar os gastos com saúde considerando as especificidades regionais e a demanda dos usuários.

Para melhorar o atendimento na área da saúde mental, no Brasil, profissionais de saúde desenvolveram o Programa Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) visando ao atendimento da população com problemas mentais. Todavia, adolescentes parecem ainda não desfrutarem de uma atenção adequada e necessária para seus problemas. O CAPs é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. É um lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais cuja severidade e persistência exigem a necessidade permanente de cuidado intenso, comunitário, personalizado e promotor de vida (Ministério da Saúde, 2004). Este serviço foi criado para substituir as internações hospitalares psiquiátricas desde o advento do movimento anti-psiquiatria. A reforma psiquiátrica no Brasil foi contemporânea à eclosão do movimento sanitário na década de 70, porém sua história está inscrita em um contexto internacional e vai além da sanção de novas leis e mudanças nas políticas governamentais. A reforma psiquiátrica é um processo político e social complexo que iniciou com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial visando a desinstitucionalização em psiquiatria e continua se fortalecendo e buscando legitimar em todos os aspectos o direito e a proteção do doente mental. Seu avanço é marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. Em 2001 foi sancionada a Lei Paulo Delgado (Lei Federal 10.216) que redirecionou a assistência em saúde mental e privilegiou a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. A partir daí, se inicia um novo momento para a saúde mental que começa a ter financiamentos específicos, efetiva-se a construção do modelo de atenção comunitário e a proposta de extinção dos manicômios (Delgado et al., 2007).

Entretanto, a mobilização de mudanças ocorre mais na teoria do que na prática. A estruturação das inovações e estratégias de atendimento por meio da criação das residências terapêuticas, dos CAPs, dos centros de convivência, ambulatorios de saúde mental, e da criação do programa “De Volta para Casa”, não tem acompanhado as necessidades da população. Percebe-se a redução continuada de leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação, porém estas ações enfrentam as barreiras culturais e subjetivas da sociedade que variam de acordo com as regiões do país. Um dos grandes desafios é a reinserção social dos pacientes com longo período de internação, os quais enfrentam desafios desde a falta de documentos como certidão de nascimento e carteira de identidade até a possibilidade de uma atividade laboral. Com isto, observa-se a ausência de instrumentos mínimos para o

exercício da cidadania, garantia dos direitos e inclusão social. Outro grande desafio a ser discutido é a concretização da reforma psiquiátrica nos manicômios judiciais (Delgado et al., 2007).

O objetivo do CAPs é dar atendimento à população de sua área de abrangência, fornecendo o atendimento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e resgate dos laços familiares e comunitários. Este serviço faz parte de uma rede de cuidados na comunidade dentro dos serviços de saúde do SUS. A construção da rede comunitária de cuidados é necessária para que a articulação dos vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico aconteça. Deste modo, a rede de atenção à saúde mental se define como de base comunitária, pois permanentemente se propõe a articulação com outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços da cidade. Os CAPs possuem subdivisões definidas a priori, são estas: CAPs I e II, CAPs III, CAPs-infantil e CAPs-ad (álcool e drogas). Esses dois últimos são utilizados pelos adolescentes, pois se direcionam para a população infantil e para adictos. Não apenas o CAPs, mas toda a rede de atenção à saúde mental compartilha dos princípios do SUS.

Alguns autores afirmam serem raras as pesquisas sobre os fatores influenciando o caminho para a prevenção e o tratamento de crianças e adolescentes na área da saúde mental (Gunther, Slavenburg, Feron, & Os., 2003; Juszak, Melinkovich, & Kaplan, 2003). Isto fica ainda mais evidenciado quando a pesquisa extensiva nas bases de dados Medline e Psycinfo apresenta um número pequeno de publicações sobre o acesso aos serviços de saúde mental, e menos ainda, deste voltado para adolescentes. Um estudo desenvolvido por Owens, Hoagwood, Horwitz, Leaf, Poduska, Kellam e Jalongo (2002) analisou e descreveu o efeito da percepção sobre os problemas mentais e o acesso aos serviços de saúde mental em crianças na Suíça. As conclusões revelam que uma atenção particular deve ser dada para as necessidades das famílias e que as barreiras devem ser diminuídas. Considerações enfatizaram que esforços por parte das instituições devem ser estimulados para a melhoria das percepções das populações sobre os problemas da saúde mental das crianças e jovens, assim como desenvolver o conhecimento dos serviços disponíveis.

Os denominados programas de prevenção e promoção de saúde destinados, sobretudo, à adolescência tendem a funcionar através de intervenções assistemáticas e verticalizadas e a focalizar sua atenção apenas para a saúde reprodutiva, negligenciando a preocupação pelo caráter multifacetado da saúde humana (Costa, Duarte, Motta, Martins, & Gomes, 1986; Muza & Costa, 2002; Traverso-Yépez, 2001). Um sistema de

atendimento à saúde segundo uma "visão ecológica de saúde" teria como características principais: a ênfase na responsabilidade do indivíduo para desenvolver disposições e práticas que promovam o seu bem-estar; a ênfase às atividades preventivas e de educação para a saúde, assim como no papel do Estado enquanto promotor de políticas de saúde que visem à prevenção de doenças e à garantia de condições adequadas de vida à população, além, do esforço multidisciplinar (Boruchovitch & Mednick, 2002). O estudo com adolescentes e seus cuidadores pode ser considerado como de grande importância para propiciar melhor entendimento sobre as necessidades e realidade desta população. Nesta perspectiva, usuários adolescentes ou potenciais usuários podem dar contribuição relevante à formação de um conhecimento na área da saúde mental.

Os serviços e o sistema de saúde têm participação importante na determinação dos níveis de saúde e condições de vida da população do país. Aprofundar, especificar e ampliar o conhecimento sobre eles, na perspectiva da acessibilidade, desempenho e impacto dos sistemas, e sobre as condições e a qualidade da atenção prestada em contextos específicos é imprescindível. Tais conhecimentos podem se constituir em apoio às decisões de gestores, gerentes e profissionais da área da saúde. Sendo assim, a pesquisa em serviços de saúde tem o objetivo de subsidiar a melhoria na assistência à saúde. A falta de correspondência entre o discurso legal e a realidade concreta impele à tomada de decisões mais condizentes com a proposta constitucional. No setor da saúde, há ainda um longo caminho a ser percorrido até que se conquiste a equidade e a garantia do direito à saúde. Além disso, as transformações demográficas, sociais e econômicas que ocorrem na sociedade brasileira impactam as condições de vida e saúde da população, ao mesmo tempo em que geram novas demandas para o sistema de saúde do país, requerendo a readaptação ao novo perfil de necessidades da população.

1.5 Psicologia e saúde

A psicologia vem consolidando seu espaço no âmbito da saúde e estreitando seu diálogo com o SUS. Pode-se constatar isto no processo de inserção do psicólogo nas unidades básicas de saúde. Entretanto, é um desafio conciliar as necessidades decorrentes do enquadre coletivo com a tradicional orientação individualista da área psi. A importância da psicologia também se refere ao processo de humanização em saúde que busca ver as necessidades do sujeito além dos meros cuidados com a doença e o corpo (Spink & Matta, 2007)

O conceito de promoção da saúde, definido em 1986, na Conferência de Ottawa veio ampliar o foco à prevenção de doenças, enfatizando questões de qualidade de vida

e a utilização de todos os meios para promover a saúde das populações. As ações de promoção de saúde adequadas e significativas devem considerar a integração dos espaços individuais, grupais, sociais, institucionais e políticos (Parreira, 2003). Descrevendo o desenvolvimento da psicologia da saúde, Bucher (2003) relata que o movimento anti-psiquiátrico ao buscar novas formas de tratamento e ao realizar trabalho junto à família dos pacientes, expandiu a possibilidade de ações preventivas na área da saúde. A criação do hospital-dia abriu mais espaço para a inserção de profissionais da psicologia na área de saúde mental. O desenvolvimento da Psicologia da Saúde tem definido e consolidado o papel destes profissionais neste âmbito, e com maior dedicação à prevenção e à promoção de saúde. Historicamente, a Psicologia da Saúde começou com um grupo de trabalho em 1970, na *American Psychological Association* (APA) e tornou-se uma divisão em 1979. Sarafino (1994) resumindo Matarazzo (1980) define Psicologia da Saúde como: um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais advindas da Psicologia para: a) a promoção e a manutenção da saúde; b) a prevenção e o tratamento de doenças; c) detecção de doenças; e, d) melhoria dos sistemas de cuidado com a saúde.

A Psicologia da Saúde diferencia-se da Psicologia Clínica por compreender o comportamento no contexto da saúde e da doença, focalizando principalmente nos aspectos físicos e nos modelos empregados em saúde mental. Especialistas desta área trabalham com o comportamento de saúde, sendo o modelo de crença de saúde e de cognição social os focos principais de influência na prática dos psicólogos. Em Psicologia da Saúde é válida a estratégia de análise funcional do comportamento para especificar as ocasiões, o comportamento a ser desenvolvido ou mantido e quais conseqüências sociais ou pessoais estão realmente existindo. Para difundir os conhecimentos da área foi criado o *Journal of Health Psychology* no qual as publicações são predominantemente de psicólogos.

Estudos mostram que a Psicologia da Saúde tem garantido seu espaço na medida em que expande sua atuação dentro dos hospitais, serviços de atenção básica, PSF, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS -, e universidades com as disciplinas optativas na graduação em Psicologia e os cursos de especialização (CFP, 1994, 1995; Miyazaki, Domingos, Valerio, Santos, & Bernardes da Rosa, 2002; Parreira, 2003; Yamamoto & Cunha, 1998; Yamamoto, Trindade, & Oliveira, 2002). Psicólogos atuando nos serviços de saúde contribuem para a qualificação do atendimento, a melhoria dos serviços prestados e o contexto da organização.

A psicologia como ciência tem sua implicação social e deve dentro do possível atuar na melhoria da saúde das pessoas. Nas diversas dimensões da saúde pode -se inserir o conhecimento e o fazer psi, seja na reabilitação, prevenção, tratamento ou promoção de saúde. O profissional de saúde mental, principalmente o psicólogo, atua nos níveis individual, familiar, institucional e comunitário sendo múltiplos os modos de intervenção deste. Um modo de atuação da psicologia no contexto mais amplo é o trabalho na perspectiva do empoderamento, que pode ser visto através de dois enfoques principais: o psicológico e o comunitário. Considera -se que o empoderamento comunitário contribui para definir a promoção da saúde enquanto um projeto voltado para a transformação do *status quo* e a constituição de indivíduos saudáveis. Além disso, é um bom instrumento que pode contribuir para as práticas de educação em saúde e para a reorganização da rede de serviços do SUS (Carvalho, 2004). Deste modo, é possível atuar na saúde mental interligando áreas afins e contextos diversos em vista da promoção da saúde.

A psicologia social tem pesquisado atitudes das populações acerca da doença mental, porém esses estudos são realizados via de regra em populações adultas. Diante desta realidade, considera-se relevante pesquisar esses aspectos na perspectiva dos adolescentes e suas famílias.

1.6 Justificativa e objetivos

Crescente preocupação em nível nacional e internacional tem promovido o aumento de pesquisas focadas na saúde dos adolescentes. Diversos são os motivos que impulsionaram a extensão deste fenômeno, dentre eles está a alta incidência de comportamentos de risco desta população. São estes: uso de drogas, exposição com pouca prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (mesmo tendo conhecimento sobre as doenças), gravidez precoce, ações ilegais como furtos e roubos, além do tráfico, homicídio e suicídio (CEBRID, 2003; CEVS, 2006; Pantoja, Bucher, & Queiroz, 2006). O impacto destes comportamentos tem mobilizado o contexto social e exigido intervenções precisas em diferentes níveis, pois se tornaram um problema social e de saúde pública. O sofrimento mental temporário ou crônico pode acompanhar os adolescentes durante esta fase da vida. Estudos científicos revelam que o conceito que os indivíduos têm acerca de saúde e doença tende a influenciar o modo de lidar com o seu próprio estado de saúde e doença (Boruchovitch & Mednick, 2002; Minayo, 1998). Além disso, estudos mostram o quão deficientes ainda estão sendo as ações

institucionais, já que faltam campanhas preventivas e rede de atendimento à saúde – carência de hospitais ou postos, leitos, materiais e profissionais (IBGE, 2005).

O presente estudo visou a investigar a temática da saúde mental a partir da perspectiva dos adolescentes e de seus cuidadores. Nesta investigação foram considerados aspectos da cultura, da rede de apoio e dos contextos ecológicos, uma vez que a compreensão do que venha a ser saúde e doença é influenciada pelo contexto sociocultural.

O objetivo geral foi investigar a visão de adolescentes e seus cuidadores acerca do conceito de saúde e doença mental/emocional. Buscou -se conhecer: 1) as concepções de estar saudável e doente mentalmente/emocionalmente; 2) os estereótipos pertinentes à temática, identificando aspectos sociais e culturais; 3) a acessibilidade aos serviços de saúde mental; 4) as principais redes de apoio – instituições e/ou pessoas; e 5) as estratégias de cuidado usadas pelos adolescentes perante dificuldades mentais/emocionais.

CAPÍTULO II

MÉTODO

O presente estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica associada ao projeto *Access Mental Health Care in Children: Concepts of Mental Health and Perception of Services from the Perspective of Children, Adolescents and their Families* (*The AMHC-Study*), realizado na Suíça, O estudo iniciou em 2004, com Käppler e Möhler, quando foi considerado parte do Programa Nacional de Pesquisa 52: *Children, Youth and Intergenerational Relationships in a Changing Society* da Schweizerischer National Fonds, agente financiador, realizada através da Universität Zürich (http://www.nfp52.ch/e_dieprojekte.cfm?Projects.Command=details&get=30), com cooperações do Departamento de Psiquiatria Infanto-Juvenil de *Fribourg* e Centro Hospitalar Universitário *Vaudois*.

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, que se desenvolve em quatro capitais brasileiras, Fortaleza, Brasília, Belém e Porto Alegre, compondo uma amostra nacional a ser analisada, em uma perspectiva transcultural, com os dados da Suíça. Esta dissertação consiste em dados colhidos em Porto Alegre, sendo realizada uma investigação exploratória descritiva da amostra da população em situação de vulnerabilidade social.

Inserção Ecológica

Para buscar uma maior aproximação com os contextos família, escola e comunidade, o método de Inserção Ecológica foi utilizado, sendo esta uma operacionalização do referencial teórico-metodológico de Urie Bronfenbrenner (1979/1996) e proposto por Ceconelo e Koller (2003) e revisado por Eschiletti -Prati, Paula Couto, Moura, Poletto e Koller (2008). Neste método, os fenômenos são vistos de modo contextualizado e relacionados com variáveis diretas e indiretas com as quais interagem. Como o modelo bioecológico concebe o desenvolvimento humano através da interação de quatro núcleos inter-relacionados: 1) o processo, 2) a pessoa, 3) o contexto e 4) o tempo (Bronfenbrenner & Morris, 1998), a interconexão dos componentes foi uma característica importante neste estudo, que foca o desenvolvimento no contexto e, portanto, incluiu vários níveis de análise.

Deste modo, foi examinada a pessoa do adolescente e de cada um de seus genitores por si mesmas, a interação delas entre si (processos), a influência do ambiente

(contexto) no desenvolvimento das pessoas e o espaço de tempo em que esses ocorreram. Em sendo o processo o principal componente responsável pelo desenvolvimento humano a ser observado e analisado no método de inserção ecológica, interações recíprocas foram registradas em diários de campo pela equipe, assim como sua complexização progressiva com outras pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato (processos proximais, Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Os processos proximais foram as formas de interação no ambiente imediato vividas pelos participantes. Na definição de processo proximal, foi identificada a presença simultânea de cinco aspectos relacionados à interação dos participantes com os pesquisadores: 1) o engajamento na pesquisa; 2) a interação estabelecida em uma base regular, através de períodos estendidos de tempo; 3) as atividades foram tornando-se progressivamente mais complexas; 4) presença de reciprocidade nas relações interpessoais; 5) os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato estimularam a atenção, exploração, manipulação e imaginação das pessoas em desenvolvimento envolvidas na pesquisa. A forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais variaram sistematicamente como uma função conjunta das características das pessoas em desenvolvimento, do ambiente – imediato e remoto onde eles ocorreram, da natureza dos resultados evolutivos, das mudanças e continuidades sociais que ocorreram ao longo do tempo durante o período histórico em que a pesquisa ocorreu (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

O contexto foi analisado através da interação de quatro níveis ambientais: microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, que compõem o meio-ambiente ecológico onde foi realizada a pesquisa. O microsistema foi definido como um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pelos participantes e pesquisadores, como pessoas em desenvolvimento nos ambientes frequentados e nos quais se estabeleceram as relações face a face. O mesossistema consistiu no conjunto de microsistemas que as pessoas frequentaram e nas inter-relações estabelecidas neles, como por exemplo, as residências das famílias, o centro de formação social de educação profissional comunitário onde foram coletados os dados, a sala de reuniões da equipe, entre outros. Este foi ampliado sempre que uma nova pessoa passava a frequentar um novo ambiente. Os processos que operaram nos diferentes ambientes frequentados pelas pessoas eram interdependentes, influenciado-se mutuamente. O exossistema envolveu os ambientes que as pessoas não frequentavam como participantes ativos, mas que influenciaram indiretamente sobre o seu desenvolvimento, exemplo: trabalho dos pais, rede de apoio social, de saúde e

comunitária. O macrosistema foi composto pelo padrão de ideologia, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e subculturas presentes no cotidiano das pessoas. Os valores, as crenças transmitidas pelas famílias e a cultura na qual foram educados influenciam na maneira que os pais educam seus filhos, agindo no desenvolvimento deles (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

A equipe de pesquisa foi composta por seis colaboradores, e estudantes de Psicologia e Pedagogia e profissionais recém graduados da Psicologia. Todos os integrantes receberam treinamento teórico, metodológico e ético previamente ao início da inserção ecológica e coleta de dados. A equipe de pesquisa foi enriquecida com a presença de duas estudantes européias de Psicologia, uma da Finlândia e outra da Bélgica, que puderam agregar um olhar diferenciado sobre a realidade investigada desde a perspectiva delas. Durante a inserção ecológica a pesquisadora responsável pelo estudo coordenava a equipe dando supervisão teórica e metodológica e apoio afetivo à equipe de pesquisa frente às intercorrências do processo por meio de encontros semanais com duração de duas horas.

Participantes

Os adolescentes e suas famílias foram contatados através de uma instituição em uma comunidade da periferia de Porto Alegre. A seleção desta foi por conveniência, sendo incluído no estudo todos os adolescentes que estavam sendo atendidos na instituição e deram anuência à pesquisa.

1 Amostra de adolescentes: Participaram desse estudo 30 adolescentes de escolas públicas, residentes em um morro na periferia da cidade de Porto Alegre, com idades entre 14 a 18 anos ($M=15,71$; $SD=1,19$), sendo 46,7% do sexo masculino ($n=14$) e 53,3% feminino ($n=16$). Cinquenta por cento dos adolescentes cursavam a oitava série ou o primeiro ano do ensino médio ($M=7,40$; $SD=1,19$). Os demais se distribuíam da quinta a sétima série do ensino fundamental. Na Figura 4 é apresentada a distribuição dos adolescentes segundo o grau de instrução.

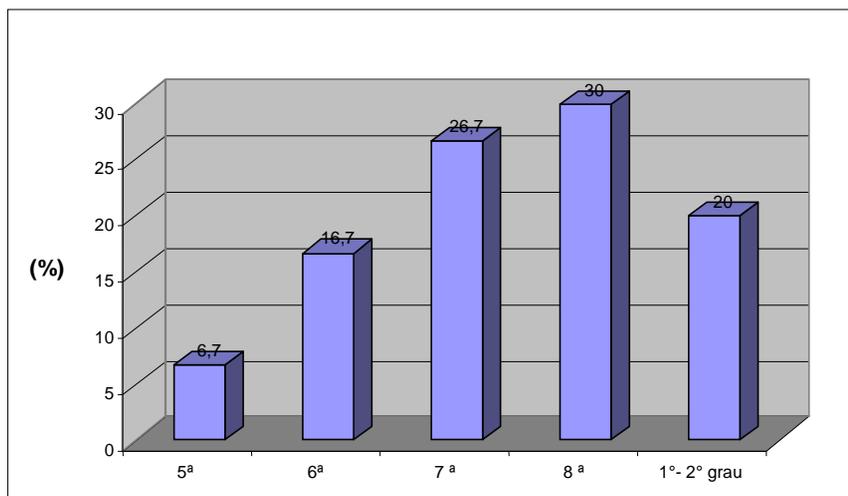


Figura 1. Distribuição do grau de instrução dos adolescentes

Os participantes foram selecionados a partir do centro de formação social de educação profissional que fornecia cursos técnicos no turno inverso à escola. Este possuía visibilidade na comunidade por exercer, há mais de 40 anos, trabalhos em assistência social e educação de crianças, adolescentes, jovens e suas famílias. O centro profissionalizante fazia parte de uma organização institucional maior que compreendia quatro locais de atendimento e serviço à comunidade. Como critério de exclusão para esta amostra foi definido a realização de tratamento para algum problema mental/emocional, a fim de não enviesar as respostas. Além disso, a comparação com grupo clínico e não-clínico não foi estabelecida como objetivo específico deste estudo.

2 Amostra de cuidadores: 28 adultos responsáveis pelos adolescentes participantes foram entrevistados, sendo 10 do sexo masculino (pai ou padrasto) com idade variando entre 27 a 55 anos ($M=38,5$; $SD=7,89$) e 18 do sexo feminino (mãe, tia ou avó) com idade variando de 31 a 67 anos ($M=42,1$; $SD=9,27$). No total, foram entrevistadas 20 famílias por meio de visitas domiciliares. Em oito famílias ambos os cuidadores - pai e mãe -, participaram da amostra. Em duas famílias apenas o cuidador masculino participou. E nas demais somente o cuidador do sexo feminino ($n=10$).

O grau de instrução dos cuidadores do sexo feminino (cuidadoras) variou de analfabetismo a ensino médio completo. O analfabetismo foi característico em 11% (2) da amostra, o nível fundamental incompleto em 50% (9), o fundamental completo em 16,7% (3), e 11% (2) para o ensino médio incompleto e completo. O grau de instrução dos cuidadores do sexo masculino variou de analfabeto a fundamental completo, sendo 33% (3) analfabeto, 55,6% (5) fundamental incompleto e 11% (1) fundamental completo.

Os cuidadores foram contatados a partir dos adolescentes da instituição. Inicialmente, foram realizados contatos telefônicos para marcação de visitas domiciliares. Estas abrangeram maior parte do tempo de coleta de dados, apresentando diversos desafios à equipe de pesquisa que executava a inserção ecológica.

Instrumentos

Foram utilizados quatro instrumentos: diário de campo, dois questionários investigando aspectos sobre saúde e doença mental (adolescentes e cuidadores) e um roteiro de entrevista qualitativa para a família. O primeiro foi direcionado à equipe de pesquisa durante o processo de inserção ecológica a fim de registrar as impressões observadas nos diversos contextos e situações. Este foi o primeiro instrumento utilizado, sendo o registro realizado desde a primeira visita à instituição até o último contato com as famílias. Com os três últimos, buscou-se acessar diretamente informações dos adolescentes e seus cuidadores.

Diário de campo

O diário de campo foi redigido individualmente por cada membro da equipe. Neste constavam os registros das impressões e dos fatos presenciados durante o processo de inserção ecológica. Tendo em vista o uso deste método, era indispensável que a redação do diário contivesse as variáveis da pessoa, do processo, do contexto e do tempo relacionados ao objeto de estudo. Deste modo, eram descritos os processos proximais, os contextos e a interação da equipe com estes e com os participantes. A cada visita à instituição (centro de formação), à comunidade, aos postos de saúde, às escolas, à associação comunitária e às famílias dos adolescentes se fazia o registro o mais detalhado, fiel e descritivo das situações, percepções e dos sentimentos vivenciados no dia. Esses apontamentos eram escritos na mesma data e logo após o término da visita, se possível, para que a expressão fosse mais fidedigna e contivesse o teor emocional dos pesquisadores implicados no processo. Era salientada a necessidade de clarificar o que fosse descrito enquanto fato ocorrido e observado e diferenciado do que fosse impressão pessoal ou comentário.

O foco das observações e registros tinha por base o objeto da pesquisa, que em sua dimensão mais ampla traz o tema da saúde mental. Sendo assim, todos os aspectos observados, desde as condições de vida, dinâmica da instituição, da comunidade, das famílias, relação com posto de saúde, eram relacionados à saúde dos adolescentes. Focalizava-se de que maneira esses fatores contribuíam ou não para a promoção da

saúde. Geralmente, a equipe se reunia posteriormente à visita para discutir os fatos ocorridos e realizar procedimentos e encaminhamentos necessários, antes de escrever o diário. No decorrer da pesquisa, a equipe foi supervisionada através de encontros semanais com duração de duas horas para avaliar o andamento da pesquisa, discutir a inserção ecológica e casos específicos, compartilhar os sentimentos e impressões (suporte afetivo para os membros da equipe). Além disso, discutir os impasses vivenciados durante a coleta e gerenciar aspectos burocráticos de material, horários e disponibilidades dos pesquisadores e aplicação de instrumentos. Este espaço funcionava como uma supervisão permanente do processo de inserção ecológica e do andamento dos diários de campo.

Esta interconexão de informações e apreensão da realidade permitiu perceber de que modo a pesquisa estava sendo interpretada pelos participantes e também pelos pesquisadores. Essa postura permitiu garantir a validade ecológica da pesquisa, minimizando os vieses de interpretação, ampliando a captação e compreensão do contexto, como também uma melhor confiabilidade dos resultados. Os dados dos diários de campo foram utilizados para contextualizar a pesquisa, descrever o meio e detalhar o processo de inserção ecológica durante a pesquisa.

Questionário sobre saúde e doença mental

Os questionários sobre saúde e doença mental (Anexos A e B) foram adaptados a partir do estudo suíço que seguiu duas fases metodológicas. Estes foram elaborados a partir de um estudo qualitativo (primeira fase do *AMCH-Study*) com grupos focais de crianças, adolescentes, seus familiares e profissionais relacionados ao cuidado infanto-juvenil, como, pediatras e educadores. As informações qualitativas coletadas buscaram investigar os conceitos de saúde/doença mental, estratégias de ajuda utilizadas no cuidado de crianças e adolescentes e percepção dos serviços e profissionais de saúde mental. A partir destes dados, foram desenvolvidos os questionários sobre saúde/doença mental e serviços de saúde. Estes foram utilizados na segunda fase do mesmo estudo suíço, que consistiu em uma parte quantitativa realizada com 3420 participantes. Foram elaborados dois questionários diferenciados, um destinado aos adolescentes e outro aos cuidadores (pai, mãe e avós). Tendo em vista a pluralidade idiomática da Suíça, os instrumentos foram construídos em quatro línguas (alemão, italiano, francês e português), a fim de contemplar a diversidade de cidadãos que compõem a população deste país. A língua lusitana não é oficial, porém, há um elevado número de imigrantes

residentes na Suíça com esse idioma de origem, e que também são usuários dos serviços de saúde do país.

No Brasil, adaptaram-se as versões lusitanas dos questionários. Estes passaram por uma adaptação ao português brasileiro por meio de um processo de validação semântica realizando-se aplicações em adolescentes e cuidadores em três cidades de diferentes regiões brasileiras - Fortaleza, Brasília e Porto Alegre. Inicialmente, a aplicação foi feita com um adolescente de 10 anos de idade, pois havia sido a faixa etária inicial do estudo suíço. Contudo, ocorreram muitas limitações na compreensão das perguntas por parte de uma criança desta idade. Novas aplicações foram realizadas com adolescentes de faixa etária maior entre 12 a 17 anos de escola pública e particular, constatando-se uma compreensão razoável dos itens do questionário. O mesmo procedimento foi realizado com os cuidadores, que também apresentaram dificuldades na compreensão, principalmente, os de baixa escolaridade. Essas dificuldades levaram a equipe de pesquisa a ter um cuidado maior na aplicação dos questionários com os cuidadores, sendo priorizada a aplicação individual a fim de dar maior assistência no preenchimento dos itens e explanação de dúvidas.

Além disso, a cada aplicação se observava os itens do questionário que os participantes mais apresentavam dificuldades e a equipe buscou construir uma explanação unívoca a ser apresentada diante das dificuldades recorrentes. Essas estratégias pretenderam minimizar os erros, garantir a melhor compreensão dos enunciados e minimizar o viés ao se dar explicações diferentes por cada pesquisador. As diferenças regionais percebidas nas aplicações se restringiram ao uso coloquial do pronome tu em Porto Alegre e o pronome você nas outras cidades. Optou-se por elaborar todo o instrumento na terceira pessoa do singular por ser mais utilizado no linguajar dos brasileiros. Pela similitude dos idiomas, não foi realizada uma *back translation* do instrumento.

Questionário da visão dos adolescentes sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde (Anexo A)

O questionário dos adolescentes continha questões fechadas e abertas, dividido em quatro partes: saúde, família, bem-estar e condições biosociodemográficas. A primeira parte investigou a visão de saúde e doença mental, de onde advêm essas idéias, qual a relação da temática com religião, que estratégias são usadas pelos adolescentes quando se sentem mal mentalmente e a quem procuram para buscar ajuda. Também investigou idéias e estereótipos relacionados ao profissional de saúde mental

(psiquiatras e psicólogos), barreiras ao acesso deste tipo de serviço, bem como histórico e necessidade de acesso aos serviços. A segunda parte do questionário referiu-se à família e investigou aspectos da dinâmica familiar que podem auxiliar na manutenção da saúde mental de seus membros. A terceira parte abordou o bem-estar dos adolescentes através de uma auto-avaliação global da saúde, investigando aspectos do corpo, da disposição física, do estado emocional, do tempo de lazer familiar e social, da aprendizagem e do ambiente escolar. A quarta parte aferiu dados biosociodemográficos como: sexo, idade, série escolar, trabalho e condições de moradia. A Tabela 1 apresenta os conteúdos levantados pelo instrumento e as seções, itens, escalas *Likert* e conteúdos utilizados para a pontuação em cada seção.

Tabela 1. *Questionário de Saúde Mental para os Adolescentes*

Parte	Seção	Itens	Escala	Likert	Conteúdo
1	A	1-17	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Visão de saúde mental
	B	18-35			Visão de doença mental
	C	36-43			De onde advém a visão de saúde e doença
	D	44-46			Fator cultural/religião
1	E	47-62	Nunca a sempre	1 a 4	Estratégias tomadas
	F	63-76			A quem solicita ajuda – rede de apoio
1	G	77-93	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Crenças sociais e culturais sobre saúde mental e o profissional da área, barreiras no acesso ao serviço
1	H	94-96	Questões abertas		História da saúde mental
1	H	97-103	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Visão acerca do tratamento/terapia em saúde mental
		104-111			Rede de apoio
2	I	112-125 126-aberta			Dinâmica da família
3	J	127 128-aberta	Excelente a muito má	1 a 5	Condição de saúde
3	J	129-131	Nada a totalmente	1 a 5	Bem-estar
	J	132	Nunca a sempre		
	K	133	Nada a totalmente		
3	K	134-139			Bem-estar
3	L	140-146	Nunca a sempre	1 a 5	Bem-estar na família
3	M	147-150			Bem-estar com amigos
3	N	151-154			Bem-estar na escola
4	OP	155-166			Questões abertas

Questionário da visão dos cuidadores sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde (Anexo B)

O questionário dos cuidadores investigou os mesmos aspectos avaliados no instrumento dos adolescentes. Alguns itens aferiram a percepção dos cuidadores e outros solicitavam que estes se remetessem ao seu(sua) adolescente que estava participando do estudo. A Tabela 2 apresenta os conteúdos levantados pelo instrumento e as escalas *Likert* utilizadas para a pontuação em cada seção.

Tabela 2. Questionário de Saúde Mental para os Cuidadores

Parte	Seção	Itens	Escala	Likert	Conteúdo
1	A	1-17	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Visão de saúde mental
	B	18-35			Visão de doença mental
	C	36-43			De onde advém a visão de saúde e doença
	D	44-46			Fator cultural/religião
1	E	47-62	Nunca a sempre	1 a 4	Estratégias sugeridas ao filho/a
	F	63-76			A quem o/a filho/a solicita ajuda – rede de apoio
1	G	77-93	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Crenças sociais e culturais sobre saúde mental e o profissional da área, barreiras no acesso ao serviço
1	H	94-96	Questões abertas		História da saúde mental do filho/a
1	H	97-103	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Visão acerca de tratamento/terapia em saúde mental
		104-111			Rede de apoio
2	I	112-126	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Dinâmica da família
	J	127-140 141-aberta			
3	K	142-146	Questões abertas		Dados biossociais
	L	147	Excelente a muito má		Bem-estar
	L	148-151	Nada a totalmente		
3	M	152-158	Nunca a sempre	1 a 5	Bem-estar
3	N	159-165			Bem-estar na família
3	O	166-169			Bem-estar com amigos
3	P	170-173			Bem-estar na escola
4	Q	174-176	Questões abertas		Condições de vida

Roteiro de entrevista da família (Anexo C)

O roteiro de entrevista da família foi elaborado com base no questionário biossociodemográfico de Machado (2007) e no genograma familiar (Carter & McGoldrick, 1995). Teve como propósito conhecer a estrutura, a dinâmica das relações, os eventos de vida, a rotina do adolescente e levantar dados biossociodemográficos, como: idade, sexo, escolaridade, desempenho escolar, relações sociais e ocorrência de

problema de saúde mental na família. As entrevistas foram realizadas através de visitas domiciliares, sendo sempre o primeiro instrumento aplicado a fim de conhecer os membros da família, estabelecer um vínculo de confiança e abertura e, também, propiciar maior disponibilidade para o preenchimento do questionário. As visitas domiciliares permitiram conhecer o contexto social e condições de vida de cada família.

Procedimentos e Considerações éticas

Tendo em vista os aspectos éticos necessários à pesquisa com seres humanos, os procedimentos tomados seguiram as recomendações exigidas pelo Conselho Federal de Psicologia na Resolução n. 016/2000 (CFP, 2000), pelos princípios da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1999). O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética da Universidade Católica de Brasília registrado no ofício 86/2006. Anterior a qualquer coleta de dados, os objetivos da pesquisa e esclarecimentos necessários foram devidamente fornecidos à instituição e aos participantes. Tomou-se a anuência de todos através do Termo de Concordância da Instituição (Anexo D) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E).

Aos adolescentes e aos cuidadores participantes ressaltou-se que sua contribuição era voluntária e podia ser interrompida em qualquer etapa do estudo, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento, tanto os participantes quanto a instituição podiam solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados ao estudo. Todos os cuidados foram tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes, bem como da instituição envolvida, mesmo com a divulgação dos resultados. Aos cuidadores e adolescentes, também foi garantido que o estudo não acarretaria prejuízos psicossociais. A proposta foi a reflexão sobre a saúde mental e os serviços que deviam auxiliar o desenvolvimento dos indivíduos. Foi garantido aos participantes acompanhamento e encaminhamento adequado quando necessário.

Durante as visitas domiciliares, a equipe se deparou com situações que exigiram uma atenção maior ao participante ou à família. A primeira foi com uma adolescente, retraída e um pouco deprimida, que vivenciava situação de maus-tratos psicológicos por parte da cuidadora que não sabia como lidar com a adolescente, sobrinha adotada. Na entrevista com a família apareceram situações de conflito entre o casal acerca do modo de tratar e educar, e ao solicitarem ajuda, foi sugerida e atendimento de família em clínica especializada e proposta uma conversa individual com a adolescente a fim de perceber como essa se sentia na situação e fornecer ajuda. Posteriormente à visita, a

equipe buscou se informar junto à direção como era a adolescente no centro de formação, no intuito de acompanhar seu desenvolvimento e perceber se impedimentos estavam acontecendo em seus estudos e vida social, de modo a oportunizar que o contexto da instituição se tornasse um fator de proteção expressivo. Em outra família o suporte foi dado à mãe do adolescente que ao iniciar o relato acerca de fatos bons e ruins na família ficou sensibilizada. Depois de dar apoio, a equipe reconheceu a fragilidade da participante e não se alongou na visita, propondo outra visita para dar continuidade aos questionários. Entretanto, no encontro seguinte a mesma se recusou a finalizar a pesquisa, devolvendo o questionário incompleto. A equipe não insistiu e respeitou o limite dado pela mãe. Como forma de acompanhar esta, a equipe nas semanas seguintes ao final da tarde, horário que a cuidadora chegava do trabalho, passava pela casa, conversava e jogava bola com os filhos que ficavam a rua. Este foi um modo de se fazer presente e não ser invasivo. Passado algumas semanas, a equipe foi se distanciando já que nenhum movimento de busca de ajuda era realizado e parecia que os conteúdos que mobilizaram a iminente participante já haviam se reordenado. A equipe, em outras situações, precisou acionar recursos da comunidade via centro profissionalizante para encaminhar ou solicitar visita às famílias. Foi contatada com urgência uma assistente social do posto de saúde para realizar um atendimento médico domiciliar a uma família precária que tinha dois membros que precisavam de cuidados especiais, uma idosa enferma e um senhor que sofreu um acidente vascular cerebral e estava com um lado paralisado e com escaras no corpo.

Procedimento de Amostragem

Para abordar os adolescentes em nível socioeconômico baixo foi contatada uma instituição que atende a esta população localizada em um bairro da periferia de Porto Alegre. Foram verificados os indicadores socioeconômicos da comunidade para certificar o nível socioeconômico da amostra. A instituição também possuía critérios para avaliação das condições sociais das famílias dos adolescentes, o que auxiliou no processo de seleção dos participantes. Os indicadores para classificar o nível socioeconômico da amostra seguiram critérios do IBGE (2000). Estes se referiam à população e às condições da comunidade, sendo assinalados: rendimento do chefe da família, características educacionais da população residente, situação do domicílio, rede de saneamento e esgoto.

Participaram da amostra todos os adolescentes da instituição que concordaram com a pesquisa. Estes eram atendidos neste espaço que oferecia atividades

profissionalizantes no turno inverso à escola. Além destes, suas famílias eram acompanhadas no centro por profissionais de Psicologia e Assistência Social. As famílias foram acessadas através dos adolescentes por meio de contatos telefônicos e visitas domiciliares, buscando-se a participação de ambos ou de algum dos cuidadores responsável pelo adolescente atendido.

Procedimento de Coleta de Dados

A instituição participante do estudo foi indicada aos pesquisadores por ser um espaço que proporciona abertura para execução de pesquisas, estágios e trabalhos voluntários. Inicialmente, foi estabelecido contato telefônico a fim de apresentar a proposta de trabalho. Desde o primeiro contato, a instituição se mostrou receptiva. Na primeira visita, a equipe de pesquisa apresentou o projeto de pesquisa, os instrumentos e procedimentos de coleta de dados para a assistente social. O projeto foi encaminhado para a reunião de coordenadores e professores para devida apreciação dos profissionais. Após esta averiguação, a equipe foi chamada e encaminhada à psicóloga da instituição, a qual iniciou os trâmites de formalização da pesquisa na instituição. Foi assinado o Termo de Concordância da Instituição (Anexo D). Em seguida, a equipe iniciou o processo efetivo de inserção ecológica, por meio de visitas semanais visando a conhecer os profissionais da instituição, o ambiente físico, funcionamento, estrutura organizacional e ações executadas na instituição. A sistematização dos encontros visou a estabelecer proximidade com o contexto, pessoas e dinâmica da instituição, configurando o processo proximal da pesquisa. Durante o início da inserção ecológica, a psicóloga do centro se prontificou a apresentar a equipe à instituição, à comunidade, aos postos e centro de saúde, a igreja, associação comunitária e biblioteca do bairro, escolas e creche, efetivamente o fez.

O primeiro espaço a ser explorado foi a instituição, local em que se buscou o acesso aos adolescentes. O período de duração deste processo aconteceu de setembro de 2007 a abril de 2008, sendo que inicialmente os encontros eram mais sistemáticos com visitas semanais e, posteriormente, foram mais espaçados tornando -se mensais, pois na continuidade da pesquisa a coleta de dados foi focada nas visitas domiciliares, entrevistas e aplicação do instrumento com os cuidadores. O acompanhamento mensal não minimizou a comunicação e troca de informações com a equipe de pesquisa. Frente às necessidades e impasses que ocorriam em outros contextos, a equipe fazia contato e buscava o auxílio da instituição.

Os contatos iniciais foram estabelecidos com a direção e professores a fim de torná-los cooperadores no processo e conhecer a dinâmica da instituição. Através desta aproximação foi possível observar que a instituição vivenciava um momento difícil de conflito interno e reorganização. O clima institucional encontrava-se conturbado, porém, velado para a equipe de pesquisa, que pôde dar-se conta disso por meio da inserção no contexto e de conversas informais. Foi percebido um desgaste emocional dos profissionais, muitos estavam há anos trabalhando na instituição e traziam sobrecarga de insatisfação. O tipo de trabalho e desafios enfrentados diariamente também contribuiu para essa saturação. À medida que a equipe ia conhecendo o trabalho dos profissionais, foi se tornando mais claro e compreensível a situação vivida por estes. Junto aos adolescentes, foi possível perceber que os profissionais se sentiam desmotivados com seu trabalho por visualizaram um alto índice de evasão dos adolescentes, por lidarem com difíceis problemas de comportamentos – agressividade, e perceberem que não tinham a colaboração dos familiares dos adolescentes.

Para compreender as dificuldades com que os profissionais estavam lidando e que acarretavam tensão e insatisfação institucional, buscou-se conhecer mais por meio de conversas informais o que acontecia na instituição. Este movimento levou a equipe a conhecer os inúmeros desafios e limitações sociais que os profissionais precisavam enfrentar ao trabalharem com adolescentes da população de baixa renda. Conversando com os profissionais foi possível saber um pouco da história de vida de alguns adolescentes, que na ocasião eram vistos como “problemas” e como esses fatores afetavam o cotidiano do trabalho deles. Através destas conversas foi possível observar como a comunidade e as famílias dos adolescentes eram vistas pelos educadores como contextos que influenciavam diretamente no comportamento dos adolescentes. O que acontecia fora da instituição acarretava conseqüências diretas ou indiretas a este contexto, mais visível nos comportamentos dos adolescentes. Os educadores conheciam os alunos que estavam envolvidos com drogas, tráfico, trabalho infantil, situação de violência doméstica, gravidez precoce e abortos, dentre outras situações. Esses fatos traziam repercussões para o comportamento na instituição, e a postura dos profissionais, educadores, assistente social, psicóloga era buscar mediar essas situações, quando possível, ou oferecer alguma forma de apoio.

Ao mesmo tempo em que alguns adolescentes eram estigmatizados como problema pelos técnicos da instituição, um olhar de compreensão também era lançado a eles por parte destes mesmos profissionais. A equipe de pesquisa observou o quão penoso e frustrante pode se tornar o trabalho com a população de baixa renda, pois os

problemas sociais escapam do controle dos profissionais. Um alto nível de tolerância à frustração é exigido devido aos inúmeros fatores adversos que os profissionais se deparavam no trabalho. Diante da situação vivenciada na instituição, foi necessário definir bem o papel da equipe enquanto pesquisadores e não mediadores de conflitos institucionais e nem clínicos que resolveriam os “problemas” atribuídos aos adolescentes. Essa dinâmica de tensão na instituição atingiu também aos adolescentes agravando os comportamentos opostos. Estes frente aos educadores estavam mais resistentes, rebeldes ao aderir às atividades propostas, e os educadores, por sua vez, estavam incomodados com a tensão e menos tolerantes com os alunos. Deste modo, acontecia uma retroalimentação da situação estressante devido aos comportamentos externalizados pelos adolescentes e educadores.

Após o início da inserção aconteceram mudanças internas nos recursos humanos, dentre estas, um dos educadores sociais pediu demissão e o responsável pelos adolescentes na instituição foi substituído devido ter ingressado em um curso de Mestrado em Educação Física. Para a equipe de pesquisa foi desafiante o início da inserção ecológica, pois exigia cautela e tolerância com os membros da instituição no intuito de respeitar o momento que vivenciavam e não ser mais um fator de estresse. A equipe buscou sempre ser flexível com as restrições de horários estabelecidos e os imprevistos que aconteciam. Posterior às mudanças, foi iniciado o vínculo com a nova direção, que acolheu o trabalho e permitiu a continuidade da pesquisa, investindo esforços em cada desafio que a equipe enfrentava. Os profissionais do centro orientaram a equipe acerca de estratégias para abordar as famílias, como horários de visitas, e precauções a serem seguidas para minimizar possíveis riscos ao adentrar na comunidade.

A inserção na comunidade foi concomitante à realizada na instituição. A psicóloga conduziu a equipe ao espaço da comunidade e apresentou os principais contextos como: os postos de saúde, escolas, creches, igreja, biblioteca e associação comunitária. O primeiro contato com a comunidade permitiu observar aspectos gerais de estrutura e localização. Somente no decorrer das visitas domiciliares é que foi possível adentrar na dinâmica da comunidade. As conversas informais estabelecidas pela equipe com transeuntes, comerciantes, crianças e jovens, possibilitou conhecer aspectos da comunidade que não foram previstos no início. Dentre estas, constatou-se que no período de execução da pesquisa, setembro de 2007 a abril de 2008, a comunidade vivenciada um período mais tranquilo no que se refere ao tráfico e homicídios, pois o principal traficante do morro havia sido preso há poucos meses. Tal

fato gerou uma quietude entre os agenciadores do tráfico. Contudo, os pontos de venda de drogas continuavam sendo freqüentados, e a própria equipe de pesquisa, por inúmeras vezes, pode presenciar essas transações. Através da inserção ecológica se constatou o fenômeno da mobilidade social que ocorria dentro da comunidade e que denotava as castas socioeconômicas e iniquidades que aconteciam. Para conhecer a dinâmica da comunidade, a equipe de pesquisa buscou visitar o contexto em diferentes turnos e dias da semana, na medida em que fazia visitas domiciliares às famílias dos adolescentes. Ao conhecer melhor a comunidade novas informações foram agregadas acerca dos participantes do estudo, trazendo uma visão mais complexa da realidade e contextualizando os dados coletados.

A abordagem com os adolescentes foi realizada por intermédio da coordenadora responsável por eles na instituição. Perante as tensões que vinham ocorrendo na instituição, a coordenadora usou como estratégia dialogar bastante com os adolescentes ao propor cada atividade nova na rotina deles. Deste modo, ela foi preparando-os acerca da proposta da pesquisa e a equipe ia se inserindo semanalmente na instituição para tornar-se conhecida e familiarizada com todos. Os adolescentes entraram em contato com a equipe de pesquisa ao observar a movimentação desta na instituição. Próximo ao segundo mês de inserção, realizou-se o encontro formal com os adolescentes para apresentação da pesquisa, solicitação de anuência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo E) e a aplicação do questionário. Para tais procedimentos, dividiram-se os adolescentes por grupo de sexo em salas diferentes acompanhados por três membros da equipe de pesquisa em cada sala. Posteriormente à apresentação da equipe pela coordenadora da instituição, foi explanada a proposta da pesquisa ressaltando a importância da participação de cada um no provimento de informações que serviriam de auxílio para a promoção de saúde deles e de muitos outros adolescentes. A explicação da pesquisa foi realizada separadamente nas salas, assim como a leitura e anuência ao TCLE e esclarecimentos de dúvidas. Em seguida, foi solicitado que os adolescentes se organizassem em grupos de no máximo cinco, sendo direcionado a cada grupo uma pesquisadora responsável para fazer o acompanhamento da aplicação do questionário. Tendo estabelecida a pessoa de referência em caso de dúvidas, foi iniciada a apresentação do questionário e explicado a forma devida de preenchimento do mesmo. Os adolescentes que faltaram no dia da aplicação foram, posteriormente, esclarecidos acerca da pesquisa por meio da direção da instituição e aqueles que quiseram participar deixaram seus nomes e foram contatados

pela equipe de pesquisa. Novamente, a equipe reuniu pequenos grupos por sexo para explicação e aplicação dos questionários.

Através dos adolescentes, a equipe de pesquisa, encaminhou aos pais o TCLE com os devidos esclarecimentos acerca do estudo solicitando autorização na participação do adolescente, e convidando à participação pessoal. Para contatar os familiares, a equipe utilizou o momento de duas reuniões de pais na instituição, junto com os educadores, para estabelecer um primeiro contato, apresentar a pesquisa, tomar nota de telefones e endereços e autorização para realização da visita domiciliar. Porém poucos pais estiveram presentes nessas reuniões, configurando o pouco envolvimento das famílias, que já havia sido identificado como uma dificuldade enfrentada pelos profissionais da instituição. Posteriormente a estas tentativas, a estratégia encontrada para acessar a família foi o contato telefônico a partir dos dados fornecidos pelos adolescentes e com a concordância destes. No primeiro encontro com os adolescentes na instituição havia sido comunicado que a equipe entraria em contato com eles via telefone para marcar uma hora com a família daqueles que aceitassem participar do estudo. Deste modo, o contato telefônico seria feito logo que os termos fossem devolvidos fornecendo a devida anuência. A ligação também foi feita para os adolescentes que não devolveram o TCLE dos cuidadores, com a proposta de apresentar pessoalmente o trabalho, lembrar acerca do mesmo e já tentar uma visita, se possível. Novas barreiras foram enfrentadas neste momento, pois muitos telefones não existiam, não podiam receber a chamada, era o número do vizinho que no instante da ligação não podia chamar o adolescente participante do estudo ao telefone, dentre outras situações. Ao telefone, a equipe buscou falar, inicialmente, com o adolescente lembrando e esclarecendo que ia ser dada continuidade à pesquisa, conforme explicado na instituição, e que para isso era necessário conhecer os seus familiares. O adolescente encaminhava a equipe a algum dos cuidadores via telefone. Ao falar com algum destes, era apresentada a proposta da pesquisa em linhas gerais e perguntado sobre a disponibilidade de receber uma visita para melhores esclarecimentos. A partir daí, era marcada a visita domiciliar. Já nas ligações, era possível conhecer alguns aspectos da família como, o horário de trabalho dos pais, quem eram os responsáveis na casa, alguma situação particular que a família vivia, como algum membro doente, dentre outras informações que eram apresentadas na conversa ao telefone. A reação das famílias no contato telefônico variava entre receptiva, receosa e duas de recusa.

Ao marcar as visitas por telefone, a equipe constatou que seria necessária maior disponibilidade para se dirigir ao morro no final da tarde, início da manhã e,

principalmente, nos finais de semana. Pelo telefone era solicitado esclarecimento acerca do endereço, ponto de referência, ônibus e outras informações necessárias para localizar a moradia. A caminho da primeira visita domiciliar, percebeu-se que seria difícil encontrar as residências devido à dificuldade do acesso, ausência de logradouros, numeração inadequada e porque a equipe ainda estava se familiarizando com a comunidade. Além disso, aos finais de semana a equipe encontrava dificuldade em seu deslocamento, devido à precariedade do transporte público para aquele local. Diante desta realidade, definiu-se que apenas uma família por turno seria visitada. Nas visitas, os pesquisadores enfrentavam contratempos referentes à disponibilidade da família, mesmo tendo sido marcado horário antecipadamente, pois, em certa medida, a equipe modificava a rotina deles. Por vezes, era necessário esperar os cuidadores chegarem do trabalho, dar atenção e separarem briga de filhos/as. Outros precisavam amamentar, organizar os afazeres de casa, como o almoço ou lanche, dentre outras atividades. Estas situações não eram empecilhos para a pesquisa, por meio delas a equipe buscava se envolver com a família e estabelecer formas de vínculo participando e colaborando no que era possível. A inserção ecológica adquiria seu caráter de complexização e reciprocidade através delas. Estas atividades periféricas à pesquisa favoreciam uma aproximação e criavam clima favorável à adesão e comprometimento com a equipe e, conseqüentemente, com a pesquisa. E essas interações revelavam a dinâmica de funcionamento das famílias que enriqueciam os dados coletados com o roteiro de entrevista da família. Entretanto, essas situações exigiam despende maior tempo nas residências. Além disso, a explicação do estudo, solicitação da anuência, realização da entrevista e aplicação do questionário também demandava tempo para a família e equipe. Deste modo, foi necessário realizar mais de uma visita domiciliar nas casas, em poucas famílias um único encontro foi suficiente. Para a equipe foi imprescindível observar e respeitar o ritmo de vida das famílias, a fim de promover uma boa vinculação e comprometimento com a equipe. A equipe ao longo da coleta percebeu que essa postura era fundamental no processo de inserção ecológica para se obter a boa consecução da pesquisa e garantir a validade ecológica dos dados coletados formalmente através das entrevistas e questionários.

Um dos maiores desafios da equipe foi encontrar os endereços das famílias, porque estes não existiam (dados errados ou incompletos) ou pelo fato de haver um conglomerado de casas no mesmo espaço sem numeração adequada. A estratégia mais viável utilizada foi perguntar nas ruas onde ficava a casa de 'fulano', e para conseguir esta aproximação comunicava-se que estava sendo realizada uma pesquisa em saúde

vinculada a uma instituição da comunidade. De este modo, foi possível se inserir na comunidade e minimizar os perigos que a equipe se sujeitava ao adentrar o morro. Estas pessoas explicavam como chegar aos endereços, alguns acompanhavam até os logradouros, e dentre as informações que forneciam, constavam dicas de cuidado, por exemplo, “*eu não iria nesta casa depois das 18h*”, com isso, era sabido que nesta hora se iniciavam, por exemplo, mobilizações do tráfico naquele local. A cada visita domiciliar a equipe aprofundava a inserção na comunidade. Perante a possibilidade de riscos, desde o início, seguindo orientação dos profissionais da instituição, foi adotado um estilo de vestimenta com o qual os pesquisadores pudessem ser identificados na comunidade: crachá da universidade, mochila escrito pesquisa em saúde e camisa do CEP-RUA/Psicologia/UFRGS. Para acessar as famílias dos adolescentes cujo contato telefônico e endereço fornecido não funcionaram, foi solicitada a ajuda dos adolescentes participantes do estudo que tinham recebido a visita domiciliar. Perguntava-se se sabiam onde morava algum dos seus colegas que também estava na pesquisa, deste modo, foi possível localizar algumas famílias. Muitos adolescentes acompanhavam a equipe até a casa do colega, e esse momento também era fonte de dados que enriqueciam o conhecimento da família e aprofundamento do vínculo. Outra forma de acessar os endereços foi retornando ao centro profissionalizante, onde os adolescentes eram atendidos, e rever as fichas de inscrição. Perante essas inúmeras dificuldades em acessar as famílias não foi possível contatar a todas, conforme planejado. Da amostra de trinta adolescentes participantes, três famílias se recusaram a participar, vinte foram contatadas e as demais não foram encontradas. A equipe tentou fazer contato com estas famílias retornando ao centro e buscando o adolescente, porém, constatou-se que este não estava mais participando das atividades, tinha terminado a participação no programa ao concluir o ano de 2007 ou havia se mudado.

A inserção ecológica viabilizou o conhecimento de diferentes contextos já citados. Entretanto, a imersão nestes variou de acordo com o objetivo da pesquisa. Deste modo, a instituição profissionalizante, a comunidade, e o espaço físico das famílias foram os microssistemas mais explorados através de visitas e trocas de informações constantes. Algumas escolas da comunidade, os postos de saúde, a igreja e a associação comunitária também foram visitadas no início da pesquisa, buscando conhecer um pouco a estrutura e funcionamento por meio de contato com profissionais dos referidos contextos. Posteriormente, as informações pertinentes a esses microssistemas menos explorados foram investigadas sob a ótica dos cuidadores através do roteiro da entrevista da família. A escola era investigada através da situação escolar

dos adolescentes, rotina na escola e relação com amigos. O posto de saúde era referido durante as informações acerca do histórico de saúde e busca de ajuda.

Na aplicação dos questionários sobre saúde e doença mental com a população de baixa renda foi observada a dificuldade de compreensão de alguns itens. Maiores desafios se apresentaram na aplicação com os cuidadores do que com os adolescentes. Diante disso, a equipe de pesquisa priorizou a aplicação individual dos questionários durante as visitas domiciliares. O pesquisador fazia a leitura pausada de cada item do instrumento, posterior a explicação de como deveria ser o preenchimento da escala *likert*. Deste modo, todas as questões eram respondidas mediante o acompanhamento do pesquisador. Entretanto, em algumas situações os cuidadores preferiam responder sozinhos, estes eram aqueles que apresentavam melhor compreensão e habilidade de leitura. Em alguns casos, a aplicação foi iniciada com a presença dos pesquisadores, porém, devido às circunstâncias do momento foi necessário parar o preenchimento supervisionado e solicitar que a continuidade fosse realizada sozinha, pois a equipe deveria se retirar ou a família não podia dispor de mais tempo. Nestes casos outra visita era marcada para a finalização, e mais uma vez a equipe depara com os desafios de conciliar horários e tempo suficiente. Daqueles que haviam se comprometido em concluir sozinho o preenchimento do questionário, a equipe apenas passava na casa para buscar o instrumento, nesta visita era verificada a disposição correta de todas as respostas. Na maioria das vezes foram encontrados erros ou itens incompletos os quais eram retomados com o participante. Os desafios encontrados com os cuidadores na aplicação dos questionários sinalizam o cuidado que deve ser tomado no uso deste instrumento com tal população.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Inicialmente, são descritos os resultados acerca dos dados biosociodemográficos dos participantes, aqueles não apresentados no capítulo de Método. Em seguida, são apresentados os resultados do roteiro de entrevista da família coletados por meio de visitas domiciliares. Posteriormente, são apresentados os resultados dos questionários de saúde e doença mental dos adolescentes coletados em aplicações realizadas na instituição. Em seguida, são mostrados os dados dos questionários sobre saúde e doença mental dos cuidadores do sexo feminino – cuidadoras. E por fim, são apresentados os dados dos questionários dos cuidadores do sexo masculino – cuidadores coletados em visitas domiciliares bem como os das cuidadoras. Os dados dos questionários foram tabulados e analisados através de estatísticas descritivas, observando-se as frequências e percentagens nos itens das escalas *likert* e as médias e desvio padrão em cada item do instrumento. Foram selecionadas as cinco médias maiores e menores para os adolescentes e para os cuidadores de ambos os sexos. Nas situações em que as médias eram semelhantes em mais de um item, o menor desvio padrão foi tomado como parâmetro para a seleção dos itens a serem analisados e discutidos ao longo do estudo.

3.1. Caracterização da amostra dos adolescentes e suas famílias

Devido às peculiaridades da pesquisa ecológica e da amostra, revela-se importante situar o contexto biosociodemográfico no qual foi realizado este estudo, buscando evidenciar a complexa situação que caracterizava a população em foco. Os registros nos diários de campo permitiram a descrição minuciosa do meio e a percepção da dinâmica dos contextos estudados.

Ao eleger a população de baixa renda como objeto de pesquisa, está evidente e subentendida a existência da pobreza como fator de risco e adversidade enfrentada e, ao mesmo tempo, superada cotidianamente por essas pessoas. Entretanto, mesmo sendo um conceito globalizado e frequentemente discutido, a pobreza possui diversas facetas, as quais são delineadas pelas particularidades de cada contexto. Diante disso, buscou-se apreender a realidade da comunidade investigada a partir do método da Inserção Ecológica, a fim de propiciar a imersão no contexto e garantir a validade ecológica da pesquisa. Os registros no diário de campo possibilitaram a apreensão de diferentes

facetas do contexto da comunidade, da instituição e das famílias. Este instrumento também permitiu a captação da dinâmica que perpassava os contextos investigados ampliando a compreensão da equipe de pesquisa acerca da complexidade dos fatores imbricados na saúde mental dos adolescentes.

A comunidade estudada estava situada na periferia de Porto Alegre, ao norte da cidade, sendo considerada uma zona de perigo devido ao tráfego e às recorrentes disputas por pontos de comercialização de drogas entre as facções das periferias vizinhas. A comunidade localizava-se em um morro com 120 metros de altitude, tendo como características geográficas o território acidentado, relevo de planaltos, áreas urbanizadas e outras inabitadas. Na cidade de Porto Alegre, os morros representam 24% da área do Município e 10% da mata nativa existente (http://www2.portoalegre.rs.gov.br/infocidade/default.php?p_secao=45). Tal morro estava situado no bairro Partenon, que possui uma população de 47.460 moradores (homens: 22.123, mulheres: 25.337), com 14.899 domicílios e um rendimento médio mensal dos responsáveis pelo domicílio de 7,54 salários mínimos (http://www2.portoalegre.rs.gov.br/spm/default.php?reg=58&p_secao=43). A descrição territorial é relevante por permitir o entendimento da estrutura espaço-ambiental que cerca esse contexto e que traz implicações para as condições de vida e saúde de seus habitantes.

Ao realizar a inserção ecológica na comunidade, observou-se que a população que vive na base do morro apresenta uma infra-estrutura de moradia e condição social melhor do que a que vive no topo do morro. Na população localizada no alto do morro a situação é precária, por falta de condições habitacionais adequadas. Alguns exemplos são de casas construídas com restos de madeira, sem reboco e parte do teto, localizadas à beira de penhascos com riscos de deslizamento, além de expostas ao mau cheiro da rede de esgoto precária e exposta a céu aberto. As moradias não possuem alicerces profundos, estando suscetíveis a desabar diante de ventos ou chuvas fortes.

As famílias que participaram da pesquisa tinham suas casas situadas na metade e no alto do morro. Muitas moradias estavam apenas no reboco ou sem este, continham parte do teto, sendo que em más condições, deixando visíveis brechas que permitiam o acesso da água da chuva no interior das casas. As paredes quando eram de tijolos apresentavam infiltrações, outras eram de pedaços de madeiras sobrepostos. Em média, havia três a quatro cômodos pequenos ou conjugados (cozinha, sala, banheiro e quarto). Geralmente, cozinha e sala eram no mesmo espaço, contendo uma geladeira, um fogão e uma mesa com poucas cadeiras e um sofá. Nas residências mais precárias, essa estrutura

era diferente, a cozinha ficava do lado de fora da casa estando parcialmente coberta e não havia sala. Frequentemente, nas moradias havia um banheiro e um ou dois quartos. Estes, na maioria das vezes, acomodavam em média cinco a seis pessoas, em outras esse número de residentes chegava a onze. Nestas a sala se transformava em dormitório no período da noite e mais de um membro da família compartilhava uma cama de solteiro a fim de que todos tivessem um espaço para repousar. Completando a configuração da família, em quase todas elas havia pelo menos um animal de estimação, estes eram, geralmente, cachorro, gato e passarinho.

Para algumas habitações, o acesso era satisfatório, estando a rua asfaltada, iluminada, relativamente limpa e sinalizada com placas contendo o nome do logradouro. Em outras, o terreno era bastante acidentado, estreito, poluído com diversos tipos de lixo e dejetos fecais de animais. Estes acessos eram chamados 'becos', alguns estavam em iminente risco de deslizamento devido à erosão causada pelas chuvas, às más condições de pavimentação do terreno ou inexistência deste, estando apenas abertas sendas no meio da mata nativa do morro. Outra característica importante dos becos era o conglomerado de moradias próximas umas das outras, constituindo algo semelhante a um micro bairro de inúmeros casebres amontoados. Os becos geralmente se localizavam em áreas de risco, sendo estas próximas a penhascos ou mata virgem. Associada à falta de infra-estrutura das moradias era visível no contexto da comunidade a precariedade ou ausência de saneamento básico, estando a rede hídrica e cloacal exposta à contaminação e causando odores fortes. A falta de coleta de lixo em alguns lugares acentuava o mau cheiro do ambiente, sendo este o mesmo espaço em que as crianças e adolescentes jogavam e brincavam.

Em linhas gerais, a comunidade era caracterizada pela precariedade das habitações (situação e tipo de construção do domicílio); falta de saneamento básico, rede de esgoto e água encanada; más condições de saúde da população local, apresentando susceptibilidade a doenças de veiculação hídrica e contaminação por zoonoses – doença causada por animais. Nas Figuras 2, 3 e 4 podem ser visualizados aspectos da comunidade.



Figura 2. Foto das casas no contexto da comunidade (fotografada pela autora)



Figura 3. Foto de um beco no contexto da comunidade (fotografada pela autora)



Figura 4. Foto das casas e becos no contexto da comunidade (fotografada pela autora)

Os adolescentes e suas famílias foram contatados através de uma importante instituição da comunidade que realiza trabalhos sociais. O centro profissionalizante fazia parte de uma organização institucional maior que atendia à comunidade na área da educação e saúde. Os primeiros contatos da equipe de pesquisa foram realizados neste contexto e a partir dele foi ampliado o acesso e investigação aos demais. A instituição era um centro educativo que tinha como objetivo a profissionalização de jovens excluídos, viabilizando a inserção no contexto social e no mercado de trabalho, bem como agregar valores humanos fundamentais à vida dos adolescentes e o exercício efetivo da cidadania. Para isto propunham formas concretas e sistemáticas de instrumentalizá-los através de oficinas de reciclagem de equipamentos de informática usados, elaboração de *home pages* e editoração eletrônica e oficinas de confeitaria. O centro profissionalizante também funcionava como ponto de apoio ao Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem. Este foi criado para enfrentar as altas taxas de evasão/abandono escolar e desemprego juvenil através da reintegração destes ao processo educacional ao oferecer oportunidade de qualificação profissional e de desenvolvimento humano.

A instituição fornecia boas condições de atendimento à comunidade com um espaço amplo de dois andares, organizado, limpo e bem distribuído. A infra-estrutura disponibilizava diversas salas iluminadas, espaçosas e arejadas, auditório, quadra de esportes, refeitório, área verde para lazer, confeitaria com equipamentos e materia l

apropriado para realizar oficinas educativas, laboratório de informática para oficina com os adolescentes e outro para uso da comunidade. Uma equipe com em média 20 profissionais, como psicóloga, assistente social, educador físico, servente, secretária, cozinheira, educadores pedagógicos, sociais e de informática e estagiários, dava suporte aos adolescentes e suas famílias, desde o provimento do alimento na instituição até o acompanhamento domiciliar.

A partir do Roteiro de Entrevista da Família foram obtidos os seguintes resultados sobre os adolescentes, seus cuidadores e da família como um todo. As vinte famílias entrevistadas variavam entre três a onze membros, treze eram numerosas com cinco ou mais pessoas e em sete havia de três a quatro integrantes. A composição era diversificada, estando presentes, pais, filhos, tios/tias, avós e netos. Em sete famílias, três gerações familiares coabitavam, e em duas eram as avós, as cuidadoras responsáveis pelo(a) adolescente.

Com relação aos indicadores sociais da família, 50% dos adolescentes possuíam um quarto só para si e a outra metade dividia com outros membros. Do número de carros na família, 60% não possuía nenhum, 30% possuía um e 10% dois. Para computadores, 63,3% não possuíam nenhum, 30% possuíam um e 6,70% dois. Do número de viagens no último ano com a família, 43,3% não havia feito nenhuma, 16,7% fez uma, 10% duas e 30% havia feito mais de duas viagens com a família. Oitenta e três por cento dos participantes não trabalhavam e 16,7% estavam em situação de trabalho aprendiz. Referente à cor, 50% dos adolescentes se intitularam de cor negra, 20% branca, 23,3% parda e 6,7% morena. A Figura 5 apresenta a distribuição da cor dos adolescentes referida por eles mesmos.

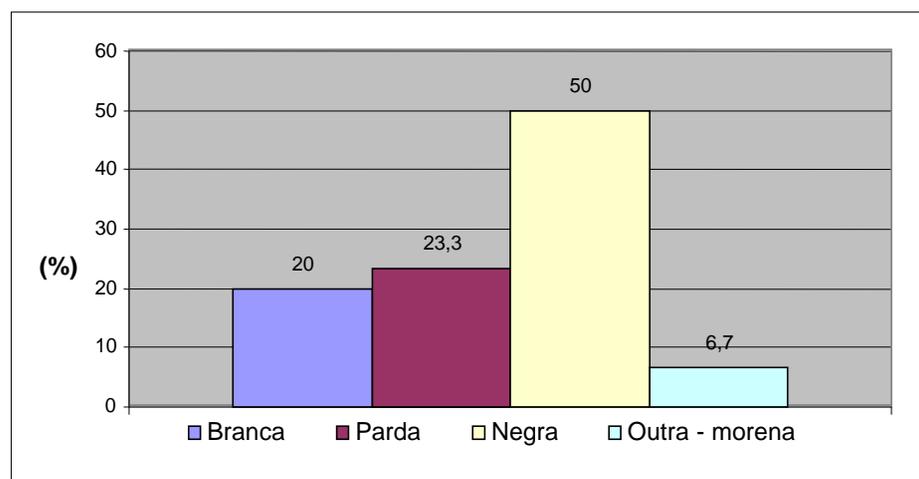


Figura 5. Distribuição da cor declarada pelos adolescentes

As visitas domiciliares registradas no diário de campo e o roteiro de entrevista permitiram conhecer melhor a estrutura e dinâmica de cada família. Foi construído o genograma a fim de identificar todos os membros das 20 famílias participantes do estudo. Não houve nenhuma família homoafetiva. Metade das famílias da amostra apresentou uma configuração familiar uniparental ($n=10$), sendo nove chefiadas por uma mulher e uma por um homem. Sete famílias tinham uma configuração tradicional, quer dizer, pai, mãe e filhos biológicos, e três recasadas. De acordo com a resposta dos adolescentes ao Questionário de saúde/doença mental na seção condições de vida, a classificação e a distribuição do relacionamento conjugal dos seus cuidadores classificada conforme a Figura 6.

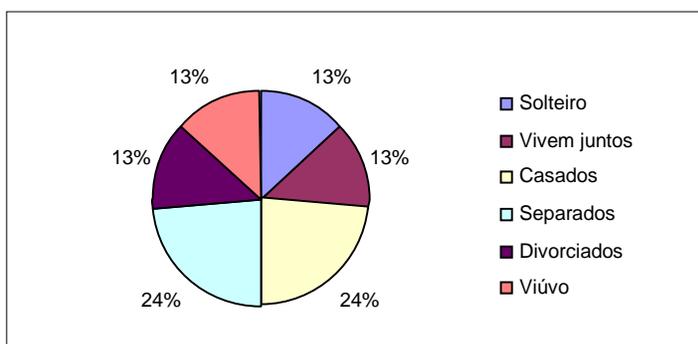


Figura 6. Distribuição do tipo de relacionamento conjugal dos cuidadores

Em oito famílias ambos os cuidadores (pai/mãe) participaram da amostra. Em duas apenas o cuidador masculino participou. E nas demais somente a cuidadora feminina ($n=10$). Em seis famílias, a provisão da casa era mantida pelo homem, em quatro pelo casal, em nove pela mulher e em uma os cuidadores estavam desempregados. Em quase 50% da amostra a cuidadora era a chefe de família. Algumas famílias tinham o auxílio de uma Bolsa Família (Programa do Governo Federal – subsídio às famílias de baixa renda através da adesão dos menores de idade em uma instituição de ensino) ou contribuição financeira de um membro familiar mais velho. O rendimento médio mensal dos responsáveis variava entre 401 a mil reais em 60% da amostra, menos de 400 reais em 35% e mais de mil reais em apenas 5% (400 reais equivalem a aproximadamente um salário mínimo regional de referência). Para calcular o rendimento médio mensal da família foi priorizada a resposta da cuidadora. Na ausência desta informação, considerou-se a resposta do cuidador.

Para conhecer melhor o adolescente participante do estudo, sua saúde, estudos e o modo como este se relaciona com a família e rede social, foi solicitado ao cuidador(a) que relatasse como era a rotina da semana e do final de semana, especificando as

atividades preferidas, lugares que frequenta, pessoas com quem sai e a situação do adolescente na escola. De modo geral, os adolescentes estudavam no período da manhã ou noite e à tarde estavam no centro profissionalizante. Alguns adolescentes apresentavam uma rede social ampla e outros uma rede restrita. Jogar bola, andar de bicicleta, ir à locadora de videogame, a igreja, ao centro profissionalizante, a festa, pagode e baile *funk*, dançar, sair com amigos, cavalgar, ouvir música, usar o computador e namorar foram citados como atividades que caracterizavam o dia -a-dia dos adolescentes, principalmente, o final de semana. Referente à escola, dos 20 adolescentes que tiveram suas famílias entrevistadas, 13 apresentaram pelo menos uma situação de repetência escolar, tendo por motivo o mau desempenho, evasão, gravidez precoce e tentativa de estupro na escola. Segundo os cuidadores(as), a maioria dos adolescentes apresentava um bom relacionamento com colegas e professores, apesar de reclamações acerca do rendimento escolar e comportamento devido “*a conversas em sala*”, “*teimosia com professores*”, “*relaxamento*”, “*preguiça*”, “*agitação*”, “*matar a aula*” e “*chegar atrasado*”.

Foi investigada a opinião dos cuidadores de ambos os sexos sobre o adolescente, perguntando sobre características positivas e negativas destes e o modo de se relacionar com os outros. Para os aspectos positivos dos adolescentes, muitas qualidades foram verbalizadas pelos cuidadores como: “*calmo(a)*”, “*bom(a)*”, “*carinhoso(a)*”, “*obediente*”, “*não é arruaceiro(a)*”, “*não é de ter muitos amigos(as)*”, “*ajuda em casa*”, “*não usa drogas*”, “*não incomoda*”, “*educado(a)*”, “*comportado(a)*”, “*sem vícios*”, “*verdadeiro(a)*”, “*opiniOSO(a)*”, “*determinado(a)*”, “*responsável*”, “*respeitador(a)*”, “*tem força de vontade*”, “*quer ser alguém*”, “*atencioso(a)*”, “*honesto(a)*”, “*pacífico(a)*”, “*estudioso(a)*”, “*tem amizade selecionada*”, “*disciplinado(a)*”, “*alegre*”, “*brincalhão(ona)*”, “*compreensivo*”, “*escuta os pais*”, “*caprichoso(a)*”, “*prestativo(a)*”, “*atento(a)*”, “*caseiro(a)*”, “*não é mal-criado(a)*”, “*lava roupas*” e “*ativo(a)*”. Os aspectos negativos foram: “*rueiro(a)*”, “*responde*”, “*genioso(a)*”, “*cabeça dura*”, “*birrento(a)*”, “*preguiçoso(a)*”, “*ignorante*”, “*impaciente*”, “*inquieto(a)*”, “*agoniado(a)*”, “*indisciplinado(a)*”, “*adora se embelezar*”, “*pouco(a) estudioso(a)*”, “*birrento(a)*”, “*acha que sabe tudo*”, “*bate nos pequenos*”, “*quer xingar a mãe e repetir o que os colegas fazem*”, “*meio revoltado(a)*”, “*mal humorado(a)*”, “*brabo(a)*”, “*pessimista*”, “*nervoso(a)*”, “*ciumento(a)*”, “*desinteressado(a)*”, “*briguento(a)*”, “*comilão(ona)*”, “*reclama*”, “*não conversa muito*”, “*fechado(a)*”, “*tem muita mágoa do pai*”, “*de lua*” e “*emburrado(a)*”. Sobre o relacionamento dos adolescentes com os outros, os(as)

cuidadores(as) mencionam que: *“se comunica bem”, “não gosta que incomode”, “não tem muitos amigos”, “se relaciona mais com pessoas mais velhas”, “busca cativar as pessoas”, “se dá com todos”, “com irmãos(ãs) briga e se resolvem” e “não fala com quem não gosta”*.

Também foi perguntado para os cuidadores de ambos os sexos o que eles fazem quando o(a) adolescente se comporta bem, qual a reação dos adolescentes quando contrariados e o que o(a) cuidador(a) faz quando estes se comportam mal ou não tem bom desempenho na escola. Com estas informações a equipe categorizou tipos de práticas educativas. As respostas referidas acerca do que o(a) cuidador(a) faz perante o bom comportamento do adolescente foram: *“parabenizo”, “tento dar algo”, “elogio”, “agradece”, “se orgulha”, “presenteia”, “deixo sair com amigos”, “incentiva”, “dá carinho”, “trata bem”, “dá dinheiro”, “se passa de ano tem recompensa”, “deixa mais livre”, “permite jogar videogame” e “dá agrado”*. De acordo com os(as) cuidadores(as), os adolescentes quando contrariados reagem *“se fechando”, “não fala com ninguém”, “fica brabo(a)”, “vai para casa de amigos(as)”, “vira uma coisa”, “fica beijudo”, “fica em silêncio”, “chora de raiva”, “fica quieta no quarto”, “fica birrento(a)”, “implica”, “bate as coisas”, “fica furioso(a)”, “aceita”, “rebelde”, “emburrada”, “se irrita” e “se chateia”*. As respostas acerca do que o(a) cuidador(a) faz quando o(a) adolescente se comporte mal na escola foram: *“corta as coisas que ele(a) gosta, diz essa bicicleta não sai daqui hoje”, “xinga”, “briga”, “dá puxão de orelha”, “conversa explicando o que deve ser feito”, “tira celular e roupa nova”, “repreende”, “faz chantagem para ir morar no alto do morro com a mãe”, “chama atenção”, “conversar”, “diz que tem de estudar”, “as coisas são conversadas” e “não faz nada”*.

A entrevista investigou, ainda, junto aos cuidadores(as) o histórico de saúde dos adolescentes, averiguando a pessoa que cuidava deles e a instituição a qual buscavam ajuda. Como responsável pelo cuidado dos adolescentes foram citados: mãe, avó, pai, pais e tias, sendo a primeira a mais citada. Os locais mencionados para busca de ajuda foram: posto de saúde (UBS III e IV, sanatório), farmácia, hospital da Universidade e Santa Casa, emergência do Bom Jesus e clínica particular através do plano de saúde do trabalho. Sobre o histórico de saúde dos adolescentes, as doenças citadas foram: água na pleura, rinite, disritmia, pseudo-artrose congênita, catapora e infecção crônica no ouvido. Também foi questionado acerca de tratamento psicológico e medicamentoso. Sete cuidadores(as) mencionaram que o(a) adolescente já havia realizado tratamento com um(a) psicólogo(a) e outros três medicamentosos. Os casos nomeados pelo

cuidador(a) para tratamento psicológico foram: “*problema de timidez*”, “*choro excessivo*”, “*não falava com a professora*”, “*revolta com o pai*”, “*não aceitar doença crônica e amputação de membro do corpo*”, “*separação dos pais*”, “*para encaminhar a um reforço escolar*”, “*por não querer mudar de bairro e ir morar em uma casa pequena*”, “*por estar muito quieto e não se relacionar com ninguém*”. De acordo com alguns cuidadores(as), foi através da escola que puderam prestar atenção no problema dos adolescentes ao serem chamados a comparecer a esta. Segundo os cuidadores(as), os problemas apontados pelos educadores eram: agressividade, timidez, tristeza e baixo rendimento escolar. Para o tratamento medicamentoso foram mencionados problemas no pulmão, neurológico e cirurgias no ouvido.

Ao elaborar o genograma e realizar a entrevista foi possível registrar o relato de muitos acontecimentos significativos nas famílias. Estas apresentaram inúmeras adversidades enfrentadas ao longo de suas histórias de vida. Ao serem questionadas no roteiro acerca de um fato ruim que aconteceu em sua vida, a maioria, relatava situações graves e de grande carga emocional, como perdas, violência e doença crônica. As adversidades relatadas pelos(as) cuidadores(as) foram ordenadas pela equipe de pesquisa. Para isto considerou-se duas dimensões: familiar, que influenciava diretamente a família; e individual, que se referia aos aspectos da história individual de cada um dos membros da família participantes do estudo (adolescentes, mães e pais). No âmbito familiar, identificou-se como adversidades situações de pobreza, adoção, homicídio, violência, alcoolismo, gravidez precoce, AIDS, drogas, abandono, separação, doença física/crônica e mental, perdas, mudança de moradia, desemprego e trabalho excessivo da mãe. Referente às adversidades enfrentadas pelos adolescentes, foi observado abuso sexual, perdas de amigos, pai ou mãe, negligência familiar, evasão ou repetência escolar, abandono, separação dos pais, gravidez precoce, aborto e rompimento de relacionamento afetivo. Para as mães, apontaram-se dificuldades de relacionamento, alcoolismo de parentes e companheiros, doença mental e física/crônica, soro-positividade, preconceito, situação de rua, violência, analfabetismo e mudança de moradia. Os pais relataram adversidades como abandono da parceira, soro-positividade, hospitalizações, doença mental, baixo grau de instrução, alcoolismo, perdas, desemprego, drogas, tráfico, prisão e roubos.

Foi bastante freqüente o relato de perdas como um fator de desestabilidade emocional nas famílias, sendo esta, geralmente, a morte de um ente familiar próximo e significativo. Motivos diversos ocasionaram as perdas, como homicídio, câncer, pressão alta, dentre outros. Alguns cuidadores identificaram o momento da perda como sendo o

motivo da manifestação de uma doença mental/emocional, como depressão e transtorno bipolar, tendo passado por internação e permanecendo em tratamento após vários anos. Ao serem questionados acerca do diagnóstico médico, muitos cuidadores não sabiam comunicar que tipo de transtorno ele ou o adolescente possuía. Alguns traziam as caixas dos remédios para apresentar à equipe. Ao questionar sobre a forma de tratamento seguida, os cuidadores/as relataram que iam ao psiquiatra do posto ou da clínica pedir receita, nenhum dos cuidadores(as) informou ter feito terapia. Entretanto, alguns relataram que quando o transtorno mental/emocional ou de comportamento era manifesto no(a) adolescente, eles o(a) encaminharam a uma terapia.

Com a família também foi investigada situações boas e importantes para eles, através do genograma e do roteiro de entrevista, a fim de identificar aspectos de proteção. Para isso foi solicitado que relatasse algo de bom que já havia ocorrido na família. As respostas foram variadas como: “*a cura do câncer do meu filho*”, “*as festas de família*”, “*ter saúde*”, “*ter mudado de casa*”, “*os filhos e netos*”, “*a aprovação de ano e sucesso dos filhos*”, “*ter encontrado Deus*”, “*esposa não precisar ir mais ao hospício*”, “*doações recebidas, ter conseguido o auxílio do governo*”, “*os amigos*”, “*separação do marido*”, “*vinda de familiares de outro estado*”, “ *festa de 15 anos*”, “*ajuda da patroa*”, “*o emprego*”, dentre outras. Através dos relatos das situações ruins e boas, a equipe de pesquisa buscou identificar fatores adversos e protetivos à família e, individualmente, a cada um dos três membros participantes do estudo.

A técnica do genograma foi utilizada junto com o roteiro de entrevista da família para construir com os cuidadores uma expressão gráfica da composição familiar, favorecer o *rapport* e auxiliar, por meio do diálogo informal, na captação de dados da história da família. Nas Tabelas de 3 a 22 são apresentados o panorama das famílias em relação ao número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas.

Tabela 3. *Panorama da Família 1 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 1</i> N° de pessoas na família = 4	Pobreza, homicídio, adoção da sobrinha, abuso psicológico/violência	Trabalho bem remunerado	
Adolescente	Abuso sexual	Amigos, escola, centro profissionalizante	
Mãe	Dificuldades na relação com sobrinha	Dedicação exclusiva à família	Conversa e agressão, afeto, dinheiro
Pai	Abandono na infância	Trabalhador	Conversa
Observação	Outra adolescente na família que foi adotada pela tia após ficar órfã		

Tabela 4. *Panorama da Família 2 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 2</i> N° de pessoas na família = 8	Pobreza, alcoolismo, violência doméstica, gravidez precoce	Religião, bolsa família, auxílio doença	
Adolescente		Amigos, escola, esporte Centro profissionalizante	
Mãe	Negligência familiar/vendida pelo irmão, perda da mãe, doença mental, prostituição, desemprego	Filhas, medicamentos	Conversa, afeto
Observação	Uniparental		

Tabela 5. *Panorama da Família 3 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 3</i> N° de pessoas na família=7	Pobreza, AIDS, drogas		
Adolescente	Negligência familiar/mãe, abuso sexual/escola Evasão escolar/repetência, gravidez precoce, abortos	Namorado, amigas	
Avó	Alcoolismo/marido, perda marido e filho	Religião/mãe de santo	Conversa
Pai	Soro positivo, hospitalizações		
Observação	Pai faleceu 1 mês após visita familiar. A mãe biológica tem 8 filhos de seis homens, deu a filha para a sogra criar. Uniparental.		

Tabela 6. *Panorama da Família 4 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 4</i> N° de pessoas na família = 6	Pobreza, abandono/mãe		
Adolescente	Repetência escolar, abandono/mãe	Amigos, escola, namorado	
Pai	Pouco estudo, abandonado pela esposa, depressão	Trabalho	Conversa
Observação	Uniparental		

Tabela 7. *Panorama da Família 5 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 5</i> Nº de pessoas na família = 4	Pobreza, doença mental/tia, separação casal Doença física/câncer		
Adolescente	Separação dos pais	Escola, amigos, familiares Centro profissionalizante Computador	
Mãe	Doença do filho mais velho	Trabalho, patroa Irmã e familiares	Conversa, presentear
Observação	A tia que mora junto é doente mental, ajuda, mas às vezes tem crises agressivas e compulsão por compras (eufórica). Uniparental		

Tabela 8. *Panorama da Família 6 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 6</i> Nº de pessoas na família = 11	Pobreza, doença mental, drogas, assassinato		
Adolescente		Amigos, computador	
Avó	Depressão, doença física/ pressão alta e diabete	Casa nova, trabalho	Punição, incentivo
Avô		Trabalho	
Observação	Pai foi assassinado por gangue do tráfico, mãe mantém contato		

Tabela 9. *Panorama da Família 7 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 7</i> Nº de pessoas na família = 4	Pobreza, AIDS, morte do ex-parceiro soro-positivo Separação/alcoolismo, mudança de bairro		
Adolescente	Morte de amigo na infância (assassinado) Tímido, solitário	Bom aluno, vende latinha para ir à locadora	
Mãe	Soro-positivo, perda companheiro, preconceito, mudança de bairro	Trabalho, namorado	Presentear, punição Afeto, dinheiro
Observação	Uniparental		

Tabela 10. *Panorama da Família 8 com relação à número de membros, adversidades e aspectos protetivos*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 8</i> Nº de pessoas na família = 4	Pobreza, alcoolismo, assassinato/irmão Perdas de familiares paternos, doença crônica/avó	Trabalho	
Adolescente		Escola, amigos, centro profissionalizante	
Mãe	Agressividade do marido	Trabalho	
Pai	Alcoolismo pessoal e na família de origem, perda dos pais, sintomas depressivos após perdas e aumento do consumo de bebida e agressividade		

Tabela 11. *Panorama da Família 9 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 9</i> N° de pessoas na família = 9	Pobreza, alcoolismo Tentativa de abuso da filha pelo amigo Perda/ avó paterna	Religião	
Adolescente	Repetência escolar	Trabalho aprendiz, esporte Centro profissionalizante	
Mãe	Analfabetismo	Casamento, trabalho	Presente, punição
Padrasto	Ex-alcoolista	Trabalho, casa de oração	Conversa
Observação	Adolescente não conhece o pai		

Tabela 12. *Panorama da Família 10 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 10</i> N° de pessoas na família = 8	Pobreza Mudança interior/capital e dentro da comunidade/alto do morro		
Adolescente	Repetência escolar	Música, amigos Centro profissionalizante	
Mãe	Perda da mãe	Trabalho	Elogio, presente
Padrasto		Trabalho	
Observação	A avó paterna mora na casa		

Tabela 13. *Panorama da Família 11 com relação à número de membros, adversidades e aspectos protetivos*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 11</i> N° de pessoas na família = 6	Pobreza, soro-positivo/ pai e mãe Doença crônica/ mãe, desemprego Mudança de bairro	Religião, auxílios doença mental e portador vírus Aposentadoria por invalidez	
Adolescente	Repetência escolar, Mudança de bairro	Dança	
Mãe	Problemas mentais, agressividade Soro-positivo, desemprego	Medicamentos Grupo de apoio a portadores HIV	
Pai	Soro-positivo, desemprego Ex-drogadicto, usuário de cocaína Perda/mãe	Grupo de apoio a portadores HIV	

Tabela 14. *Panorama da Família 12 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 12</i> N° de pessoas na família = 4	Pobreza, violência Doença crônica/mãe, Separação dos pais		
Adolescente	Repetência na escola, dificuldades com o pai Problemas escolares, roubo	Trabalho aprendiz, amigos Centro profissionalizante	
Mãe	Distúrbio bipolar, perda do pai	Trabalho, filhos e neto	
Pai	Alcoolismo, tráfico, roubo		
Observação	O pai obrigava o filho a roubar para ajudar a comprar drogas. Uniparental		

Tabela 15. *Panorama da Família 13 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 13</i> Nº de pessoas na família = 8	Pobreza, mudança interior/capital Perda dos avós maternos	Bom relacionamento familiar	
Adolescente	Repetência escolar	Esporte, escola Centro profissionalizante	
Mãe		Familiares	Presentear
Pai		Trabalho	

Tabela 16. *Panorama da Família 14 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 14</i> Nº de pessoas na família = 7	Pobreza, hiperatividade/filho Perda dos avós maternos Separação dos pais/conflitos Mãe trabalha muito		
Adolescente	Repetência escolar	Trabalho aprendiz, amigos Interesse por mecânica	
Mãe		Trabalho, patroa ajuda bastante, separação do marido	Presentear
Observação	Uniparental		

Tabela 17. *Panorama da Família 15 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 15</i> N° de pessoas na família = 4	Pobreza, separação dos pais Perda/avó materna	Trabalho	
Adolescente	Repetência escolar Doença crônica- perna amputada	Amigos, escola Centro profissionalizante Trabalho aprendiz, banda de pagode	
Mãe	Separações, perda da mãe	Trabalho	Conversa
Observação	Uniparental		

Tabela 18. *Panorama da Família 16 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 16</i> N° de pessoas na família = 9	Pobreza, perda/ avô materno Separações	Boa remuneração Bom relacionamento familiar	
Adolescente	Repetência escolar	Namorada, escola Centro profissionalizante	
Mãe		Trabalho	Elogios, conversa
Padrasto		Trabalho Familiares morarem próximo	
Observação	“Mesa sem represálias”, mãe realiza uma vez ao mês um diálogo com os filhos, no qual podem falar tudo o que não gostaram e ela tem de apenas escutar		

Tabela 19. *Panorama da Família 17 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 17</i> Nº de pessoas na família = 3	Pobreza, perda de familiares Doença crônica	Reuniões em família e festas Bom relacionamento familiar	
Adolescente	Doença crônica (cirurgias no ouvido)	Amigos, parentes, esporte Música, escola	
Mãe	Desemprego		Conversa
Pai		Trabalho	Conversa

Tabela 20. *Panorama da Família 18 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 18</i> Nº de pessoas na família = 8	Pobreza	Religião/Budismo Festas em família, bolsa família	
Adolescente		Escola, amigos, Parentes, esporte Centro profissionalizante	
Mãe	Perda precoce dos pais, desemprego Moradora de rua/abrigamento Gravidez precoce, abandono de filhos	Familiares	Conversa Presentear
Pai	Ex-presidiário (assalto)	Trabalho	

Tabela 21. *Panorama da Família 19 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 19</i> N° de pessoas na família = 8	Pobreza, gravidez precoce, alcoolismo/tio e pai Drogas/filho, adoção do neto, doença crônica/avó e tio	Pensão da avó	
Adolescente	Perda do pai, Gravidez precoce, repetência escolar	Centro profissionalizante Marido	
Mãe	Maus-tratos, adoção, moradora de rua, trabalho infantil, sobrecarga de responsabilidades (Cuidadora da mãe anciã e do irmão doente)	Trabalho	Presentear
Observação	A adolescente mora com o marido e o filho no mesmo terreno que a mãe, tio, avó e irmãos. Uniparental		

Tabela 22. *Panorama da Família 20 com relação à número de membros, adversidades, aspectos protetivos e práticas educativas*

Famílias/Membros	Adversidades/estresse	Aspectos protetivos	Práticas educativas
<i>Família 20</i> N° de pessoas na família = 4	Pobreza, gravidez precoce, assassinato do pai Doença crônica/mãe	Ajuda de parentes	
Adolescente	Gravidez precoce, repetência escolar Término do namoro	Centro profissionalizante	
Mãe	Perda do 1° marido (assassinado) e separação do 2° Violência doméstica/companheiro Depressão, mudança de casa	Trabalho	Conversa
Observação	Uniparental		

3.2. Visão de saúde e doença mental dos adolescentes

O questionário sobre saúde e doença mental respondido pelos adolescentes permitiu conhecer a visão que estes possuem acerca do que é estar saudável e doente mentalmente/emocionalmente. Também investigou os estereótipos em saúde mental e dos profissionais desta área, acesso aos serviços, rede de apoio e estratégias de cuidado. Na Tabela 23 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão A “Estar saudável mentalmente” na visão dos adolescentes. As cinco médias mais altas foram alcançadas nos itens: “poder ir à escola”, “algo muito importante”, “poder se relacionar bem com os outros”, “pensar positivo”, “ser otimista e poder pensar de forma clara”. As mais baixas foram para os itens: “perceber o que não deve ser feito”, “não ter problemas”, “eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil explicar”, “não ser tão sensível/frágil” e “não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra”.

Tabela 23
Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “ESTAR SAUDÁVEL MENTALMENTE”

<i>“Estar saudável mentalmente significa”</i>	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Estar feliz, alegre	6,70 (2)	26,7 (8)	26,7 (8)	40,0 (12)	3,00 (0,98)
Não ser tão sensível/frágil	26,7 (8)	33,3 (10)	23,2 (7)	16,7 (5)	2,30 (1,05)
Poder pensar de forma clara	3,3 (1)	16,7 (5)	43,3 (13)	36,7 (11)	3,13 (0,81)
Pensar positivo, ser otimista	13,3 (4)	10,0 (3)	20,0 (6)	56,7 (17)	3,20 (1,09)
Ter controle sobre a própria vida	6,70 (2)	20,0 (6)	26,7 (8)	46,7 (14)	3,13 (0,97)
Não usar drogas	16,7 (5)	10,0 (3)	16,7 (5)	56,7 (17)	3,13 (1,16)
Não ter problemas	13,3 (4)	36,7 (11)	26,7 (8)	20,0 (6)	2,55 (0,98)
Sentir-se equilibrado(a)	3,3 (1)	23,3 (7)	43,3 (13)	30,0 (9)	3,00 (0,83)
Ter energia, disposição	17,2 (5)	6,90 (2)	24,1 (7)	51,7 (15)	3,10 (1,14)
Não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra	36,7 (11)	30,0 (9)	20,0 (6)	13,3 (4)	2,10 (1,06)
Poder ir à escola	3,30 (1)	20,0 (6)	13,3 (4)	63,3 (19)	3,36 (0,92)
Poder se relacionar bem com os outros	3,30 (1)	20,0 (6)	20,0 (6)	56,7 (17)	3,30 (0,91)
Ser normal	10,0 (3)	16,7 (5)	23,3 (7)	50,0 (15)	3,13 (1,04)
Perceber o que não deve ser feito	10,0 (3)	26,7 (8)	26,7 (8)	36,7 (11)	2,90 (1,02)
Algo muito importante	6,70 (2)	10,0 (3)	26,7 (8)	56,7 (17)	3,33 (0,92)
Eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil explicar	16,7 (5)	30,0 (9)	40,0 (12)	13,3 (4)	2,50 (0,93)

Na Tabela 24 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão B “Estar doente mentalmente” na visão dos adolescentes. As cinco médias mais altas foram nos itens: “algo que deve ser levado a sério”, “quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa”, “ter dificuldade de se concentrar bem”, “algo mais difícil de controlar do que uma doença física/corpo” e “não se sentir bem”. As mais baixas foram para os itens: “quando os profissionais como psicólogos/psiquiatras aconselham um tratamento”, “estar triste, infeliz”, “algo que se tem desde o nascimento”, “não ter amigos”, “ser diferente dos outros”.

Tabela 24

Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “ESTAR DOENTE MENTALMENTE”

<i>“Estar doente mentalmente significa”</i>	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Estar triste, infeliz	43,3 (13)	30,0 (9)	16,7 (5)	10,0 (3)	1,93 (1,01)
Não se sentir bem	33,3 (10)	23,3 (7)	26,7 (8)	16,7 (5)	2,26 (1,11)
Ter sentimentos feridos, sentir-se magoado	40,0 (12)	33,3 (10)	13,3 (4)	13,3 (4)	2,00 (1,05)
Que algo não está bem com a cabeça	30,0 (9)	40,0 (12)	13,3 (4)	16,7 (5)	2,16 (1,05)
Estar estressado (a)	26,7 (8)	33,3 (10)	40,0 (12)	-	2,13 (0,81)
Ser diferente dos outros	66,7 (20)	10,0 (3)	13,3 (4)	10,0 (3)	1,66 (1,06)
Quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	16,7 (5)	40,0 (12)	10,0 (3)	33,3 (10)	2,60 (1,13)
Não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	33,3 (10)	33,3 (10)	23,3 (7)	10,0 (3)	2,10 (0,99)
Algo mais difícil de controlar do que uma doença física/corpo	30,0 (9)	33,3 (10)	20,0 (6)	16,7 (5)	2,23 (1,07)
Ter dificuldade de se concentrar bem	20,0 (6)	46,7 (14)	23,3 (7)	10,0 (3)	2,23 (0,89)
Não ter amigos	60,0 (18)	16,7 (5)	13,3 (4)	10,0 (3)	1,73 (1,04)
Quando os profissionais como psicólogos/psiquiatras aconselham um tratamento	46,7 (14)	20,0 (6)	20,0 (6)	13,3 (4)	2,00 (1,11)
Algo que não se percebe logo	36,7 (11)	30,0 (9)	26,7 (8)	6,70 (2)	2,03 (0,96)
Algo que deve ser levado a sério	10,0 (3)	13,3 (4)	30,0 (9)	46,7 (14)	3,13 (1,00)
Algo que quase não pode ser curado	30,0 (9)	40,0 (12)	16,7 (5)	13,3 (4)	2,13 (1,00)
Algo que se tem desde o nascimento	50,0 (15)	26,7 (8)	16,7 (5)	6,70 (2)	1,80 (0,96)
É difícil de definir	34,5 (10)	31,0 (9)	10,3 (3)	24,1 (7)	2,24 (1,18)

A Tabela 25 apresenta os percentuais por item da escala *likert* da questão C “Origem das idéias em saúde/doença mental” na visão dos adolescentes. As principais pessoas ou instituições assinaladas foram: profissionais, escola, pais e mídia.

Tabela 25

Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “ORIGEM DAS IDÉIAS EM SAÚDE/DOENÇA MENTAL”

	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Dos pais	33,3 (10)	26,7 (8)	10,0 (3)	30,0 (9)	2,36 (1,24)
Dos meus avós	46,7 (14)	33,3 (10)	6,70 (2)	10,0 (3)	1,79 (0,97)
Dos meus irmãos	66,7 (20)	23,3 (7)	-	10,0 (3)	1,53 (0,93)
Dos meus amigos	43,3 (13)	40,0 (12)	6,70 (2)	10,0 (3)	1,83 (0,94)
Da escola	30,0 (9)	30,0 (9)	13,3 (4)	26,7 (8)	2,36 (1,18)
De profissionais (médico, psic)	26,7 (8)	20,0 (6)	10,0 (3)	43,3 (13)	2,70 (1,29)
Da mídia (tv, rádio, internet)	33,3 (10)	26,7 (8)	16,7 (5)	23,3 (7)	2,30 (1,17)

A Tabela 26 apresenta os percentuais por item da escala *likert* da questão D “Religião e saúde/doença mental” na visão dos adolescentes. A maior média referiu -se à contribuição da religião na cura de uma doença mental, seguido da saúde mental e formação de uma doença mental.

Tabela 26

Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre a relação entre “RELIGIÃO E SAÚDE/DOENÇA MENTAL”

“Religião contribui para”	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Saúde mental	36,7 (11)	46,7 (14)	3,30 (1)	13,3 (4)	1,93 (0,98)
Formação de uma doença mental	66,7 (20)	26,7 (8)	3,30 (1)	3,30 (1)	1,43 (0,72)
Cura de uma doença mental	46,7 (14)	13,3 (4)	16,7 (5)	23,3 (7)	2,16 (1,26)

Na Tabela 27 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão G “Estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso ao serviço” na visão dos adolescentes. As cinco médias mais altas foram nos itens: não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele, não quer ser gozado pelos colegas, caçoado, pensa que quando se trata de problemas mentais só a própria pessoa que pode ajudar a si mesma, pensa que só vai ao psicólogo ou psiquiatra quem não funciona bem ou é maluco e tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial. As

mais baixas foram para os itens: pensa que uma terapia custa muito dinheiro, tem medo de no fim ir para uma clínica, hospital psiquiátrico ou um lar, acha que esse problema é normal na sua própria família, pensa que o consultório do psicólogo ou psiquiatra fica muito longe de sua casa e pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra ou psicólogo.

Tabela 27

Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “ESTEREÓTIPOS EM SAÚDE MENTAL E BARREIRAS DE ACESSO AO SERVIÇO”

<i>“Motivos para não buscar psicólogo/psiquiatra”</i>	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	13,3 (4)	23,3 (7)	36,7 (11)	26,7 (8)	2,76 (1,00)
Pensa que os psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	30,0 (9)	30,0 (9)	26,7 (8)	13,3 (4)	2,23 (1,04)
Pensa que só vai ao psicólogo ou psiquiatra quem não funciona bem ou é maluco	33,3 (10)	16,7 (5)	16,7 (5)	33,3 (10)	2,50 (1,27)
Não quer ser gozado pelos colegas, caçoado	13,3 (4)	33,3 (10)	16,7 (5)	36,7 (11)	2,76 (1,10)
Tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	26,7 (8)	33,3 (10)	16,7 (5)	23,3 (7)	2,36 (1,12)
Tem medo de no fim ir para uma clínica, hospital psiquiátrico ou um lar	33,3 (10)	40,0 (12)	13,3 (4)	13,3 (4)	2,06 (1,01)
Pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	36,7 (11)	30,0 (9)	13,3 (4)	20,0 (6)	2,16 (1,14)
Pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra ou psicólogo	60,0 (18)	30,0 (9)	10,0 (3)	16,7 (5)	1,50 (0,68)

Tabela 27
Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “ESTEREÓTIPOS EM SAÚDE MENTAL E BARREIRAS DE ACESSO AO SERVIÇO” (continuação)

<i>“Motivos para não buscar psicólogo/psiquiatra”</i>	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	<i>Média (SD)</i>
Pensa que problemas mentais devem ser resolvidos em família	26,7 (8)	33,3 (10)	16,7 (5)	23,3 (7)	2,36 (1,12)
Pensa que quando se trata de problemas mentais só a própria pessoa que pode ajudar a si mesma	26,7 (8)	23,3 (7)	23,3 (7)	26,7 (8)	2,50 (1,16)
Acha que esse problema é normal na sua própria família	46,4 (13)	28,6 (8)	21,4 (6)	3,60 (1)	1,82 (0,90)
Pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	31,0 (9)	37,9 (11)	17,2 (5)	13,8 (4)	2,13 (1,02)
Pensa que o consultório do psicólogo ou psiquiatra fica muito longe de sua casa	56,7 (17)	20,0 (6)	16,7 (5)	6,70 (2)	1,73 (0,98)
Pensa que uma terapia custa muito dinheiro	46,7 (14)	16,7 (5)	13,3 (4)	23,3 (7)	2,13 (1,25)
Acha que não é necessário nenhuma ajuda	50,0 (15)	6,70 (2)	10,0 (3)	33,3 (10)	2,26 (1,38)
Não sabe onde se pode obter ajuda e quem é competente para isso	30,0 (9)	23,3 (7)	26,7 (8)	20,0 (6)	2,36 (1,12)

Na Tabela 28 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão H “Tratamento para um problema mental” na visão dos adolescentes. As médias mais altas se referem a uma visão positiva do tratamento/terapia, aparecendo em quarto lugar a primeira visão negativa.

Tabela 28
Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “TRATAMENTO PARA UM PROBLEMA MENTAL”

“Como imagina um tratamento para um problema mental”	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
A terapia ajuda	20,0 (6)	10,0 (3)	33,3 (10)	36,7 (11)	2,86 (1,13)
Sente-se bem com o terapeuta	23,3 (7)	40,0 (12)	20,0 (6)	13,3 (4)	2,24 (0,98)
Não aceitaria a terapia no início	36,7 (11)	33,3 (10)	13,3 (4)	16,7 (5)	2,10 (1,09)
A terapia dá estabilidade, segurança, apoio	26,7 (8)	36,7 (11)	10,0 (3)	26,7 (8)	2,36 (1,15)
Pode expressar a própria opinião	16,7 (5)	23,3 (7)	26,7 (8)	33,3 (10)	2,76 (1,10)
As pessoas olham de forma estranha quando ele for ao consultório/clínica	26,7 (8)	36,7 (11)	13,3 (4)	23,3 (7)	2,33 (1,12)

De acordo com as respostas dos adolescentes no questionário, vinte e três (76,7%) mencionaram não ter recebido nenhuma ajuda de um profissional como psicólogo, psiquiatra ou psicoterapeuta. E sete (23,3%) já haviam recebido ajuda. Os tipos de problemas citados por eles foram: “medos e abuso sexual”, “separação dos pais”, “problema de concentração”, “problemas na cabeça”, “incomoda no colégio”, “tristeza”, “perda dos pais” e “problemas com os colegas”. A média de idade em que o problema apareceu foi de oito anos ($SD= 2,29$), sendo o tratamento iniciado no mesmo período do aparecimento do problema e todos já concluídos há cerca de cinco anos ($SD=2,22$). Um único caso não houve sequer início do tratamento.

Na Tabela 29 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão F “Busca de apoio” dos adolescentes quando apresentam um problema mental. As médias mais altas foram para mães, amigos, clínica ou hospital e o pai; as baixas foram para irmãos, outro especialista como neurologista, pessoa do contexto religioso e avô.

Tabela 29
Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “BUSCA DE APOIO PARA UM PROBLEMA MENTAL”

“Quando tenho um problema mental eu procuro”	Nunca	Rara mente	Geral mente	Sempre	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Minha mãe	23,3 (7)	10,0 (3)	13,3 (4)	53,3 (16)	2,96 (1,27)
Meu pai	44,8 (13)	24,1 (7)	6,90 (2)	24,1 (7)	2,10 (1,23)
Meus irmãos	60,0 (18)	26,7 (8)	-	10,0 (3)	1,58 (0,94)
Minha avó	60,0 (18)	16,7 (5)	10,0 (3)	13,3 (4)	1,76 (1,10)
Meu avô	73,3 (22)	13,3 (4)	6,70 (2)	6,70 (2)	1,46 (0,89)
Os amigos	33,3 (10)	26,7 (8)	16,7 (5)	23,3 (7)	2,30 (1,17)
O professor	50,0 (15)	33,3 (10)	10,0 (3)	6,70 (2)	1,73 (0,90)
Uma pessoa do contexto religioso	73,3 (22)	13,3 (4)	3,3 (1)	10,0 (3)	1,50 (0,97)
Médico de família ou pediatra	46,7 (14)	26,7 (8)	13,3 (4)	13,3 (4)	1,93 (1,08)
Uma pessoa da medicina alternativa ou natural	56,7 (17)	33,3 (10)	3,30 (1)	6,70 (2)	1,60 (0,85)
Um psicólogo ou psiquiatra	56,7 (17)	16,7 (5)	13,3 (4)	13,3 (4)	1,83 (1,11)
Um outro especialista (neurologista)	66,7 (10)	16,7 (5)	13,3 (4)	3,30 (1)	1,53 (0,86)
Uma clínica ou hospital	46,7 (14)	10,0 (3)	20,0 (6)	23,3 (7)	2,20 (1,27)

Na Tabela 30 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão H “Rede de apoio dos adolescentes na procura de ajuda profissional para um problema mental”. As médias mais altas foram para mãe, médico (de família, pediatra, agente de saúde) e pai. Em última instância foi apontado o professor/escola.

Tabela 30
Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “REDE DE APOIO NA PROCURA DE AJUDA PROFISSIONAL PARA UM PROBLEMA MENTAL”

“Quem procuraria ajuda profissional para você”	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Eu próprio	53,3 (16)	30,0 (9)	3,30 (1)	13,3 (4)	1,76 (1,04)
Minha mãe	16,7 (5)	10,0 (3)	3,30 (1)	70,0 (21)	3,26 (1,20)
Meu pai	51,7 (15)	13,8 (4)	13,8 (4)	20,7 (6)	2,03 (1,23)
Minha avó/avô	58,6 (17)	17,2 (5)	13,8 (4)	10,3 (3)	1,75 (1,05)
Professor/escola	70,0 (21)	16,7 (5)	-	13,3 (4)	1,56 (1,04)
Médico de família, pediatra, agente de saúde, outros	40,0 (12)	26,7 (8)	20,0 (6)	13,3 (4)	2,06 (1,08)
Conselho tutelar	66,7 (20)	13,3 (4)	13,3 (4)	6,70 (2)	1,60 (0,96)

Na Tabela 31 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão E “Estratégias de cuidado ao sentir-se mal mentalmente” na visão dos adolescentes. As cinco médias mais altas foram para: procurar distrair-se (ler, ouvir

música), deve falar com alguém sobre o problema, deve ficar sozinho/a, retirar -se, esperar um pouco e descansar, deve procurar mudar a situação. As baixas foram: não sei o que devo fazer/dizer, deve conviver com isso, deve esperar ser procurado pelos outros, deve procurar números de disque-ajuda, deve tentar medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais).

Tabela 31

Estatísticas Descritivas na Visão dos Adolescentes sobre “ESTRATÉGIAS DE CUIDADO AO SENTIR-SE MAL MENTALMENTE”

<i>Estratégias de cuidado ao sentir-se mal mentalmente</i>	Nunca % (f)	Rara mente % (f)	Geral mente % (f)	Sempre % (f)	Média (SD)
Esperar um pouco, descansar	10,0 (3)	36,7 (11)	33,3 (10)	20,0 (6)	2,63 (0,92)
Procurar distrair-se: ler, ouvir música	6,70 (2)	26,7 (8)	23,3 (7)	43,3 (13)	3,03 (0,99)
Deve conviver com isso	53,3 (16)	23,3 (7)	13,3 (4)	10,0 (3)	1,80 (1,03)
Deve pensar: isso não é tão mal	43,0 (13)	33,3 (10)	16,7 (5)	6,70 (2)	1,86 (0,93)
Deve procurar mudar a situação	13,8 (4)	37,9 (11)	24,1 (7)	24,1 (7)	2,58 (1,01)
Deve esperar ser procurado pelos outros	60,0 (18)	16,7 (5)	10,0 (3)	13,3 (4)	1,76 (1,10)
Deve falar com alguém sobre o problema	20,0 (6)	20,0 (6)	26,7 (8)	33,3 (10)	2,73 (1,14)
Deve tomar medicamentos	53,3 (16)	16,7 (5)	13,3 (4)	16,7 (5)	1,93 (1,17)
Deve tentar medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais)	80,0 (24)	10,0 (3)	6,70 (2)	3,30 (1)	1,33 (0,75)
Deve tentar meios naturais, caseiros (chás, banhos)	20,0 (6)	30,0 (9)	26,7 (8)	23,3 (7)	2,53 (1,07)
Deve procurar números de disque-ajuda	73,3 (22)	13,3 (4)	13,3 (4)	-	1,40 (0,72)
Não deve procurar ajuda	33,3 (10)	33,3 (10)	10,0 (3)	23,3 (7)	2,23 (1,16)
Deve ficar sozinho/a, retirar- se	17,2 (5)	34,5 (10)	6,90 (2)	41,4 (12)	2,72 (1,19)
Pensa que nada e ninguém pode ajudar	33,3 (10)	30,0 (9)	20,0 (6)	16,7 (5)	2,20 (1,09)
Não sei o que devo fazer/dizer	43,3 (13)	40,0 (12)	10,0 (3)	6,70 (2)	1,80 (0,88)

Na Tabela 32 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão I “Manutenção da saúde mental na família” na visão dos adolescentes. As cinco médias mais altas foram em: ter tempo livre/lazer em comum, haver comunicação agradável entre os membros da família, haver consenso/acordo entre os pais, sentir -se aceito/amado como se é e ter pais que orientam/ensinam. As baixas foram: ter relações próximas com os outros membros da família, ter compreensão mútua, estar satisfeito e

satisfazer os outros na família, poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto e ter uma orientação religiosa.

Tabela 32

Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA FAMÍLIA”

“É importante...”	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Estar satisfeito e satisfazer os outros na família	20,0 (6)	23,3 (7)	23,3 (7)	33,3 (10)	2,70 (1,14)
Sentir-se aceito/amado como se é	3,30 (1)	16,7 (5)	26,7 (8)	53,3 (16)	3,30 (0,87)
Haver comunicação agradável entre os membros da família	3,30 (1)	13,3 (4)	30,0 (9)	53,3 (16)	3,33 (0,84)
Chamar a atenção dos outros para o lado bom das coisas	13,3 (4)	6,70 (2)	43,3 (13)	36,7 (11)	3,03 (0,99)
Saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo	13,3 (4)	6,70 (2)	30,0 (9)	50,0 (15)	3,16 (1,05)
Haver consenso/acordo entre os pais	6,70 (2)	10,0 (3)	26,7 (8)	56,7 (17)	3,33 (0,92)
Ter pais que orientam/ensinam	10,0 (3)	13,3 (4)	13,3 (4)	63,3 (19)	3,30 (1,05)
Ter compreensão mútua	13,8 (4)	20,7 (6)	37,9 (11)	27,6 (8)	2,79 (1,01)
Poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto	20,7 (6)	17,2 (5)	37,9 (11)	24,1 (7)	2,65 (1,07)
Poder confiar uns nos outros	10,3 (3)	10,3 (3)	27,6 (8)	51,7 (15)	3,20 (1,01)
Ter as refeições em conjunto na família	10,3 (3)	17,2 (5)	24,1 (7)	48,3 (14)	3,10 (1,04)
Ter relações próximas com os outros membros da família	6,70 (2)	36,7 (11)	40,0 (12)	16,7 (5)	2,66 (0,84)
Ter uma orientação religiosa	26,7 (8)	40,0 (12)	13,3 (4)	20,0 (6)	2,26 (1,08)
Ter tempo livre/lazer em comum	6,70 (2)	3,30 (1)	30,0 (9)	60,0 (18)	3,43 (0,85)

Na Tabela 33 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* das questões J a N sobre “Bem-estar pessoal”. Entre os adolescentes, quase 97% mencionaram não ter nenhuma condição física crônica ou incapacidade e 3,3% apresentaram. Acerca da descrição da saúde, dois adolescentes nomearam considerar sua saúde excelente; nove, como muito boa; dezesseis mencionaram boa; dois como má e um como muito má.

Tabela 33
Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “BEM-ESTAR PESSOAL”

<i>Na última semana</i>	Nada	Pouco	Modera.	Muito	Total mente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Sentiu-se bem e em forma	10,0 (3)	16,7 (5)	13,3 (4)	30,0 (9)	30,0 (9)	3,53 (1,35)
Esteve fisicamente ativo	13,3 (4)	10,0 (3)	6,70 (2)	30,0 (9)	40,0 (12)	3,73 (1,43)
Teve bom desempenho nas atividades físicas	3,30 (1)	16,7 (5)	16,7 (5)	23,3 (7)	40,0 (12)	3,80 (1,24)
Sentiu-se cheio de energia	6,70 (2)	10,0 (3)	26,7 (8)	16,7 (5)	40,0 (12)	3,73 (1,28)
Sentiu-se satisfeito/a com a própria vida	6,70 (2)	23,3 (7)	10,0 (3)	30,0 (9)	30,0 (9)	3,53 (1,33)
Esteve de bom humor	10,0 (3)	6,70 (2)	20,0 (6)	26,7 (8)	36,7 (11)	3,73 (1,31)
Divertiu-se	3,30 (1)	10,0 (3)	20,0 (6)	26,7 (8)	40,0 (12)	3,90 (1,15)
Sentiu-se triste	20,0 (6)	26,7 (8)	30,0 (9)	16,7 (5)	6,70 (2)	2,63 (1,18)
Sentiu-se tão mal que não quis fazer nada	53,3 (16)	13,3 (4)	16,7 (5)	13,3 (4)	3,30 (1)	2,00 (1,25)
Sentiu-se sozinho	43,3 (13)	26,7 (8)	10,0 (3)	6,70 (2)	13,3 (4)	2,20 (1,42)
Sentiu-se feliz com a sua maneira de ser	10,0 (3)	10,0 (3)	10,0 (3)	26,7 (8)	43,3 (13)	3,83 (1,36)
Teve tempo suficiente para si	10,0 (3)	26,7 (8)	13,3 (4)	20,0 (6)	30,0 (9)	3,33 (1,42)

Tabela 33
Estatísticas Descritivas da Visão dos Adolescentes sobre “BEM-ESTAR PESSOAL”
 (continuação)

<i>Na última semana</i>	Nunca % (f)	Raramente % (f)	Algumas vezes % (f)	Frequentemente % (f)	Sempre % (f)	Média (SD)
No tempo livre foi capaz de fazer o que gosta	6,70 (2)	10,0 (3)	20,0 (6)	10,0 (3)	53,3 (16)	3,93 (1,33)
Seus pais tiveram tempo suficiente para você	10,0 (3)	20,0 (6)	16,7 (5)	16,7 (5)	36,7 (11)	3,50 (1,43)
Seus pais o/a trataram com justiça	13,3 (4)	23,3 (7)	10,0 (3)	10,0 (3)	43,3 (13)	3,46 (1,56)
Foi capaz de conversar com seus pais quando quis	13,3 (4)	16,7 (5)	13,3 (4)	10,0 (3)	46,7 (14)	3,60 (1,54)
Deve dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os amigos	20,0 (6)	30,0 (9)	10,0 (3)	23,3 (7)	16,7 (5)	2,86 (1,43)
Teve dinheiro suficiente para suas próprias despesas	23,3 (7)	10,0 (3)	33,3 (10)	6,7 (2)	26,7 (8)	3,03 (1,49)
Passou tempo com seus amigos	13,3 (4)	13,3 (4)	16,7 (5)	20,0 (6)	36,7 (11)	3,53 (1,45)
Divertiu-se com seus amigos	6,70 (2)	13,3 (4)	10,0 (3)	20,0 (6)	50,0 (15)	3,93 (1,33)
Você e seus amigos se ajudaram uns aos outros	10,0 (3)	10,0 (3)	6,70 (2)	27,6 (8)	44,8 (13)	3,86 (1,38)
Sentiu que podia confiar nos seus amigos	10,0 (3)	20,0 (6)	16,7 (5)	6,70 (2)	46,7 (14)	3,60 (1,49)
Sentiu-se feliz na escola	6,70 (2)	20,0 (6)	16,7 (5)	20,0 (6)	36,7 (11)	3,60 (1,35)
Foi bom aluno na escola	3,40 (1)	13,8 (4)	27,6 (8)	27,6 (8)	27,6 (8)	3,62 (1,14)
Se sentiu capaz de prestar atenção	-	13,3 (4)	23,3 (7)	13,3 (4)	50,0 (15)	4,00 (1,14)
Teve boa relação com professores	3,30 (1)	-	20,0 (6)	16,7 (5)	60,0 (18)	4,30 (1,02)

Na Tabela 34 são apresentados os resultados das diferenças por sexo dos adolescentes nos itens em que foram observadas diferenças significativas. Para isto,

foram analisadas as médias e desvio padrão em todos os itens do instrumento, utilizando o teste *t* de *Student*. Apesar do baixo número de participantes para ser realizado esta análise, os dados indicam que itens podem apresentar diferenças significativas se reproduzido em amostras maiores.

Na questão A “Estar saudável mentalmente” houve diferença significativa em dois itens: estar feliz e não ser tão sensível. Na questão B “Estar doente mentalmente” houve em apenas um item: ser diferente dos outros. Para a questão C sobre “Origem das idéias em saúde/doença mental” apareceu diferença no item referente aos avós. Na questão F acerca da “Busca de ajuda” houve diferença nos itens amigos, pessoa do contexto religioso e da medicina alternativa ou natural. Para a questão G sobre os “Estereótipos e acesso ao serviço” observou-se diferença nos itens: tem medo de no fim ir para uma clínica, hospital psiquiátrico ou um lar e acha que esse problema é normal na sua própria família. Na questão H acerca do “Tratamento para um problema mental” a diferença entre sexo foi no item: pode expressar a própria opinião. E na escala de “Bem-estar pessoal” as diferenças foram nos itens: teve bom desempenho nas atividades físicas e sentiu-se cheio/a de energia.

Tabela 34
Itens das Questões com Diferenças Significativas por Sexo entre os Adolescentes

		<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
		<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>			
<i>“Estar saudável mentalmente significa para mim...”</i>	Estar feliz, alegre	2,68 (0,79)	3,35 (1,08)	- 1,95	28	0,06
	Não ser tão sensível/frágil	1,93 (0,92)	2,71 (1,06)	- 2,13	28	0,04
<i>“Estar doente mentalmente significa para mim...”</i>	Ser diferente dos outros	1,31 (0,70)	2,07 (1,26)	- 2,06	28	0,05
<i>“De onde vêm suas idéias sobre saúde/doença mental...”</i>	Dos meus avós	1,46 (0,63)	2,14 (1,16)	- 1,95	27	0,06
	Os amigos	2,75 (1,06)	1,78 (1,12)	2,41	28	0,02
<i>“Quando tenho um problema mental eu procuro...”</i>	Uma pessoa do contexto religioso	1,87 (1,20)	1,07 (0,26)	2,59	28	0,02
	Uma pessoa da medicina alternativa ou natural	1,87 (1,02)	1,28 (0,46)	1,97	28	0,05

Tabela 34
Itens das Questões com Diferenças Significativas por Sexo entre os Adolescentes
 (Continuação)

		Feminino M(SD)	Masculino M(SD)	t	df	P
<i>Estereótipos e barreiras de acesso ao serviço para um problema mental</i>	Tem medo de no fim ir para uma clínica, hospital psiquiátrico ou um lar	1,56 (0,51)	2,64 (1,15)	- 3,24	28	0,00
	Acha que esse problema é normal na sua própria família	2,06 (0,92)	1,42 (0,75)	2,03	28	0,04
<i>“Como imagina um tratamento para um problema mental”</i>	Pode expressar a própria opinião	3,12 (0,95)	2,35 (1,15)	1,99	28	0,05
<i>“Condição de saúde na última semana”</i>	Teve bom desempenho nas atividades físicas	3,37 (1,20)	4,28 (1,13)	- 2,11	28	0,04
	Sentiu-se cheio/a de energia	3,18 (1,27)	4,35 (1,00)	- 2,75	28	0,01

3.3. Visão de saúde e doença mental dos adolescentes por seus cuidadores do sexo feminino

Na Tabela 35 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão A “Estar saudável mentalmente” na visão das cuidadoras. Podem -se observar as médias mais altas e baixas para os itens.

Na Tabela 36 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão B “Estar doente mentalmente” na visão das cuidadoras. Podem -se observar as médias mais altas e baixas para os itens.

A Tabela 37 apresenta os percentuais por item da escala *likert* da questão C sobre a “Origem das idéias em saúde/doença mental” na visão das cuidadoras. As principais pessoas ou instituições assinaladas foram: escola, mídia, pais e profissionais.

Tabela 35
Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “ESTAR SAUDÁVEL MENTALMENTE”

<i>“Estar saudável mentalmente significa”</i>	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Estar feliz, alegre	5,6 (1)	27,8 (5)	16,7 (3)	50,0 (9)	3,11 (1,02)
Não ser tão sensível/frágil	16,7 (3)	44,4 (8)	16,7 (3)	22,2 (4)	2,44 (1,04)
Poder pensar de forma clara	-	33,3 (6)	16,7 (3)	50,0 (9)	3,16 (0,92)
Pensar positivo, ser otimista	-	11,1 (2)	38,9 (7)	50,0 (9)	3,38 (0,69)
Ter controle sobre a própria vida	5,6 (1)	11,1 (2)	22,2 (4)	61,1 (11)	3,38 (0,91)
Não usar drogas	5,6 (1)	5,6 (1)	11,1 (2)	77,8 (14)	3,61 (0,84)
Não ter problemas	27,8 (5)	33,3 (6)	11,1 (2)	27,8 (5)	2,38 (1,19)
Sentir-se equilibrado(a)	11,1 (2)	22,2 (4)	33,3 (6)	33,3 (6)	2,88 (1,02)
Ter energia, disposição	5,6 (1)	-	16,7 (3)	77,8 (14)	3,66 (0,76)
Não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra	38,9 (7)	5,6 (1)	-	55,6 (10)	2,72 (1,48)
Poder ir à escola	16,7 (3)	-	11,1 (2)	72,2 (13)	3,38 (1,14)
Poder se relacionar bem com os outros	-	16,7 (3)	38,9 (7)	44,4 (8)	3,27 (0,75)
Ser normal	11,1 (2)	16,7 (3)	27,8 (5)	16,7 (3)	3,05 (1,05)
Perceber o que não deve ser feito	11,1 (2)	-	33,3 (6)	55,6 (10)	3,33 (0,97)
Algo muito importante	5,6 (1)	11,1 (2)	27,8 (5)	55,6 (10)	3,33 (0,90)
Eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil explicar	6,7 (2)	27,8 (5)	33,3 (6)	27,8 (5)	2,77 (1,00)

Tabela 36
Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “ESTAR DOENTE MENTALMENTE”

<i>“Estar doente mentalmente significa”</i>	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Estar triste, infeliz	16,7 (3)	22,2 (4)	5,6 (1)	55,6 (10)	3,00 (1,23)
Não se sentir bem	11,1 (2)	33,3 (6)	16,7 (3)	38,9 (7)	2,83 (1,09)
Ter sentimentos feridos, sentir-se magoado	5,6 (1)	33,3 (6)	27,8 (5)	33,3 (6)	2,88 (0,96)
Que algo não está bem com a cabeça	11,1 (2)	38,9 (7)	11,1 (2)	38,9 (7)	2,77 (1,11)
Estar estressado (a)	22,2 (4)	27,8 (5)	27,8 (5)	22,2 (4)	2,50 (1,09)
Ser diferente dos outros	50,0 (9)	27,8 (5)	5,6 (1)	16,7 (3)	1,88 (1,13)
Quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	-	22,2 (4)	27,8 (5)	50,0 (9)	3,27 (0,82)
Não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	11,1 (2)	16,7 (3)	27,8 (5)	44,4 (8)	3,05 (1,05)
Algo mais difícil de controlar do que uma doença física/corpo	16,7 (3)	33,3 (6)	27,8 (5)	22,2 (4)	2,55 (1,04)

Tabela 36
Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “ESTAR DOENTE MENTALMENTE” (Continuação)

<i>“Estar doente mentalmente significa”</i>	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Ter dificuldade de se concentrar bem	5,6 (1)	22,2 (4)	22,2 (4)	50,0 (9)	3,16 (0,98)
Não ter amigos	33,3 (6)	22,2 (4)	27,8 (5)	16,7 (3)	2,27 (1,12)
Quando os profissionais como psicólogos/psiquiatras aconselham um tratamento	16,7 (3)	22,2 (4)	22,2 (4)	38,9 (7)	2,83 (1,15)
Algo que não se percebe logo	22,2 (4)	22,2 (4)	11,1 (2)	44,0 (8)	2,77 (1,26)
Algo que deve ser levado a sério	-	11,1 (2)	11,1 (2)	77,8 (14)	3,66 (0,68)
Algo que quase não pode ser curado	33,3 (6)	22,2 (4)	11,1 (2)	33,3 (6)	2,44 (1,29)
Algo que se tem desde o nascimento	38,9 (7)	27,8 (5)	5,6 (1)	27,8 (5)	2,22 (1,26)
É difícil de definir	22,2 (4)	11,1 (2)	27,8 (5)	38,9 (7)	2,83 (1,20)

Tabela 37
Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “ORIGEM DAS IDÉIAS EM SAÚDE/DOENÇA MENTAL” dos(as) Adolescentes

Origem	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Dos pais	22,2 (4)	38,9 (7)	11,1 (2)	27,8 (5)	2,44 (1,14)
Dos avós	61,1 (11)	16,7 (3)	11,1 (2)	11,1 (2)	1,72 (1,07)
Dos irmãos	55,6 (10)	11,1 (2)	16,7 (3)	16,7 (3)	1,94 (1,21)
Dos amigos	50,0 (9)	38,9 (7)	5,6 (1)	5,6 (1)	1,66 (0,84)
Da escola	16,7 (3)	22,2 (4)	27,8 (5)	33,3 (6)	2,77 (1,11)
De profissionais (médico, psic)	27,8 (5)	27,8 (5)	22,2 (4)	22,2 (4)	2,38 (1,14)
Da mídia (tv, rádio, internet)	23,5 (4)	29,4 (5)	23,5 (4)	23,5 (4)	2,47 (1,12)

A Tabela 38 apresenta os percentuais por item da escala *likert* da questão D “Religião e saúde/doença mental” na visão das cuidadoras. A maior média referiu-se à contribuição da religião para a saúde mental.

Tabela 38
Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre a relação entre “RELIGIÃO E SAÚDE/DOENÇA MENTAL”

“Religião contribui para”	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Saúde mental	44,4 (8)	16,7 (3)	5,6 (1)	33,3 (6)	2,27 (1,36)
Formação de uma doença mental	38,9 (7)	50,0 (9)	5,6 (1)	5,6 (1)	1,77 (0,80)
Cura de uma doença mental	44,4 (8)	27,8 (5)	11,1 (2)	16,7 (3)	2,00 (1,13)

Na Tabela 39 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão G sobre os “Estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso ao serviço” na visão das cuidadoras. Podem-se observar as médias mais altas e baixas para os itens.

Na Tabela 40 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão H sobre o “Tratamento para um problema mental” na visão das cuidadoras. As médias mais altas se referem a uma visão positiva do tratamento/terapia .

Na Tabela 41 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão F acerca da “Busca de apoio” dos adolescentes quando apresentam um problema mental. As médias mais altas foram para mães, irmãos, professora e psicólogo ou psiquiatra.

Na Tabela 42 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão H investigando a “Rede de apoio dos adolescentes na procura de ajuda profissional para um problema mental”. As médias mais altas foram para mãe, escola e pai.

Tabela 39

Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “ESTEREÓTIPOS EM SAÚDE MENTAL E BARREIRAS DE ACESSO AO SERVIÇO”

<i>“Motivos para não buscar psicólogo/ psiquiatra”</i>	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	16,7 (3)	38,9 (7)	16,7 (3)	27,8 (5)	2,55 (1,09)
Pensa que os psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	22,2 (4)	27,8 (5)	16,7 (3)	33,3 (6)	2,61 (1,19)
Pensa que só vai ao psicólogo ou psiquiatra quem não funciona bem ou é maluco	22,2 (4)	22,2 (4)	22,2 (4)	33,3 (6)	2,66 (1,18)
Não quer ser gozado pelos colegas, caçoado	16,7 (3)	27,8 (5)	33,3 (6)	22,2 (4)	2,61 (1,03)
Tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	33,3 (6)	22,2 (4)	27,8 (5)	16,7 (3)	2,27 (1,12)
Tem medo de no fim ir para uma clínica, hospital psiquiátrico ou um lar	11,1 (2)	44,4 (8)	22,2 (4)	22,2 (4)	2,55 (0,98)
Pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	11,1 (2)	27,8 (5)	38,9 (7)	22,2 (4)	2,72 (0,95)
Pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra ou psicólogo	72,2 (13)	16,7 (3)	5,6 (1)	5,6 (1)	1,44 (0,85)
Pensa que problemas mentais devem ser resolvidos em família	38,9 (7)	16,7 (3)	27,8 (5)	16,7 (3)	2,22 (1,16)
Pensa que quando se trata de problemas mentais só a própria pessoa que pode ajudar a si mesma	50,0 (9)	22,2 (4)	11,1 (2)	16,7 (3)	1,94 (1,16)
Acha que esse problema é normal na sua própria família	66,7 (12)	16,7 (3)	11,1 (2)	5,6 (1)	1,55 (0,92)
Pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	22,2 (4)	44,4 (8)	27,8 (5)	5,6 (1)	2,16 (0,85)
Pensa que o consultório do psicólogo ou psiquiatra fica muito longe de sua casa	61,1 (11)	22,2 (4)	16,7 (3)	-	1,55 (0,78)
Pensa que uma terapia custa muito dinheiro	50,0 (9)	16,7 (3)	22,2 (4)	11,1 (2)	1,94 (1,10)
Acha que não é necessário nenhuma ajuda	61,1 (11)	11,1 (2)	16,7 (3)	11,1 (2)	1,77 (1,11)
Não sabe onde se pode obter ajuda e quem é competente para isso	22,2 (4)	33,3 (6)	11,1 (2)	33,3 (6)	2,55 (1,19)

Tabela 40. *Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “TRATAMENTO PARA UM PROBLEMA MENTAL”*

<i>“Como imagina um tratamento para um problema mental”</i>	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
A terapia ajuda	5,6 (1)	11,1 (2)	33,3 (6)	50,0 (9)	3,27 (0,89)
Sente-se bem com o terapeuta	11,1 (2)	22,2 (4)	38,9 (7)	27,8 (5)	2,83 (0,98)
Não aceitaria a terapia no início	50,0 (9)	38,9 (7)	5,6 (1)	5,6 (1)	1,66 (0,84)
A terapia dá estabilidade, segurança, apoio	5,6 (1)	27,8 (5)	33,3 (6)	33,3 (6)	2,94 (0,93)
Pode expressar a própria opinião	16,7 (3)	-	38,9 (7)	44,4 (8)	3,11 (1,07)
As pessoas olham de forma estranha quando ele for ao consultório/clínica	77,8 (14)	5,6 (1)	11,1 (2)	5,6 (1)	1,44 (0,92)

Tabela 41

Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “BUSCA DE APOIO PARA UM PROBLEMA MENTAL”

<i>“Quando ele(a) tem um problema mental procura”</i>	Nunca	Raramente	Geralmente	Sempre	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Mãe	5,6 (1)	-	-	94,4 (17)	3,83 (0,70)
Pai	50,0 (9)	22,2 (4)	5,6 (1)	22,2 (4)	2,00 (1,23)
Irmãos	33,3 (6)	5,6 (1)	27,8 (5)	33,3 (6)	2,61 (1,28)
Avó	50,0 (9)	27,8 (5)	-	22,2 (4)	1,94 (1,21)
Avô	77,8 (14)	16,7 (3)	5,6 (1)	-	1,27 (0,57)
Os amigos	38,9 (7)	38,9 (7)	16,7 (3)	5,6 (1)	1,88 (0,90)
O professor	22,2 (4)	44,4 (8)	11,1 (2)	22,2 (4)	2,33 (1,08)
Uma pessoa do contexto religioso	50,0 (9)	27,8 (5)	5,6 (1)	16,7 (3)	1,88 (1,13)
Médico de família ou pediatra	22,2 (4)	50,0 (9)	11,1 (2)	16,7 (3)	2,22 (1,00)
Uma pessoa da medicina alternativa ou natural	55,6 (10)	16,7 (3)	11,1 (2)	16,7 (3)	1,88 (1,18)
Um psicólogo ou psiquiatra	33,3 (6)	27,8 (5)	11,1 (2)	27,8 (5)	2,33 (1,23)
Um outro especialista (neurologista)	44,4 (8)	22,2 (4)	16,7 (3)	16,7 (3)	2,05 (1,16)
Uma clínica ou hospital	23,5 (4)	17,6 (3)	17,6 (3)	41,2 (7)	2,05 (1,25)

Tabela 42

Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “REDE DE APOIO NA PROCURA DE AJUDA PROFISSIONAL PARA UM PROBLEMA MENTAL” do Adolescente

<i>“Quem procuraria ajuda profissional para ele(a)”</i>	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Filho(a)	77,8 (14)	5,6 (1)	5,6 (1)	11,1 (2)	1,50 (1,04)
Mãe	16,7 (3)	5,6 (1)	16,7 (3)	61,1 (11)	3,22 (1,16)
Pai	38,9 (7)	16,7 (3)	11,1 (2)	33,3 (6)	2,38 (1,33)
Avó/avô	55,6 (10)	11,1 (2)	5,6 (1)	27,8 (5)	2,05 (1,34)
Professor/escola	16,7 (3)	22,2 (4)	22,2 (4)	38,9 (7)	2,83 (1,15)
Médico de família, pediatra, agente de saúde, outros	27,8 (5)	27,8 (5)	27,8 (5)	16,7 (3)	2,33 (1,08)
Conselho tutelar	50,0 (9)	11,1 (2)	11,1 (2)	27,8 (5)	2,16 (1,33)

Tabela 43

Estatísticas Descritivas na Visão das Cuidadoras sobre “ESTRATÉGIAS DE CUIDADO AO SENTIR-SE MAL MENTALMENTE”

<i>“Digo ao meu filho que”</i>	Nunca	Raramente	Geralmente	Sempre	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Esperar um pouco, descansar	16,7 (3)	27,8 (5)	27,8 (5)	27,8 (5)	2,66 (1,08)
Procurar distrair-se: ler, ouvir música	11,1 (2)	27,8 (5)	11,1 (2)	50,0 (9)	3,00 (1,13)
Deve conviver com isso	83,3 (15)	16,7 (3)	-	-	1,16 (0,38)
Deve pensar: isso não é tão mal	44,4 (8)	27,8 (5)	16,7 (3)	11,1 (2)	1,94 (1,05)
Deve procurar mudar a situação	22,2 (4)	5,6 (1)	33,3 (6)	38,9 (7)	2,88 (1,18)
Deve esperar ser procurado pelos outros	94,4 (17)	5,6 (1)	-	-	1,05 (0,23)
Deve falar com alguém sobre o problema	16,7 (3)	11,1 (2)	11,1 (2)	61,1 (11)	3,16 (1,20)
Deve tomar medicamentos	44,4 (8)	33,3 (6)	16,7 (3)	5,6 (1)	1,83 (0,92)
Deve tentar medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais)	66,7 (12)	5,6 (1)	5,6 (1)	22,2 (4)	1,83 (1,29)
Deve tentar meios naturais, caseiros (chás, banhos)	11,1 (2)	22,2 (4)	11,1 (2)	55,6 (10)	2,53 (1,07)
Deve procurar números de disque-ajuda	44,4 (8)	38,9 (7)	5,6 (1)	11,1 (2)	1,83 (0,98)
Não deve procurar ajuda	72,2 (13)	-	-	27,8 (5)	1,83 (1,38)
Deve ficar sozinho/a, retirar-se	61,1 (11)	16,7 (3)	11,1 (2)	11,1 (2)	1,72 (1,07)
Pensa que nada e ninguém pode ajudar	66,7 (12)	16,7 (3)	11,1 (2)	5,6 (1)	1,55 (0,92)
Não sei o que devo fazer/dizer	22,2 (4)	44,4 (8)	16,7 (3)	16,7 (3)	2,27 (1,01)

Na Tabela 43 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão E acerca das “Estratégias de cuidado ao sentir -se mal mentalmente” utilizadas pelos adolescentes na visão das cuidadoras. Podem -se observar as médias mais altas e baixas para cada item da questão.

Na Tabela 44 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão I “Manutenção da saúde mental na família” na visão das cuidadoras. As médias mais altas foram em: sentir-se aceito/amado, ter pais que orientam/ensinam, ter um equilíbrio entre a vida profissional e privada, haver consenso/acordo entre os pais e poder confiar uns nos outros.

Na Tabela 45 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão J “O que faz enquanto cuidadora para manter a saúde mental dos filhos(as)” . As médias mais altas foram em: dar aos meus filhos(as) amor e segurança, tentar perceber os meus filhos(as) com as suas necessidades, e star sempre disponível para ouvir e manter um diálogo aberto com os meus filhos(as), conhecer os amigos(as) dos meus filhos(as) e incentiva-los(as) a boas companhias e ensinar aos meus filhos(as) a ver a vida de forma positiva.

Tabela 44

Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre “MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA FAMÍLIA”

“É importante...”	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Estar satisfeito e satisfazer os outros na família	5,6 (1)	27,8 (5)	22,2 (4)	44,4 (8)	3,05 (0,99)
Sentir-se aceito/amado como se é	-	-	33,3 (6)	66,7 (12)	3,66 (0,48)
Haver comunicação agradável entre os membros da família	-	16,7 (3)	27,8 (5)	55,6 (10)	3,38 (0,77)
Chamar a atenção dos outros para o lado bom das coisas	5,6 (1)	11,1 (2)	33,3 (6)	50,0 (9)	3,27 (0,89)
Saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo	5,6 (1)	16,7 (3)	33,3 (6)	44,4 (8)	3,16 (0,92)
Haver consenso/acordo entre os pais	-	11,1 (2)	27,8 (5)	61,1 (11)	3,50 (0,70)
Ter pais que orientam/ensinam	-	-	33,3 (6)	66,7 (12)	3,66 (0,48)
Ter compreensão mútua	-	11,1 (2)	38,9 (7)	50,0 (9)	3,38 (0,69)
Poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto	5,6 (1)	11,1 (2)	33,3 (6)	50,0 (9)	3,27 (0,89)
Poder confiar uns nos outros	-	11,1 (2)	27,8 (5)	61,1 (11)	3,50 (0,70)
Ter as refeições em conjunto na família	5,6 (1)	16,7 (3)	16,7 (3)	61,1 (11)	3,33 (0,97)
Ter relações próximas com os outros membros da família	11,1 (2)	11,1 (2)	33,3 (6)	44,4 (8)	3,11 (1,02)
Ter uma orientação religiosa	11,1 (2)	27,8 (5)	16,7 (3)	44,4 (8)	2,94 (1,10)
Ter tempo livre/lazer em comum	-	22,2 (4)	22,2 (4)	55,6 (10)	3,33 (0,84)
Ter um equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada, entre família e trabalho	-	11,1 (2)	22,2 (4)	66,7 (12)	3,55 (0,70)

Tabela 45

Estatísticas Descritivas da Visão das Mães sobre “O QUE FAZ ENQUANTO MÃE PARA MANTER A SAÚDE MENTAL DOS FILHOS(AS)”

<i>“É importante...”</i>	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Estar feliz e alegre e tentar fazer os meus filhos(as) felizes	-	11,1 (2)	27,8 (5)	61,1 (11)	3,50 (0,70)
Aceitar cada filho(a) como ele(a) é e não preferir um em especial	11,1 (2)	-	22,2 (4)	66,7 (12)	3,44 (0,98)
Motivar os meus filhos(as) para o esporte	-	5,6 (1)	44,4 (8)	50,0 (9)	3,44 (0,61)
Transmitir aos meus filhos(as) calma e paz	-	11,1 (2)	27,8 (5)	61,1 (11)	3,50 (0,70)
Incentivar a vida familiar, por exemplo, o estar junto ou passeios aos fins de semana	-	27,8 (5)	27,8 (5)	44,4 (8)	3,16 (0,85)
Ensinar aos meus filhos(as) a ver a vida de forma positiva	-	11,1 (2)	16,7 (3)	72,2 (13)	3,61 (0,69)
Estar sempre disponível para ouvir e manter um dialogo aberto com os meus filhos(as)	-	5,6 (1)	27,8 (5)	66,7 (12)	3,61 (0,60)
Dar aos meus filhos(as) amor e segurança	-	-	38,9 (7)	61,1 (11)	3,61 (0,50)
Estar disponível para ajudar aos outros(as)	5,6 (1)	22,2 (4)	22,2 (4)	50,0 (9)	3,16 (0,98)
Mostrar total confiança	-	16,7 (3)	16,7 (3)	66,7 (12)	3,50 (0,78)
Tentar perceber os meus filhos(as) com as suas necessidades	-	5,6 (1)	27,8 (5)	66,7 (12)	3,61 (0,60)
Conhecer os amigos(as) dos meus filhos(as) e incentiva-los(as) a boas companhias	-	11,1 (2)	16,7 (3)	72,2 (13)	3,61 (0,69)
Incentivar algumas atividades que melhor se adaptem aos seus talentos, exemplo, tocar instrumento, ler, fazer teatro	-	-	50,0 (9)	50,0 (9)	3,50 (0,51)
Transmitir valores/tradições religiosas	11,1 (2)	16,7 (3)	11,1 (2)	61,1 (11)	3,22 (1,11)

As cuidadoras descreveram a saúde dos(as) adolescentes como quase 50% excelente ou boa. Na Tabela 46 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão L a P acerca do “Bem-estar pessoal” dos adolescentes na visão das cuidadoras.

Tabela 46

Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre o “BEM-ESTAR PESSOAL” dos Adolescentes

<i>Na última semana seu(ua) filho(a)</i>	Nada	Pouco	Moderad.	Muito	Total mente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Sentiu-se bem e em forma	-	5,6 (1)	22,2 (4)	38,9 (7)	33,3 (6)	4,00 (0,90)
Esteve fisicamente ativo(a)	5,6 (1)	5,6 (1)	22,2 (4)	33,3 (6)	33,3 (6)	3,83 (1,15)
Teve bom desempenho nas atividades físicas	5,6 (1)	-	22,2 (4)	38,9 (7)	33,3 (6)	3,94 (1,05)
Sentiu-se cheio de energia	-	5,6 (1)	16,7 (3)	22,2 (4)	55,6 (10)	4,27 (0,95)
Sentiu-se satisfeito/a com a própria vida	11,1 (2)	-	27,8 (5)	11,1 (2)	50,0 (9)	3,88 (1,36)
Esteve de bom humor	-	16,7 (5)	27,8 (5)	16,7 (3)	38,9 (7)	3,77 (1,16)
Divertiu-se	-	-	33,3 (6)	11,1 (2)	55,6 (10)	4,22 (0,94)
Sentiu-se triste	33,3 (6)	-	44,4 (8)	5,6 (1)	16,7 (3)	2,63 (1,18)
Sentiu-se tão mal que não quis fazer nada	61,1 (11)	22,2 (4)	11,1 (2)	-	5,6 (1)	1,66 (1,08)
Sentiu-se sozinho(a)	77,8 (14)	-	16,7 (3)	5,6 (1)	-	1,50 (0,98)
Sentiu-se feliz com a sua maneira de ser	11,1 (2)	11,1 (2)	11,1 (2)	16,7 (3)	50,0 (9)	3,83 (1,46)
Teve tempo suficiente para si	-	5,6 (1)	16,7 (3)	11,1 (2)	66,7 (12)	4,38 (0,97)
No tempo livre foi capaz de fazer o que gosta	-	11,1 (2)	11,1 (2)	16,7 (3)	61,1 (11)	4,27 (1,07)
Filho sentiu que os pais tiveram tempo suficiente para ele	5,6 (1)	11,1 (2)	33,3 (6)	5,6 (1)	44,4 (8)	3,72 (1,31)

Tabela 46
*Estatísticas Descritivas da Visão das Cuidadoras sobre o “BEM-ESTAR PESSOAL”
 dos Adolescentes (continuação)*

<i>Na última semana</i>	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Seu(ua) filho(a) sentiu que os pais tiveram tempo suficiente para ele(a)	5,6 (1)	11,1 (2)	33,3 (6)	5,6 (1)	44,4 (8)	3,72 (1,31)
Seu(ua) filho(a) sentiu que os pais o/a trataram com justiça	5,6 (1)	5,6 (1)	27,8 (5)	27,8 (5)	33,3 (6)	3,77 (1,16)
Foi capaz de conversar com os pais quando quis	5,6 (1)	-	5,6 (1)	27,8 (5)	61,1 (11)	4,38 (1,03)
Deve dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os(as) amigos(as)	22,2 (4)	27,8 (5)	16,7 (3)	5,6 (1)	27,8 (5)	2,88 (1,56)
Teve dinheiro suficiente para suas próprias despesas	38,9 (7)	11,1 (2)	22,2 (4)	11,1 (2)	16,7 (3)	2,55 (1,54)
Passou tempo com os amigos(as)	11,1 (2)	22,2 (4)	38,9 (7)	11,1 (2)	16,7 (3)	3,00 (1,23)
Divertiu-se com os amigos(as)	11,1 (2)	16,7 (3)	33,3 (6)	22,2 (4)	16,7 (3)	3,16 (1,24)
Seu filho(a) e os amigos(as) se ajudaram uns aos outros	5,6 (1)	16,7 (3)	27,8 (5)	11,1 (2)	38,9 (7)	3,61 (1,33)
Foi capaz de confiar nos amigos(as)	22,2 (4)	16,7 (3)	27,8 (5)	11,1 (2)	22,2 (4)	2,94 (1,47)
Sentiu-se feliz na escola	5,6 (1)	16,7 (3)	27,8 (5)	5,6 (1)	44,4 (8)	3,66 (1,37)
Foi bom aluno(a) na escola	-	5,6 (1)	27,8 (5)	5,6 (1)	61,1 (11)	4,22 (1,06)
Se sentiu capaz de prestar atenção	-	11,1 (2)	11,1 (2)	27,8 (5)	50,0 (9)	4,16 (1,04)
Teve boa relação com professores(as)	-	5,6 (1)	5,6 (1)	11,1 (2)	77,8 (14)	4,61 (0,84)

3.4. Visão de saúde e doença mental dos adolescentes por seus cuidadores do sexo masculino

Na Tabela 47 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão A sobre “Estar saudável mentalmente” na visão dos cuidadores. Podem -se observar as médias mais altas e baixas para cada item da questão.

Tabela 47
Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “ESTAR SAUDÁVEL MENTALMENTE”

“Estar saudável mentalmente significa”	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Estar feliz, alegre	-	20,0 (2)	10,0 (1)	70,0 (7)	3,50 (0,84)
Não ser tão sensível/frágil	20,0 (2)	40,0 (4)	30,0 (3)	10,0 (1)	2,30 (0,94)
Poder pensar de forma clara	-	-	20,0 (2)	80,0 (8)	3,80 (0,42))
Pensar positivo, ser otimista	-	20,0 (2)	20,0 (2)	60,0 (6)	3,40 (0,84)
Ter controle sobre a própria vida	-	10,0 (1)	20,0 (2)	70,0 (7)	3,60 (0,69)
Não usar drogas	10,0 (1)	10,0 (1)	10,0 (1)	70,0 (7)	3,40 (1,07)
Não ter problemas	20,0 (2)	20,0 (2)	20,0 (2)	40,0 (4)	2,80 (1,22)
Sentir-se equilibrado(a)	-	20,0 (2)	10,0 (1)	70,0 (7)	3,50 (0,84)
Ter energia, disposição	10,0 (1)	10,0 (1)	20,0 (2)	60,0 (6)	3,30 (1,05)
Não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra	10,0 (1)	60,0 (6)	10,0 (1)	20,0 (2)	2,40 (0,96)
Poder ir à escola	-	10,0 (1)	10,0 (1)	80,0 (8)	3,70 (0,67)
Poder se relacionar bem com os outros	-	10,0 (1)	40,0 (4)	50,0 (5)	3,40 (0,69)
Ser normal	10,0 (1)	30,0 (3)	10,0 (1)	50,0 (5)	3,00 (1,15)
Perceber o que não deve ser feito	-	-	20,0 (2)	80,0 (8)	3,80 (0,42)
Algo muito importante	-	40,0 (4)	40,0 (4)	20,0 (2)	2,80 (0,78)
Eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil explicar	10,0 (1)	60,0 (6)	30,0 (3)	-	2,20 (0,63)

Na Tabela 48 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão B sobre “Estar doente mentalmente” na visão dos cuidadores. Podem -se observar as médias mais altas e baixas para cada item da questão.

Tabela 48

Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “ESTAR DOENTE MENTALMENTE”

<i>“Estar doente mentalmente significa”</i>	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Estar triste, infeliz	20,0 (2)	40,0 (4)	40,0 (4)	-	2,20 (0,78)
Não se sentir bem	-	30,0 (3)	20,0 (2)	50,0 (5)	3,20 (0,91)
Ter sentimentos feridos, sentir-se magoado	30,0 (3)	10,0 (1)	10,0 (1)	50,0 (5)	2,80 (1,39)
Que algo não está bem com a cabeça	10,0 (1)	20,0 (2)	30,0 (3)	40,0 (4)	3,00 (1,05)
Estar estressado (a)	30,0 (3)	50,0 (5)	20,0 (2)	-	1,90 (0,73)
Ser diferente dos outros	50,0 (5)	10,0 (1)	20,0 (2)	20,0 (2)	2,10 (1,28)
Quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	10,0 (1)	30,0 (3)	30,0 (3)	30,0 (3)	2,80 (1,03)
Não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	30,0 (3)	30,0 (3)	40,0 (4)	-	2,10 (0,87)
Algo mais difícil de controlar do que uma doença física/corpo	10,0 (1)	10,0 (1)	30,0 (3)	50,0 (5)	3,20 (1,03)
Ter dificuldade de se concentrar bem	10,0 (1)	30,0 (3)	50,0 (5)	10,0 (1)	2,60 (0,84)
Não ter amigos	40,0 (4)	20,0 (2)	30,0 (3)	10,0 (1)	2,10 (1,10)
Quando os profissionais como psicólogos/psiquiatras aconselham um tratamento	30,0 (3)	20,0 (2)	-	50,0 (5)	2,70 (1,41)
Algo que não se percebe logo	40,0 (4)	30,0 (3)	10,0 (1)	20,0 (2)	2,10 (1,19)
Algo que deve ser levado a sério	10,0 (1)	10,0 (1)	20,0 (2)	60,0 (6)	3,30 (1,05)
Algo que quase não pode ser curado	60,0 (6)	10,0 (1)	10,0 (1)	20,0 (2)	1,90 (1,28)
Algo que se tem desde o nascimento	30,0 (3)	30,0 (3)	10,0 (1)	30,0 (3)	2,40 (1,26)
É difícil de definir	20,0 (2)	60,0 (6)	20,0 (2)	-	2,00 (0,66)

A Tabela 49 apresenta os percentuais por item da escala *likert* da questão C acerca da “Origem das idéias em saúde/doença mental” na visão dos cuidadores. As principais pessoas ou instituições assinaladas foram: escola, profissionais e mídia.

Tabela 49

Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “ ORIGEM DAS IDÉIAS EM SAÚDE/DOENÇA MENTAL ” do(as)s Adolescentes

Origem	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Dos pais	40,0 (4)	40,0 (4)	-	20,0 (2)	2,00 (1,15)
Dos avós	60,0 (6)	40,0 (4)	-	-	1,40 (0,51)
Dos irmãos	70,0 (7)	30,0 (3)	-	-	1,30 (0,48)
Dos amigos	30,0 (3)	50,0 (5)	10,0 (1)	10,0 (1)	2,00 (0,94)
Da escola	20,0 (2)	10,0 (1)	30,0 (3)	40,0 (4)	2,90 (1,19)
De profissionais (médico, psic)	20,0 (2)	20,0 (2)	20,0 (2)	40,0 (4)	2,80 (1,22)
Da mídia (tv, rádio, internet)	30,0 (3)	30,0 (3)	30,0 (3)	10,0 (1)	2,20 (1,03)

A Tabela 50 apresenta os percentuais por item da escala *likert* da questão D sobre “Religião e saúde/doença mental” na visão dos cuidadores. A maior média referiu-se à contribuição da religião para a saúde mental.

Tabela 50

Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre a relação entre “ RELIGIÃO E SAÚDE/DOENÇA MENTAL ”

“Religião contribui para”	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Saúde mental	20,0 (2)	10,0 (1)	30,0 (3)	40,0 (4)	2,90 (1,19)
Formação de uma doença mental	40,0 (4)	20,0 (2)	20,0 (2)	20,0 (2)	2,20 (1,22)
Cura de uma doença mental	10,0 (1)	50,0 (5)	10,0 (1)	30,0 (3)	2,60 (1,07)

Na Tabela 51 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão G referente aos “Estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso ao serviço” na visão dos cuidadores. Podem-se observar as médias mais altas e baixas para cada item da questão.

Tabela 51

Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “ESTEREÓTIPOS EM SAÚDE MENTAL E BARREIRAS DE ACESSO AO SERVIÇO”

<i>“Motivos para não buscar psicólogo/ psiquiatra”</i>	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	50,0 (5)	20,0 (2)	10,0 (1)	20,0 (2)	2,00 (1,24)
Pensa que os psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	40,0 (4)	40,0 (4)	10,0 (1)	10,0 (1)	1,90 (0,99)
Pensa que só vai ao psicólogo ou psiquiatra quem não funciona bem ou é maluco	60,0 (6)	20,0 (2)	10,0 (1)	10,0 (1)	1,70 (1,05)
Não quer ser gozado pelos colegas, caçoado	20,0 (2)	10,0 (1)	50,0 (5)	20,0 (2)	2,70 (1,05)
Tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	30,0 (3)	20,0 (2)	30,0 (3)	20,0 (2)	2,40 (1,17)
Tem medo de no fim ir para uma clínica, hospital psiquiátrico ou um lar	40,0 (4)	10,0 (1)	10,0 (1)	40,0 (4)	2,50 (1,43)
Pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	50,0 (5)	30,0 (3)	10,0 (1)	10,0 (1)	1,80 (1,03)
Pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra ou psicólogo	60,0 (6)	30,0 (3)	-	10,0 (1)	1,60 (0,96)
Pensa que problemas mentais devem ser resolvidos em família	40,0 (4)	50,0 (5)	-	10,0 (1)	1,80 (0,91)
Pensa que quando se trata de problemas mentais só a própria pessoa que pode ajudar a si mesma	20,0 (2)	40,0 (4)	10,0 (1)	30,0 (3)	2,50 (1,17)
Acha que esse problema é normal na sua própria família	60,0 (6)	30,0 (3)	-	10,0 (1)	1,60 (0,96)
Pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	10,0 (1)	60,0 (6)	10,0 (1)	20,0 (2)	2,40 (0,96)
Pensa que o consultório do psicólogo ou psiquiatra fica muito longe de sua casa	50,0 (5)	20,0 (2)	10,0 (1)	20,0 (2)	2,00 (1,24)
Pensa que uma terapia custa muito dinheiro	20,0 (2)	20,0 (2)	30,0 (3)	30,0 (3)	2,70 (1,15)
Acha que não é necessário nenhuma ajuda	40,0 (4)	40,0 (4)	10,0 (1)	10,0 (1)	1,90 (0,99)
Não sabe onde se pode obter ajuda e quem é competente para isso	40,0 (4)	30,0 (3)	20,0 (2)	10,0 (1)	2,00 (1,05)

Na Tabela 52 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão H “Tratamento para um problema mental” na visão dos cuidadores. As médias mais altas se referem a uma visão positiva do tratamento/terapia.

Tabela 52
Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “TRATAMENTO PARA UM PROBLEMA MENTAL”

“Como imagina um tratamento para um problema mental”	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
A terapia ajuda	20,0 (2)	20,0 (2)	30,0 (3)	30,0 (3)	2,70 (1,15)
Sente-se bem com o terapeuta	40,0 (4)	20,0 (2)	40,0 (4)	-	2,00 (0,94)
Não aceitaria a terapia no início	30,0 (3)	40,0 (4)	20,0 (2)	10,0 (1)	2,10 (0,99)
A terapia dá estabilidade, segurança, apoio	10,0 (1)	40,0 (4)	20,0 (2)	30,0 (3)	2,70 (1,05)
Pode expressar a própria opinião	20,0 (2)	20,0 (2)	30,0 (3)	30,0 (3)	2,70 (1,15)
As pessoas olham de forma estranha quando ele for ao consultório/clínica	50,0 (5)	40,0 (4)	10,0 (1)	-	1,60 (0,69)

Na Tabela 53 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão F sobre “Busca de apoio” dos adolescentes quando apresentam um problema mental na visão dos cuidadores. As médias mais altas foram para mães, pais, psicólogos/psiquiatras e clínica ou hospital.

Na Tabela 54 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão H acerca da “Rede de apoio dos adolescentes na procura de ajuda profissional para um problema mental” na visão dos cuidadores. As médias mais altas foram para mãe, pai e médico.

Tabela 53
Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “BUSCA DE APOIO PARA UM PROBLEMA MENTAL”

“Quando ele(a) tem um problema mental procura”	Nunca	Rara mente	Geral mente	Sempre	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Mãe	-	20,0 (2)	10,0 (1)	70,0 (7)	3,50 (0,84)
Pai	10,0 (1)	50,0 (5)	20,0 (2)	20,0 (2)	2,50 (0,97)
Irmãos	50,0 (5)	40,0 (4)	-	10,0 (1)	1,70 (0,94)
Avó	40,0 (4)	30,0 (3)	10,0 (1)	20,0 (2)	2,00 (1,05)
Avô	50,0 (5)	30,0 (3)	10,0 (1)	10,0 (1)	1,80 (1,03)
Os amigos	50,0 (5)	20,0 (2)	20,0 (2)	10,0 (1)	1,90 (1,10)
O professor	30,0 (3)	40,0 (4)	20,0 (2)	10,0 (1)	2,10 (0,99)
Uma pessoa do contexto religioso	40,0 (4)	40,0 (4)	10,0 (1)	10,0 (1)	1,90 (0,99)
Médico de família ou pediatra	40,0 (4)	20,0 (2)	30,0 (3)	10,0 (1)	2,10 (1,10)
Uma pessoa da medicina alternativa ou natural	70,0 (7)	20,0 (2)	10,0 (1)	-	1,40 (0,69)
Um psicólogo ou psiquiatra	20,0 (2)	40,0 (4)	20,0 (2)	20,0 (2)	2,40 (1,07)
Um outro especialista (neurologista)	40,0 (4)	40,0 (4)	20,0 (2)	-	1,80 (0,78)
Uma clínica ou hospital	20,0 (2)	40,0 (4)	20,0 (2)	20,0 (2)	2,40 (1,07)

Tabela 54
Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “REDE DE APOIO NA PROCURA DE AJUDA PROFISSIONAL PARA UM PROBLEMA MENTAL” do Adolescente

“Quem procuraria ajuda profissional para ele(a)”	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Filho(a)	40,0 (4)	40,0 (4)	20,0 (2)	-	1,80 (0,78)
Mãe	-	20,0 (2)	30,0 (3)	50,0 (5)	3,30 (0,82)
Pai	10,0 (1)	-	30,0 (3)	60, (6)	3,40 (0,96)
Avó/avô	20,0 (2)	20,0 (2)	30,0 (3)	30,0 (3)	2,70 (1,15)
Professor/escola	10,0 (1)	40,0 (4)	40,0 (4)	10,0 (1)	2,50 (0,84)
Médico de família, pediatra, agente de saúde, outros	20,0 (2)	-	60, (6)	20,0 (2)	2,80 (1,03)
Conselho tutelar	30,0 (3)	50,0 (5)	10,0 (1)	10,0 (1)	2,00 (0,94)

Na Tabela 55 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão E sobre as “Estratégias de cuidado ao sentir-se mal mentalmente” dos adolescentes na visão dos cuidadores. Podem-se observar as médias mais altas e baixas para cada item da questão.

Tabela 55
Estatísticas Descritivas na Visão dos Cuidadores sobre “ESTRATÉGIAS DE CUIDADO AO SENTIR-SE MAL MENTALMENTE”

“Digo ao meu filho que”	Nunca	Rara mente	Geral mente	Sempre	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Esperar um pouco, descansar	20,0 (2)	40,0 (4)	20,0 (2)	20,0 (2)	2,40 (1,07)
Procurar distrair-se: ler, ouvir música	30,0 (3)	40,0 (4)	20,0 (2)	10,0 (1)	2,10 (0,99)
Deve conviver com isso	80,0 (8)	20,0 (2)	-	-	1,20 (0,42)
Deve pensar: isso não é tão mal	60, (6)	20,0 (2)	20,0 (2)	-	1,60 (0,84)
Deve procurar mudar a situação	10,0 (1)	20,0 (2)	20,0 (2)	50,0 (5)	3,10 (1,10)
Deve esperar ser procurado pelos outros	60, (6)	30,0 (3)	10,0 (1)	-	1,50 (0,70)
Deve falar com alguém sobre o problema	-	20,0 (2)	10,0 (1)	70,0 (7)	3,50 (0,84)
Deve tomar medicamentos	30,0 (3)	10,0 (1)	20,0 (2)	40,0 (4)	2,70 (1,33)
Deve tentar medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais)	40,0 (4)	40,0 (4)	-	20,0 (2)	2,00 (1,15)
Deve tentar meios naturais, caseiros (chás, banhos)	20,0 (2)	60, (6)	20,0 (2)	-	2,00 (0,66)
Deve procurar números de disque-ajuda	70,0 (7)	20,0 (2)	-	10,0 (1)	1,50 (0,97)
Não deve procurar ajuda	60, (6)	10,0 (1)	-	30,0 (3)	2,00 (1,41)
Deve ficar sozinho/a, retirar-se	90,0 (9)	10,0 (1)	-	-	1,10 (0,31)
Pensa que nada e ninguém pode ajudar	60, (6)	10,0 (1)	10,0 (1)	20,0 (2)	1,90 (1,28)
Não sei o que devo fazer/dizer	30,0 (3)	30,0 (3)	20,0 (2)	20,0 (2)	2,30 (1,15)

Na Tabela 56 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão I sobre a “Manutenção da saúde mental na família” na visão dos cuidadores. As médias mais altas foram em: haver comunicação agradável entre os membros da família, haver consenso/acordo entre os pais, ter tempo livre/lazer em comum, ter pais que orientam/ensinam, ter as refeições em conjunto na família e saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo.

Na Tabela 57 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão J “O que faz enquanto cuidador para manter a saúde mental dos filhos(as)”. As médias mais altas foram em: estar feliz e alegre e tentar fazer os meus filhos(as) felizes, aceitar cada filho(a) como ele(a) é e não preferir um em especial, dar aos meus filhos(as) amor e segurança, transmitir aos meus filhos(as) calma e paz e conhecer os amigos(as) dos meus filhos(as) e incentivá-los(as) a boas companhias.

Os cuidadores descreveram a saúde dos adolescentes com sendo 30% excelente, 50% muito boa e 20% boa. Na Tabela 58 são apresentados os percentuais por item da escala *likert* da questão L a P sobre o “Bem-estar pessoal” dos adolescentes na visão dos cuidadores.

Tabela 56

Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA FAMÍLIA”

<i>“É importante...”</i>	Não concordo	Concordo parte	Concordo bastante	Concordo totalmente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Estar satisfeito e satisfazer os outros na família	10,0 (1)	10,0 (1)	40,0 (4)	40,0 (4)	3,10 (0,99)
Sentir-se aceito/amado como se é	-	10,0 (1)	10,0 (1)	80,0 (8)	3,70 (0,67)
Haver comunicação agradável entre os membros da família	-	-	10,0 (1)	90,0 (9)	3,90 (0,31)
Chamar a atenção dos outros para o lado bom das coisas	10,0 (1)	10,0 (1)	50,0 (5)	30,0 (3)	3,00 (0,94)
Saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo	-	-	30,0 (3)	70,0 (7)	3,70 (0,48)
Haver consenso/acordo entre os pais	-	-	10,0 (1)	90,0 (9)	3,90 (0,31)
Ter pais que orientam/ensinam	-	-	20,0 (2)	80,0 (8)	3,80 (0,42)
Ter compreensão mútua	-	30,0 (3)	20,0 (2)	50,0 (5)	3,20 (0,91)
Poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto	-	20,0 (2)	40,0 (4)	40,0 (4)	3,20 (0,78)
Poder confiar uns nos outros	-	20,0 (2)	10,0 (1)	70,0 (7)	3,50 (0,84)
Ter as refeições em conjunto na família	-	-	30,0 (3)	70,0 (7)	3,70 (0,48)
Ter relações próximas com os outros membros da família	-	20,0 (2)	20,0 (2)	50,0 (5)	3,10 (1,10)
Ter uma orientação religiosa	-	20,0 (2)	30,0 (3)	50,0 (5)	3,30 (0,82)
Ter tempo livre/lazer em comum	-	-	20,0 (2)	80,0 (8)	3,80 (0,42)
Ter um equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada, entre família e trabalho	-	10,0 (1)	40,0 (4)	50,0 (5)	3,40 (0,69)

Tabela 57

Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre “O QUE FAZ ENQUANTO CUIDADOR PARA MANTER A SAÚDE MENTAL DOS FILHOS(AS)”

<i>“É importante...”</i>	Não concordo % (f)	Concordo parte % (f)	Concordo bastante % (f)	Concordo totalmente % (f)	Média (SD)
Estar feliz e alegre e tentar fazer os meus filhos(as) felizes	-	-	10,0 (1)	90,0 (9)	3,90 (0,31)
Aceitar cada filho(a) como ele(a) é e não preferir um em especial	-	-	10,0 (1)	90,0 (9)	3,90 (0,31)
Motivar os meus filhos(as) para o esporte	10,0 (1)	-	70,0 (7)	20,0 (2)	3,00 (0,81)
Transmitir aos meus filhos(as) calma e paz	-	-	50,0 (5)	50,0 (5)	3,50 (0,52)
Incentivar a vida familiar, por exemplo, o estar junto ou passeios aos fins de semana	-	10,0 (1)	60,0 (6)	30,0 (3)	3,20 (0,63)
Ensinar aos meus filhos(as) a ver a vida de forma positiva	-	10,0 (1)	50,0 (5)	40,0 (4)	3,30 (0,67)
Estar sempre disponível para ouvir e manter um dialogo aberto com os meus filhos(as)	-	20,0 (2)	40,0 (4)	40,0 (4)	3,20 (0,78)
Dar aos meus filhos(as) amor e segurança	-	-	30,0 (3)	70,0 (7)	3,70 (0,48)
Estar disponível para ajudar aos outros(as)	-	10,0 (1)	40,0 (4)	50,0 (5)	3,40 (0,69)
Mostrar total confiança	-	-	70,0 (7)	30,0 (3)	3,30 (0,48)
Tentar perceber os meus filhos(as) com as suas necessidades	-	20,0 (2)	40,0 (4)	40,0 (4)	3,20 (0,78)
Conhecer os amigos(as) dos meus filhos(as) e incentiva-los(as) a boas companhias	-	10,0 (1)	30,0 (3)	60,0 (6)	3,50 (0,70)
Incentivar algumas atividades que melhor se adaptem aos seus talentos, exemplo, tocar instrumento, ler, fazer teatro	-	10,0 (1)	60,0 (6)	30,0 (3)	3,20 (0,63)
Transmitir valores/tradições religiosas	10,0 (1)	20,0 (2)	40,0 (4)	30,0 (3)	2,90 (0,99)

Tabela 58

Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre o “BEM-ESTAR PESSOAL” dos Adolescentes

<i>Na última semana seu(ua) filho(a)</i>	<i>Nada</i>	<i>Pouco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muito</i>	<i>Total mente</i>	<i>Média (SD)</i>
	<i>% (f)</i>	<i>% (f)</i>	<i>% (f)</i>	<i>% (f)</i>	<i>% (f)</i>	
Sentiu-se bem e em forma	-	-	20,0 (2)	30,0 (3)	50,0 (5)	4,30 (0,82)
Esteve fisicamente ativo(a)	-	-	10,0 (1)	50,0 (5)	40,0 (4)	4,30 (0,67)
Teve bom desempenho nas atividades físicas	-	-	10,0 (1)	50,0 (5)	40,0 (4)	4,30 (0,67)
Sentiu-se cheio de energia	-	-	-	20,0 (2)	80,0 (8)	4,80 (0,42)
Sentiu-se satisfeito/a com a própria vida	-	-	50,0 (5)	20,0 (2)	30,0 (3)	3,80 (0,91)
Esteve de bom humor	-	10,0 (1)	30,0 (3)	30,0 (3)	30,0 (3)	3,80 (1,03)
Divertiu-se	-	-	30,0 (3)	30,0 (3)	40,0 (4)	4,10 (0,87)
Sentiu-se triste	30,0 (3)	50,0 (5)	20,0 (2)	-	-	1,90 (0,73)
Sentiu-se tão mal que não quis fazer nada	50,0 (5)	30,0 (3)	20,0 (2)	-	-	1,70 (0,82)
Sentiu-se sozinho(a)	50,0 (5)	10,0 (1)	30,0 (3)	-	10,0 (1)	2,10 (1,37)
Sentiu-se feliz com a sua maneira de ser	10,0 (1)	20,0 (2)	-	20,0 (2)	50,0 (5)	3,80 (1,54)
Teve tempo suficiente para si	-	10,0 (1)	20,0 (2)	30,0 (3)	40,0 (4)	4,00 (1,05)
No tempo livre foi capaz de fazer o que gosta	-	-	20,0 (2)	30,0 (3)	50,0 (5)	4,30 (0,82)
Seu(ua) filho(a) sentiu que os pais tiveram tempo suficiente para ele(a)	-	-	40,0 (4)	30,0 (3)	30,0 (3)	3,90 (0,87)
Seu(ua) filho(a) sentiu que os pais o/a trataram com justiça	-	10,0 (1)	20,0 (2)	30,0 (3)	40,0 (4)	4,00 (1,05)

Tabela 58

Estatísticas Descritivas da Visão dos Cuidadores sobre o “BEM-ESTAR PESSOAL” dos Adolescentes (continuação)

<i>Na última semana seu(ua) filho(a)</i>	Nada	Pouco	Modera damente	Muito	Total mente	Média (SD)
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	
Foi capaz de conversar com os pais quando quis	20,0 (2)	10,0 (1)	10,0 (1)	20,0 (2)	40,0 (4)	3,50 (1,64)
Deve dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os(as) amigos(as)	-	20,0 (2)	50,0 (5)	20,0 (2)	10,0 (1)	3,20 (0,91)
Teve dinheiro suficiente para suas próprias despesas	10,0 (1)	20,0 (2)	30,0 (3)	-	40,0 (4)	3,40 (1,50)
Passou tempo com os amigos(as)	-	10,0 (1)	30,0 (3)	40,0 (4)	20,0 (2)	3,70 (0,94)
Divertiu-se com os amigos(as)	-	10,0 (1)	20,0 (2)	50,0 (5)	20,0 (2)	3,80 (0,91)
Seu filho(a) e os amigos(as) se ajudaram uns aos outros	-	30,0 (3)	30,0 (3)	20,0 (2)	20,0 (2)	3,30 (1,15)
Foi capaz de confiar nos amigos(as)	10,0 (1)	10,0 (1)	40,0 (4)	40,0 (4)	-	3,10 (0,99)
Sentiu-se feliz na escola	-	10,0 (1)	20,0 (2)	50,0 (5)	20,0 (2)	3,80 (0,91)
Foi bom aluno(a) na escola	10,0 (1)	-	30,0 (3)	30,0 (3)	30,0 (3)	3,70 (1,25)
Se sentiu capaz de prestar atenção	-	10,0 (1)	30,0 (3)	40,0 (4)	20,0 (2)	3,70 (0,94)
Teve boa relação com professores(as)	10,0 (1)	10,0 (1)	40,0 (4)	20,0 (2)	20,0 (2)	3,30 (1,25)

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Este capítulo está dividido em cinco partes, nas quais se discutem os temas relacionados aos resultados sobre contexto social e família, visão de saúde e doença mental dos adolescentes, das cuidadoras, dos cuidadores e limitações do estudo.

4.1. Contexto Social e Família

Este estudo foi realizado com uma população de baixa renda, que vive em condições muito precárias de habitação, acesso à saúde, transporte público e recursos sanitários. A descrição do contexto da comunidade e das moradias detalhou os critérios usados em pesquisas que caracterizam amostras populacionais de nível socioeconômico baixo (Cerqueira-Santos, 2008; IBGE, 2000).

Os resultados mostraram uma distribuição heterogênea do grau de instrução por série cursada pelos adolescentes, apresentando uma média inferior ao esperado para a faixa etária de 15 anos, que seria o primeiro ano do ensino médio, de acordo com o modelo educacional vigente no Brasil sancionado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - nº 9.394 (ver Figura 1). Esses dados, no entanto, não contradizem a realidade do ensino público brasileiro para a faixa etária de 15 a 17 anos de idade, uma vez que, esta apresenta índices desfavoráveis, pois a taxa de frequência dos adolescentes brasileiros ao ensino médio não atinge a metade deste segmento populacional, caracterizando uma elevada taxa de defasagem escolar (IBGE, 2007).

Também foi observado entre os adolescentes das 20 famílias entrevistadas um alto índice de repetência e evasão escolar (ver Tabelas 3 a 22), por diferentes motivos: mau desempenho, gravidez precoce e tentativa de estupro na escola. O mau desempenho escolar (MDE) pode estar associado a diversos fatores. Deste modo, enfatiza-se a necessidade de uma compreensão sistêmica do fracasso escolar, mau desempenho, repetência e evasão que considere a rede complexa de causalidade, destacando as condições socioeconômicas específicas de cada contexto, bem como as de saúde e ensino. Dentre os multifatores, ressaltam-se a importância de considerar os problemas mentais como transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH; Pastura, Mattos, & Araújo, 2005), não investigados e nem diagnosticados neste estudo.

Outro fator associado ao MDE, apontado na literatura, são as adversidades vivenciadas no ambiente familiar. Em estudo anterior, Ferreira e Marturano (2002) com

o objetivo de associar comportamentos externalizantes com o baixo desempenho escolar mostraram em seus dados que as adversidades cotidianas poderiam estar relacionadas a diminuição de interesse e motivação para ir a escola. Problemas nas relações interpessoais, falhas parentais, monitoramento e suporte, pouco investimento dos pais no desenvolvimento da criança, práticas punitivas e modelos adultos agressivos foram situações adversas encontradas nas famílias das crianças com problemas de comportamento. Neste estudo foram observadas adversidades na família que podem estar associada com o MDE, sendo estas problemas interpessoais (casal e pais/filhos), sobrecarga de responsabilidade dos cuidadores(as) que compromete o acompanhamento dos filhos, negligência, perdas na família (*status*, separações e homicídios) e doença crônica na família (AIDS, alcoolismo e transtorno mental).

Mesmo não investigando o contexto escolar, foi identificado um caso de adversidade na escola, tentativa de estupro, que levou ao abandono escolar. Apesar da baixíssima frequência, é importante considerar que a violência na escola também pode estar associada ao MDE e evasão, pois a incidência deste fenômeno tem aumentado, entre os pares e destes para com os professores. Tal fato traz implicações para saúde mental e comportamento dos adolescentes, como, agressividade, depressão, ansiedade, anorexia, bulimia e até o suicídio (Almeida, Lisboa, & Caurcel, 2007; Njaine & Minayo 2003; Oliveira & Antonio, 2006). A escola pode se tornar um local aversivo ao ser vivenciado nela situações de violência e *bullying*. Estas experiências sofridas podem levar a evasão na medida em que o adolescente busca fugir da situação de violência.

Neste estudo observou-se que três adolescentes em situação de repetência escolar tiveram gravidez precoce e/ou abortos. É possível que este fato esteja associado com a evasão escolar, devido às mudanças biológicas e psicológicas durante a gestação bem como as geradas com a chegada do bebê. Para além de uma preocupação com as implicações futuras na reinserção escolar e na inserção social e laboral, de acordo com Pantoja, Bucher e Queiroz (2006), as adolescentes estão sujeitas a problemas sócio-emocionais durante a gravidez, especialmente frente à situação de óbito do infante, complicações no parto ou por abortos mal executados. Cerqueira-Santos (2008) enfatiza a alteração no ciclo de desenvolvimento dos adolescentes pais e mães com a chegada do bebê. Sobreposto a isso, é importante considerar a aquisição do papel de ser pai e mãe como mais um desafio que se apresenta à própria adolescência e que requer responsabilidades e exigências particulares.

Considerando as privações vividas pela população de baixa renda investigada neste estudo, também poderia se considerar de que modo as carências nutricionais

específicas, de iodo e ferro, e a desnutrição e energético-proteica afeta no processo de aprendizagem. A falta de alimentação correta traz consequência ao desenvolvimento psicomotor, aproveitamento escolar, bem como diminui a atividade física e a capacidade de trabalho (<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/nutricao.htm>).

Durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe de pesquisa foi possível identificar indícios de carências alimentares nas famílias, algumas em pior situação do que outras. Este fato pode ser exemplificado através de um relato descrito no diário de campo referindo-se a uma das visitas, quando os pesquisadores foram convidados a tomar um café com a família e a mãe retira do armário um coador com pó já utilizado e neste mesmo passa outro café a ser servido à equipe. Nesta família, particularmente, a situação socioeconômica era bastante crítica, sendo relatado por eles mesmos as dificuldades que vivenciavam.

Para os cuidadores dos adolescentes deste estudo, a escolaridade também foi baixa com diferenças de gênero, tendo as mulheres (fundamental incompleto ou completo) mais anos de estudo que os homens (analfabeto ou fundamental incompleto). Esse dado está de acordo com informações do Ministério da Educação e com a última Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio, que mostraram mais alunos do gênero feminino matriculados em escolas públicas e o aumento do nível de escolaridade das mulheres em relação aos homens, respectivamente (Censo Escolar, 2006; IBGE, 2007). A ocorrência de 5 analfabetos entre os vinte e oito cuidadores é condizente com a realidade brasileira que, de acordo com o IBGE (2007) ainda apresenta uma taxa de analfabetismo de 9,1%, que sobe para 10,5% considerando pessoas de 15 anos e acima desta faixa. Esses dados são superiores à média latino-americana, o que caracteriza o Brasil como um dos 35 países participantes do programa *Literacy Initiative For Empowerment – LIFE*, proposto pela UNESCO que visa à erradicação do analfabetismo (IBGE, 2007).

Outro indicador social importante que caracterizou a amostra foi o rendimento médio mensal das famílias. A maioria sobrevivia com até mil reais, sendo considerado neste valor o auxílio provido pelo governo. A situação mais precária foi identificada em 35% das famílias que viviam com menos de um salário mínimo regional. Segundo os dados do IBGE (2007) existe uma correlação positiva na população brasileira entre o rendimento e anos de estudo. Tais dados reforçam a necessidade de investir em políticas que melhorem as oportunidades educacionais da população de baixa renda em vista da minimização das desigualdades, uma vez que, mais anos de estudos indicam ascensão profissional e social.

Além do grau de instrução e da renda familiar, foi avaliada a moradia das famílias através da descrição do contexto nos diários de campo e de questões acerca das condições de vida nos questionários. O acesso à moradia neste estudo não se refere apenas ao acesso à propriedade, e sim, compartilha da idéia de residência somada ao desejo de se estabelecer em um local (IBGE, 2007). A descrição do contexto da comunidade e das famílias apresentada na seção dos Resultados revelou tipos de privação vivenciada pelos adolescentes e por suas famílias ao apontar a precariedade do saneamento básico, da infra-estrutura urbana, da saúde e do transporte. O método da inserção ecológica (Cecconello & Koller, 2003; Eschiletti-Prati et al., 2008) realizada pelos pesquisadores permitiu captar de modo amplo esta difícil realidade de vida.

Além destas informações, foram averiguadas junto aos adolescentes as condições da sua residência e bens-duráveis. Os dados para número de carros, computadores, e ocupação de um quarto individual expressam o baixo poder aquisitivo da população investigada. Cinquenta por cento dos adolescentes mencionaram possuir um quarto só para si, entretanto, essa não foi a realidade constatada pela equipe de pesquisa ao visitar os domicílios. Durante o processo de inserção ecológica foi observado que apenas em duas casas o(a) adolescente tinha um quarto só para si, todos os outros dividiam com um ou mais membros da família. É possível que esta questão não tenha sido compreendida na especificidade “só para si” ou os adolescentes omitiram suas reais condições de vida no aspecto questionado devido a sentimentos de vergonha. Pode-se inferir que a veracidade das respostas a este item foi burlada por aspectos devido a fatores como a desejabilidade social. Entretanto, a inserção ecológica permitiu esse contraponto de dados mostrando a utilidade deste método na busca da validade ecológica em pesquisas.

Quase 60% dos adolescentes mencionaram ter realizado pelo menos uma viagem com a família no último ano, revelando que metade das famílias, de alguma forma, busca ter um espaço de lazer e convivência entre eles. Pode parecer impressionante este elevado número de viagens na população de baixa renda. Contudo, com a inserção ecológica foi possível perceber um movimento de migração para as praias do estado do Rio Grande do Sul durante o período do verão. Deste modo, aspectos culturais explicam desse dado. Espaços de lazer e convivência familiar fora da rotina podem ser considerados estratégias de cuidado para a manutenção do bem-estar dos membros da família como um todo. Isto faz pensar a importância de gestores municipais e estaduais favorecerem a implantação de espaços e meios culturais e esportivos acessíveis à população a fim de fomentar e promover a qualidade de vida dos cidadãos.

Metade dos adolescentes identificou-se como de cor negra e apenas 20% branca, os demais foram parda e morena (ver Figura 5). Na pequena amostra deste estudo, constata-se a composição da classe social baixa por uma grande maioria negra. Em certa medida, esses dados revelam aspectos de desigualdade racial expressando o fenômeno da exclusão social a que homens e mulheres negros vivenciam. De acordo com o IBGE (2007), esse fenômeno ocorre em todo o Brasil e é perceptível em diversos âmbitos, como na saúde, educação e emprego. Os maiores índices de mortalidade infantil, de jovens e de gestantes, bem como a menor expectativa de vida ao nascer são relacionados à população de negros ou pardos. A taxa de analfabetismo entre estes é mais que o dobro comparado aos brancos na população de 15 anos de idade ou mais.

Os baixos índices de escolaridade, renda familiar, estrutura dos domicílios e poder aquisitivo são fatores que afetam o nível de bem-estar das famílias e dos adolescentes, podendo também interferir na saúde mental destes dependendo do grau de privação e estresse gerado por esses fatores. Desta forma, estes representam determinantes sociais em saúde que devem ser combatidos em vista da equidade social.

Conforme descrito na seção dos Resultados e apresentado no início deste capítulo, neste estudo identifica-se uma clara situação de pobreza vivida pelos participantes, entretanto, observaram-se diferenças econômicas entre os habitantes do mesmo contexto social. A iniquidade social existente dentro da própria comunidade é perceptível através da estrutura das moradias. As casas localizadas ao pé do morro são fundações bem alicerçadas, com muros, pintura e acabamentos gerais. Quanto mais próximo ao pico, maior é o grau de pobreza expressa pela má qualidade de vida, ausência de estrutura e firmeza das casas, além da falta de saneamento básico, rede de esgoto cloacal, transporte público e coleta de lixo. Na comunidade acontecem fenômenos de mobilidade social, quando uma família sofre uma mudança no seu nível socioeconômico. Essa mudança, muitas vezes, se associa com a localização da moradia no espaço físico da comunidade. Deste modo, a mobilidade de uma família para próximo ao alto do morro caracteriza uma maior paupérie desta dentro da comunidade, do contrário, tem-se a ascensão a uma melhor condição de vida. O fenômeno da mobilidade social afeta o modo como as famílias são vistas perante os outros moradores da comunidade. Este espectro físico e social denota as desigualdades que existem dentro do mesmo nível socioeconômico, o que sugere a subdivisão deste em: baixo e muito baixo/precário. Pode-se pensar que tal configuração caracteriza-se como castas socioeconômicas, fazendo uma comparação com o sistema de castas culturais (sócio-religioso; http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_castas_da_%C3%8Dndia) da Índia.

Uma diferença importante nas castas socioeconômicas é a possibilidade de mudança entre os níveis baixo e precário, contudo, essa mobilidade é superficial, pois, de modo geral, não acontece efetivamente uma ascensão social, e, sim, uma melhoria momentânea da condição de vida de algumas famílias. Deste modo, equiparar a realidade social da comunidade investigada com o sistema de castas indiano é pertinente devido ao engessamento da população nascida neste contexto na mesma condição de vida.

As dificuldades enfrentadas pela equipe de pesquisa na busca das residências pela falta de logradouros, numeração, vias acessíveis e a configuração dos micro -bairros de casebres delata o descaso social com essa parcela da população. Identifica-se uma classe esquecida, negligenciada, sem direitos, sem endereço (nem existem para a sociedade), mas estão ali, pessoas com necessidades e dignidade que lutam por 'subviver'. Entretanto, parece não saberem ser dignos do mínimo, moradia, alimento, saúde, educação e lazer. Os relatos dos diários de campo descrevem o contexto e apresentam o impacto da equipe de pesquisa diante da realidade, “ *Subindo o morro, encontramos falta de saneamento básico, córregos com lixo, sendo foco de dengue e outras doenças*” e “ *E um dos primeiros pensamentos e questionamentos que te vêm a cabeça é, como o ser humano pode se sujeitar a isso? Como ele consegue viver ou sobreviver em condições tão subumanas? E como essas pessoas passam a ver-se e sentir-se de uma forma tão apática, humilde, sem grandes perspectivas, contentando-se com o mínimo que lhes parece o máximo?*”. Os fatores que impõem esta situação de pobreza são multicausais, dentre eles são identificados os econômicos, políticos e sociais (Ruger, 2007). A pobreza está diretamente associada à saúde. De acordo com Lawlor e Sterne (2007), estudos epidemiológicos confirmam a correlação das desigualdades socioeconômicas com diversos aspectos da saúde, estando o baixo nível socioeconômico associado a baixos índices de saúde. Organizações internacionais de saúde, como WHO e PAHO têm investido no combate às desigualdades sociais por reconhecer que a melhoria nas condições de vida e trabalho é o meio mais justo e efetivo para promover saúde e reduzir a iniquidade (Labonte & Schrecker, 2006). A desigualdade social está presente em todos os países da América Latina, bem como a iniquidade em saúde. No Brasil, esta fere diretamente os princípios fundamentais da Constituição e o direito social à saúde (Constituição, 1988; ECA, 1990).

As famílias do estudo apresentaram uma configuração variada, preponderando a estrutura unifamiliar ou monoparental sob a chefia da cuidadora, o que corresponde as estatísticas do IBGE (2007) e a tendência nos últimos anos ao crescimento deste tipo de

configuração familiar, principalmente nas áreas urbanas (ver Tabelas 3 a 22). A chefia feminina nos lares foi marcada pela ausência do cônjuge, estando sobre ela a sobrecarga da responsabilidade econômica e educativa do lar. Estes dados mostram um empoderamento da mulher, mas ao mesmo tempo um acúmulo de tarefas que em longo prazo pode trazer danos à saúde feminina. Além disso, percebe-se uma limitação da rede de apoio já que o tempo é dividido entre trabalho e afazeres domésticos.

Na maioria das famílias, principalmente uniparental e recasada, havia um grande número de residentes no domicílio, sendo mais freqüente a presença de crianças e adolescentes. Este dado corrobora com os do IBGE (2007) que aponta que quase metade das famílias brasileiras tem crianças e adolescentes com até 14 anos, sendo estas as que compõem um segmento vulnerável da população quanto ao nível de pobreza. Este dado fortalece a preocupação com as famílias uniparentais de baixa renda devido às maiores exigências de cuidado que uma pessoa até os 16 anos demanda e por esta não ser economicamente ativa. Em algumas famílias, membros afins da terceira e segunda geração dos adolescentes se faziam presentes, geralmente a avó ou a(o) tia(o) (ver Tabelas 3 a 22), os quais podem funcionar enquanto rede de apoio ou um fator de estresse a mais dependendo das implicações deste membro na dinâmica da família.

Os resultados apresentados pelos cuidadores(as) acerca da rotina, escola, histórico de saúde, comportamentos, relacionamentos e eventos de vida dos adolescentes e de sua família revelam traços de uma adolescência típica para a maioria dos participantes. Os dados referentes à rotina dos adolescentes mostram a família, escola, centro profissionalizante, casa de amigos e parentes como os principais contextos que estes freqüentam. Estes microssistemas são importantes, pois eles influenciam o desenvolvimento destes indivíduos (Bronfenbrenner, 1998). O ambiente influencia na saúde mental dos indivíduos, como apontado por Rutter (2005), operando em seu curso normal e a qualquer momento da vida. Ao mesmo tempo o autor considera as variações individuais de cada sujeito. Deste modo, as experiências vivenciadas nestes contextos significativos freqüentados pelos adolescentes são de suma importância para a manutenção da saúde mental destes, bem como a capacidade individual de lidar com as situações do cotidiano.

Os adolescentes mencionaram diversas atividades que fazem parte do seu(ua) dia-a-dia, destaque para atividades físicas, como jogar bola e andar de bicicleta, programas que envolvam música e dança e convívio com familiares, e principalmente, amigos e/ou parceiro (ver Tabelas 3,4, 11, 13, 15, 17, 19 a 20). Esses dados são importantes por mostrarem formas possíveis de trabalhar com adolescentes e jovens

utilizando estratégias que eles gostam e apreciam. Usar o esporte, a dança e a música em intervenções com esta população pode ser uma maneira mais efetiva de conseguir a adesão e engajamento destes. Na mesma medida, leva a pensar na promoção de ações grupais pelas quais se pode favorecer a formação de vínculos, ampliação de rede de apoio e troca de experiências, já que o grupo de iguais se caracteriza como um aspecto protetivo importante.

De modo geral, os cuidadores tiveram facilidade em mencionar características positivas sobre seus adolescentes, mesmo para aqueles que verbalizaram mais aspectos negativos. Este dado é importante por revelar que os cuidadores mesmo com os inúmeros desafios impostos a eles nesta fase do ciclo vital, famílias com adolescentes, conseguem reconhecer aspectos positivos nos seus filhos. Esta é uma característica que oferece bom prognóstico para as relações familiares que possam estar passando por uma fase conflituosa. Os aspectos negativos mencionados pelos cuidadores correspondem a o comportamento esperado nos adolescentes. Atitudes opositoras, oscilações de humor e rebeldia são características marcantes desta fase do desenvolvimento frente à intensidade de transformações físicas e psicológicas vivenciadas e a busca de formação da identidade e diferenciação dos pais (Carter & McGoldrick, 1995; Cole & Cole, 2003; Erickson, 1968; Hopkins, 1983). Nas respostas também apareceram características individuais dos adolescentes que incomodavam os cuidadores. Segundo os cuidadores, as reações dos adolescentes quando são contrariados também revelam, na maioria dos casos, comportamentos comumente manifestos frente à frustração, por exemplo, *“fica em silêncio”*, *“chora de raiva”*, *“fica quieta no quarto”*, *“fica birrento(a)”*, *“implica”*, *“bate as coisas”*. Um ou outro mostra uma atitude mais impulsiva ou passiva, como *“quer jogar tudo”* e *“aceita”*.

Acerca dos relacionamentos interpessoais, os cuidadores mencionaram, em grande parte, que os adolescentes possuem uma boa relação com as pessoas, tendo aptidões para comunicar-se e envolver-se afetivamente mesmo quando há briga entre amigos e/ou irmãos(ãs). Alguns adolescentes não possuíam muitos amigos, estando mais isolados. Entretanto, este fato não pareceu um problema para o cuidador, sendo visto como uma característica mais pessoal do adolescente.

Neste estudo foram investigadas as práticas educativas dos cuidadores (ver Tabelas 3 a 9, 11, 12, 15 a 22). Frente ao bom comportamento dos adolescentes, todos cuidadores tiveram atitudes positivas de valorização e reconhecimento, como *“parabenizo”*, *“tento dar algo”*, *“elogio”*, *“agradece”*. A capacidade de reconhecer e valorizar os membros da família é um recurso importante que pôde ser observado nas

famílias deste estudo. Diante do mau comportamento, foi possível observar atitudes positivas, negativas e de indiferença, como “*conversa explicando o que deve ser feito*”, “*xinga*”, “*briga*”, “*dá puxão de orelha*” e “*não faz nada*”. Os tipos de práticas educativas utilizadas pelos cuidadores revelam aspectos do funcionamento da família e do modo de interação destes. Entretanto, neste estudo não se aprofundou essa questão, pois não foi explorada outras formas de identificar as práticas educativas dos cuidadores além do relato destes, tendendo a uma resposta por desajustabilidade social. O meio social, o tipo de família, a evolução desta ao longo do tempo, a cultura, dentre outros fatores socioculturais, como apontado por Montandon (2005), são determinantes da educação familiar que influenciam os tipos de práticas e atitudes educativas dos pais e o efeito destas sobre seus filhos. Enfatiza-se o prejuízo que práticas educativas coercitivas e negligentes trazem à saúde mental do adolescente. De acordo com Vitolo, Fleitlich - Bilyk, Goodman e Bordin (2005) métodos educativos punitivos estão associados a problemas de conduta e a problemas de saúde mental, na presença de fatores de risco como, sexo da criança (masculino), cuidadores com problema mental e condições socioeconômicas desfavoráveis. Algo interessante a ser investigado seria o ponto de vista das crianças acerca das práticas educativas dos pais.

Ao investigar aspectos de saúde dos adolescentes, identificou-se a mãe como a principal responsável pelo cuidado destes, seguido do pai. A avó foi mencionada naquelas famílias em que esta era a principal cuidadora. Em algumas famílias o casal se colocou em igual *status* de responsabilidade pelos filhos. Nestas, foi percebida a implicação do homem na família e nos cuidados prestados a prole, o que revela um movimento de mudança cultural entre os homens da pós-modernidade, que vem se apropriando do seu espaço e lugar de pai, como apontado por Gomes e Resende (2004). Contudo, os dados deste estudo mostraram uma relação forte da figura materna com a busca de cuidado, que pode estar relacionado com a grande amostra nesta pesquisa de famílias monoparentais chefiada por cuidadoras.

Os locais mencionados para busca de ajuda/atendimento corresponderam, principalmente, aos serviços de saúde pública, como postos de saúde, instituições de saúde que atendem pelo SUS e emergências de hospitais. Apenas uma única família mencionou ter acessado o serviço de saúde via rede de saúde suplementar (plano de saúde) em consultório particular, e outra mencionou a farmácia. Esses dados corroboram com os da PNAD de 2003 para o acesso e utilização de serviços de saúde, que mostram que, majoritariamente, a população brasileira usava regularmente os

postos ou centros de saúde. Seguido, em ordem de importância, pelos consultórios particulares, ambulatórios de hospitais e farmácias (IBGE, 2005).

Para o histórico de saúde, foram poucos os problemas mencionados referentes à saúde física, como rinite e catapora. Alguns destes eram crônicos, como pseudo -artrose congênita e infecção crônica do tímpano. Estas duas últimas situações traziam um pesar para a família que tinha de lidar frequentemente com os cuidados exigidos pelo problema. A doença crônica traz implicações para o sistema familiar e para o doente, sendo uma experiência coletiva e não individual, como apontado por Romano (1999). Santos e Sebastiani (1996) salientam a necessidade de reorganização da família frente à doença, bem como do próprio paciente crônico que deve adaptar -se perante o problema e a cada mudança gerada por este. A necessidade de cuidados regulares, visitas frequentes ao serviço de saúde, certa dependência dos outros e limitações impostas pela doença podem acarretar desgaste e estresse emocional (Maciel, 2000). Nas famílias deste estudo foi percebido potencial de saúde uma vez que estes encontraram alternativas para solucionar os seus problemas e conseguir conter os efeitos danosos gerado pela doença crônica.

Sete adolescentes haviam realizado tratamentos psicológicos. Os motivos mencionados pelos cuidadores não revelam diagnósticos precisos, apenas a descrição de comportamentos, como “*problema de timidez*”, “*choro excessivo*”, “*por estar muito quieto e não se relacionar com ninguém*”, “*não falava com a professora*”, “*revolta com o pai*”, “*não aceitar doença crônica e amputação de membro do corpo*”, “*separação dos pais*”, “*para encaminhar a um reforço escolar*”, “*por não querer mudar de bairro e ir morar em uma casa pequena*”. Por estes relatos é possível perceber sintomas depressivos, problemas relacionais, dificuldade de adaptação às mudanças e problemas escolares. Constatou-se através dos cuidadores que a escola foi um importante mediador para a sinalização do problema de alguns adolescentes ao delatar comportamentos externalizantes na escola, como agressividade, timidez e baixo rendimento. Alguns dos problemas observados nos adolescentes estão dentre os frequentemente apontados pela literatura como de maior incidência nesta população, por exemplo, depressão (prevalência de 1 a 2%; Benetti et al., 2007; Michaud & Fombonne, 2005; Paula, Duarte, & Bordin, 2007). No Brasil, há poucos estudos populacionais investigando a prevalência de saúde mental em crianças e adolescentes.

Atendimento psicológico devido a problemas escolares, como o mau desempenho, pode estar associado à falta de suporte afetivo – ambiente pouco apoiador -, adversidades na família - problemas relacionais conflituosos entre casal e pais/filhos -

e a práticas educativas coercitivas, conforme investigado por D'Avila Bacarji, Marturano e Elias (2005) e Benetti (2006). Sintomas depressivos estão associados a comportamentos de risco como o consumo de álcool e uso de drogas (Zinn -Souza et al., 2008).

A saúde mental dos adolescentes precisa ser compreendida de modo sistêmico. Aspectos da família, escola, comunidade e demais microssistemas, no qual o adolescente está inserido, agem sobre os comportamentos e estado emocional. A interconexão dos contextos significativos que influenciam no desenvolvimento é fundamental para o provimento do cuidado adequado e promoção de saúde. Enfatiza -se a importância de se utilizar o contexto escolar para trabalhar em vista da educação em saúde. O profissional de saúde mental atuando enquanto psicólogo escolar pode propiciar espaços de trabalhos grupais com adolescentes, bem como rastrear problemas emocionais/comportamentais a fim de fornecer cuidado.

Nas entrevistas familiares e na construção do genograma da família junto com o cuidador foram identificados eventos estressores na família do adolescente e na família de origem do cuidador que impactaram a estrutura e dinâmica familiar. A equipe de pesquisa ordenou os eventos estressores de forma que pudesse identificar a quem diretamente o evento foi impactante, geralmente o identificado foi a pessoa que externalizou sintomas (ver Tabelas 3 a 22). Tal ordenação é meramente ilustrativa e identificatória do possível paciente. Compreende -se que o evento estressor atinge a todos os membros da família, mesmo que este seja focado em apenas um dos indivíduos, uma vez que a família é vista como um sistema aberto composto por subsistemas que interagem entre si (Minuchin, 1982). As adversidades ou eventos estressores identificados foram: pobreza, homicídio, violência, alcoolismo, gravidez precoce, AIDS, drogas, tráfico, prisão, separação, doença física crônica e mental, perdas, mudanças de moradia, negligência e repetência. Perdas, violência, alcoolismo, separação e doença mental foram eventos estressores que comumente causaram grande impacto emocional na família (ver Tabelas 3, 4, 5, 7, 9, 10, 14, 21 e 22). O problema do alcoolismo, drogas e violência estavam mais associados às figuras masculinas (ver Tabelas 5, 9, 11, 13 e 14). Os eventos ocorridos no contexto familiar influenciam diretamente na saúde mental dos adolescentes.

A experiência humana da morte é um dos desafios adaptativos mais doloros os em uma família, esta pode paralisar -se em seu desenvolvimento comprometendo a vida de seus membros (Walsh & McGoldrick, 1998). Durante esta pesquisa foi possível compartilhar histórias de vida, através das entrevistas, e perceber o modo de

enfrentamento e superação das famílias frente às perdas. Em algumas famílias percebeu-se que ainda estava ocorrendo o processo de elaboração do luto, e associado a este constatou-se a ocorrência da depressão, especialmente nos cuidadores. Em outras famílias, este processo já estava mais avançado, entretanto, no princípio deste também foram vivenciadas emoções fortes que acarretaram problemas mentais, estando o cuidador ainda sob medicação. É interessante o fato de os doentes não terem conhecimento acerca do seu diagnóstico. Ao serem interpelados sobre este, não tinham certeza, balbuciavam algo como depressão ou transtorno bipolar, mas sem muita exatidão. Na tentativa de informar a equipe de pesquisa, eles buscavam as caixas dos medicamentos e as apresentavam. É difícil saber se a desinformação sobre a saúde pessoal parte de um esquecimento do paciente pelas próprias limitações pessoais ou por negação. Além disso, pode-se pensar na falta de informação médica precisa por descaso ou por um extremo cuidado médico ao proteger o paciente de uma estigmatização ao colocar a este um diagnóstico fechado, principalmente em se tratando de um problema mental. Concomitante a isso, se reconhece o difícil trabalho do psiquiatra para chegar a um diagnóstico diante da complexidade que é a mente humana.

Ao serem questionados sobre a forma de tratamento, os cuidadores citaram apenas internação psiquiátrica e tratamento medicamentoso. Sobre este aspecto, convém pensar como é o atendimento do serviço de saúde utilizado por estes e qual a qualidade do tratamento, considerando acompanhamento continuado e o porquê da falta de um tratamento psicológico paralelo. Estes aspectos não foram investigados na entrevista com as famílias. Quando a ocorrência de um problema mental ou emocional na família referiu-se ao adolescente, constatou-se o investimento no tratamento psicológico para estes, sendo o cuidador a pessoa que procurou ajuda.

Sobre o tema doença mental, enfatiza-se o aspecto cultural da representação desta na sociedade e no contexto em que se vive, como apontado por Romano (1999), e a tendência de o indivíduo, doente, não ser tratado como sujeito, e sim como o portador de uma patologia. A estigmatização da doença é prejudicial para a adaptação ao ser motivo de vergonha e/ou culpabilização. Deste modo, o estigma de doente e paciente exige a reformulação pessoal de valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal (Camon, 1988). Através das entrevistas não foi possível identificar os estereótipos existentes na família nem os sofridos por e las na comunidade.

Neste estudo foi identificada presença de transtorno mental em mulheres, principalmente as chefas de família (ver Tabelas 4, 8, 13, 14 e 22). Tal fato pode estar associado com o número de eventos estressores vividos por estas, maior risco das

mulheres a depressão e/ou a fatores biológicos. O estresse materno tem sido mostrado com fator de risco para problemas de ansiedade e depressão, e a instabilidade financeira tem sido risco para a hiperatividade em adolescentes (Ferriolli, Marturano, & Puntel, 2007).

Aspectos protetivos foram identificados através do relato de coisas boas vividas na família (ver Tabelas 3 a 22). A rede de apoio social e familiar se mostrou bem importante para o funcionamento saudável na família. O centro profissionalizante, amigos, familiares e parceiro se apresentaram como suporte social e familiar relevantes para amortecer os efeitos de estressores e se relacionaram com a satisfação de vida das pessoas, como apontado por Pardeck e colaboradores (1991), Baptista (2005) e Moos (1990). Diante da pobreza, receber apoio do governo, ter um emprego, ter ajuda da patroa são fatores fundamentais para garantir o provimento da família.

O genograma permitiu coletar essa vastidão de dados e aprofundou questões do roteiro de entrevista da família. Este recurso possibilitou uma aproximação com as famílias, auxiliando na construção do vínculo que favoreceu a abertura e compartilhamento de informações entre pesquisadores e famílias. Deste modo, enfatiza-se a aplicabilidade do instrumento no estudo com famílias, reforçando experiências descritas na literatura (Castoldi, Sobreira-Lopes, & Eschiletti-Prati, 2006).

Durante o processo de pesquisa, as famílias participantes do estudo, de modo geral, apresentaram capacidade adaptativa para lidar com a transição, mudanças e impasses próprios daquele momento do ciclo de vida, que segundo a perspectiva do ciclo vital da teoria sistêmica (Andolfi & Ângelo, 1988; Bowen, 1979/1991; Carter & McGoldrick, 1989/1995; Falicov, 1991; Minuchin & Fishman, 1990), é um momento sensível e desafiador no curso do desenvolvimento familiar. Enfatiza-se que mesmo vivenciando igual momento do ciclo vital, cada família mostrou sua particularidade, bem como seus membros, revelando recursos, limitações e vulnerabilidades próprios. O que aparecia como fator de proteção em uma família, em outra era um fator de risco. Essa idéia pode ser transposta para dentro de uma mesma família, pois, o que foi constatado como um fator de proteção não está cristalizado nesta função, assim adverte Rutter (1987).

A pesquisa mostrou os inúmeros desafios vivenciados pelas famílias de baixa renda. A pobreza foi um fator de risco do contexto que expunha muitas famílias a situações de privação – moradia, alimento, transporte e condições de saúde. A exposição às drogas, que circulava livremente na comunidade, e o alcoolismo nas famílias e entre os residentes do morro foram aspectos preocupantes na medida em que

estes se tornam exemplos de comportamentos de risco freqüentes na rotina dos adolescentes. Como uma das conseqüências destes aspectos, assinala -se a violência que se mostrou presente em muitas famílias, assumindo diferentes nuanças, como doméstica e homicídio. Em algumas famílias, a ocorrência de gravidez precoce e transtorno mental solicitam atenção devido à vulnerabilidade genética dos adolescentes a este, e para aquele um maior risco devido à probabilidade de repetição do comportamento sexual de risco levando a gravidez precoce na próxima geração, como ocorreu em algumas famílias do estudo.

Ao mesmo tempo em que são perceptíveis todos os fatores de risco e vulnerabilidade destas famílias, em diferentes formas cada um mostrou recursos e habilidades idiossincráticas para enfrentar e superar os desafios. Estes se caracterizavam como normativos e não-normativos do ciclo do desenvolvimento, do contexto de pobreza, da falta de recursos básicos a uma qualidade de vida e pessoais, pertinentes a individualidade de cada membro. Essa capacidade de superação diferenciada faz reconhecer uma força interna que impele esses sujeitos à vida, denotando aspectos de resiliência familiar e individual.

O método da inserção ecológica que orientou os procedimentos de pesquisa e coleta de dados foi fundamental para a compreensão da complexidade dos múltiplos fatores relacionados com a saúde mental dos adolescentes. Por meio da inserção ecológica foi possível captar dados da realidade que não estavam inicialmente estabelecidos na pesquisa, mas que se mostram cruciais para a leitura e entendimento dos contextos e dos fenômenos que ocorrem nestes. Desde modo, recomenda -se o uso da inserção ecológica em pesquisas que atentem para a validade ecológica dos dados .

4.2. Visão de saúde e doença mental dos adolescentes

A investigação exploratória acerca da visão de saúde e doença mental dos adolescentes revelou que a percepção de estar saudável mentalmente/emocionalmente dos adolescentes está associada a capacidade de pensar de forma crítica e relacionar -se bem com os outros (ver Tabela 23). Médias altas em “Poder ir à escola e pensar de forma clara” clarificam esta constatação. As relações interpessoais também foram consideradas importantes pelos adolescentes, o que leva a pensar na valorização, por parte destes, das habilidades sociais e capacidade de estabelecer vínculos afetivos nos contextos em que transitam. “Pensar positivo e ser otimista” mostrou aspectos internos da pessoa que são valorizados pelos adolescentes, podendo se considerar características da crença de auto-eficácia para lidar com atividades, adversidades e desafios da vida. As

médias baixas nos itens “não ter problemas e não ser tão sensível” mostraram que os adolescentes dão se por conta que dificuldades são inerentes ao cotidiano e que o indivíduo pode afetar-se emocionalmente frente às situações que vivem. Percebe-se um reconhecimento do sofrimento psíquico como fato próprio do ser humano. Não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra recebeu a média mais baixa. É possível que este dado mostre uma desinformação sobre o papel destes profissionais ou uma visão dos adolescentes menos estereotipada sobre aqueles aceitando que uma pessoa pode estar saudável mentalmente/emocionalmente e mesmo assim ir a um psicólogo/psiquiatra.

Sobre a visão de estar doente mentalmente, os adolescentes revelaram uma percepção integradora corpo e mente considerando esta mais difícil de controlar, e associaram ao mau funcionamento cognitivo (ver Tabela 24). Os adolescentes não associaram estar doente mentalmente/emocionalmente com a indicação de psicólogos e psiquiatras a um tratamento, podendo estar de acordo com uma visão menos estereotipada do profissional de saúde mental. Sentimentos de tristeza e infelicidade também não apresentaram ter forte relação com a visão de estar doente mentalmente/emocionalmente. Esta não foi percebida pela maioria como algo que se tenha desde o nascimento mostrando que há um conhecimento acerca de que um problema mental/emocional pode acometer o indivíduo ao longo da vida. “Não ter amigos e ser diferente dos outros” tiveram menores médias revelando pouca tendência à exclusão de um doente mental/emocional entre os adolescentes.

Sobre a origem das idéias dos adolescentes em saúde e doença mental foi expressiva a importância dada ao profissional de saúde como formador de opinião acerca da temática (ver Tabela 25). Isto faz pensar na relevância do trabalho dos profissionais de saúde junto aos adolescentes e às famílias, pois o impacto de suas orientações pode gerar novos comportamentos e modos de vida. Enfatiza-se a necessidade dos profissionais de saúde mental se tornarem mais acessíveis à população para auxiliarem em trabalhos preventivos e educacionais bem como em intervenções que visem à promoção de saúde. Os pais e a escola se mostraram em igual intensidade como relevantes neste processo de construção da idéia de saúde e doença mental. Ações que aproximem o contexto família e escola podem gerar efetivamente melhores cuidados aos adolescentes. O psicólogo no contexto escolar pode ser uma ferramenta crucial no processo de construção da idéia de saúde/doença mental. É salutar pensar ações que integrem esses contextos bem como a mídia, veículo de grande impacto na formação de opinião.

Entre os adolescentes a religião não pareceu um fator que tenha muita relação com a saúde e doença mental (ver Tabela 26). Mesmo a religião pode ser um recurso potencializador da cura na medida em que as pessoas recorrem ao auxílio do transcendente diante de situações estressantes, como apontado por Panzini e Bandeira (2007), os adolescentes deste estudo não consideram a religião como fator relevante.

Sobre os estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso ao serviço foi percebido que os adolescentes desconhecem o que faz o psicólogo e o psiquiatra (ver Tabela 27). Esse dado revela um conhecimento superficial sobre o trabalho dos profissionais de saúde mental. Souza Filho, Oliveira e Lima (2006) revelam que o psicólogo é percebido como um profissional promotor de saúde mental e proporcionador de auxílio psicológico, entretanto, esta visão é mais clara entre profissionais de saúde e não na população em geral. Nestes resultados percebeu-se melhor os estereótipos culturais acerca da doença mental ao revelar a preocupação dos adolescentes em ser motivo de brincadeira entre os colegas, associar os profissionais com a idéia do cuidado do maluco/louco e a necessidade de cuidado diferenciado, no sentido de excludente. Estes resultados expressam o quão estigmatizado ainda parece ser a visão de doença mental/emocional mesmo frente ao movimento antipsiquiátrico e todas as estratégias de desinstitucionalização. O processo de reelaboração de conceitos na sociedade é mais trabalhoso do que a reorganização de dispositivos e estratégias de atendimento e inclusão do doente mental (Silveira & Braga, 2005).

Talvez por esse estereótipo continuar forte na sociedade, outra idéia se impõe aos adolescentes, pensar que só a própria pessoa pode ajudar a si mesma, o que pode levar a uma postura de esconder o problema. Associado a esta atitude pode se pensar também o comportamento auto-suficiente, característico da adolescência. As barreiras de acesso não estiveram relacionadas com o custo do tratamento, talvez pelo fato de os adolescentes freqüentarem serviços públicos de saúde, e nem a distância do local de atendimento, por haver postos de saúde na comunidade e hospitais em sua proximidade. Perante a realidade do serviço público de saúde, teria sido importante averiguar o tempo de espera a um atendimento. Conhecer melhor como se dá a porta de entrada ao serviço de psiquiatra e psicologia na rede pública poderia clarificar melhor as barreiras de acesso ao serviço. Na visão dos adolescentes, a família não pareceu ser um empecilho na busca de um psicólogo e/ou psiquiatra. Sobre a percepção de como seria um tratamento/terapia para um problema mental, observa-se que os adolescentes vêem de maneira positiva o cuidado a ser dispensado pelos profissionais de saúde, mesmo sem conhecer bem o que faz este profissional, como apresentado em dados anteriores deste

estudo referente aos estereótipos (ver Tabela 28). Outra barreira, novamente apontado nos resultados, é a preocupação com a opinião dos outros.

Os adolescentes apontaram a mãe, os amigos, uma clínica/hospital e o pai como as principais referências para a busca de apoio frente um problemas mental. A escola, irmãos, avós, contexto religioso e profissional de saúde mental não se mostraram relevantes (ver Tabela 29). As principais redes de apoio mencionadas pelos adolescentes foram a mãe, o médico e o pai, o que corrobora com as pessoas e/ou instituições apontadas como busca de apoio (ver Tabela 30). Deste modo, a família, amigos e médico se caracterizam como uma importante rede de suporte e apoio aos adolescentes, compreendendo-se que suporte familiar e social é aquele capaz de fornecer ao indivíduo proteção e apoio, visando ao bem estar psicológico e a satisfação de vida das pessoas conforme apontando por Campos (2004) e Pardeck e colaboradores (1991). Segundo Baptista (2005) o suporte social, principalmente o familiar, pode ser considerado como um dos mais relevantes amortecedores do efeito de diversos estressores na vida das pessoas. Sendo adequados, os suportes também possuem influência positiva nos resultados de intervenções psicoterápicas, inclusive diminuindo a recorrência de diversos transtornos (Moos, 1990).

As estratégias de cuidado (*coping*) mais utilizadas pelos adolescentes quando estes se sentem mal mentalmente/emocionalmente variam entre comportamentos de enfrentamento da situação à atitudes de fuga, como “*deve falar com alguém sobre o problema e procurar distrair-se*”(ver Tabela 31). A estratégia de *coping* só será efetiva se o comportamento utilizado amenizar os sentimentos desconfortáveis e auxiliar a pessoa a lidar com a situação estressante (Lazarus & Folkman, 1984; Lorencetti e Simonetti, 2005). As principais estratégias de *coping* mencionadas mostraram restrito comportamento em vista do enfrentamento e diminuição de sintomas desconfortáveis. Considera-se importante desenvolver ações preventivas e de promoção de saúde que desenvolva, fortaleça e amplie as estratégias e competências dos adolescentes para lidar com adversidades e sentimentos inquietantes que surgem em situações de estresse ou no curso cotidiano da vida.

Na visão dos adolescentes, percebeu-se a valorização de sentimento de pertencimento, boa relação interpessoal, comunicação e cuidadores responsáveis como fatores associados à manutenção da saúde mental dos indivíduos na família (ver Tabela 32). Essas características asseguram certo nível de estabilidade ambiental e emocional, sendo vistos como fatores protetores (Ferriolli, Marturano, & Puntel, 2007). Novamente, se enfatiza a importância de um contexto familiar favorável ao

desenvolvimento dos adolescentes. Conflitos conjugais e familiares geram intensa carga emocional que repercutem na saúde de seus membros (Benetti, 2006; Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro, & Regalla, 2007). Os adolescentes apresentaram satisfação com seu estado de saúde revelando bons índices de bem-estar para diversos aspectos da vida, como: condição física, estados de humor, família, escola, aprendizagem e relações com amigos (ver Tabela 33).

Diferenças por sexo foram apresentadas para alguns itens avaliados entre os adolescentes (ver Tabela 34). Dentre os aspectos que foram relevantes anteriormente apontados neste capítulo, foi percebida diferença significativa na busca de ajuda quando tem um problema mental para o item dos amigos. As meninas recorrem mais aos amigos(as) do que os meninos. Sobre os estereótipos e barreiras de acesso ao serviço de saúde mental, os meninos mostram ter mais preconceito acerca de ir a uma clínica ou hospital psiquiátrico do que as meninas. As meninas mais que os meninos pensam que o problema é normal na sua própria família. Ao imaginar um tratamento, elas também se vêem mais a vontade para expressar sua opinião do que os meninos. Esses dados mostram diferenças de gênero em relação a comportamentos que devem ser considerados ao pensar em trabalhar com essa população. Nota-se que o grupo de meninas parece ter mais abertura ao diálogo e usa este recurso para lidar com um problema, seja buscando um(a) amigo(a) ou expressando sua opinião em um tratamento. Para os meninos, deve-se investigar melhor o que pode estar associado ao medo de ir a uma clínica.

4.3. A visão de saúde e doença mental dos cuidadores do sexo feminino

A visão das cuidadoras sobre estar saudável mentalmente esteve relacionada com o bom funcionamento físico e cognitivo. Estas foram as que mais associaram saúde mental a não precisar ir ao psicólogo ou psiquiatra, revelando uma maior associação dos profissionais de saúde mental com a existência concreta de um problema mental/emocional (ver Tabela 35).

A visão das cuidadoras sobre estar doente mentalmente revelou um reconhecimento da relação corpo-mente, e uma associação com dificuldades de concentração, o que pode estar relacionado com as dificuldades de aprendizagem percebida nos adolescentes (ver Tabela 36). Além disso, metade das cuidadoras percebeu a doença mental como algo difícil de ser curado e que acomete o indivíduo desde o nascimento, o que revela idéias estereotipadas acerca da doença mental/emocional. Esses dados mostram como a visão das cuidadoras é distinta da dos

adolescentes e a necessidade de se trabalhar aspectos psicoeducativos e informativos junto aos familiares visando a uma preparação adequada no provimento dos cuidados aos adolescentes.

Na visão das cuidadoras, a escola e a mídia são os contextos que mais influenciam a formação da idéia de saúde e doença mental dos adolescentes (ver Tabela 37). Isto revela o quanto as cuidadoras percebem que os contextos e fatores externos à família exercem maior influência sobre a percepção de saúde e doença mental dos adolescentes. De modo geral, as mães também não associam a religião com quaisquer aspectos de saúde e doença mental (ver Tabela 38).

Os estereótipos apresentados pelas cuidadoras revelam que elas assumem para si e para o pai a responsabilidade pelo problema do adolescente e associam o profissional de saúde com o cuidado do louco (ver Tabela 39). Estas percepções podem dificultar a busca de ajuda, além de poder acarretar sentimentos de culpa e impotência por não se ver competente no cuidado do filho(a).

A visão das cuidadoras acerca da busca de apoio dos adolescentes para um problema mental coincidiu com a visão dos adolescentes apenas referindo à figura materna. A rede de apoio na visão desta foi bem parecida com a nomeada pelos adolescentes, sendo a mãe e o pai as pessoas mais significativas (ver Tabelas 41 e 42). Esse dado é interessante por revelar o quanto os pais são vínculos importantes tanto na perspectiva das cuidadoras quanto dos adolescentes.

As estratégias de cuidado que as cuidadoras sugerem aos adolescentes se apresentam como comportamentos que visam à mudança da situação como *“falar com alguém sobre o problema, tentar meios naturais e mudar a situação”* (ver Tabela 43). Contudo, comportamento de fuga também foi mencionado pelas cuidadoras com estratégias de cuidado tomada pelo adolescente ao sentir-se mal mentalmente/emocionalmente. O incentivo das cuidadoras a estratégias que auxiliem na mudança da situação estressante são aspectos importantes que revela apoio e estímulo à superação.

Acerca da manutenção da saúde mental/emocional na família observou-se que tanto para as cuidadoras quanto para os adolescentes foi ressaltado a importância do bom relacionamento entre o casal, da manifestação de afeto, apoio e reconhecimento das necessidades dos filhos, bem como a comunicação entre pais e filhos (ver Tabela 44 e 45). As cuidadoras apresentaram satisfação com o estado de saúde dos adolescentes, revelando bons índices de bem-estar para diferentes aspectos da vida destes, como:

condição física, estados de humor, família, escola, aprendizagem e relações com amigos (ver Tabela 46).

4.4. A visão de saúde e doença mental dos cuidadores do sexo masculino

A visão dos cuidadores sobre estar saudável mentalmente esteve relacionada, principalmente, com bom funcionamento cognitivo e satisfação pessoal como “*estar alegre e sentir-se equilibrado*”. Os cuidadores apresentaram baixa associação entre estar saudável mentalmente e não precisar ir ao psicólogo ou psiquiatra, revelando uma visão menos estereotipada que a das cuidadoras em relação aos profissionais de saúde mental, assemelhando-se mais à percepção dos adolescentes (ver Tabela 47).

A visão dos cuidadores sobre estar doente mentalmente também revelou um reconhecimento da relação corpo-mente, sendo um problema mental/emocional mais difícil de controlar do que uma doença física. (ver Tabela 48). Além disso, os cuidadores associaram a visão de estar doente mentalmente com o aparecimento de sentimentos de tristeza e mal-estar. A visão dos cuidadores se aproxima mais da dos adolescentes.

Na visão dos cuidadores, a escola e os profissionais de saúde são o contexto e pessoa de referência que mais influenciam na formação da idéia de saúde e doença mental dos adolescentes (ver Tabela 49). Mais uma vez a escola parece como um contexto relevante na vida dos adolescentes. E a importância dada ao profissional de saúde é condizente com a visão dos adolescentes. De modo geral, os pais também não associam a religião com quaisquer aspectos de saúde e doença mental (ver Tabela 50).

Os estereótipos apresentados pelos cuidadores revelam o receio acerca da opinião dos outros como um importante motivo para não se buscar ajuda de um profissional de saúde mental. Além do temor de no fim ir a uma clínica ou hospital psiquiátrico devido ao problema (ver Tabelas 51 e 52). Estas percepções podem dificultar a busca de ajuda e mostram o quanto a preocupação com a opinião dos outros traz implicações para os comportamentos de saúde.

A visão dos cuidadores acerca da busca de apoio dos adolescentes para um problema mental coincidiu com a dos adolescentes para mãe e clínica ou hospital. A rede de apoio na visão dos cuidadores foi bem parecida com a nomeada pelos adolescentes, sendo a mãe, o pai e os profissionais de saúde as pessoas mais significativas (ver Tabelas 53 e 54). É interessante perceber como a visão dos cuidadores se aproxima bastante das mencionadas pelos adolescentes em vários aspectos investigados no estudo.

As estratégias de cuidado que os cuidadores sugerem aos adolescentes se assemelham as incentivadas pelas cuidadoras, investindo em comportamentos que visam à mudança da situação de mal estar mental/emocional, como “*falar com alguém sobre o problema, mudar a situação e tomar medicamentos*” (ver Tabela 55). Os cuidadores não mencionaram muitas estratégias de *coping* que caracterize comportamentos de fuga ou evitação do problema.

Acerca da manutenção da saúde mental/emocional na família observou-se que tanto para os cuidadores quanto para as cuidadoras e os adolescentes foi ressaltado a importância do bom relacionamento entre o casal, da manifestação de afeto, apoio e reconhecimento das necessidades dos filhos, bem como a comunicação entre pais e filhos (ver Tabela 56 e 57). Os cuidadores apresentaram satisfação com o estado de saúde dos adolescentes muito similares a percepção das cuidadoras e dos próprios adolescentes (ver Tabela 58).

4.5. Limitações do estudo

Na execução deste estudo observou-se a importância de aprofundar mais por meio da inserção ecológica e outras formas a investigação sobre os serviços de saúde presentes na comunidade e seu funcionamento. Estes foram superficialmente abordados através do relato dos participantes durante os questionamentos acerca da busca de ajuda, no processo de entrevista da família. Além disso, nesta entrevista não foi tratado especificamente dos serviços em saúde mental disponíveis na comunidade e nem da rede de assistência. A visita realizada a um dos postos de saúde, no início da pesquisa, foi pontual e na tentativa de conhecer mais a estrutura física e recursos humanos disponíveis do que mesmo a forma de funcionamento. Deste modo, não ter sido investigado a rede na comunidade que presta serviço em saúde mental empobreceu o conhecimento acerca dos serviços oferecidos e a compreensão da interação destes com os demais contextos, escola e família.

A investigação junto à rede de serviço poderia ter agregado mais informações acerca da prevalência de transtornos mentais na comunidade entre adultos e adolescentes e acerca dos modos de tratamento possíveis e procedimentos de encaminhamentos. Os aspectos institucionais e burocráticos presentes no serviço de saúde pública não foram investigados, deste modo, neste estudo não se sabe de que maneira as barreiras de acesso ao serviço estão relacionadas com a estrutura de funcionamento do atendimento nos serviços públicos.

Além disso, aspectos referentes aos comportamentos de risco, como uso de álcool, drogas e métodos de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, não foram investigados junto aos adolescentes, sendo estes importantes para avaliar aspectos relacionados ou não a comportamentos saudáveis que contribuem na promoção e prevenção da saúde mental dos adolescentes. Em apenas uma situação foi mencionado a suspeita de uso de drogas por um dos adolescentes, sendo esta informação proveniente da direção do centro profissionalizante e não na família do adolescente.

A amostra limitada à população de baixa renda restringe a compreensão da visão dos adolescentes e seus cuidadores a um único segmento social. Posteriormente, é importante conhecer as similitudes e diferenças que possam existir entre as classes sociais acerca de todos os objetivos investigado no estudo. Além disso, a análise realizada nos questionários limitou-se às questões fechadas e de escala *likert* devido ao volume de dados coletados com os instrumentos. Os dados qualitativos ficaram para análises futuras.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção ecológica realizada (Cecconelo & Koller, 2003; Eschiletti-Prati et al., 2008) neste estudo possibilitou um nível de compreensão multidimensional dos fatores relacionados à saúde mental dos adolescentes. Isto foi possível através da análise dos microssistemas - família, centro profissionalizante e comunidade - e da interconexão das informações coletadas nestes relacionadas à saúde e ao comportamento dos adolescentes. O modelo bioecológico foi adequado e imprescindível ao auxiliar, enquanto referencial teórico, na compreensão sistêmica e processual do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979/1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Os dados coletados foram analisados buscando contemplar, conforme proposto na teoria, os componentes: processo, pessoa, contexto e tempo (PPCT).

Partindo de uma visão macro para chegar ao adolescente em si, esse estudo pode mostrar como fatores socioeconômicos, aparentemente distais, perpassam todo o desenvolvimento, influenciando diretamente e/ou indiretamente na vida dos indivíduos. A condição de pobreza e todas as conseqüências relacionadas a ela afetam a qualidade de vida e bem-estar dos adolescentes e das famílias. Neste estudo foi constatado que condições precárias de moradia, transporte, saneamento, bem como a violência e as drogas presentes na dinâmica e funcionamento da comunidade são fatores de risco à saúde das famílias e dos adolescentes.

Por sua vez, as famílias sofrem com as privações e intenso estresse e devido às más condições de vida. Os chefes de família são sobrecarregados pelo acúmulo de funções, luta pela sobrevivência através de cargas horárias de trabalho intensa, e papéis parentais que igualmente exigem dedicação. Altos níveis de estresse marcam a vida das famílias de baixa renda, que conseqüentemente, acarretam prejuízos a saúde destas e de seus membros. O estresse do cotidiano da pobreza se agrava com as perdas significativas de membros, doenças crônicas, violência intrafamiliar, gravidez precoce, dentre outros fatores não-normativos do ciclo desenvolvimental das famílias.

Ademais, cada família e seus membros apresentam suas particularidades de recursos e vulnerabilidades que devem ser considerados ao buscar conhecer os aspectos de saúde deste contexto e dos indivíduos nele inseridos. Dentre os recursos, foi possível perceber o quão a rede de apoio social e afetiva é importante para a manutenção da saúde mental dos indivíduos. Enfatiza-se aqui o contexto do centro profissionalizante

que se mostrou um recurso para muitos adolescentes, e mesmo para as famílias ao encontrarem apoio para as situações de estresse pertinentes ao contexto da pobreza e às dificuldades encontradas com os próprios adolescentes. Além da instituição, familiares, amigos, parceiros e trabalho compõem a gama de fatores protetores das famílias e dos adolescentes. Alguns destes estão mais relacionados aos cuidadores, por exemplo, o contexto do trabalho, no qual estes encontram uma rede de apoio e suporte que auxiliam não apenas nas necessidades básicas, mas também propicia o desenvolvimento das potencialidades profissionais o que ocasiona satisfação pessoal aos cuidadores, bem como amplia a rede de relações destes. Os familiares, amigos e parceiros se revelaram como pessoas importantes na constituição de uma rede de apoio social e afetiva saudável. Poder contar com familiares diante de situações de estresse ou em necessidades do cotidiano, ter momentos juntos de convivência, principalmente de lazer, são formas de encontrar apoio e envolvimento que geram satisfação e fortalecem vínculos afetivos.

Esta pesquisa atingiu seus objetivos ao conhecer a visão que adolescentes e seus cuidadores possuem acerca do que sejam saúde e doença mental. O estudo revelou que estereótipos sociais ainda são presentes e fortes, o que dificulta na melhoria da atenção nos serviços de saúde mental tornando-se uma barreira de acesso ao serviço. Mostrou também o desconhecimento do papel e função do profissional de saúde mental. Além disso, revelou as principais redes de apoio dos adolescentes frente a um problema mental/emocional e as estratégias de cuidado utilizadas por estes para cuidarem de si mesmo frente ao sentir-se mal mentalmente/emocionalmente. Também foram identificadas as diferenças e semelhanças entre as visões dos adolescentes, das cuidadoras e dos cuidadores para todos os aspectos investigados no estudo.

A visão dos adolescentes e seus cuidadores sobre saúde e doença mental revelou um conhecimento superficial acerca do trabalho e funções dos profissionais de saúde mental, bem como a presença de estereótipos sociais como a idéia do louco e a preocupação com a exclusão e o preconceito. Os profissionais de saúde, a família, a escola e a mídia se mostraram como os meios possíveis de atingir uma mudança de mentalidade ao serem mencionados como as principais redes de apoio, busca de ajuda e formadores de opinião. Intervenções psicoeducativas podem ser exploradas pelos profissionais de saúde mental utilizando o contexto da escola, e trazendo para dentro deste a família, oportunizando a construção de conhecimento e promoção de comportamentos entre os adolescentes e suas famílias. Ressalta-se o importante papel

das redes sociais e do trabalho interdisciplinar como estratégia fundamental para a promoção de saúde em vista do bem-estar e qualidade de vida.

Esse trabalho mostrou formas de como a Psicologia da Saúde pode estar cada vez mais se apropriando da sua função de promotora de saúde ocupando espaços pouco explorados ou ainda inóspitos, através de intervenções e ações extramuros à clínica psicológica. Este trabalho requer o diálogo com os outros saberes, principalmente a psiquiatria, devido à ênfase na saúde mental que o perpassa, e junto com esta ampliar a rede para áreas da assistência social, educação, dentre outras, de acordo com as necessidades que se apresentam em cada contexto de trabalho.

Pensar na promoção integral da saúde dos adolescentes requer a criação de espaços que reconheçam e valorizem o cuidado da saúde mental. Estes espaços não devem preconizar a atenção apenas em situações severas e crônicas, como é a realidade dos CAPS-infantil. Neste estudo pôde ser observado como problemas do dia-a-dia e eventos de vida geram tensão emocional e comprometem a saúde dos adolescentes. Criar espaços de atenção à saúde mental dos adolescentes que considerem a complexidade que abrange neste momento do ciclo de vida é de extrema relevância. Enfatiza-se a estratégia do *Youth Friendly Services* que vem sendo adotada em diversos países desenvolvidos para prover um cuidado integral adequado aos adolescentes. Ademais, o cuidado a saúde mental, com toda a sua multidimensionalidade de fatores, deve ser revisto nas unidades básicas de saúde, lançando atenção para além do tratamento medicamento. Deste modo é possível melhorar as condições de atendimento na atenção primária.

Com os dados deste estudo, pretende-se auxiliar os profissionais da área de saúde na melhoria do atendimento efetivo e eficaz aos adolescentes ao compreender melhor as necessidades de saúde destes. Portanto, a partir dos resultados desta pesquisa, busca-se seguir aprofundando a temática de estudo e propor intervenções sociais futuras, como projetos psicoeducativos, principalmente no contexto escolar já que este é tão importante nesta fase de desenvolvimento. Embasado nos dados deste estudo, espera-se contribuir aos profissionais de saúde na melhor compreensão do seu papel enquanto formador de opinião relacionado aos cuidados em saúde. Auxiliar as famílias nos cuidados dos seus filhos(as) por meio da compreensão acerca do que estes(as) pensam sobre saúde e doença mental/emocional. Os dados obtidos permitirão desenvolver estratégias informativas em saúde mental favorecendo a atuação junto aos usuários adolescentes e suas famílias.

Referências

- Almeida, A., Lisboa, C., & Caurcel, M. J. (2007). Por qué ocurren los malos tratos entre iguales? Explicaciones causales de adolescentes portugueses y brasileños. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 107-118.
- Andolfi, M. & Ângelo, C. (1988). *Tempo e mito em terapia familiar* (R. S. Dileone, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudos psicométricas preliminares. *Psico-USF*, 10, 11-19.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona.
- Benetti, S. (2006). Conflito conjugal: Impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 261-268.
- Benetti, S. P. da C., Ramires, V. R. R., Schneider, A. C., Rodrigues, A. P. G. & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1273-1282.
- Benvegnú, L. A., Fassa, A. G., Facchini, L. A., Wegman, D. H. & Dall'Agnol, M. M. (2005). Work and behavioural problems in children and adolescents. *International Journal of Epidemiology*, 34, 1417-1424.
- Bordin, I. A. S., & Paula, C. S. (2007). Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Eds.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp.101-117). Porto Alegre: Artmed.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Original publicado em 1979).
- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: DF. Acessado em 20. 10. 08 no http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of Child Psychology*, (1, pp. 993-1027). N.Y.: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in*

- context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, E. R., Wyn, R., & Ojeda, V. (1999). Access to health insurance and health care for children in immigrant families. Los Angeles, CA: *UCLA- Center for health policy research*.
- Bucher, J. S. N. F. (2003). Psicologia da Saúde no contexto da saúde pública: uma complexidade crescente. In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Eds.), *Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp.213- 239). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Camon, V. A. A. (1988). *A Psicologia no Hospital*. São Paulo: Traço.
- Campos, E. P. (2004). Suporte social e família. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Doença e Família*. (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar* (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Artmed. (Original published in 1989)
- Carvalho, I. S., Costa, I. I. & Bucher, J. S. N. F. (2006). *Psicose e sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise*. Manuscript submitted for publication.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095.
- Castoldi, L., Sobreira-Lopes, R. C., & Eschiletti-Prati, L. (2006). O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família - escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 292-300.
- CEBRID. (2003). *Apostila de treinamento: Entrevistadores. Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2003). Inserção ecológica na comunidade: Uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 515-524.
- Censo Escolar (2006). Censo Escolar. Ministério da Educação. Brasília: DF. Acessado em 20. 10. 2008 no www.mec.gov.br
- Carqueira-Santos, E. (2008). Comportamento sexual e religiosidade: um estudo com jovens brasileiros. Unpublished doctoral dissertation, Programa de Pós -Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio grande do Sul, Brasil.

- CEVS. (2006). *A saúde da população do estado do Rio Grande do Sul*. Rede Estadual de Análise e Divulgação de indicadores para a saúde. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde.
- Cole, M. & Cole, S. R. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente* (M. F. Lopes Trans.) Porto Alegre: Artmed (Original published in 2001).
- Conselho Federal de Psicologia. (Ed.). (1994). *Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a profissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Regional de Psicologia, 6a. Região. (1995). *Psicologia: Formação, atuação profissional e mercado de trabalho (Estatísticas 1995)*. São Paulo: Autor.
- Costa, N. R., Duarte, C. M. R., Motta, J. I. J., Martins, M. S., & Gomes, I. C. (1986). Condições de vida e saúde dos brasileiros. In M. C. S. Minayo (Ed.), *A saúde em estado de choque* (pp. 36-58). Rio de Janeiro: Fase/ espaço e Tempo.
- Cowan, P., Cowan, C. & Schulz, M. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In E. Hetherington, & E. Blechman (Eds.), *Stress, coping and resiliency in children and families* (pp. 1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cury, C. R. & Golfeto, J. H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 139-145.
- D'Avila-Bacarji, K. M. G., Marturano, E. M., & Elias, L. C. dos S. (2005). Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 107-115.
- Delgado, P. G. G., Schechtman, A., Weber, R. Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Pôrto K., Hoffmann, M. C. C. L., Martins, R. & Grigolo, T. (2007). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Eds.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. (pp.39-83). Porto Alegre: Artmed.
- Duarte, C., Bordin, I., Bird, H., Miranda, C. T., Hoven, C. & Berganza, C. (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *International Journal of Psychiatry*, 33, 203-222.
- ECA. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal 8069/1990*. Brasília.
- Erickson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Guilford Press.
- Eschiletti-Prati, L., Paula Couto, M., Moura, A., Poletto, M., & Koller, S. (2008). Revisando a Inserção Ecológica: Uma proposta de sistematização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 160-169.

- Falicov, J. C. (1991). *Transiciones de la familia: Continuidad y cambio em el ciclo de vida*. Buenos Aires, Argentina: Amorrurtu.
- Ferreira, M. de C. T. & Marturano, E. M. (2002) Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 35-44.
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.
- Fleitlich, B. & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 727-734.
- Gomes, A. J. S., & Resende, V. R. (2004). O Pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 119-125.
- Guilherme, P. R., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., & Regalla, M. A. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 201-207.
- Gunther, N., Slavenburg, B., Feron, F., & Os, J. V. (2003). Childhood social and early developmental factors associated with mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 38, 101-108.
- Hackett, R. & Hackett, L. (1999). Child Psychiatry across cultures. *International Review Psychiatry*, 15, 166-172.
- Hopkins, J. R. (1983). *Adolescence: the transitional years*. New York: Academic Press.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998. In *Pesquisa Nacional por amostra de domicílios*. Rio de Janeiro, Brasil: IBGE - Departamento de emprego e rendimento.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005). Acesso e utilização de serviço de saúde. In *Pesquisa nacional por amostra de domicílio*. Retrieved in October, 5, 2006 from http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalho_rendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007). Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. In *Pesquisa nacional por amostra de domicílio*. Retrieved in September, 28, 2008 from http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_mensais/sintese_indicadores_sociais_2007/indic_sociais_2007.pdf

- Juszczak, L., Melinkovich, P., & Kaplan, D. (2003). Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *Journal of Adolescent Health, 32*, 108-118.
- Käppler, C., Möhler-Kuo, M., Gonçalves, D., Gianella, D., Peng, A., Zehnder, S. & Anastasi, B. (2004). *Questionário estudo AMHC*. Department of child and adolescent psychiatry, University of Zurich, Zurich, Suíça.
- Labonte, R., & Schrecker, T. (2006) Globalization and social determinants of health: A diagnostic overview and agenda for innovation. Acessado em 15. 10.08 no <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd56/schrecker-290806.pdf>
- Lawlor, D. A., Sterne, J.A. C. (2007) Socioeconomic inequalities in health. *Bulletin of Medical Journal, 334*, 963-964.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York (USA): Springer Publishing.
- Lorencetti A., & Simonetti AP. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 13*(6), 944-950.
- Machado, P. X. (2007). *Impacto e processo de um projeto de educação pelo esporte no desenvolvimento infantil*. Unpublished master dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Maciel, S. C. (2000). A importância do atendimento psicológico ao paciente renal crônico em hemodiálise. In: V. A. Angerami (Ed.), *Novos rumos na psicologia da saúde* (p.55-72) São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Maluschke, G., Bucher-Maluschke, J. S. N. F., & Hermanns, K. (2004). *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza, Brasil: Fundação Konrad Adenauer.
- Marsiglia, R. G., Silveira, C., & Carneiro Junior, N. (2007). Brasil: indicadores sociodemográficos e características das políticas públicas na década de 1990. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Eds.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp.17-37). Porto Alegre: Artmed.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 35*, 807-817.
- Michaud, P., & Fombonne, E. (2005) ABC of adolescents: common mental health problems. *Bulletin of Medical Journal, 330*, 835-838.

- Minayo, M. C. S. & Souza, H. O. (1989). Na dor do corpo, o grito da vida. In N. R. Costa, C. L. Ramos, M. C. S. Minayo, & E. N. Stoz (Eds.), *Demandas populares, políticas públicas e saúde* (pp. 76-101). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília.
- Minuchin, S. & Fishman, C. (1990). *Técnicas de terapia familiar* (C. Kinsch & M. E. F. R. Maia, Trans.) Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1982) *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valerio, N. I, Santos, A. R. R. & Bernardes da Rosa, L. T. (2002). Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13, 29-53.
- Montandon, C. (2005). As práticas educativas parentais e a experiência das crianças. *Educação e Sociedade*, 26(91), 485-507.
- Moos, R. H. (1990). Depressed outpatients's life contexts, amount of treatment and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 105-112.
- Moraes, N. A. (2005). *Um estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores*. Unpublished master dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Muza, G. M. & Costa, M. P. (2002). Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: O olhar dos adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1), 321-328.
- Njaine, K., & Minayo, M. C. S. (2003). Violencia en la escuela: identificando pistas para la prevención. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 7(13), 119-134.
- Oliveira, A. S. & Antônio, P. da S. (2006) Sentimentos do adolescente relacionados ao fenômeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8 (1), 30-41.
- Owens, P. L., Hoagwood, K., Horwitz, S. J., Leaf, P., Poduska, J.M., Kellam, S. G., & Ialongo, N. S. (2002). Barriers to children's mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 731-738.

- Pantoja, F. C., Bucher, J.S.N.F., & Queiroz, C.H. (2006). *Adolescentes grávidas em Macapá, Amapá, Brasil: vivências de uma nova realidade*. Manuscript submitted for publication.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007) Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Pardeck, J. T., Brown, C., Christian, B., Schnurbusch, M., Shrum, L., & Terrell (1991). Family structure and life satisfaction. *Family Therapy*, 18, 11-15.
- Parreira, C. S. F. (2003). *Contribuições da psicologia para a constituição de novos campos de saberes e de práticas em promoção da saúde*. Unpublished doctoral dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Pastura, G. M. C., Mattos, P. Araújo, A. P.Q. C. (2005). Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(6), 324-329.
- Paula, C. S., Duarte, C. S., & Bordin, I. A. S. (2007) Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da Região Metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 11-17.
- Pumariega, A. J., Glover, S., Holzer, C. E., Nguyen, H. (1998). Utilization of mental health services in a tri-ethnic sample of adolescent. *Community Mental Health Journal*, 34(2), 145-156.
- Rezende, A. L. M. (1989). *Saúde – Dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ruger, J. P. (2007) *Public health and emerging risks: Emerging countries responsibility and international cooperation*. No.2. Retrived in July 2, 2007, from <http://ssrn.com/abstract=1002426>
- Rutter, M (2005). How the environment affects mental health. *British Journal of Psychiatry*, 18(6), 4-6.
- Rutter M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Santos, C. T., & Sebastiani, R. W. (1996). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In V. A. Camon (Ed.), *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 147-76). São Paulo: Pioneira.

- Sarafino, E. P. (1994). An overview of psychology and health. In E. P. Sarafino (Ed.), *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (2nd ed., pp. 2-33). New York: John Wiley & Sons.
- Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31, 538-542.
- Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595.
- Souza Filho, M. L., Oliveira, J. S. C. , & Lima, F. L. A. (2006). Como as pessoas percebem o psicólogo: um estudo exploratório. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(34), 253-261.
- Spink, M. J. & Matta, G. C. (2007). A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. Spink (Ed), *A psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stephenson, J. (2000). Children with mental problems not getting the care they need. *Journal of the American Medical Association* , 284(16), 2043-2044.
- Tavares, M., Montenegro, B., & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção ao suicídio: princípios e estratégias In G. Maluschke, J.S.N.F. Bucher -Maluschke, & K. Hermanns (Eds.), *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática* (pp.231-257). Fortaleza, Brasil: Fundação Konrad Adenauer.
- Temkin-Greener, H. & Clark, K. T. (1988). Ethnicity, gender and utilization of mental health services in a medical population. *Social Science and Medicine*, 26(10), 989-996.
- Traverso-Yépez, M. (2001). Interface psicologia social e saúde: Perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 49-56.
- UNFPA (2007). *State of World population: Unleashing the potencial of urban growth* . United Nations Population Fund. Retrived in June 30, 2007, from http://www.unfpa.org/swp/2007/presskit/pdf/sowp2007_eng.pdf
- United States Departament of Health and Human Services. (1999). *Mental health: a report of the surgeon general* . Retrived in February 24, 2006 from <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/toc.html#chapter3>

- Vitolo, Y. L. C., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., & Bordin, I. A. S (2005). Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 716-724.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- WHO - World Health Organization. (1987). Carta de Ottawa para la promoción y educación para la salud. *Revista de Sanidad y Higiene Pública*, 61, 129-139.
- Wittchen, H. (2000). Epidemiological research in mental disorders: Lessons for the next decade of research – the NAPE Lecture 1999. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 2-10.
- Wood, D. L., Hayward, R. A., Corey, C. R., Freeman, H. E., & Shapiro, M. F. (1990). Access to medical care for children and adolescent in the United States. *Pediatrics*, 86(5), 666-673.
- Yamamoto, O. H. & Cunha, I. M. F. F. de O. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11, 345-362.
- Yamamoto, O. H., Trindade, L. C. B. de O., & Oliveira, I. F. de. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13, 217-246.
- Zinn-Souza, L. C., Nagal, R., Teixeira, L. R., Latorre M.R.D.O., Roberts, R, Cooper, S.P., & Fisher, F. M. (2008). Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 34-40.

ANEXOS - Anexo A - JOVENS

PARTE 1:SAÚDE

A. *Estar saudável mentalmente* significa para mim ...

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
1. estar feliz, alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. não ser tão sensível/frágil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. poder pensar de forma clara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. pensar positivo, ser otimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ter controle sobre a própria vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. não usar drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. não ter problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. sentir-me equilibrado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ter energia/disposição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. não precisar ir ao Psicólogo/Psiquiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. poder ir à escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. poder se relacionar bem com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ser normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. perceber o que não deve ser feito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. algo muito importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil de explicar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Estar doente mentalmente significa para mim ...

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
18. estar infeliz, triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. não se sentir bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ter sentimentos feridos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. que algo não está bem com a cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. estar estressado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ser diferente dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ter dificuldade de se concentrar bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. não ter amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. algo que não se percebe logo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. algo que deve ser levado a sério	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. algo que quase não pode ser curado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. algo que se tem desde o nascimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. É difícil de definir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. De onde acha que vêm as suas idéias sobre saúde e doença

mental?

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
36. dos meus pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. dos meus avós	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. dos meus irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. dos meus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. da escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. de profissionais (por ex.: médico, psicólogo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. da mídia (televisão, rádio, internet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. de outro lugar, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. Você acha que religião contribui para:

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
44. saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. formação de uma doença mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. cura de uma doença mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E. O que você faz quando se sente mal mentalmente? Indique a frequência do que você faz nas situações abaixo:

	nunca	raramente	geralmente	sempre
47. espero um pouco, descanso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. procuro distrair-me: leio, ouço música	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. convivo com isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. penso: isso não é tão mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. procuro mudar a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. espero ser procurado/a pelos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. falo com alguém sobre o problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. tomo medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. tento medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. tento meios naturais, caseiros (chás, banhos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. procuro ajuda nos números de telefone de Disque - ajuda para onde se pode ligar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. não procuro ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. prefiro ficar sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. nada e ninguém pode ajudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. não sei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. outra coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F. Alguns jovens procuram alguém quando têm um problema mental.

Abaixo há uma lista com várias pessoas. Marque com que frequência você procura cada uma dessas pessoas quando tem um problema mental. Caso alguma destas pessoas não exista na sua vida (por exemplo: irmãos) deixe a linha correspondente em branco.

<i>Quando tenho um problema mental eu procuro...</i>	nunca	raramente	geralmente	sempre
63. a minha mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. o meu pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. os meus irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. a minha avó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. o meu avô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. os meus amigos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. o meu professor/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. uma pessoa do contexto religioso (por ex.: padre, guia espiritual)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. o médico de família ou o pediatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. uma pessoa da medicina alternativa, natural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. um psicólogo/psiquiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. um outro especialista (por ex.: neurologista)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. uma clínica ou hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. outra pessoa ou instituição, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G. Imagine que um jovem tem um problema mental e é proposto a ele (ela) ir a um psicólogo/psiquiatra. Quais podem ser os motivos para ele (ela) não querer ir?

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
77. Ele (ela) não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Ele (ela) pensa que os psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. Pensa que só vai ao psicólogo/psiquiatra quem não está bem ou quem é maluco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Ele (ela) não quer ser gozado/caçoado pelos colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Ele (ela) tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Ele(ela) tem medo de no fim ir a um hospital psiquiátrico/clínica ou um lar substituto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Ele (ela) pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra/psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. Ele (ela) pensa que problemas mentais devem ser resolvidos na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Ele (ela) pensa que quando se trata de problemas mentais só a própria pessoa é que pode ajudar a si mesma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. Ele (ela) acha que este problema é normal na sua própria família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. Pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Ele (ela) pensa que o consultório do psicólogo/psiquiatra fica muito longe de sua casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Pensa que uma terapia custa muito dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Acha que não é necessário nenhuma ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Ele (ela) não sabe onde se pode obter ajuda e nem quem é competente para ajudá-lo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. Outra coisa, escreva abaixo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

H. Alguma vez você já recebeu ajuda de um profissional como um psicólogo, psiquiatra ou psicoterapeuta para um problema mental?

94. Sim



Se tiver feito uma cruz no "Sim" responda às perguntas marcadas com o Cebolinha

Não



Se tiver feito uma cruz no "Não" responda às perguntas marcadas com o Bidu



95. Para que tipo de problema você recebeu ajuda? (Por exemplo: medos, dificuldades na escrita, problemas de concentração, problemas com os colegas, etc.)

96. a) Quando é que o problema apareceu pela primeira vez?

Quando eu tinha mais ou menos _____ anos



b) Quando é que começou o primeiro tratamento?

Quando eu tinha mais ou menos _____ anos

c) O tratamento já terminou?

O Não O Sim

Mais ou menos quando é que terminou o tratamento?

Há: _____ anos ou

há: _____ meses



Como foram ou como estão sendo essas experiências?

Achei/acho que ...



Como imagina um tratamento para um problema mental?

Imagino que ...

	concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
97. a terapia ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. me sinto bem com o terapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. não aceitei a terapia no início	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100. a terapia me dá estabilidade, segurança, apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101. posso expressar a minha própria opinião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102. as pessoas me olham de forma estranha quando eu vou ao consultório/clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. outra coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Quem é que procurou para você ajuda profissional (por ex.: psiquiatra/psicólogo)?



Se tivesse um problema mental quem é que procuraria para você ajuda profissional (por ex.: psicólogo/ psiquiatra)?

	concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
104. eu próprio/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. a minha mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. o meu pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. a minha avó/avô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

108.	o professor/a escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109.	o médico de família, o pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110.	o Conselho tutelar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111.	outra pessoa ou instituição, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE 2:FAMÍLIA

I. Que importância tem as frases abaixo para que uma pessoa possa se manter saudável mentalmente na sua família?

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	Concordo totalmente
112. Estar satisfeito e satisfazer os outros na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113. Sentir-se aceito/amado como se é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. Haver comunicação agradável entre os membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. Chamar a atenção dos outros para o lado bom das coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. Haver consenso/acordo entre os pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. Ter pais que orientam/ensinam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. Ter compreensão mútua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. Poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. Poder confiar uns nos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. Ter as refeições em conjunto na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123. Ter relações próximas com os outros membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. Ter uma orientação religiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125. Ter tempo livre /lazer em comum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

126. Agora escreva uma frase ou palavra sobre como na sua família se tenta manter e incentivar o bem-estar mental. Escreva uma frase ou alguma palavra que venha à cabeça a este respeito.

PARTE 3:BEM-ESTAR

J. Agora vêm ainda algumas perguntas em relação à sua saúde física e mental

Em geral, como você descreve a sua saúde?

127.

O excelente O muito boa O boa O má O muito má

128. Tem alguma incapacidade, doença ou condição física crônica?

O Não

O Sim Qual? _____

	nada	pouco	moderada- mente	muito	total- mente
129. Sentiu-se bem e em forma?	<input type="radio"/>				
130. Esteve fisicamente ativo (por ex.: caminhou, brincou, praticou esporte)?	<input type="radio"/>				
131. Foi capaz de ter bom desempenho nas atividades físicas?	<input type="radio"/>				

Pense na última semana ...

	nunca	rara- mente	algumas vezes	Freqüentemente	sempre
132. Sentiu-se cheio/a de energia?	<input type="radio"/>				

K. Os seus Sentimentos e Estados de Humor

Pense na última semana ...

	nada	pouco	moderada- mente	Muito	total- mente
133. Sentiu-se satisfeito/a com a vida?	<input type="radio"/>				

Pense na última semana ...

	nunca	rara- mente	algumas vezes	frequente- mente	sempre
134. Esteve de bom humor	<input type="radio"/>				
135. Divertiu-se?	<input type="radio"/>				

Pense na última semana ...

	nunca	rara- mente	algumas vezes	frequente- mente	sempre
136. Sentiu-se triste?	<input type="radio"/>				
137. Sentiu-se tão mal que não quiseste fazer nada?	<input type="radio"/>				
138. Sentiu-se sozinho/a?	<input type="radio"/>				
139. Sentiu-se feliz com a sua maneira de ser?	<input type="radio"/>				

L. Família e Tempo Livre

Pense na última semana ...

	nunca	rara- mente	algumas vezes	frequente- mente	sempre
140. Teve tempo suficiente para si?	<input type="radio"/>				
141. No seu tempo livre foi capaz de fazer atividades que gosta de fazer?	<input type="radio"/>				
142. Os seus pais tiveram tempo suficiente	<input type="radio"/>				

para você?

143.	Os seus pais o trataram com justiça?	<input type="radio"/>				
144.	Foi capaz de conversar com os seus pais quando você quis?	<input type="radio"/>				
145.	Teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os seus amigos?	<input type="radio"/>				
146.	Teve dinheiro suficiente para as suas despesas?	<input type="radio"/>				

M. Amigos

Pense na última semana

		nunca	rara- mente	algumas vezes	frequente- mente	sempre
147.	Passou tempo com os seus amigos?	<input type="radio"/>				
148.	Você se divertiu com os seus amigos?	<input type="radio"/>				
149.	Você e seus amigos se ajudaram uns aos outros?	<input type="radio"/>				
150.	Sentiu que podia confiar nos seus amigos?	<input type="radio"/>				

N. Ambiente Escolar e Aprendizagem

Pense na última semana ...

		nunca	rara- mente	algumas vezes	frequente- mente	sempre
151.	Sentiu-se feliz na escola?	<input type="radio"/>				
152.	Foi bom aluno/a na escola?	<input type="radio"/>				

Pense na última semana ...

		nunca	rara- mente	algumas vezes	Frequente- mente	sempre
153.	Você se sentiu capaz de prestar atenção?	<input type="radio"/>				
154.	Teve uma boa relação com os seus professores?	<input type="radio"/>				

PARTE 4: CONDIÇÕES DE VIDA**O. Como é a sua situação escolar?**

Que escola e série frequênta?

155.

Escola: Pública Particular

Série ____ Grau _____

P. Como vive a sua família?

A sua família tem carro?

156.

Nenhum Um Dois ou mais

157.

Não Sim

158.

Nenhuma vez Uma vez Duas vezes Mais de duas vezes

159.

Nenhum Um Dois Três ou mais

160. Seus pais são:

solteiros vivem juntos casados

separados divorciados viúvo/a

161. Com quem você mora?

Q. Agora só mais algumas perguntas para terminar

162.

feminino masculino

163.

Mês _____

Ano _____

164.

sim não

165. Qual sua cor?

branca parda negra Outra _____

166. Qual é o telefone dos seus pais?

Residência _____ celular _____

ANEXO B - CUIDADORES

PARTE 1: SAÚDE

A. *Estar saudável mentalmente* significa para mim ...

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
1. estar feliz, alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. não ser tão sensível/frágil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. poder pensar de forma clara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. pensar positivo, ser otimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ter controle sobre a própria vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. não usar drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. não ter problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. sentir-se equilibrado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ter energia/disposição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. não precisar ir ao Psicólogo/Psiquiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. poder ir trabalhar e estudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. poder se relacionar bem com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ser normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. algo muito importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. perceber o que não deve ser feito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. eu sei mais ou menos o que é mas é difícil de explicar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. *Estar doente mentalmente* significa para mim ...

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
18. estar infeliz, triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. não se sentir bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ter sentimentos feridos/ ser magoado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. que algo não está com a cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. estar estressado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ser diferente dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ter dificuldade em se concentrar bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. não ter amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. algo que não se percebe logo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. algo que deve ser levado a sério	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. algo que quase não pode ser curado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. algo que se tem desde o nascimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. É difícil de definir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. De onde acha que vêm as idéias do seu filho/a sobre saúde e doença mental?

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
36. dos pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. dos avós	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. dos irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. dos amigos do meu filho/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. da escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41.	de profissionais (por ex.: médico, psicólogo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	da mídia (televisão, rádio, internet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.	de outro lugar, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. Você acha que religião contribui para:

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
44. saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. formação de uma doença mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. cura de uma doença mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E. O que você diz ao seu filho/a quando ele/a se sente mal mentalmente? Indique a frequência do que você o diz nas situações abaixo:

<i>Quando meu filho está mal mentalmente eu digo a ele que ...</i>	nunca	raramente	geralmente	sempre
47. deve esperar um pouco, descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. deve procurar distrair-se: ler, ouvir música	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. deve conviver com isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. deve pensar: isso não é tão mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. deve procurar mudar a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. deve esperar ser procurado pelos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. deve falar com alguém sobre o problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. deve tomar medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. deve tentar medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. deve tentar meios naturais, caseiros (chá, banhos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. deve procurar os números de telefone de Disque - ajuda para onde se pode ligar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. não deve procurar ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. deve ficar sozinho/a, retirar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. penso que nada e ninguém pode ajudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

61. na verdade não sei muito bem o que devo dizer ao meu filho/a nessas situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. outra coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F. Alguns jovens procuram alguém quando têm um problema mental. A baixo há uma lista com várias pessoas. Marque com que frequência você acha que seu filho/a procura cada uma dessas pessoas quando tem um problema mental. Caso alguma destas pessoas não exista na vida do seu filho/a (por Exemplo: irmãos) deixe a linha correspondente em branco.

<i>Eu penso que quando ele/a tem um problema mental procura ...</i>	nunca	Raramente	geralmente	sempre
63. a mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. o pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. os irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. a avó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. o avô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. os amigos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. o professor/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. uma pessoa do contexto religioso (por ex.: padre, guia espiritual)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. o médico de família ou o pediatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. uma pessoa da medicina alternativa, natural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. um psicólogo/psiquiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. um outro especialista (por ex.: neurologista)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. uma clínica ou hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. outra pessoa ou instituição, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G. Imagine que um/a jovem tem um problema mental e é proposto a ele/a ir a um psicólogo/psiquiatra. Quais podem ser os motivos para ele/a não querer ir?

<i>Ele/a ...</i>	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
77. não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. pensa que os psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. pensa que só vai ao psicólogo/psiquiatra quem não funciona bem ou quem é maluco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. não quer ser gozado pelos colegas, caçoado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

81. tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. tem medo de no fim ir para uma clínica/hospital psiquiátrico ou um lar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra/psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. pensa que problemas mentais devem ser resolvidos na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. pensa que quando se trata de problemas mentais só a própria pessoa é que pode ajudar a si mesma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. acha que este problema é normal na sua própria família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. pensa que o consultório do psicólogo/psiquiatra fica muito longe de sua casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. pensa que uma terapia custa muito dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. acha que não é necessário nenhuma ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. não sabe onde se pode obter ajuda e quem é competente para isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. outra coisa, escreva abaixo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

H. Alguma vez o seu filho/a já recebeu ajuda de um profissional como um psicólogo, psiquiatra ou psicoterapeuta para um problema mental?

94. Sim



Se tiver feito uma cruz no "Sim" responda por favor só às perguntas marcadas com o Cebolinha

Não



Se tiver feito uma cruz no "Não" responda por favor só às perguntas marcadas com o Bidu



95. Para que tipo de problema seu filho/a recebeu ajuda?
(Por exemplo: medos, dificuldades na escrita, problemas de concentração, problemas com os colegas, etc.)

96. a) Quando é que o problema apareceu pela primeira vez?

Quando o meu filho/a tinha mais ou menos _____ anos



b) Quando é que começou o primeiro tratamento?

Quando o meu filho/a tinha mais ou menos _____ anos

c) O tratamento já terminou?

Não Sim

Mais ou menos quando é que terminou o tratamento?

Há: _____ anos ou

há: _____ meses



Como foram ou como estão sendo essas experiências enquanto mãe/pai?

Achei/acho que ...



Como imagina um tratamento para o seu filho/a no caso de um problema mental?

Imagino que ...

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
97. a terapia ajuda o meu filho/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. o meu filho/a se sente bem com o terapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. o meu filho/a não aceitou a terapia no início	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100. a terapia dá ao meu filho/a estabilidade, segurança e apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101. o meu filho/a pode expressar a sua própria opinião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102. as pessoas olham o meu filho/a de forma estranha quando ele/a vai ao consultório/ clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. outra coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Quem é que procurou para o seu filho/a ajuda profissional (por ex.: psiquiatra/ psicólogo)?



Se seu filho/a tivesse um problema mental quem procuraria para ele/a ajuda profissional (por ex.: psicólogo)?

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
104. o meu filho/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. eu própria/o	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. o pai/mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. a avó/o avô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108. o professor/a escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

109.	o médico de família, o pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110.	o Conselho tutelar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111.	outra pessoa ou instituição, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE 2:FAMÍLIA

I. Que importância tem as frases abaixo para que uma pessoa se mantenha saudável mentalmente na sua família?

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
112. Estar satisfeito e satisfazer os outros na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113. Sentir-se aceito/amado como se é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. Haver comunicação agradável entre os membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. Chamar a atenção dos outros para o lado bom das coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. Haver consenso/acordo entre os pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. Ter pais que orientam/ensinam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. Ter compreensão mútua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. Poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. Poder confiar uns nos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. Ter as refeições em conjunto na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123. Ter relações próximas com os outros membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. Ter uma orientação religiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125. Ter tempo livre /lazer em comum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126. Ter um equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada, entre família e trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J. O que você faz pessoalmente enquanto mãe/pai (madrasta/padrasto) para manter a saúde mental dos seus filhos?

	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
127. Estar feliz e alegre e tentar fazer os meus filhos felizes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128. Aceitar cada filho como ele é e não preferir um em especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129. Motivar os meus filhos para o esporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130. Transmitir aos meus filhos calma e paz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131. Incentivar a vida familiar, por exemplo, o estar junto ou passeios aos fins de semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132. Ensinar os meus filhos a ver a vida de forma positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133. Estar sempre disponível para ouvir e manter um diálogo aberto com os meus filhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134. Dar aos meus filhos amor e segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
135. Estar disponível para ajudar os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136. Mostrar total confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137. Tentar perceber os meus filhos com as suas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138. Conhecer os amigos dos meus filhos e incentivá-los a boas companhias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
139. Incentivar algumas atividades que melhor se adaptem aos seus talentos como por exemplo tocar um instrumento, ler, fazer teatro ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
140. Transmitir valores/tradições religiosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

141. Agora escreva uma frase ou palavra sobre como na sua família se tenta manter e incentivar o bem-estar mental. Escreva uma frase ou alguma palavra que lhe venha à cabeça a este respeito

PARTE 3: BEM-ESTAR

Como é o seu filho/a? Como ele/a se sente? Responda às seguintes questões assegurando que as suas respostas correspondem ao seu filho/a que também está a responder a pesquisa. Tente recordar as experiências do seu filho/a na última semana

K. Primeiro pedimos que indique o seguinte:

142.

Mãe Madrasta/Companheira do Pai

Pai Padrasto/Companheiro da Mãe

Outro Quem? _____

143. _____ anos _____ meses

144. feminino masculino

145. _____ centímetros

146. _____ quilos

L. Saúde e Movimento

147. excelente muito boa boa má muito má

Nada pouco moderadamente muito total mente

148. O seu filho/a se sentiu bem?

149. O seu filho/a esteve fisicamente ativo/a (ex.: caminhou, brincou, praticou esporte)?

150. O seu filho/a teve bom desempenho nas atividades físicas?

Nunca raramente algumas vezes frequentemente sempre

151. O seu filho/a se sentiu cheio de energia?

M. Sentimentos e Estados de Humor Geral

Pense na última semana

	Nada	pouco	moderadamente	muito	total mente
152. O seu filho/a se sentiu satisfeito/a com a sua própria vida?	<input type="radio"/>				

Pense na última semana

	Nunca	rara mente	algumas vezes	frequentemente	sempre
153. O seu filho/a esteve de bom humor?	<input type="radio"/>				
154. O seu filho/a se divertiu?	<input type="radio"/>				
155. O seu filho/a se sentiu triste?	<input type="radio"/>				
156. O seu filho/a se sentiu tão mal que não quis fazer nada?	<input type="radio"/>				
157. O seu filho/a se sentiu sozinho/a?	<input type="radio"/>				
158. O seu filho/a se sentiu feliz com a sua própria forma de ser?	<input type="radio"/>				

N. Família e Tempo Livre

Pense na última semana

	Nunca	rara mente	algumas vezes	frequentemente	sempre
159. O seu filho/a teve tempo suficiente para si próprio/a?	<input type="radio"/>				
160. O seu filho/a tem conseguido fazer atividades que gosta de fazer no tempo livre?	<input type="radio"/>				
161. O seu filho/a sentiu que os pais tiveram tempo suficiente para ele/a?	<input type="radio"/>				
162. O seu filho/a sentiu que os pais o/a trataram com justiça?	<input type="radio"/>				
163. O seu filho/a foi capaz de falar com os pais quando quis?	<input type="radio"/>				
164. O seu filho/a teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os amigos?	<input type="radio"/>				
165. O seu filho/a teve dinheiro suficiente para as suas próprias despesas?	<input type="radio"/>				

O. Amigos

Pense na última semana

	Nunca	rara mente	algumas vezes	frequentemente	sempre
166. O seu filho/a passou tempo com os amigos?	<input type="radio"/>				
167. O seu filho/a se divertiu com os amigos?	<input type="radio"/>				
168. O seu filho/a e os amigos se ajudam uns aos outros?	<input type="radio"/>				
169. O seu filho/a foi capaz de confiar nos amigos?	<input type="radio"/>				

P. Ambiente Escolar e Aprendizagem

Pense na última semana

	Nada	pouco	moderadamente	muito	total mente
170. O seu filho/a se sentiu feliz na escola?	<input type="radio"/>				
171. O seu filho/a foi bom aluno/a na escola?	<input type="radio"/>				

Pense na última semana

	nunca	rara Mente	algumas vezes	frequentemente	sempre
172. O seu filho/a se sentiu capaz de prestar atenção?	<input type="radio"/>				
173. O seu filho/a teve uma boa relação com os professores	<input type="radio"/>				

PARTE 4: CONDIÇÕES DE VIDA

174. Qual é a sua: Profissão _____ Qual é o seu: Cargo _____ Qual é a sua: Renda familiar _____

175. Qual é a sua escolaridade?
 Fundamental completo Fundamental incompleto
 Médio Completo Médio Incompleto
 Superior Completo Superior Incompleto

176. Qual sua raca/etnia?
 branca parda negra Outra _____

ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

Nome da Escola: _____ Data da Entrevista: _____

Nome do Entrevistado: _____

Entrevistador: _____

I. Sobre o Adolescente

Identificação: _____ Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____ Aniversário: __/__/__ Raça: _____

Série/ciclo: _____

Quem é o cuidador principal/responsável: _____

II. DADOS SOBRE A FAMÍLIA

NOME	PARENTESCO	MORA JUNTO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/TRABALHO

Constituição da Família: (renda, doenças, ausências, com quem tem contato, etc.)

O que o adolescente faz durante os dias da semana? Atividades preferidas, trabalho.

O que o adolescente faz nos finais de semana? Com quem? Onde?

Como está o adolescente na escola (frequência, desempenho, comportamento, repetência, abandono, expulsão)?

Quando se machuca ou fica doente quem cuida do adolescente, que lugar solicita auxílio?

Como é o seu adolescente? Como você o descreveria? (Explore bem esta pergunta)

- Aspectos positivos: O que ele tem de bom?
- Aspectos negativos: O que ele tem de ruim?
- Como ele se relaciona com os outros? Tem amigos?
- Quando ele se comporta bem, vai bem na escola, é afetuoso, o que você faz?
- Quando ele é contrariado, não se comporta bem, vai mal na escola, o que você faz?

O adolescente está passando ou já passou por algum tipo de acompanhamento (psicológico, médico, medicamentoso)? De que tipo? Quando? Atualmente faz uso de alguma medicação?

Relate alguma coisa boa que tenha ocorrido **com a família**. Alguma coisa ruim (negativa)

Você gostaria de acrescentar algo que não tenha sido perguntado? Tem alguma dúvida?

Comentários Adicionais do Entrevistador

ELABORAÇÃO DO GENOGRAMA FAMILIAR

ANEXO D - TERMO DE CONCORDÂNCIA PARA A INSTITUIÇÃO

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo investigar o tema saúde mental na perspectiva dos adolescentes e seus cuidadores. Tal estudo prevê a participação de adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 12 a 17 anos, e que freqüentem regularmente a escola, e seus respectivos pais. Para tanto solicitamos autorização para realizar este estudo nesta instituição. A coleta de dados deverá envolver a aplicação de questionários individuais durante o horário escolar dos jovens. As entrevistas e questionários com os pais serão aplicados individualmente em horário marcado e ocorrerá em espaço fornecido pela instituição ou em visita domiciliar. Caso necessário, será tirada fotos do contexto e comunidade a fim de registrar essa realidade social.

Os adolescentes e os pais participantes do estudo serão claramente informados de que sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento, tanto os participantes quanto Instituição poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados ao estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes bem como das instituições envolvidas mesmo com a divulgação dos resultados. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores no Instituto de Psicologia e após 5 anos será destruído. Dados individuais dos participantes coletados na pesquisa não serão informados às instituições envolvidas ou aos familiares. Haverá devolução dos resultados, de forma coletiva, para as instituições e participantes. Caso necessário, será assegurado acompanhamento psicológico para os participantes.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para a melhoria da saúde mental dos adolescentes e favorecer a elaboração de intervenções na comunidade que esclareçam e desmistifiquem o tema favorecendo a melhoria da atenção à saúde desta população. Agradecemos a colaboração dos participantes e das instituições envolvidas para a realização desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais. A pesquisadora responsável por esta pesquisa é a psicóloga Camila de Aquino Morais sob supervisão da Prof^a Dra. Sílvia Helena Koller, do Curso de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia, UFRGS. Caso queiram contactar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone [51 33085150](tel:5133085150) / [81984868](tel:81984868) ou pelo email: camilasmorais@yahoo.com.br.

Camila de Aquino Morais – CRP 11/3272

Profa. Dra. Sílvia Helena Koller

Concordamos que adolescentes desta instituição participem do presente estudo.

Responsável pela Instituição

Data ____/____/____

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado cuidador ou adolescente:

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo investigar o tema saúde mental na perspectiva dos adolescentes e seus cuidadores. Tal estudo prevê a participação de adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 12 a 17 anos, e que freqüentem regularmente a escola, e seus respectivos pais. Para tanto solicitamos sua adesão e autorização para participar da realização deste estudo. A coleta de dados deverá envolver a aplicação de questionários individuais durante o horário escolar dos jovens. As entrevistas e questionários com os pais serão aplicados individualmente em horário marcado e ocorrerá em espaço fornecido pela instituição ou em visita domiciliar. Caso necessário, será tirada fotos do contexto e comunidade a fim de registrar essa realidade social.

Aos adolescentes e os pais participantes, ressaltamos que sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa do estudo, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento, tanto os participantes quanto Instituição Escolar poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados ao estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes bem como das instituições envolvidas mesmo com a divulgação dos resultados. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores no Instituto de Psicologia e após 5 anos será destruído. Dados individuais dos participantes coletados na pesquisa não serão informados às instituições envolvidas ou aos familiares. Haverá devolução dos resultados, de forma coletiva, para as instituições e participantes. Caso necessário, será assegurado acompanhamento psicológico para os participantes.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para a melhoria da saúde mental dos adolescentes e favorecer a elaboração de intervenções na comunidade que esclareçam e desmistifiquem o tema favorecendo a melhoria da atenção à saúde desta população. Agradecemos a colaboração dos participantes e das instituições envolvidas para a realização desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais. A pesquisadora responsável por esta pesquisa é a psicóloga Camila de Aquino Moraes sob supervisão da Prof^a Dra. Sílvia Helena Koller, do Curso de Pós -graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia, UFRGS. Caso queiram contactar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 51 33085150 / 81984868 ou pelo email: camilasmorais@yahoo.com.br.

Camila de Aquino Moraes – CRP 11/3272

Profa. Dra. Sílvia Helena Koller

Concordo em participar e contribuir com o presente estudo.

Data ____/____/____

Responsável (cuidador ou adolescente)

ANEXO F – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ENVIADO POR:UCB(CRPGP)

NO. TEL:33474797

19 SET. 2007 17:04 P1

**Universidade Católica de Brasília - UCB
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP**

Brasília, 17 de outubro de 2006

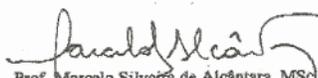
Ofício CEP/UCB Nº 86 /2006

Prezados senhores,

É com satisfação que informamos formalmente a V.Sas. que o projeto "Acesso ao serviço de saúde pública: concepções de saúde mental e percepção dos serviços na perspectiva de crianças, adolescentes e suas famílias" foi aprovado por este CEP em sua 57ª Reunião, realizada em 17 de outubro do corrente ano, podendo, portanto, ter a sua fase de coleta de dados iniciada. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este CEP um relatório sucinto sobre o andamento da presente pesquisa.

Esperando poder servi-los em outra ocasião, apresentamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Prof. Marcelo Silveira de Alcântara, MSc
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - UCB

Ilmos Srs.

Deise Matos do Amparo, Afonso Ceiso Tanus Galvão, Carmen Jansen de Cárdenas, Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil e Paola Biasoli Alves.

Brasília - DF

NESTA