



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva – MSC

**IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
ADOLESCENTES: ESTUDO EM ESCOLA PÚBLICA DE
FORTALEZA(CE)**

Gabriela da Cunha Gomes

Fortaleza-CE

2015

GABRIELA DA CUNHA GOMES

**IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
ADOLESCENTES: ESTUDO EM ESCOLA PÚBLICA DE
FORTALEZA (CE)**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib.

Fortaleza-CE

2015

G633i

Gomes, Gabriela da Cunha.

Identificação de sintomas depressivos em adolescentes: estudo em escola pública de Fortaleza (CE) / Gabriela da Cunha Gomes. - 2015. 88 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2015.

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib.

1. Adolescente - Depressão. 2. Escolas públicas. 3. Promoção da saúde.

I. Catrib, Ana Maria Fontenelle. II. Título.

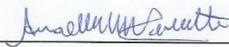
CDU 616.89-008.454-053.6

GABRIELA DA CUNHA GOMES

**IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES: ESTUDO
EM ESCOLA PÚBLICA DE FORTALEZA(CE)**

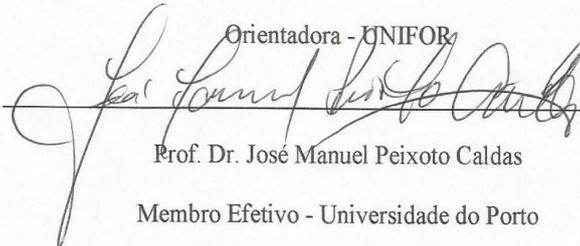
Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

BANCA EXAMINADORA



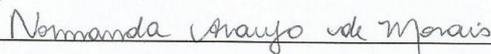
Profa. Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib

Orientadora - UNIFOR



Prof. Dr. José Manuel Peixoto Caldas

Membro Efetivo - Universidade do Porto



Profa. Dra. Normanda Araujo de Moraes

Membro Efetivo - UNIFOR

Aprovada em: ___ / ___ / _____

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Simone, pela oportunidade de crescimento e desenvolvimento a mim proporcionada.

Ao meu pai, Manoel, pelo cuidado e presença constante.

Aos meus irmãos Emanuela e Leonam, pelos momentos de alegria e apoio incondicional.

Ao mestre Yutaka Sakamoto, pela sabedoria.

Ao Daniel pela parceria.

Ao professor Walberto Silva dos Santos pelas contribuições gentilmente oferecidas.

À minha orientadora, Ana Maria Fontenelle Catrib, pela oportunidade de aprendizagem.

Aos professores, Normanda Araujo de Moraes e José Peixoto Caldas pelos ensinamentos e orientações.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pela concessão de bolsa de estudo.

RESUMO

A depressão é uma doença incapacitante que atinge crianças e adolescentes e que pode trazer sérios prejuízos ao desenvolvimento, como transtornos de ansiedade e ideação suicida. Os órgãos de saúde brasileiros alertam que a população adolescente geralmente é retratada como uma população saudável, não sendo dispensada a ela a atenção necessária. A partir desta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo identificar sintomas depressivos em adolescentes de 14 a 17 anos e sua distribuição por sexo e idade. Também foram identificadas as percepções que os adolescentes têm acerca dos contextos familiar e escolar. Para alcançar tal intento, escolheu-se uma escola pública participante de projeto de promoção da saúde na qual se aplicaram os seguintes instrumentos de pesquisa: Inventário de Depressão Infantil (CDI) em sua versão adaptada e Questionário Sociodemográfico. Concomitante à utilização destes, precedeu-se à análise psicométrica do Inventário de Depressão Infantil. Participaram da pesquisa 295 adolescentes. Destes 56,60% do sexo feminino e 43,40% do sexo masculino. Os resultados revelaram 11,20% dos participantes da pesquisa apresentando sintomas depressivos. No inerente ao sexo, evidenciou-se predomínio dos sintomas depressivos entre adolescentes do sexo feminino. Quanto à idade não se encontrou relação significativa. No tocante à análise fatorial realizada, identificou-se a presença de três fatores explicando 45,6% da variância total e obteve-se um Alfa de Cronbach de $\alpha = 0,89$. Consoante se concluiu, o percentual encontrado de 11,20% de sintomas depressivos em adolescentes é considerado elevado, uma vez que a escola participante do estudo integra programa de promoção da saúde. Como se percebeu, o fenômeno depressivo guarda relação com os contextos familiar e escolar dos adolescentes. Assim, é preciso reunir várias ferramentas de análise para melhor compreender o aparecimento destes sintomas. Provavelmente, instrumentos quantitativos aliados a ferramentas qualitativas podem melhor relacionar a depressão aos espaços de interação e desenvolvimento. No referente ao Inventário de Depressão Infantil, concluiu-se que este instrumento tem aceitáveis parâmetros psicométricos, sendo adequado para investigar sintomas depressivos em escolares. Por fim, se sugere a elaboração de cartilha educativa a fim de se trabalhar a depressão de forma didática, no contexto escolar. Esta iniciativa poderá beneficiar a comunidade ao passo que alerta acerca dos principais sintomas de depressão em adolescentes e seus riscos, ressaltando a importância dos ambientes familiar e escolar no que tange à saúde mental de adolescentes.

Palavras-Chave: sintomas depressivos; adolescentes; escola pública.

ABSTRACT

Depression is a disabling disease that affects children and adolescents and can bring serious damage to the development, such as anxiety disorders and suicidal ideas. Health Brazilian agencies warn that population of the adolescents often is portrayed as a healthy population, as a result, the responsible do not paid the required attention. From this perspective, this study aimed to identify depressive symptoms in adolescents aged 14 to 17 years and its distribution by sex and age. The adolescents perceptions about their family and school contexts, also have been identified. To achieve this purpose, we chose a public school that is a participant of the health promotion project and in which it was applied the following research tools: Inventory Child Depression (CDI) in its version adapted and sociodemographic questionnaire. Concomitant use of these, it was proceeded the psychometric analysis of the Children's Depression Inventory. The participants of the survey were 295 teenagers. Among these, 56.60% female and 43.40% male. The Results showed that 11.20% of participants present depressive symptoms. The sex inherent, it became clear the predominance of depressive symptoms among adolescent females. Regarding to age no relationship was found significant. Regarding to the factor analysis, we identified the presence of three factors explaining 45.6% of the total variance and obtained a Cronbach's alpha $\alpha = 0.89$. Depending concluded that the percentage found 11.20% of depression symptoms in adolescent is considered high, since the participating school of the study is part of the health promotion program. As it was perceived, the phenomenon depression is related to the family and school contexts of adolescents. Consequently, we need to gather various analysis tools to understand better the appearance of these symptoms. Probably quantitative tools combined with qualitative tools can better explain the relationship among the depression and the spaces of interaction and development. Regarding the Child Depression Inventory, it was concluded that this instrument has acceptable psychometric properties and is suitable to investigate depressive symptoms in schoolchildren. Finally, it suggests the development of educational booklet to work for depression in a didactic way, in the school context. This initiative can benefit the community while warning about the main depression symptoms in adolescents and its risks, highlighting the importance of the family and school environment regarding the mental health of adolescents.

Key-words: depressive symptoms; adolescents; public school.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes no CDI.....	48
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes quanto ao sexo.....	49
Gráfico 3 – Sexo dos participantes.....	50
Gráfico 4 – Idade dos participantes.....	50
Gráfico 5 – Série dos participantes.....	51
Gráfico 6 – Repetência dos participantes.....	51
Gráfico 7 – Curso técnico profissionalizante.....	52
Gráfico 8 – Cor da pele dos participantes.....	52
Gráfico 9 – Composição familiar.....	53
Gráfico 10 - Separação dos pais.....	53
Gráfico 11– Trabalho dos pais ou responsáveis.....	54
Gráfico 12 – Quem o participante procura quando está triste.....	54
Gráfico 13 – O que o participante faz para se divertir.....	55
Tabela 1 - Cargas Fatoriais dos itens do CDI após a rotação Varimax.....	43
Tabela 2 - Perfil geral dos participantes quanto às variáveis sexo, idade, série, repetência e curso técnico.....	46
Tabela 3 - Perfil geral dos participantes quanto às variáveis cor da pele, composição familiar, pais separados, pais que trabalham.....	47
Tabela 4 - Análise dos contextos familiar e escolar.....	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABDH - Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano

AFE - Análise Fatorial Exploratória

BDI - Inventário de Depressão de Beck

CDI - Inventário de Depressão Infantil

CDRS-R - Escala para a Avaliação da Depressão em Crianças – Revisada

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COÉTICA - Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EADC - Escala de Avaliação de Depressão para Crianças

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EEEPS - Escolas Estaduais de Educação Profissional

ISRS - Inibidores Seletivos de Receptação da Serotonina

JUNAEB - Junta Nacional de Auxílio Escolar e Bolsas

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDDE - Programa Dinheiro Direto na Escola

SEDUC - Secretaria da Educação do Estado do Ceará

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 SAÚDE DOS ADOLESCENTES	
1.1 Atenção dispensada à saúde dos adolescentes.....	17
1.2 Depressão em adolescentes.....	20
1.3 Política Nacional de Promoção da Saúde.....	23
1.3.1 Escola Estadual de Educação Profissional J. B.....	26
2 DESENVOLVIMENTO HUMANO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS	
2.1 Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano.....	29
2.2 Teorias da adolescência.....	32
3 METODOLOGIA	
3.1 Tipo e abordagem do estudo.....	36
3.2 Local da investigação.....	36
3.3 Participantes.....	36
3.4 Determinação do número da amostra.....	36
3.5 Análise dos dados.....	38
3.5.1 Procedimentos de análise dos dados.....	38
3.5.2 Escolha e análise dos instrumentos de coleta.....	38
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1 Análise Fatorial do Inventário de Depressão Infantil.....	43

4.2 Perfil dos participantes.....	46
4.2.1 Análise quanto às variáveis sexo, idade, série, repetência e curso técnico.....	46
4.2.2 Análise quanto às variáveis cor da pele, composição familiar, pais separados e pais que trabalham.....	47
4.2.3 Análise da pontuação do Inventário de Depressão Infantil.....	48
4.2.3.1 Análise e distribuição dos participantes quanto ao sexo.....	49
4.3 Análise sociodemográfica das respostas dos participantes com sintomas depressivos.....	50
4.4 Análise dos contextos familiar e escolar.....	55
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICE A.....	68
APÊNDICE B.....	72
APÊNDICE C.....	74
ANEXO A.....	81
ANEXO B.....	86

INTRODUÇÃO

Como evidenciado em pesquisas, a depressão é uma doença incapacitante e deverá ter um aumento significativo a partir da década de 2020. Diante deste panorama, o presente estudo teve como objetivo identificar sintomas depressivos em adolescentes e sua distribuição por sexo e idade.

Trata-se de uma doença que acomete crianças, adolescentes e adultos. De acordo com a literatura, “a depressão tem sido descrita tanto na criança como no adolescente desde meados do século XVII”. (ASSUMPCÃO Jr., 2000, p. 37).

A depressão não é um fenômeno recente. Por isso deve ser investigada com base no contexto histórico e social em que os adolescentes constroem suas experiências de vida.

Segundo observado nos informes do Ministério da Saúde a população adolescente está mais vulnerável à depressão e ao suicídio. Dessa forma, faz-se necessário investigar o surgimento da depressão entre pessoas neste estágio do ciclo vital.

Conforme definido por um dos conceitos mais utilizados pela comunidade científica a depressão pode “[...] designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s).” (DEL PORTO, 1999, p. 6, *online*). Como sintoma, a depressão pode se apresentar em diferentes quadros clínicos, como: transtorno de estresse pós-traumático, esquizofrenia, alcoolismo, entre outros, ou como consequência a situações estressantes ou em decorrência de conjunturas sociais e econômicas adversas (DEL PORTO, 1999, *online*).

Para empreender um estudo significativo acerca da depressão em adolescentes, deve-se fazer uma clara distinção entre a depressão na condição de estado e de traço, a fim de se poder distinguir a doença depressiva de outros estados de humor deprimido.

Com efeito, deve-se observar que “a sintomatologia depressiva difere de características do desenvolvimento normal da adolescência pela intensidade e pela frequência dos sintomas, assim como pelo prejuízo sociocupacional”. (SALOMA et al. 2009, p. 51). Logo, este trabalho pretende identificar a depressão na condição de traço, à medida que esta categoria decorre de uma regularidade de sintomas e não de um estado de humor esporádico que o adolescente possa vir a apresentar. A depressão também pode acarretar sério prejuízo

sociocupacional ao adolescente, à medida que há um comprometimento das interações sociais do sujeito em desenvolvimento.

É importante destacar que a depressão na condição de traço decorre de uma característica da pessoa em contexto. E que, por isso, os contextos de transição familiar e escolar dos adolescentes em desenvolvimento devem ser melhor explorados para compreensão desta problemática.

Dos desfechos da depressão, o mais trágico é o suicídio, e seu aumento tem sido evidenciado no Brasil, sobretudo entre as pessoas economicamente ativas. Por isso, tratar sintomas depressivos em adolescentes é uma medida imprescindível ao bem-estar e qualidade de vida destas pessoas.

Como consta na literatura médica especializada, o tratamento de transtornos afetivos em crianças e adolescentes considera o enfoque biopsicossocial, difundindo que o acompanhamento pela terapia (individual, familiar ou em grupo), bem como a utilização de medicamentos, orientação e planejamento educacional são imprescindíveis (SCIVOLETTO; TARELHO, 2002, *online*).

A medicina traçou o caminho nosológico para compreender a doença depressiva, suas causas e tratamento. Contudo, a ciência psicológica compreende a depressão para além dos sintomas manifestos.

Mediante as diferentes abordagens de identificação e tratamento da depressão, se faz necessário recorrer a uma teoria do desenvolvimento humano que abranja os diversos fatores que influenciam a saúde e o adoecimento de adolescentes. Assim, a Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano (ABDH) inaugura uma nova forma de abordar os processos de desenvolvimento e constitui-se como uma referência norteadora para se compreender os microssistemas familiar e escolar.

Em sua obra, Urie Bronfenbrenner propõe um modelo sistêmico do desenvolvimento humano. Segundo explicita, o desenvolvimento perpassa por quatro núcleos denominados processo-contexto-pessoa-tempo. A partir da década de 1990 o autor refaz alguns conceitos e passa a considerar sua teoria um paradigma.

Referida teoria é amplamente utilizada em estudos com adolescentes em situação de vulnerabilidade social e tem contribuído para a elaboração de políticas públicas voltadas para

o contexto escolar. Foi utilizada, inclusive, para a elaboração de um manual de capacitação para educadores, com temas em direitos humanos, prevenção à violência contra crianças e adolescentes e mediação de conflitos (POLETTI; SOUZA; KOLLER, 2013, *online*).

Enfatiza-se, porém: não se trata aqui de realizar um estudo ecológico, na perspectiva da abordagem bioecológica, pois se realizou um estudo quantitativo em que percepções dos contextos escolar e familiar foram identificadas. Isto porque que a depressão é um fenômeno multideterminado e é necessário abordar a importância e influência dos *contextos* de transição (familiar e escolar) para os adolescentes com sintomas depressivos.

A alusão aos ambientes familiar e escolar é crucial para se entender como os adolescentes percebem e interagem em seus espaços de convivência. Na apreensão de características pessoais, familiares e escolares, o contexto de vida dos adolescentes com sintomas depressivos pode ser melhor problematizado. Como mencionado, o objetivo deste trabalho foi identificar a presença de sintomas depressivos em escolares e sua distribuição por sexo e idade. Ressalta-se que também se buscou identificar a percepção dos adolescentes acerca dos contextos familiar e escolar.

Nos últimos anos a rede escolar brasileira tem sido alvo de programas educativos e ações de saúde destinados a potencializar os sujeitos em formação, integrando conhecimentos e estimulando a qualidade de vida. Uma política em destaque no cenário escolar é a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Esta política configura-se como uma estratégia de produção de saúde que trabalha mediante articulação com as demais políticas e tecnologias existentes no sistema de saúde do Brasil, elaborando ações voltadas a responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010a, *online*).

A Política Nacional de Promoção da Saúde se constrói em meio a uma mudança de paradigma no campo da saúde, pois emerge uma pressão social e internacional na qual o modelo biomédico centrado na doença não responde ao complexo processo de saúde e adoecimento das populações. Por isso, faz-se preciso uma nova forma de abordar os modos e processos de vida das pessoas, com vistas a alcançar os aspectos que influenciam a saúde e a doença, determinando-os.

Tal política tem sobressaído no cenário nacional de tal forma que várias experiências de promoção da saúde foram empreendidas em escolas brasileiras e documentadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2006.

As propostas das escolas promotoras de saúde brasileiras tinham como foco respeitar os contextos sociais e históricos, as práticas cotidianas, as características locais e regionais e valorizar a importância da participação da comunidade na construção de ações de saúde. Para tanto, foram idealizadas práticas de educação e saúde abrangendo a integralidade do processo por meio de metodologias participativas que preconizassem a construção de um espaço escolar saudável (SILVA; DELORME, 2006, *online*).

Com base na análise destas experiências, se reconhece ter havido esforço e avanço considerável no tocante ao diagnóstico da situação de saúde de escolares, no estabelecimento de parcerias institucionais e na construção de propostas relevantes para o desenvolvimento social das comunidades.

No entanto, as iniciativas empreendidas nas escolas foram pontuais e urge que a promoção da saúde seja prática cotidiana na comunidade escolar. Conforme se compreende, a promoção da saúde na escola desenvolve o empoderamento do sujeito, ou seja, a consciência e a disposição necessárias à manutenção e ao desenvolvimento da própria saúde. Contudo, ainda se aguardam novas orientações com resultados da continuidade destas experiências, que permitam a identificação de indicadores da efetividade da Política Nacional de Promoção da Saúde na Escola.

Tendo em vista ser a promoção da saúde uma iniciativa importante ao desenvolvimento de escolares, optou-se para a realização do presente estudo por uma escola estadual de educação profissional que participa de projeto de promoção da saúde na escola, vinculada ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Mediante esta parceria, esta escola tem desenvolvido e consolidado diversas ações de saúde/educação, destacando-se no trabalho de promoção da saúde.

A escola de educação profissional possui uma proposta diferenciada de ensino, a qual consiste na escolha de um curso profissional associado ao ensino médio. Esta recente iniciativa governamental remete à escola pública a responsabilidade pela formação básica e profissional dos seus alunos e atribui à comunidade local a escolha e a distribuição de cursos técnicos oferecidos pela escola. Sua proposta de ensino atende à Lei de Diretrizes e Bases da

Educação Nacional 9.394/96, à medida que integra a educação profissional à sua proposta de formação (BRASIL, 1996).

Mencionada escola se localiza no Bairro Messejana, integrante da Regional VI.¹ Recentemente este bairro foi classificado com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito baixo (0,000 0,0499),² o que revela uma segregação socioespacial muito forte de acordo com Borzacchiello da Silva (NA CAPITAL...2015, p. 9).

Por conseguinte, esta pesquisa, de natureza exploratória, seguiu as diretrizes e procedimentos da abordagem quantitativa (MARCONI; LAKATOS, 1990). Complementarmente, efetuou-se análise psicométrica do Inventário de Depressão Infantil.

Para a realização do presente estudo utilizaram-se dois instrumentos de pesquisa: o Inventário de Depressão Infantil em sua versão adaptada por Gouveia et al. (1995) e um Questionário Sociodemográfico.

Na análise dos dados empregou-se o Software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.0 para Windows, com vistas a alcançar uma interpretação global e minuciosa dos resultados. Mais informações foram disponibilizadas na metodologia do estudo.

Para efeito didático, organizou-se o trabalho da seguinte maneira: após a introdução, no capítulo 1 intitulado Saúde dos Adolescentes apresentam-se os documentos do Ministério da Saúde pertinentes à saúde dos adolescentes, discorrendo sobre o risco de suicídio entre as pessoas mais jovens e acerca da política de promoção da saúde na escola. O capítulo 2 intitulado Desenvolvimento Humano: contribuições teóricas, discutiu a importância da Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano, bem como as teorias da adolescência. No capítulo 3, tratou-se da metodologia em que foram expostas as análises decorrentes do Inventário de Depressão Infantil e do Questionário Sociodemográfico. Em seguida, no capítulo 4, apresentaram-se os resultados e discussão e, por fim, a conclusão.

¹ A cidade de Fortaleza organiza-se administrativamente em sete regionais (I, II, III, IV, V, VI, Centro) (CEARÁ, 2015a, *online*).

² Os índices do IDH na capital dividiram-se em: muito alto (0,800 – 1,000); alto (0,700 – 0,799); médio (0,600 – 0,699); baixo (0,500 – 0,599) e muito baixo (0,000 – 0,0499).

1 SAÚDE DOS ADOLESCENTES

Por si só, a saúde dos adolescentes representa um desafio aos profissionais de saúde, pois os comportamentos, atitudes e estilo de vida destes sujeitos repercutem significativamente em seu desenvolvimento. Muitas iniciativas têm sido empreendidas na tentativa de uma prestação de serviços de saúde que atendam de forma competente e eficaz a população adolescente, privilegiando estes sujeitos conforme suas reais necessidades. Assim, pretendeu-se, com base em exame minucioso de documentos e livros voltados ao aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores da saúde, avaliar os princípios e estratégias que os serviços e programas de saúde têm dispensado ao atendimento deste público.

1.1 Atenção dispensada à saúde dos adolescentes

No Brasil, a adolescência compreende o período dos 12 anos até os 18 anos e de acordo com o Art.7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), crianças e adolescentes “[...] têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. (BRASIL, 1990, p.1, *online*). O ECA constitui-se uma recente vitória cuja função é assegurar a vida e o bem-estar de crianças e adolescentes.

Uma das grandes iniciativas do governo é o Sistema Único de Saúde (SUS), que se alicerça em um conjunto de ações e serviços de saúde controlados pela gestão pública. “Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo.” (BRASIL, 2009a, p. 8, *online*).

Firmado pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, o SUS foi previsto na Constituição Federal de 1988. Cabe-lhe garantir os direitos de crianças e adolescentes visto que “assumiu responsabilidade sanitária para com crianças, adolescentes e suas famílias.” (BRASIL, 2014, p. 17, *online*).

Como revela uma divulgação importante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), há cerca de 21 milhões de adolescentes brasileiros entre 12 e 17 anos (UNICEF, BRASIL, 2015, *online*). Este dado evidencia que esforços cada vez maiores no campo da saúde devem ser empreendidos com vistas a garantir a qualidade de vida desta população. Para tanto, se faz imprescindível recorrer ao estado de saúde dos adolescentes para reconhecer os principais problemas por eles enfrentados.

Inicialmente, ressalta-se que adolescentes são considerados uma população especial para o Ministério da Saúde, tendo em vista que:

[...] os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e comportamentos que, em determinadas conjunturas, vulnerabilizam-nos e os conduzem por situações de violência e adoecimento. Riscos produzidos pelo contexto social e desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação (pobreza, falta de acesso à educação e baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição a diversas formas de violência) podem influenciar o gozo dos direitos e as oportunidades a que adolescentes e jovens brasileiros têm acesso. (BRASIL, 2014, p. 18, *online*).

Ao refletir sobre a *saúde* de adolescentes, nos dias atuais, percebe-se uma preocupação com este público acerca do seu desenvolvimento orgânico e sexual, tal como se verifica em *Cartilha de Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais* (BRASIL, 2009b, *online*); *Caderneta de Saúde da Adolescente* (BRASIL, 2010b, *online*); *Caderneta de Saúde do Adolescente* (BRASIL, 2012, *online*) e *Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde* (BRASIL, 2013a, *online*).

No livro dirigido aos profissionais de saúde sob o título *Saúde dos Adolescentes: Competências e Habilidades* (BRASIL, 2008, *online*), o Ministério da Saúde busca focar um modelo de atendimento clínico ao adolescente que priorize sua saúde integral. Referido documento reúne conteúdos teóricos pertinentes à dimensão bioética, ao crescimento/desenvolvimento de adolescentes, protagonismo juvenil e promoção da saúde, além de aspectos psicossociais. Entre estes destacam-se os transtornos psiquiátricos e o suicídio em jovens, bem como questões sobre sexualidade, gênero e saúde reprodutiva, dentre outros.

Na tentativa de melhor instrumentalizar os profissionais de saúde, o Ministério da Saúde evoca uma mudança de paradigma no atendimento prestado aos adolescentes. Tal perspectiva se consolida à medida que se prioriza um modelo de promoção de saúde. Este modelo tem como objetivo favorecer os meios necessários para que as pessoas possam melhorar e manter sua qualidade de vida. Mediante esta mudança de paradigma iniciada, o Ministério da Saúde pretende reconstruir uma proposta de atenção à saúde que contemple o adolescente de forma integral. Esta renovação no campo da saúde envolve a superação da relação profissional-usuário, considerando o adolescente como sujeito “[...] e não mais como mero objeto de investigação”. (BRASIL, 2008, p. 24, *online*).

Ainda acerca desta publicação, considera-se indispensável reconhecer a importância dos conteúdos teóricos que discorrem sobre os transtornos psiquiátricos, nomeadamente sobre a

depressão e suas consequências para o adolescente. Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p.143, *online*) afirma o seguinte: “A depressão, quando se inicia na adolescência, tem maior probabilidade a reincidências e quando não tratada adequadamente, tende ao curso crônico e arrastado, com desempenho acadêmico deficiente[...]”. O que pode ocasionar sérios prejuízos ao desenvolvimento de adolescentes.

Conforme esta preocupação com a saúde mental de adolescentes demonstra, o trabalho direcionado a este público requer mais envolvimento, participação e interação entre os profissionais de saúde, com vistas a integrar ações de saúde que acolham e favoreçam o adolescente, produzindo mudanças significativas no ciclo de vida destas pessoas.

Já em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p. 23, *online*) acerca da Atenção Psicossocial de Crianças e Adolescentes no SUS, observa-se uma atenção expressiva dispensada à saúde mental destes sujeitos. Portanto, é um grande avanço no atendimento a este público visto que “se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, [...]), não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo”.

No tocante ao atendimento prestado aos adolescentes, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p. 15, *online*) afirma que “há que se construir com os adolescentes, *pari passu*, ambientes de apoio e condições para escolhas e decisões voluntárias.” Esta iniciativa também implica o apoio familiar, dos profissionais de saúde e de outros setores para alcançar novas formas de abertura ao diálogo, propagação de informações e conhecimentos, dentre outros.

Com fundamentação nestas orientações do Ministério e consoante uma nova postura exigida dos profissionais que trabalham com o público adolescente, referido posicionamento é vital para o pleno alcance da reciprocidade das relações e para o compartilhamento de conhecimentos.

Um dado a merecer ênfase no campo da saúde dos adolescentes brasileiros é o alerta do Ministério da Saúde segundo o qual “adolescentes e jovens, por serem considerados pessoas saudáveis, *não têm a necessária atenção à saúde*, a não ser nas questões de saúde reprodutiva”. (BRASIL, 2010c, p.22, destacou-se, *online*). Tal constatação do Ministério reafirma a necessidade premente de estudos acerca da saúde mental de adolescentes, pois, como exposto em *Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b, p. 103, *online*), distúrbios de saúde mental são comuns em crianças e adolescentes e os problemas mais encontrados entre este público são: “ansiedade (5,2% –

6,2%), problemas de conduta/comportamento (4,4% – 7,0%), hiperatividade (1,5% – 2,7%) e depressão (1,0% – 1,6%)”.

Esta realidade enseja a discussão dos profissionais de saúde, porquanto os adolescentes são pessoas em pleno período de modificações biológicas, psicológicas e sociais significativas. Desta forma, tecidas as considerações sobre as ações dispensadas pelos órgãos do governo à saúde dos adolescentes por meio de Cartilhas e Cadernetas de Saúde, dentre outros documentos de referência, passa-se agora a discutir acerca da depressão em adolescentes.

1.2 Depressão em adolescentes

Para se compreender a depressão em adolescentes, é preciso se considerar alguns fatos históricos de interesse científico. O termo depressão começou a ser utilizado na década de 1680 para identificar uma condição de desânimo ou perda de interesse, sendo inserido no dicionário em 1750 por Samuel Johnson (SOUZA; LACERDA, 2013).

Como exposto em estudos de Souza e Lacerda (2013), a depressão emergiu da perda da importância das crenças mágicas e das superstições que rondavam os transtornos mentais. Portanto, a conceituação de depressão existente na atualidade tem sua origem no século XVII. Contudo, o estudo científico da doença depressiva que é considerado insuperável pela sua clareza e precisão foi realizado por Emil Kraepelin em 1890 (DEL PORTO, 2000).

Como se percebe, a depressão não é um fenômeno novo à humanidade. Seu percurso social e científico é tema de discussão desde 1680 até os dias atuais. Para se compreender, porém, como a depressão tem sido tratada pelos órgãos de saúde brasileiros, deve-se mencionar a conceituação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, *online*) segundo a qual o diagnóstico de depressão deve incluir a presença de alguns sintomas por mais de duas semanas, como tristeza, anedonia (perda de prazer), irritabilidade, desesperança, sentir-se cansado, ansioso, ter pensamentos de morte e suicídio, dentre outros. E que a depressão pode se classificar como: leve, moderada e grave.

No tratamento da depressão leve recomenda-se, preferencialmente, o acompanhamento por psicoterapia e não pela utilização de antidepressivos; já na depressão moderada e grave os antidepressivos são indicados associados à psicoterapia (BRASIL, 2006a, *online*).

Ao mencionarem o tratamento farmacológico da depressão para crianças e adolescentes, Scivoletto e Tarelho (2002, p.556, *online*) afirmam que os principais medicamentos utilizados “são os antidepressivos inibidores seletivos de recombinação da serotonina (ISRS): fluoxetina, sertralina e paroxetina”. Os autores também consideram relevante avaliar os efeitos colaterais, perfil de segurança e toxicidade das medicações.

A depressão é uma doença que preocupa as organizações de saúde globais, tendo em conta sua gradativa expansão na população mundial. Como prevê a WHO (2001, p. 69, *online*) “a depressão é uma perturbação mental comum que gera um ônus de doença muito elevado e deverá mostrar uma tendência ascendente nos próximos 20 anos”.

Um desfecho frequente ao transtorno depressivo é o suicídio. Segundo a *World Health Organization* (2014, p. 11, *online*, tradução nossa), “os jovens estão entre os mais afetados, o suicídio é agora a segunda principal causa de morte entre as idades de 15-29 anos a nível mundial.” De acordo com a referida organização, o suicídio pode ser prevenido por meio de análise da situação vivida em cada país e observação de lacunas existentes nos serviços de saúde para o devido mapeamento do suicídio (WHO, 2014, *online*).

Como afirmam estudos de Thapar e colaboradores (2012, *online*), promovidos pelo *Department of Psychological Medicine and Neurology of Cardiff University*, a depressão na adolescência prevê uma gama de transtornos de saúde mental na vida adulta, especialmente distúrbios de ansiedade, distúrbios relacionados a substâncias, transtorno bipolar, bem como comportamentos suicidas.

Um dado alarmante observado no contexto brasileiro diz respeito ao número de suicídios encontrados no país. De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, o número total de suicídios teve aumento significativo no Brasil, pois passou de 6.743 para 10.321 entre 1996-2012. Portanto, uma média de 28 mortes diárias (DATASUS, 2012, *online*).

Em razão do suicídio ter se tornado um problema de saúde pública no Brasil, o Ministério da Saúde publicou o *Manual de Prevenção do Suicídio*. Conforme este documento elenca, os principais fatores de risco para o suicídio são história de tentativa para o suicídio e transtorno mental. Dentre os transtornos mentais, destaca-se a depressão (transtornos de humor). (BRASIL, 2006a, *online*). Outras publicações confirmam a problemática, pois “ao ano, quase um milhão de pessoas morrem em decorrência de suicídio. No Brasil, são

registradas 10 mil mortes por ano, com uma taxa de 4,8 a cada 100 mil habitantes, em 2008.” (FIOCRUZ, 2014, *online*).

Por meio de informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no tocante ao número de mortes relacionadas à depressão, houve um crescimento de 705% no Brasil em dezesseis anos (1996-2012) (DATASUS, 2012, *online*).

Consoante refere um dado que confirma a relação entre o suicídio e as pessoas mais jovens apontado pela OMS, “[...] em todo o mundo, o suicídio é um das três principais causas de morte entre os economicamente mais produtivos na faixa etária (15-44 anos) e a segunda principal causa de morte no grupo de idade de (15-19) anos” (WHO, 2012, p.4 *online*, tradução nossa).

Como se percebe com base nas contribuições dos órgãos de fomento à saúde, a população adolescente está mais vulnerável à depressão e ao suicídio. Dessa forma faz-se necessário investigar o aparecimento da depressão entre pessoas neste estágio do ciclo vital.

Para compreender o fenômeno depressivo em adolescentes brasileiros é importante destacar a prevalência desta doença e sua distribuição entre os sexos. Conforme consta em pesquisa de Bahls (2002a, p. 2, *online*), “a prevalência de depressão maior em adolescentes, segundo artigos de revisão, varia de 0,4% a 10,0% com claro predomínio das meninas sobre os meninos”. Referido autor também comenta que a depressão tem aumento significativo durante a adolescência (BAHLS, 2002a, *online*). Evidencia-se, pois, um problema de saúde mental que merece a atenção dos órgãos de saúde e da comunidade científica.

Além de toda a problemática já manifestada, Dell’Aglia e Hutz (2004, p.352, *online*) afirmam com base nos trabalhos de Carson e Bittner (1994), que experiências estressantes relacionadas ao ambiente escolar, como período de provas, competições, conflitos com colegas ou professores, podem suscitar episódios depressivos.

Com base nos estudos anteriores que confirmam a presença da depressão entre adolescentes, inúmeras pesquisas com este público têm sido empreendidas no espaço escolar. Esta iniciativa promove questionamentos acerca do papel da escola, da influência dos estratos sociais e das condições familiares de adolescentes com depressão.

Nesse sentido, é importante ressaltar que em pesquisa de Avanci, Pesce e Assis (2008, *online*) com alunos de 11 a 19 anos de rede pública e privada de ensino do Rio de Janeiro, 10% dos adolescentes apresentaram sintomatologia depressiva, destacando-se as meninas

(13%). No entanto, não foi possível constatar diferenciação da ocorrência dessa sintomatologia de acordo com o estrato social.

1.3 Política Nacional de Promoção da Saúde

As mudanças ocorridas no campo da saúde nas últimas décadas sinalizam a preocupação de governos, sociedade e comunidade científica na busca pelo conhecimento pertinente às verdadeiras condições de vida das pessoas.

De acordo com Campos, Barros e Castro (2004, p.746, *online*), “a promoção da saúde é um campo teórico prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política [...]”

Em meio a efervescências teóricas, a *promoção da saúde* surge como um campo interdisciplinar,³ envolvendo diversos setores e redes de produção de saúde, incluindo o desenvolvimento do empoderamento dos sujeitos, com vistas à apropriação de sua saúde.

Como divulgado, o paradigma promocional contribui com a seguinte assertiva sobre a saúde a “a saúde é uma produção social de determinação múltipla e complexa, que exige a participação ativa de todos os sujeitos, envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário, etc.” (BRASIL, 2006b, p.15, *online*).

Neste movimento de redefinição da saúde e de seus modelos, a Promoção da Saúde se afirma como campo de saber e prática interdisciplinar nos contextos internacionais, por meio de seus documentos norteadores, conhecidas como Cartas de Promoção da Saúde. Estas, são marcos históricos que orientam o contexto de surgimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b, *online*). Tais documentos explicitam ações e posicionamentos, bem como reafirmam a necessidade e urgência da promoção estratégica da saúde, demandando-se, por conseguinte, sua incorporação ao cenário social brasileiro.

As Cartas de Promoção da Saúde⁴ expressam princípios, objetivos e pressupostos fundamentais que reivindicam mudanças no cenário mundial.

³ A Promoção da Saúde é “[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.” (BRASIL, 2006b, p. 15, *online*).

Estes documentos representam a construção de propostas e estratégias necessárias ao compromisso da Promoção da Saúde com a qualidade de vida e bem-estar da população mundial.

Nessa perspectiva, de acordo com o Sistema Único de Saúde, a estratégia de promoção da saúde se torna medida indispensável a acompanhar o processo saúde-adoecimento, tais como a violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, acesso à educação, fome, dentre outros (BRASIL, 2006b, *online*).

A inserção da promoção da saúde no campo educacional contempla a necessidade de revitalização e desenvolvimento do espaço educativo. Referida iniciativa encontra na escola local propício à sua investidura. Com efeito, deve-se mencionar que a Promoção da Saúde na Escola se situa como uma prioridade para a Organização Pan-Americana da Saúde, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde.⁵ O percurso desta estratégia advém da urgência de integração dos campos da saúde e da educação, a fim de contribuir para a qualidade de vida de pessoas e comunidades.

É no contexto educacional que a saúde vislumbra novas formas de interação com a população escolar. Tal ação, além de responder a uma demanda social, também veio a contemporizar as discussões promovidas na década de 1980 pelos agentes educacionais em face do setor saúde, ao referir que a escola era utilizada pela saúde para seus fins e não como uma aliada.

Como observado, as estatísticas de adoecimento e morte não representam a verdadeira situação de saúde de crianças e adolescentes do país. Como observa Cerqueira (2006, p.36, *online*), “grande parte de escolares vive em ambientes nocivos para sua saúde, em situações de exclusão social, e está continuamente ameaçada pelas chamadas morbidades sociais, como as causas externas, que incluem situações de maus-tratos, [...]”.

No ano de 1993, segundo esta mesma fonte, após intensas reuniões em países como a Argentina e Costa Rica, novos estudos foram realizados por integrantes das áreas da saúde e educação e cerca de dezesseis países manifestaram interesse pela transformação do modelo de saúde escolar.

⁴ Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sandsvall; Declaração de Jacarta; Declaração do México; Declaração de Santafé de Bogotá e Rede de Megapaíses (BRASIL, 2002, *online*).

⁵ O conteúdo histórico e informacional construído nesta sessão foi elaborado com base nos estudos de Cerqueira (BRASIL, 2006, p. 33-40, *online*).

Em 1994, conforme os resultados de pesquisas apuraram, a maioria dos países precisava modificar os acordos e parcerias com o Ministério da Saúde e da Educação, para implementar um modelo com maior abrangência participativa e integral de saúde escolar.

Com a finalização das pesquisas com representantes da saúde e da educação de vários países, muitos elementos foram considerados pertinentes para uma proposta adequada de escolas promotoras de saúde. A propositura advinda das escolas foi expressa na reunião de saúde escolar com o apoio da Junta Nacional de Auxílio Escolar e Bolsas (JUNAEB), realizada em Santiago do Chile, no ano de 1995.⁶

Ainda segundo Cerqueira (2006, *online*), esta reunião também contribuiu para a implantação da iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde e da Oficina da Organização Mundial da Saúde da Europa. O desfecho das análises e discussões acerca dessa proposta culminou na construção do Modelo de Escolas Promotoras de Saúde, bem como de um Guia para a Ação. Nesse cenário de profundas transformações no campo da saúde e educação foi criada em 1996, na cidade de San José (Costa Rica), a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde.⁷

O registro das experiências de promoção da saúde na escola decorre de uma iniciativa de documentar os avanços desta estratégia, visando o intercâmbio de ideias, troca de experiências e a consolidação da política de promoção da saúde. Para tanto, cabe ressaltar, em especial, o trabalho realizado em quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, São Paulo, Tocantins e Ceará), que constituíram referências para a construção do documento *Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil*, do Ministério da Saúde em 2006.

A Política Nacional de Promoção da Saúde e as práticas promotoras de saúde na escola não só refletem uma mudança nos conceitos e práticas de saúde, mas também solicitam o espaço público escolar como lócus de trabalho e de intervenção. Esta iniciativa conquista o espaço educativo na tentativa de evocar a qualidade de vida das pessoas.

Nesse âmbito, conforme se entende, as práticas promotoras de saúde na escola podem beneficiar adolescentes com sintomas depressivos. Isto porque tais práticas se destinam não só

⁶ Participaram desta reunião cerca de onze países (Argentina, Brasil, Bolívia, Cuba, Costa Rica, México, Colômbia, Equador, Panamá, El Salvador e Chile), dentre outros (BRASIL, 2006c, *online*).

⁷ Esta rede contou com o auxílio e engajamento de outros quatorze países. Neste encontro, o Modelo e o Guia para a Ação foram abordados a partir dos insumos de todos os países, que examinaram o documento com o apoio do consultor de promoção da saúde das oficinas da OPAS em cada território. É importante mencionar que todas as ideias e recomendações oferecidas foram consideradas, de forma a elaborar-se um projeto arrojado de Escolas Promotoras de Saúde (BRASIL, 2006c, *online*).

ao reconhecimento e prevenção da doença, mas também à construção de ações que envolvam o adolescente, seu ambiente escolar e familiar no enfrentamento desta doença.

A seguir, se apresentará a escola selecionada para o presente estudo, ressaltando-se sua proposta educativa e o projeto de promoção da saúde do qual esta participa.

1.3.1 Escola Estadual de Educação Profissional J. B

O advento das escolas profissionais no estado do Ceará constitui uma das principais políticas públicas de educação dispensada à comunidade. As Escolas Estaduais de Educação Profissional (EEEPs) foram implementadas no Ceará em 2008 e sua proposta é construir um novo modelo de educação. Em 2015 se contabilizam 111 escolas, distribuídas em 82 municípios. Mediante integração do ensino profissionalizante com o ensino médio, as EEEPs objetivam oferecer um ensino de qualidade em tempo integral que oportunize a entrada de alunos no mercado de trabalho (CEARÁ, 2015b, *online*).

A Escola J.B dispõe de 1º, 2º, e 3º ano do ensino médio e oferta cinco cursos profissionalizantes: Finanças, Enfermagem, Transações Imobiliárias, Estética e Informática. Nela estudam 359 alunos. Enquanto o período da manhã é destinado ao ensino básico (7:00 às 12:00), o da tarde (13:00 às 17:00) é voltado para os cursos técnicos.

Os estágios integram a grade curricular, e sua carga horária é contabilizada para diplomação ao final do 3º ano. Divididos em obrigatório e não obrigatório, o obrigatório não dá direito à bolsa, estando a critério da Secretaria da Educação (SEDUC). Por sua vez, o estágio supervisionado é integrado ao currículo do curso. Ademais a escola participa do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE)⁸ e de Projeto de Professor Diretor de Turma.⁹

A escola também participa de projeto de pesquisa de Promoção da Saúde na Escola desde 2005 até os dias atuais. Seu objetivo é promover atividades educativas em saúde direcionadas à comunidade acadêmica e escolar; implementar projetos multidisciplinares visando o desenvolvimento integral dos envolvidos e estimular a formação de sujeitos ativos na construção de ambientes educacionais saudáveis.

⁸ Consiste na assistência financeira às escolas públicas da educação básica das redes estaduais, municipais e do Distrito Federal. O objetivo desses recursos é a melhoria da estrutura física e pedagógica e o reforço da autogestão.

⁹ Neste projeto o professor diretor tem cinco horas de redução da componente letiva, destinadas ao acompanhamento da turma escolhida, o que inclui: atendimento de pais, dossiê da turma, encontro com grupo de alunos e orientação de estudos. O objetivo deste projeto é de que o professor diretor seja o elo de integração dos alunos com a escola, acompanhando o rendimento escolar dos alunos e caracterizando a turma para que se possam traçar estratégias de ensino-aprendizagem.

Com fundamento em temáticas que envolvem os campos de atuação da enfermagem, nutrição, odontologia, fisioterapia, educação e psicologia são desenvolvidas ações em saúde com e para a comunidade escolar. No ano de 2011, referido projeto foi contemplado com 32 bolsas de iniciação científica júnior do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no valor de R\$100,00 cada uma. A finalidade deste auxílio foi incentivar os alunos a desenvolverem trabalhos científicos e os apresentarem em eventos de iniciação.

Diante da importância do projeto de promoção da saúde na escola e de seus benefícios à comunidade escolar, considerou-se essencial averiguar a presença de sintomas depressivos em escolares.

2 DESENVOLVIMENTO HUMANO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

O homem contemporâneo guarda consigo medos, desejos, conflitos e necessidades que são tema de discussão da psicologia, medicina, bem como da filosofia. Como expressa o sofista grego Protágoras, o homem é a medida de todas as coisas. Este axioma remete ao fato de que cada homem tem uma percepção sobre as situações e objetos que se apresentam a ele. De fato, a percepção que o sujeito tem de si e do mundo repercute significativamente em suas atitudes, comportamentos e experiências de vida. Por isso, as ciências e a filosofia não esgotam seus questionamentos acerca da condição humana, mas estão sempre em busca do movimento de vir a ser.

De modo geral, o ser humano está em constante processo de mudança e seu potencial de vida é amplamente discutido. No intuito de alcançar a dimensão humana em sua completude, as ciências humanas e da saúde têm realizado diversos experimentos sistemáticos. Contudo, segundo se percebe, há uma fragmentação comum a estes discursos, o que impossibilita uma leitura coerente da realidade.

De acordo com este ponto de vista, para elaborar um estudo sobre adolescentes com sintomas depressivos é preciso se aproximar dos contextos de vida destes sujeitos, dentre outros fatores. Assim, se percebe que o estudo dos fenômenos do desenvolvimento humano requer, necessariamente, a utilização de modelos teóricos sistêmicos que privilegiem as inter-relações entre os diversos contextos (DESSEN; COSTA Jr, 2008).

Em sua análise, Dessen e Bisinoto (2014, p. 55) cooperam substancialmente para a compreensão de que “a visão de sistemas em desenvolvimento refere-se a um conjunto de abordagens para estudar o desenvolvimento que enfatizam a diversidade de padrões de mudança internos e externos ao indivíduo no decorrer do curso de vida”. Nesse sentido, segundo se entende, um ponto de vista sistêmico do processo de vida tem maior possibilidade de alcançar o complexo processo de desenvolvimento.

As autoras oferecem algumas características em comum às teorias dos sistemas em desenvolvimento, as quais envolvem mudanças sistemáticas, reorganização contínua, mudanças históricas e diversidade do desenvolvimento (DESSEN; BISINOTO, 2014).

Ao discorrerem acerca das principais teorias dos sistemas em desenvolvimento mencionadas autoras destacam as contribuições de Lerner (2002).¹⁰ Tais sistemas corroboram a teoria do desenvolvimento humano, ampliando o olhar sobre o fenômeno adolescente, trazendo marcantes reflexões para a percepção da adolescência, como a observância das mudanças temporais, históricas, familiares, contextuais e individuais (DESSEN; MACIEL, 2014).

2.1 Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano

Ao se avançar nas discussões, percebe-se a importância de se abordar uma visão contextualista da adolescência, porquanto os modelos de desenvolvimento passam a ser aperfeiçoados e, assim, requerem que as relações entre sujeito e ambiente sejam melhor exploradas.

Em consonância com esse novo paradigma, entende-se que a Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano (ABDH) de Urie Bronfenbrenner (1979) é uma abordagem sistêmica amplamente discutida na comunidade científica e tem revelado a necessária relevância dos contextos para o desenvolvimento humano.

A Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano decorre dos estudos de Urie Bronfenbrenner. Inicialmente, o autor elaborou um modelo ecológico de desenvolvimento com base na sua obra *A Ecologia do Desenvolvimento Humano*, em 1979-1996, vindo a amadurecer sua teoria e reformulá-la gradualmente. Seus estudos iniciais versavam “sobre a natureza e contribuições do desenvolvimento humano sobre o ambiente do que sobre o organismo em si.” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 138). Nesse passo, revê sua abordagem e reestrutura sua teoria mediante a articulação de quatro grandes núcleos inter-relacionados processo-pessoa-contexto-tempo para compreender o desenvolvimento humano.

O primeiro núcleo do desenvolvimento é denominado de processo. É importante ressaltar que este núcleo “abrange formas particulares de interação do organismo com o ambiente, chamadas de processos proximais, que operam ao longo do tempo e são situados

¹⁰ Para Lerner (2002) as principais teorias dos sistemas são: o Contextualismo em Desenvolvimento; Teoria do Desenvolvimento ao Longo da Vida; Teorias da Ação do Desenvolvimento Humano; Teoria do Curso de Vida; Teoria Bioecológica dos Processos de Desenvolvimento, Teoria dos Sistemas Dinâmicos e Teoria Holística da Interação Pessoa-Contexto (DESSEN; MACIEL, 2014, p. 56).

como os mecanismos primários que produzem o desenvolvimento humano” (LERNER, 2011, p. 25).

Este núcleo é considerado o grande propulsor do desenvolvimento. Para falar do núcleo processo é necessário compreender os processos proximais descritos por Bronfenbrenner (1999), haja vista que tais processos abordam cinco pontos centrais.¹¹

Para uma interação recíproca, os objetos e símbolos do ambiente imediato devem convidar à atenção, exploração, manipulação e imaginação do sujeito em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1999, tradução nossa). Desse modo, os processos proximais configuram a forma como o sujeito interage com seu ambiente seguindo uma perspectiva positiva do desenvolvimento.

Por sua vez, o núcleo pessoa é constituído de características que influenciam o desenvolvimento do sujeito. As características denominadas disposições acionam os processos proximais e são comportamentos possíveis de influenciar o desenvolvimento. Estas, podem ser características do tipo geradores ou disruptivas. Outra característica deste núcleo são os recursos bioecológicos, que condizem às capacidades, experiências e habilidades necessárias ao funcionamento dos processos proximais. Por fim, há de se destacar as características de demanda, isto é características que estimulam ou não reações do contexto social, fomentando ou não os processos proximais (LERNER, 2011).

O terceiro núcleo, contexto, é formado pelos seguintes sistemas ecológicos inter-relacionados: microssistema, mesossistema, exossistema e o macrossistema. Os contextos ecológicos são estruturas complexas que se conectam mutuamente e que influenciam diretamente no desenvolvimento. É nos contextos que os processos proximais ocorrem e onde são estabelecidas as relações sociais (BRONFENBRENNER, 2011).

O microssistema é o sistema de maior proximidade do sujeito, como a escola e a família, e nele ocorrem interações recíprocas. Refere-se a “um padrão de atividades, papéis e

¹¹ Para o desenvolvimento ocorrer, a pessoa deve estar engajada em uma atividade; para ser efetiva, a atividade deve ocorrer de forma regular ao longo de um período de tempo; para o desenvolvimento ser efetivo devem ter lugar e tempo suficientes para se tornarem cada vez mais complexos; para o desenvolvimento efetivo, os processos proximais não são unidirecionais, devendo-se iniciar e responder em ambos os sentidos e por fim, os processos proximais não são limitados as interações interpessoais, eles também podem envolver a interação com objetos e símbolos (BRONFENBERNNER, 1999, *online*, tradução nossa).

relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento em um dado ambiente onde estabelece relações face a face.” (LERNER, 2011, p. 26).

No presente estudo, o núcleo contexto possui importância central, pois conforme se entende os microsistemas familiar e escolar têm influências significativas no desenvolvimento dos adolescentes com sintomas depressivos. O desenvolvimento não se dá unicamente em decorrência das interações entre os microsistemas (familiar e escolar), mas também em virtude da qualidade das relações estabelecidas nestes ambientes (DESSEN; POLONIA, 2007, *online*).

Conforme se reconhece, estes microsistemas têm, além de suas funções, a capacidade de agir como propulsores ou como inibidores do desenvolvimento (DESSEN; POLONIA, 2007, *online*). Por isso, torna-se crucial investigar as características destes contextos para se compreender suas possíveis influências no desenvolvimento de adolescentes afetados por sintomas depressivos.

Em relação ao mesossistema, entende-se que este consiste na reunião dos microsistemas, resultando na integração de vários ambientes com os quais o sujeito interage. Este sistema pode ser representado por ambientes de proximidade e convivência que também participam do desenvolvimento da pessoa, como as instituições religiosas, dentre outros (LERNER, 2011).

O exossistema por sua vez corresponde ao ambiente no qual a pessoa não está diretamente presente, mas que promove indiretamente seu desenvolvimento. Para Senna e Dessen (2012, *online*), o exossistema possui grande importância para o desenvolvimento das crianças pois exerce forte influência nos processos familiares, tendo em vista que ele pode ser representado pelo trabalho dos pais.

O macrosistema corresponde ao conjunto de sistemas maiores, como a cultura, as macroinstituições, o governo federal e as políticas públicas (LERNER, 2011). Logo, o macrosistema reúne os demais sistemas, constituindo-se como um grande complexo de estruturas inter-relacionadas.

Por fim, o quarto núcleo do desenvolvimento, denominado tempo, possui três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo. Enquanto o microtempo refere-se à continuidade e descontinuidade vividas em episódios contínuos dos processos proximais, o mesotempo

guarda relação com os intervalos regulares desses episódios por espaços de tempo como dias e semanas. Já o macrotempo diz respeito aos eventos que ocorrem de forma geral na sociedade, como a passagem de gerações (BRONFENBRENNER, 2011).

Na visão de Bronfenbrenner, estes núcleos têm repercussões significativas para o desenvolvimento humano. Assim, segundo se compreende especialmente o núcleo contexto deve ser melhor explorado no que se refere ao desenvolvimento dos sujeitos com sintomas depressivos.

2.2 Teorias da adolescência

As teorias da adolescência são fundamentais para se entender a adolescência no decorrer dos períodos históricos. Neste sentido, pode-se afirmar que “[...], a adolescência não só foi naturalizada, mas também percebida como uma fase difícil, uma fase do desenvolvimento, semi-patológica, que se apresenta carregada de conflitos naturais.” (BOCK, 2007, p. 64, *online*). Portanto, se entende que a adolescência é definida pelas teorias como uma etapa diferenciada do desenvolvimento na qual aspectos biológicos e sociais definem como o sujeito em desenvolvimento será tratado.

A partir desta perspectiva, Ozella (2003, p. 9) ressalta o ponto de vista de Aguiar, Bock e Ozella, ao revelarem que “o jovem não é algo por natureza. Como parceiro social, está ali, com suas características, que são interpretadas nessas relações; tem, então, um modelo para sua construção social.” Esta afirmação mostra que a adolescência recebeu variadas interpretações e que é definida historicamente. Para este autor, os significados empregados à adolescência ocasionam decisões políticas, sociais, profissionais e pessoais em relação a ela. É fundamental, então, analisar as concepções de adolescência empregadas para se compreender a visão construída do sujeito em desenvolvimento.

Em relação ao aparecimento da adolescência é preciso rememorar a obra *História Social da Criança e da Família*, de Philippe Ariès. Nesta, o autor elucida que na sociedade francesa “até o século XVIII, a adolescência foi confundida com a infância”. (ARIÈS, 2006, p.10). E, também, esclarece que o primeiro adolescente moderno típico apareceu na música *Siegfried*, de Wagner evocando um sentimento de pureza, espontaneidade e alegria de viver (ARIÈS, 2006).

Nos estudos de Ariès (2006), por volta de 1900 a juventude tornou-se tema literário e foi motivo de receio por parte dos moralistas e políticos, sobretudo por ter emergido como guardiã de novos valores que passaram a despertar a sociedade da época. No entanto, a juventude só se torna um fenômeno geral depois da guerra de 1914.

A partir das contribuições de Ariès ao tratar da juventude, pode-se dizer que a adolescência é uma fase peculiar do desenvolvimento humano. Ela envolve modificações biológicas, psicológicas e sociais significativas. Para analisar este momento do ciclo vital, cabe ressaltar as teorias de Stanley Hall, Arnold Gesell, Margareth Mead, Erik Erikson e Sigmund Freud. Todos estes pensadores do desenvolvimento contribuíram significativamente para o aprimoramento das ciências humanas e para a construção de uma visão ampliada da condição humana.

Na ótica de Stanley Hall e Arnold Gesell, as características biológicas eram forças preponderantes ao desenvolvimento humano, de forma que os autores traçaram suas teorias com base neste princípio.

Como um dos pioneiros nos estudos sobre a adolescência, Hall foi fortemente influenciado pela Teoria da Evolução das Espécies e em 1904 publicou a obra *Adolescence*. Para este, a história evolutiva se repetia entre as espécies, considerando que os estágios da vida entre a infância e a maturidade refletiam as etapas da história da evolução da humanidade (PEREIRA, 2005).

Sua concepção da adolescência foi fundamentada nos aspectos filogenéticos e relacionada a um período conturbado da evolução da espécie humana. Hall propunha que a adolescência era um período de tempestade e turbulência em face da instabilidade emocional gerada pelo advento da sexualidade (AVILA, 2005, *online*).

Já segundo Arnold Gesell referia, havia uma determinação biológica nas características comportamentais e propensões desenvolvimentais. Conforme acentuava, o processo de aculturação nunca poderia se sobrepor ao processo de maturação e o desenvolvimento se dava na forma de espiral (movimentos ascendentes e descendentes) e não apenas de forma ascendente (PEREIRA, 2005).

No movimento oposto à determinação biológica do desenvolvimento, surgem os estudos de Margaret Mead, Erik Erikson e Freud.

De acordo com os estudos de Santrock (2014), Margaret Mead elaborou uma visão sociocultural da adolescência, pois afirmava que a natureza da adolescência não era biológica, mas sim sociocultural. Mencionada antropóloga explicou seu ponto de vista a partir de experiências com os adolescentes de Samoa, nas Ilhas dos Mares do Sul. Segundo Mead observou, a vida dos adolescentes dessa região não era perpassada por tumultos e estresse, mas sim por uma transição gradual e suave para o mundo adulto (SANTROCK, 2014).

Seus estudos culturais desmistificaram a herança biológica como algo preponderante ao sujeito, formulando a ideia de que fatores sociais e culturais são tão importantes e decisivos na constituição do sujeito quanto os fatores herdados. À vista desta perspectiva, deve-se mencionar que Erik Erikson também foi além dos aspectos biológicos do desenvolvimento, e elaborou uma teoria psicossocial do desenvolvimento.

Coerente com essa concepção, Erikson (1976) entendia que a partir da adolescência o indivíduo desenvolvia as capacidades necessárias ao crescimento fisiológico, ao desenvolvimento mental e à responsabilidade social para vivenciar a crise de identidade.

Ao falar sobre esta etapa do ciclo vital, o autor afirmava que a crise de identidade é o aspecto psicossocial da adolescência e que a dificuldade de escolher uma identidade ocupacional é o que mais aflige os jovens (ERIKSON, 1976). Ele também considerava que a personalidade decorria da interação regular de três aspectos: biológico, social e cultural.

Como exposto em estudos de Pereira (2005), Erikson elaborou nove estágios¹² do desenvolvimento. Assim, a adolescência correspondia ao estágio identidade x confusão de identidade. Ademais, cada estágio seria perpassado por uma crise de aprendizagem necessária à entrada do novo estágio. Erikson também concordava com alguns princípios psicanalíticos acerca do nascimento e sugeriu que seus estágios psicossociais do ego eram paralelos aos estágios psicosexuais de Freud (PEREIRA, 2005).

Sigismund Freud não elaborou nenhuma teoria psicológica acerca da adolescência, mas criou estágios de desenvolvimento psicosexual¹³ que são uma interpretação das passagens do ciclo vital e que esclarecem como as estruturas psíquicas se relacionam com o mundo da linguagem e dos signos.

¹² Os estágios psicossociais de Erikson são: confiança x desconfiança; autonomia x vergonha e dúvida; iniciativa x culpa; indústria x inferioridade; identidade x confusão de identidade; intimidade x isolamento; generatividade x estagnação e integridade x desespero (ERIKSON, 1976).

¹³ As fases do desenvolvimento psicosexual descritas por Freud são: fase oral, fase anal, fase fálica e fase genital (PEREIRA, 2005).

Para a psicanálise, a adolescência inicia-se com a puberdade (fase genital) e transcorre no movimento de separação da autoridade dos pais (ALBERTI, 2004). Neste período do desenvolvimento os laços parentais são substituídos temporariamente pelos laços fraternos, e, então, o adolescente se dedica à formação e integração grupal. Segundo esta teoria afirma, várias imagens da adolescência são construídas pelos adultos e durante a adolescência podem surgir alguns comportamentos transgressores. Tais comportamentos respondem à necessidade que os adolescentes têm de ser reconhecidos pelos adultos (CALLIGARES, 2000).

Dessa maneira, a adolescência é construída em torno do questionamento e reivindicação da autoridade dos pais e de uma escolha objetual (sexual). Isto porque o adolescente tem uma postura desafiadora diante do outro social, bem como uma necessidade de pertencimento deste outro. Neste prisma, conforme se compreendeu, a psicanálise considera que o laço social tem forte significado na constituição do sujeito adolescente, sustentando que neste momento de vida o adolescente desconstrói a imagem parental para investir no corpo social mediante novas identificações.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo e abordagem do estudo

No intuito de manter um embasamento teórico coerente com a opção epistemológica, a pesquisa descritiva, de natureza exploratória, seguirá as diretrizes e procedimentos da abordagem quantitativa (MARCONI; LAKATOS, 1990). Em complemento a este estudo procede-se à análise psicométrica do Inventário de Depressão Infantil.

3.2 Local da investigação

Como mencionado, o estudo foi realizado em uma escola estadual de educação profissional de ensino médio, de turno integral, a qual oferece atividades educativas nos turnos manhã e tarde. Conta com 359 alunos regularmente matriculados e localiza-se no Bairro de Messejana, pertencente ao Distrito VI do município de Fortaleza.

A escola disponibiliza 1^a, 2^a e 3^a séries do ensino médio. Durante o turno da manhã funciona o ensino básico e no turno da tarde os seguintes cursos técnicos profissionalizantes: Finanças, Enfermagem, Transações Imobiliárias, Estética e Informática.

3.3 Participantes

Os participantes do estudo foram todos os adolescentes de 14 a 17 anos, regularmente matriculados na escola. Essa faixa etária corresponde ao período cronológico adolescente de acordo com a Lei 8.069/90 que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente. Além disso, é um dos critérios de exigência do Inventário de Depressão Infantil destinado a identificar sintomas depressivos em pessoas de 7 a 17 anos de idade.

3.4 Determinação do número da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra de escolas (BONINI; BONINI, 1972) considerou-se a existência na população objeto de estudo de uma variável que, medida dicotomicamente em uma escala com as categorias de medida A e não-A, apresenta distribuição com variância máxima igual a 0,25. Sabendo-se que a fórmula do erro para determinação do intervalo de confiança da proporção populacional, com um grau de confiança de 95%, mediante uma amostra aleatória simples, é dada por:

$$(I) n = \frac{z^2 \cdot (p \cdot q) \cdot N}{z^2 \cdot (p \cdot q) + e^2 (N - 1)}$$

Em que:

n – tamanho da amostra aleatória simples

z – valor da variável normal reduzida referente à confiança de C%

(p.q) – variância populacional

e – erro da estimativa

Fazendo-se em (I):

C% = 95%, logo z = 1,96

$\sigma^2 = 0,25$

e = 0,05 na escala de proporção

N = 359

Tem-se n de alunos = 186

O tamanho mínimo da amostra aleatória simples é de 186 alunos.

Para o recrutamento dos participantes da pesquisa usou-se anúncio público.¹⁴

Participaram 350 alunos que estavam presentes nos dias da aplicação dos instrumentos de pesquisa.¹⁵ Destes, 55 não atenderam os critérios de inclusão.¹⁶ Restaram 295 alunos.

Conforme proposto, os critérios de inclusão dos participantes deveriam atender: a) adolescentes na faixa etária dos 14 aos 17 anos de ambos os sexos; b) alunos regularmente matriculados na Escola Estadual de Educação Profissional J. B. de todas as turmas do 1º, 2º e 3º ano do ensino médio e nos cursos profissionalizantes da referida escola.

Os critérios de exclusão envolveram: a) reprovação por falta no segundo semestre 2015 na Escola Estadual de Educação Profissional J. B.; b) alunos que não tivessem autonomia de leitura, interpretação e escrita nos questionários.

¹⁴ De acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa (COÉTICA) da Universidade de Fortaleza, a forma de recrutamento dos participantes da pesquisa deveria ocorrer sob a modalidade de anúncio público dentro do âmbito escolar para que os interessados em que seus filhos fossem esclarecidos sobre a pesquisa optassem pela participação.

¹⁵ Com o propósito de não causar constrangimentos entre os adolescentes da comunidade escolar, todos foram convidados a participar da pesquisa.

¹⁶ No caso, foi o critério de idade.

3.5 Análise dos dados

3.5.1 Procedimentos de análise dos dados

Utilizou-se o Software SPSS versão 22.0 para Windows, possibilitando ao pesquisador uma interpretação global e sistemática dos resultados.

Os dados foram analisados quantitativamente por meio de estatística descritiva (distribuição de frequência simples e relativa, medidas de tendência central e variabilidade), análise bivariada (cruzamentos e relações) e multivariada (comparação de grupos e relações entre itens). Também se utilizou Análise Fatorial Exploratória, para a qual foram realizados os seguintes testes: Qui-quadrado de Pearson, Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)¹⁷ e Teste de Esfericidade de Bartlett,¹⁸ para identificar a viabilidade da análise fatorial. E, ainda, Teste de Levene, para avaliar a igualdade de variâncias no intuito de verificar a possibilidade de efetuar o Teste de Student, que, por sua vez, foi utilizado para testar a igualdade de médias dos dois grupos (com pontuação inferior a 16 e igual ou superior a 17). O Teste de Kolmogorov Smirnov, para identificar se as variáveis seguiam uma distribuição normal. Também foi calculado o Alfa de Cronbach para confirmar a validação das variáveis do inventário e a consistência do questionário e o Teste Qui-quadrado para associação de grupos de variáveis com a presença de sintomas depressivos (MARÔCO, 2011).

3.5.2 Escolha e análise dos instrumentos de coleta

No presente estudo trabalhou-se com os seguintes instrumentos de pesquisa: Inventário de Depressão Infantil,¹⁹ adaptado por Gouveia e colaboradores em 1995, e Questionário Sociodemográfico,²⁰ elaborado pela pesquisadora.

É importante ressaltar que existem métodos distintos de identificação da depressão sendo adotados em pesquisas científicas com crianças e adolescentes. De acordo com Golfeto et al. (2002, p. 67, *online*), “os dois tipos de instrumentos de avaliação mais utilizados em grupos de pessoas são os inventários de problemas e as entrevistas estruturadas”. Do ponto de

¹⁷ Ver Apêndice C.

¹⁸ Ver Apêndice C.

¹⁹ Ver Anexo A.

²⁰ Ver Apêndice A.

vista do referido autor, o inventário de problemas não contempla uma categoria diagnóstica, mas um aspecto geral da psicopatologia (GOLFETO et al. 2002, *online*).

Em levantamento realizado por Gouveia, R. S. V. e Gouveia, V.V (2013) são listados mais de quarenta instrumentos utilizados para avaliar depressão em crianças e adolescentes. Como os autores afirmam, os instrumentos do tipo autorrelato, como escalas, questionários e testes, são ideais para identificar o perfil epidemiológico da depressão ou seu diagnóstico neste público. No cenário brasileiro se destacam: Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (1990); Escala para a Avaliação da Depressão em Crianças – Revisada (CDRS-R) (1985); Escala de Avaliação de Depressão para Crianças (EADC) (2004) e o Inventário de Depressão Infantil (1995) (GOUVEIA R. S. V.; GOUVEIA V.V., 2013).

O Inventário de Depressão Infantil foi adaptado e normatizado no contexto nordestino brasileiro, na cidade de João Pessoa, por Valdiney Velôso Gouveia et al., em 1995, cuja pesquisa contribuiu para o aperfeiçoamento dos estudos acerca da saúde mental de crianças e adolescentes, tornando-se uma referência para a investigação da depressão.

O Inventário de Depressão Infantil foi desenvolvido por Kovacs (1983). O CDI é uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck (BDI), feito em 1977 no contexto estadunidense que consiste em uma alteração do *Beck Depression Inventory*, com vistas a transformá-lo em um recurso adequado para classificar a intensidade da depressão em sujeitos de 7 a 17 anos de idade. Conta com 27 itens em sua versão original e possui três opções de resposta de 0 a 2 pontos. A utilização do CDI pode ser feita por autoaplicação ou mesmo pelas respostas de outras pessoas próximas, tais como os pais e professores (GOUVEIA R.S.V.; GOUVEIA, V. V., 2013).

Ressalta-se que Kovacs realizou seu trabalho com 1266 estudantes provenientes de escolas públicas da Flórida, vindo a identificar cinco fatores por meio de análise fatorial em que empregou o método *Maximum Likelihood* (ML) e Rotação *Oblimin*. O Alfa de Cronbach encontrado foi de $\alpha=0,86$ (ABAID, 2008, *online*).

Referida autora também menciona os cinco fatores apontados por Kovacs, quais sejam: humor negativo (*negative mood*); problemas interpessoais (*interpersonal problems*); inefetividade (*ineffectiveness*); anedonia (*anhedonia*) e auto-estima negativa (*negative self-esteem*).

Em sua versão adaptada para o Brasil por Gouveia et al. (1995), o CDI retrata sintomas afetivos, cognitivos e condutais. Há três alternativas de resposta para cada um dos itens, com escala de 0 a 2 pontos. O sujeito (ou seu informante) escolhe a alternativa compatível com seus sentimentos nas duas últimas semanas, o que indicará seu grau de depressão. (GOUVEIA et al., 1995).

Diante do exposto, escolheu-se o Inventário de Depressão Infantil como instrumento de pesquisa, sobretudo por ter como vantagem ser econômico, de fácil aplicação e correção e por ter passado por validação para a população brasileira, tal como mencionaram as pesquisadoras Cruvinel e Burochovitch (2004, *online*).

Como referido, o Inventário de Depressão Infantil foi validado por Gouveia et al. em 1995. Ao analisar suas qualidades psicométricas, os autores identificaram que o CDI em sua versão adaptada constitui-se de uma estrutura unifatorial, com dezoito itens e cargas fatoriais $\alpha \pm 0,35$. A estrutura unifatorial explicou 13,4% da variância total, com um Alfa de Cronbach de 0,81 (GOUVEIA et al., 1995).

Com o propósito de identificar o perfil dos adolescentes e a percepção destes acerca dos contextos familiar e escolar construiu-se Questionário Sociodemográfico. Composto por vinte questões com respostas fechadas (objetivas) e abertas (dissertativas), estas ficaram assim distribuídas: as seis primeiras questões abordaram aspectos relativos às características pessoais e dados escolares. As relativas à composição familiar ficaram restritas às questões 7, 8 e 9. Nas cinco subsequentes (10,11,12,13,14) abordaram-se aspectos relativos ao contexto familiar. As questões 15 a 18 trataram do ambiente e envolvimento escolar (contexto escolar). As duas últimas questões (19 e 20) abordaram aspectos de natureza afetiva e as opções de lazer dos participantes.

Efetuuou-se pré-teste para identificar variáveis pertinentes aos participantes, de forma a relacionar com o tema em estudo. As questões elaboradas foram adaptadas quanto ao conteúdo e vocabulário empregados, centrando-se na identificação do perfil dos adolescentes e em alguns aspectos dos contextos familiar e escolar. Os participantes do pré-teste não encontraram nenhuma dificuldade na leitura e interpretação das questões.

Para checar a confiabilidade do Questionário Sociodemográfico, calculou-se o índice de consistência deste instrumento através do Alfa de Cronbach das questões 8 a 19. O

resultado obtido foi um Alfa de 0,699, que se adequa ao valor considerado satisfatório de $\alpha = 0,7$ (HAIR et al., 2009).

Após uma análise crítica do conjunto do material coletado, as questões de número 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 foram agrupadas de forma dicotômica para realização de Teste Qui-quadrado de associação. Conforme literatura especializada, o Teste Qui-Quadrado de associação (χ^2) “serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica.” (MARÔCO, 2011, p.99). Assim, referido teste buscou identificar associação entre o grupo “apresenta sintomas depressivos” as variáveis do Questionário Sociodemográfico.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Com a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, iniciou-se a coleta de dados, sob parecer²¹ de nº de protocolo (CAAEE) 45992715.1.0000.5052. Em seguida, a direção da Escola Estadual de Educação Profissional J. B. foi comunicada.

Após anúncio público da pesquisa e dos seus objetivos, foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)²² a todos os participantes para consentimento ou não dos pais ou responsáveis. Trezentos e cinquenta termos foram recolhidos de um total de trezentos e cinquenta e nove durante o mês de setembro/2015.

Previamente definiram-se com a escola dois dias para a aplicação dos instrumentos em sala e durante o período da manhã, quando ocorrem as aulas do ensino básico.

Para a realização da aplicação foi lido, inicialmente, o Termo de Assentimento²³ para os participantes da pesquisa, visando identificar os objetivos do estudo e esclarecer quaisquer dúvidas.

²¹ Ver Anexo B.

²² Ver Anexo B.

²³ Ver Apêndice B.

Mediante confirmação da participação, os alunos foram orientados a preencher o inventário de depressão com base em seus sentimentos nas duas últimas semanas e um questionário sociodemográfico.

A aplicação dos instrumentos de pesquisa ocorrem em todas as dez salas de aula da escola e com todos os alunos presentes em sala, para posterior utilização dos critérios de exclusão amostral. Feita em dois dias, a aplicação durou cerca de 20 a 25 minutos por sala de aula.

Ressalta-se que a pesquisadora esteve presente em todas as salas de aula e teve a oportunidade de observar e esclarecer as principais dúvidas e questionamentos dos alunos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise Fatorial do Inventário de Depressão Infantil

Como proposto, a Análise Fatorial Exploratória (AFE) é uma técnica de análise exploratória de dados que “tem por objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis inter-relacionadas” (MARÔCO, 2011, p. 471). Ainda conforme este autor, com esta análise pode-se elaborar uma escala de medida, revelando que alguns fatores podem controlar variáveis originais (MARÔCO, 2011).

Ao longo do presente estudo empregaram-se o método dos Componentes Principais e a rotação Varimax, tendo como referência o estudo de validação de Gouveia et al. (1995). Para tanto, foi realizado Teste de Esfericidade de Bartlett $\chi^2(190) = 1804,403$; $p < 000$.

Tabela 1- Cargas Fatoriais dos itens do CDI após a rotação Varimax

Matriz de componente rotativa				
Comunalidades	Itens	Componente		
		1	2	3
,515	i3	,700		
,551	i16	,637		
,452	i9	,636		
,567	i7	,597		
,433	i8	,584		
,468	i10	,558		
,396	i19	,534		
,377	i12	,523		
,586	i5	,515		
,447	i1	,506		
,459	i2		,616	
,506	i13		,615	
,442	i18		,568	
,363	i4		,510	
,342	i17		,506	
,432	i6		,475	
,457	i14			,644
,521	i15			,624
,377	i20			,591
,423	i11			,544
% da Variância explicada		33,6%	6,42%	5,57%

Ao se observar a Tabela 1, a análise fatorial revelou a presença de três fatores. Para extração do número adequado de fatores seguiu-se o critério estatístico de Guttman-Kaiser²⁴ no qual identificaram-se os *engenvvalues* (autovalores) de 6,71, 1,28 e 1,11, para o primeiro, segundo e terceiro fatores respectivamente. Também se seguiu a regra de variância extraída por cada fator.²⁵

Enquanto o primeiro fator reúne dez itens (3,16,9,7,8,10,19,12,5,1), o segundo fator reúne seis (2,13,18,4,17,6) e o terceiro quatro (14,15,20,11). Todos os itens com carga fatorial acima de 0,35, tendo como referência o estudo de Gouveia et al. (1995).

Os fatores explicam, respectivamente, 33,6%, 6,42% e 5,57% das variâncias. Por sua vez, o conjunto dos fatores explicou 45,6% da variância total. Conforme os dados, a medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem foi igual a $KMO=0,91$. O CDI mostrou elevada consistência interna (Alfa de Cronbach) de $\alpha = 0,89$ e a consistência dos fatores foi de 0,85, 0,71 e 0,62, respectivamente. Verificou-se que os três fatores ficaram com Alfa de Cronbach superior a 0,60, que é o mínimo aceitável (MARÔCO, 2011).

Como evidenciado, a análise fatorial resultou na aglutinação de três fatores descritos a seguir.

O fator afetivo, reúne itens inerentes a sentimentos como tristeza, solidão, ideiação suicida, autoaceitação, culpa, rejeição e autoconsciência.

O fator cognitivo, que contempla as interpretações do adolescente sobre si mesmo e sobre o mundo. Desse modo, este fator expressa aspectos pessimistas, baixa autoestima, autodepreciação, perda de interesse-prazer, envolvimento escolar e avaliação negativa da realidade.

O fator comportamental, que envolve aspectos somáticos e reativos, representados por dificuldades para dormir, cansaço, preocupação e desobediência.

²⁴ O critério de Guttman-Kaiser é frequentemente utilizado para determinar o número correto de fatores a serem extraídos (LAROS, 2012, *online*). Este critério “é baseado na consideração de que um fator precisa explicar pelo menos a quantidade de variância que é explicada por uma única variável.” (LAROS, 2012, p. 177, *online*).

²⁵ Nesta regra, retêm-se “os fatores que extraíam pelo menos 5% da variância total” (MARÔCO, 2011, p.483).

Do estudo de adaptação para o Brasil realizado por Gouveia et al. (1995), participaram 305 jovens de 8 a 15 anos. Os resultados apontaram uma estrutura unifatorial com 18 itens e ponto de corte 17. A variância total explicada foi de 13,4% e o alfa de Cronbach de $\alpha = 0,81$.

Consoante pesquisa de Gouveia R.S.V. e Gouveia, V. V. (2013), apesar da maioria dos estudos que utilizam análise fatorial identificarem um único fator para o CDI, algumas análises têm encontrado de três a cinco fatores, quando empregada análise estatística exploratória, preferencialmente o método dos Componentes Principais, e adotando o critério de Kaiser (*engvalue* – igual ou superior a 1).

Do estudo de Coutinho et al. (2014, *online*), em que se verificou a validade, fidedignidade e normatização do CDI em sua versão adaptada, participaram 730 escolares da cidade de Teresina entre 9 e 17 anos. Os resultados da análise fatorial revelaram uma estrutura unifatorial composta por 17 itens, explicando 22,56% da variância total e com índice de consistência interna de $\alpha = 0,82$ (Alfa de Cronbach).

Já em investigação de Wathier, Dell'Aglio e Bandeira (2008, *online*) de exploração da estrutura fatorial do CDI na sua versão adaptada para o Brasil por Gouveia et. al.(1995) e com 27 itens da escala original de Kovacs, a amostra foi composta de 951 crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos da região Sul do país. Nessa análise foi encontrada uma solução de três fatores, explicando 31,89% da variância das respostas e com um Alfa de Cronbach de $\alpha = 0,85$.

Do estudo de Golfeto et al (2002, *online*) no qual se analisaram as propriedades psicométricas do CDI em sua versão adaptada, participaram 287 escolares de 7 a 14 anos da cidade de Ribeirão Preto. A análise fatorial revelou a presença de cinco fatores respondendo por 47,41% da variância total e Alfa de Cronbach de $\alpha = 0,81$.

E, por fim, se destaca o estudo de Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008, *online*) no qual se objetivou analisar as propriedades psicométricas do CDI em sua versão reduzida (estudo 1) e na sua versão original (estudo 2). O estudo 1 foi realizado com 169 escolares de 8 a 15 anos de escola pública. A análise fatorial identificou cinco fatores explicando 49,6% da variância total e encontrou-se um Alfa de Cronbach de $\alpha=0,73$. No estudo 2, participaram 157 alunos de 8 a 12 anos de escola pública e também foram identificados cinco fatores explicando 43,9% da variância total e um Alfa de Cronbach de $\alpha=0,80$.

Conforme se observou, nos estudos anteriormente apresentados as análises empregadas geraram resultados diferentes quanto ao número de fatores, variância total e consistência interna. Em relação à extração de fatores é preciso mencionar que em estudos onde se identificaram de quatro a cinco fatores, como o de Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008, *online*), os autores relataram dificuldades na identificação do conteúdo dos fatores, o que impossibilitou a nomeação destas variáveis.

Mediante estas observações, se concluiu que o agrupamento em três fatores encontrado no presente estudo pareceu mais coerente, haja vista que se pôde reunir os itens atendendo a critérios estatísticos e conceituais, em razão da nomeação dos fatores e preservando o conteúdo dos seus itens.

4.2 Perfil dos participantes

4.2.1 Análise quanto às variáveis sexo, idade, série, repetência e curso técnico.

Tabela 2 – Perfil geral dos participantes quanto as variáveis sexo, idade, série, repetência e curso técnico

VARIÁVEL	RESPOSTA	F	%
SEXO	Masculino	128	43,4%
	Feminino	167	56,6%
IDADE	14	4	1,4%
	15	110	37,3%
	16	79	26,8%
	17	102	34,6%
SÉRIE	1º	151	51,2%
	2º	59	20,0%
	3º	85	28,8%
REPETÊNCIA	Sim	33	11,2%
	Não	262	88,8%

CURSO TÉCNICO	Finanças	58	19,7%
	Enfermagem	37	12,5%
	Transações Imobiliárias	17	5,8%
	Estética	91	30,8%
	Informática	92	31,2%
TOTAL		295	100%

4.2.2 Análise quanto às variáveis cor da pele, composição familiar, pais separados e pais que trabalham

Tabela 3 – Perfil geral dos participantes quanto às variáveis cor da pele, composição familiar, pais separados e pais que trabalham.

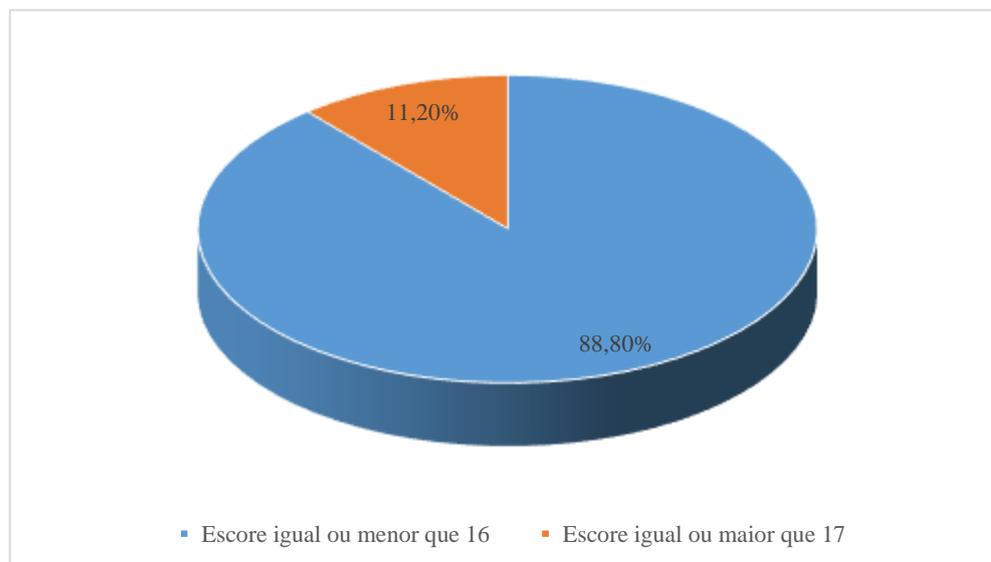
VARIÁVEL	Opções	F	%
COR DA PELE	Branca	56	19,0%
	Preta	34	11,5%
	Parda	185	62,7%
	Indígena	11	3,7%
	Amarela (oriental)	9	3,1%
COMPOSIÇÃO FAMILIAR	Pai	4	1,4%
	Mãe	23	7,8%
	Pai e mãe	27	9,2%
	Pai, mãe e irmão(s)	115	39,0%
	Mãe e irmão(s)	39	13,2%
	Mãe, irmão(s) e avô-avó	6	2,0%
	Mãe, irmão(s) e outros	22	7,5%
	Mãe e outros	6	2,0%
	Avô-avó	5	1,7%
	Avô/avó e outros	4	1,4%
	Outros	5	1,7%
	Pai e irmão(s)	4	1,4%
	Pai, mãe, irmão(s), avô/avó e outros	4	1,4%
	Pai e avô/avó	1	0,3%
	Pai, mãe e avô/avó	2	0,7%
	Pai, mãe, irmão(s) e avô/avó	4	1,4%
	Pai, irmão(s) e avô/avó	2	0,7
	Pai, mãe, irmão(s) e outros	8	2,7%
	Pai, irmãos(s) e outros	2	0,7%
	Pai, mãe e outros	2	0,7
	Mãe, avô/avó e outros	1	0,3%
	Mãe, irmãos, avô/avó e outros	2	0,7%

	Irmão(s)	3	1,0%
	Irmão(s) e avô/avó	2	0,7%
	Irmão(s) avô/avó e outros	2	0,7%
PAIS SEPARADOS	Sim	121	41%
	Não	174	59%
PAIS TRABALHAM	Sim	282	95,6%
	Não	13	4,4%
TOTAL		295	100%

4.2.3 Análise da pontuação do Inventário de Depressão Infantil

No gráfico a seguir, apresenta-se a distribuição dos participantes (n=295) de acordo com a pontuação no Inventário de Depressão Infantil.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes no CDI



Como observado no gráfico 1, o número total de adolescentes que pontuaram igual ou acima de 17 (presença de sintomas depressivos) foi de 33 alunos, ou seja, 11,20% do total de alunos participantes do estudo. Do ponto de vista teórico e metodológico, o percentual identificado (11,20%) encontra-se dentro do esperado. Este percentual pode variar de 0% a 69% em escolares, tal como exemplificado em pesquisa de Ezpeleta, Domenech e Polaino em 1988 (BARBOSA et al., 1996, *online*).

Nos estudos de prevalência nos quais se utilizou o CDI em suas duas versões tem se demonstrado esta variedade percentual. Como se identificou, em pesquisa de Barbosa et al.

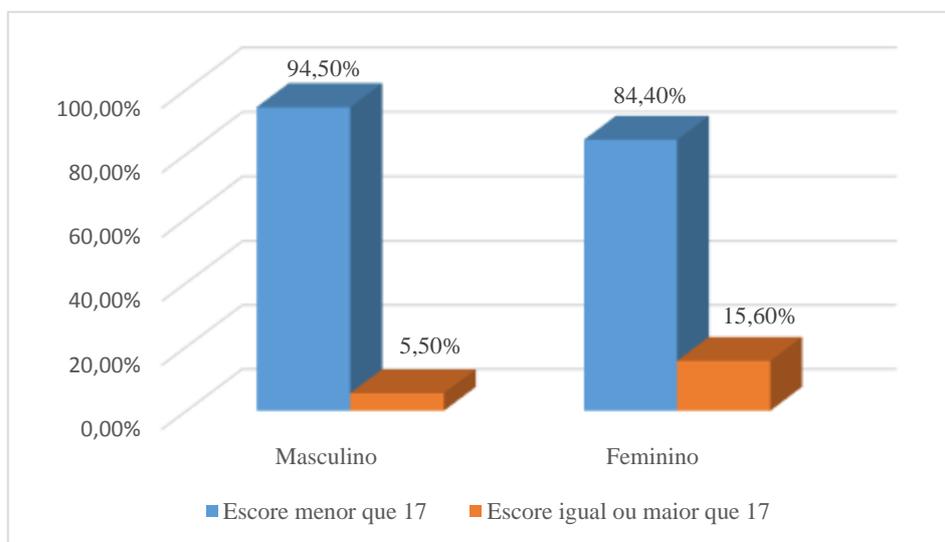
(1996, *online*), a prevalência de depressão em 807 escolares de 7 a 17 anos de Bananeiras na Paraíba foi de 22%. Este percentual se aproximou do índice encontrado por Bahls (2002b, *online*) de 20,3% em 463 escolares de 10 a 17 anos de Curitiba. Já em estudo de Reppold e Hutz (2003, *online*) com 456 adolescentes de 14 a 15 anos se encontrou o percentual de 5,7% no Rio Grande do Sul.

Com base nos estudos mencionados se percebe que o tamanho amostral, fatores demográficos e regionais, dentre outros aspectos devem ser considerados nas pesquisas de prevalência da depressão em adolescentes.

Em relação ao CDI, cabe ressaltar que o item mais pontuado pela amostra (n=295) foi o 13 e o menos pontuado foi o 4.

4.2.3.1 Análise e distribuição dos participantes quanto ao sexo

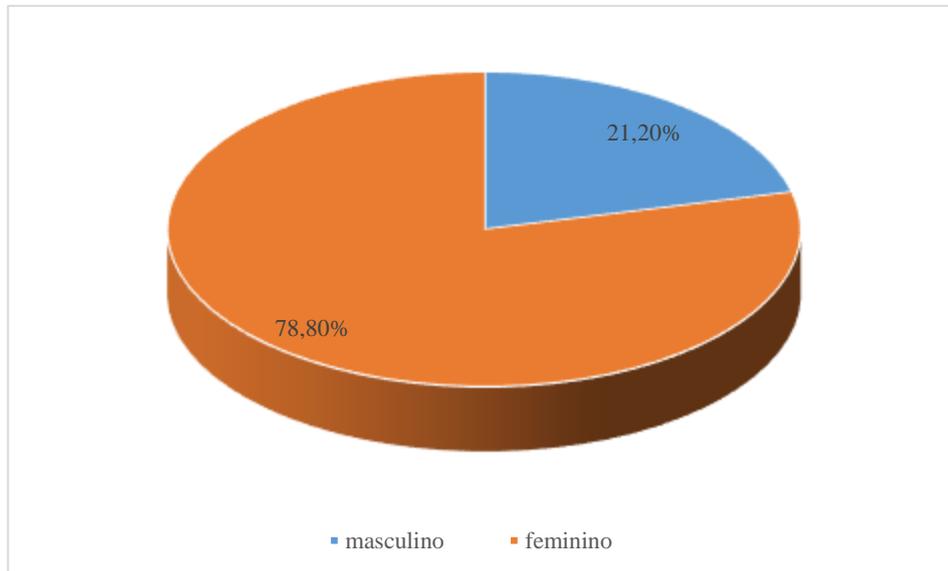
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes quanto ao sexo



Conforme mostra o gráfico 2, 15,60% dos adolescentes do sexo feminino têm sintomas depressivos, enquanto 5,50% do sexo masculino também têm. Para identificar a existência de relação significativa entre os sexos foi realizado Teste Qui-quadrado de associação. Neste teste constatou-se que a variável sexo foi significativa para os sintomas depressivos, pois ($p = 0,006$). Diferenças quanto ao sexo também foram encontradas nos estudos de Bahls (2002b, *online*), Reppold e Hutz (2003, *online*), Dell’Aglío e Hutz (2004, *online*) e Wathier, Dell’Aglío e Bandeira (2008, *online*), nos quais também houve predomínio de sintomas depressivos nas participantes do sexo feminino.

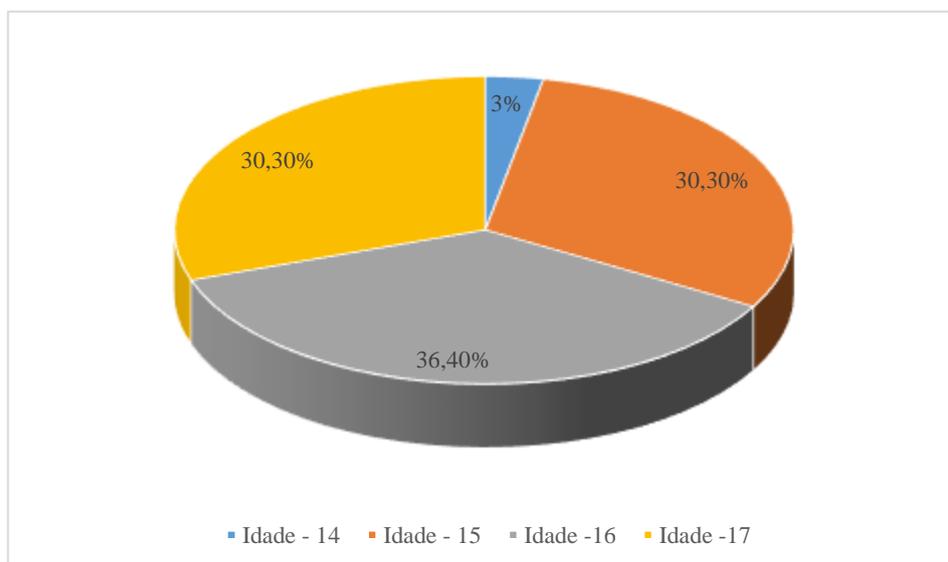
4.3 Análise sociodemográfica das respostas dos participantes com sintomas depressivos.

Gráfico 3 – Sexo dos participantes



De acordo com o gráfico 3, 78,80% dos participantes com sintomas depressivos são do sexo feminino e 21,20% do sexo masculino.

Gráfico 4 – Idade dos participantes

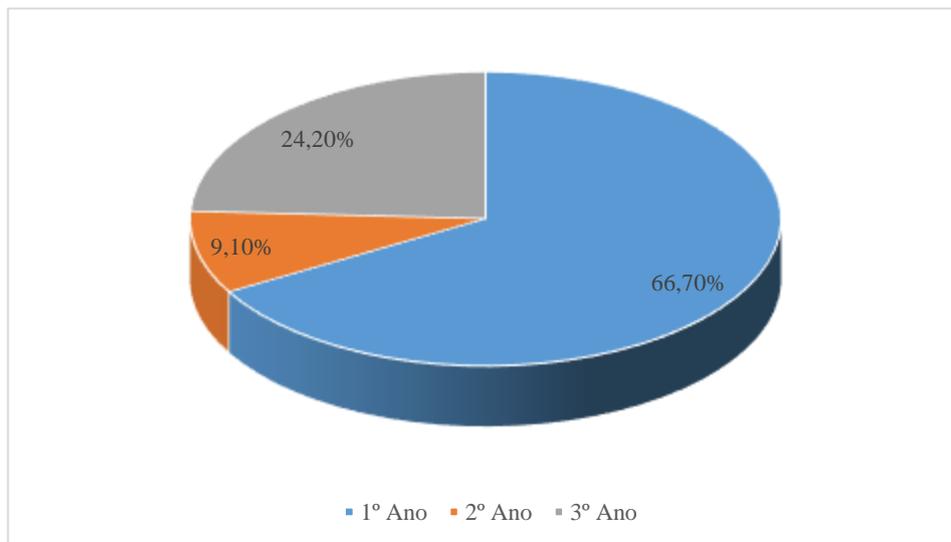


De acordo com o gráfico 4, 36,40% dos participantes com sintomas depressivos têm 16 anos. Para saber se a variável idade foi significativa para a presença de sintomas depressivos, realizou-se Teste Qui-quadrado de associação, no entanto, não foi identificada

associação significativa, pois o valor de p foi igual ($p=0,436$). Em estudo de Bahls (2002b) com 463 alunos de 10 a 17 anos também não foram encontradas diferenças significativas quanto à idade.

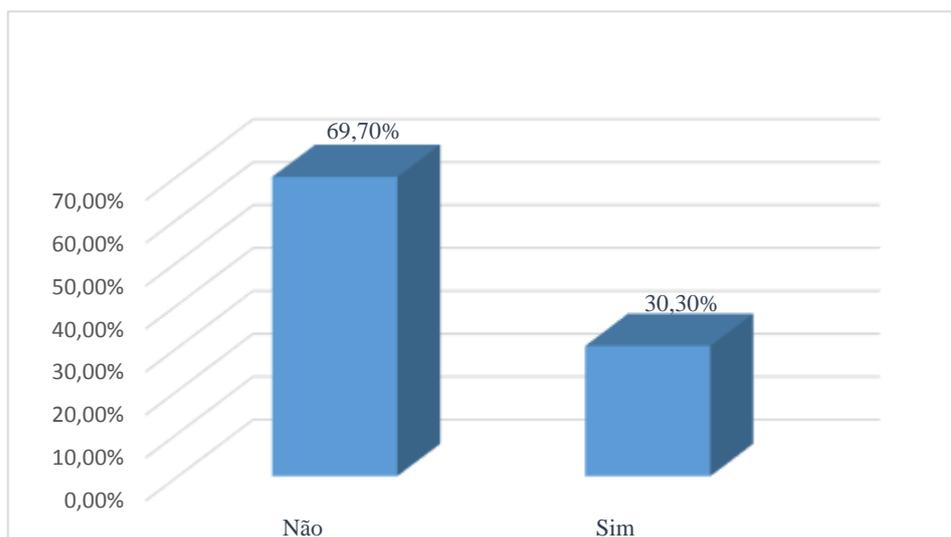
A média de idade obtida pelos participantes com sintomas depressivos foi a seguinte: $M=15,94$ anos e desvio padrão: $DP=0,864$.

Gráfico 5– Série dos Participantes



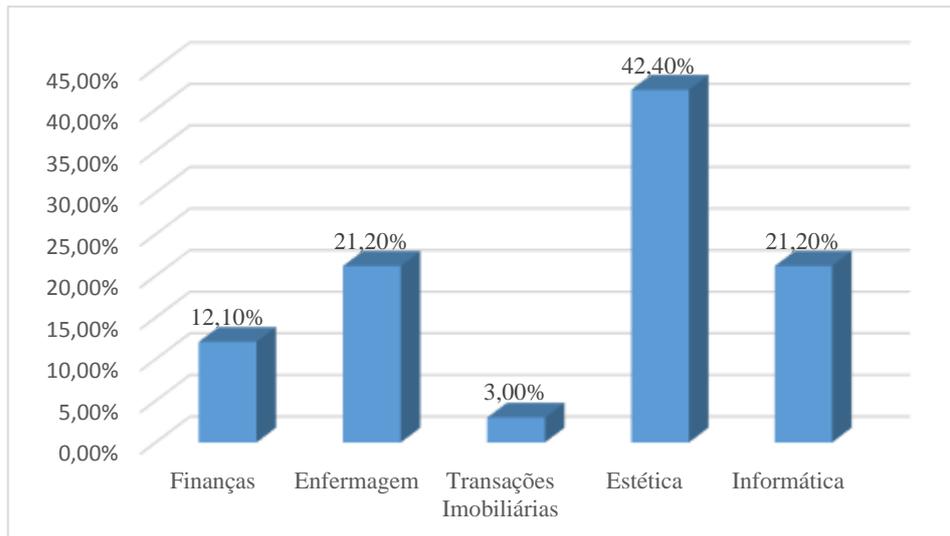
Pelos dados do gráfico 5, 66,70% dos alunos com sintomas depressivos estão cursando o 1º ano do ensino médio.

Gráfico 6 – Repetência dos participantes



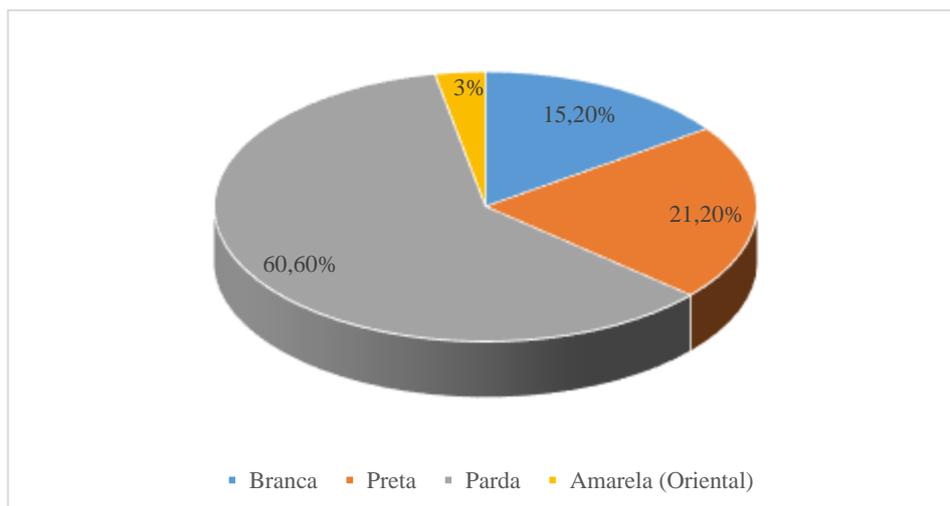
Como aponta o gráfico 6, 69,70% dos participantes com sintomas depressivos nunca repetiram de ano e 30,30% já repetiram alguma vez.

Gráfico 7 – Curso técnico profissionalizante



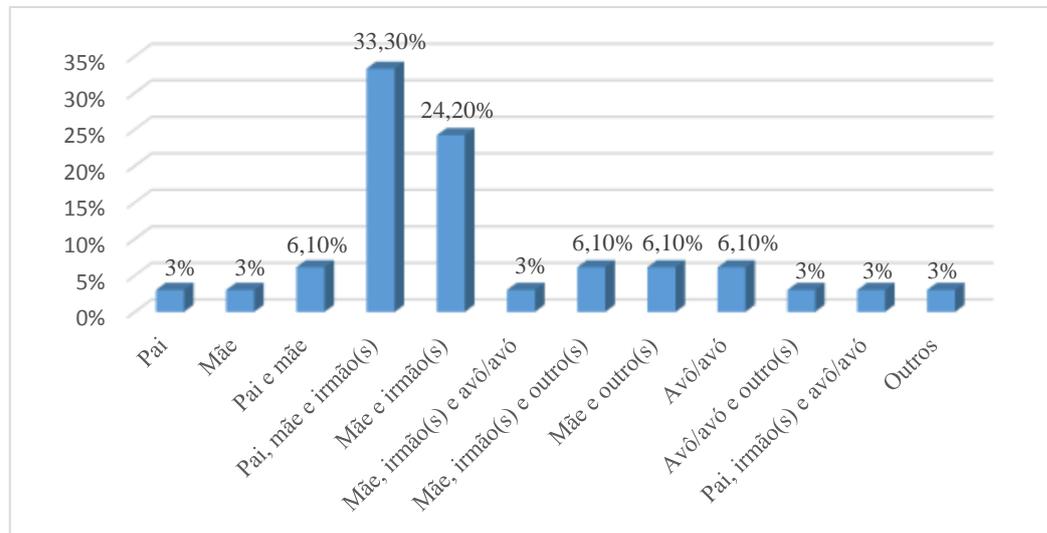
De acordo com o gráfico 7, 42,40% dos participantes com sintomas depressivos estão no curso técnico de Estética e 21,20% estão nos cursos de Enfermagem e Informática.

Gráfico 8 – Cor da pele dos participantes



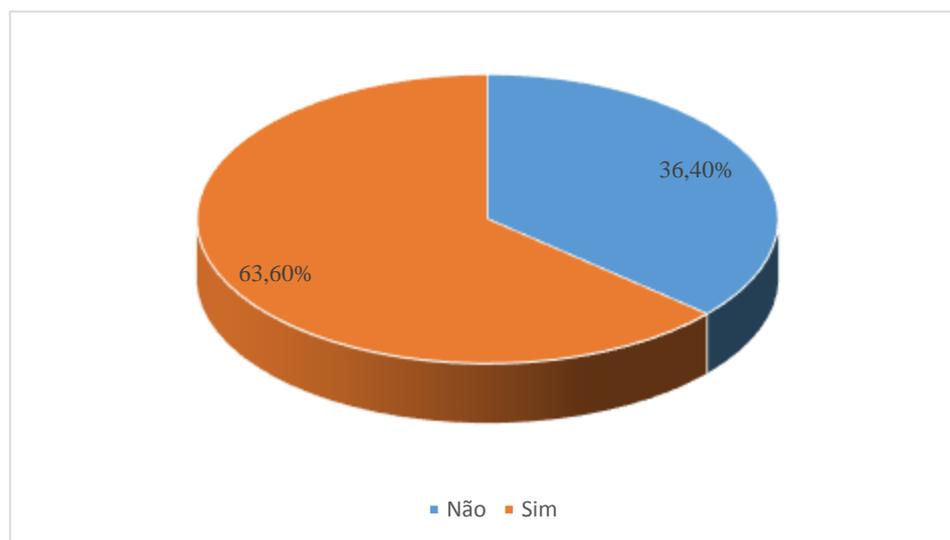
Pelo gráfico 8, 60,60% dos participantes com sintomas depressivos declararam-se pardos.

Gráfico 9– Composição familiar



Conforme os dados do gráfico 9, 33,30% dos participantes com sintomas depressivos moram com pai, mãe e irmão(s) e 24,20% com mãe e irmão(s).

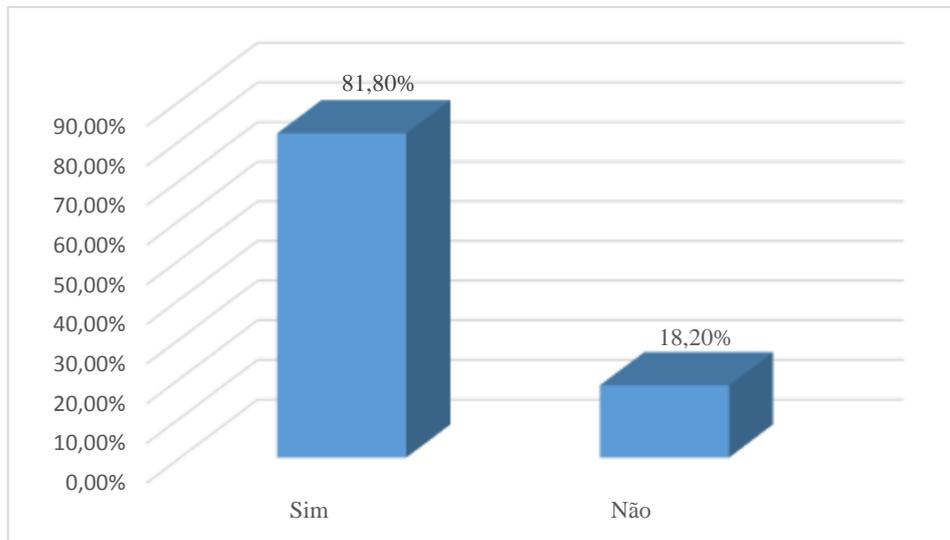
Gráfico 10- Separação dos pais



Como exposto no gráfico 10, 63,60% dos participantes²⁶ com sintomas depressivos têm pais separados.

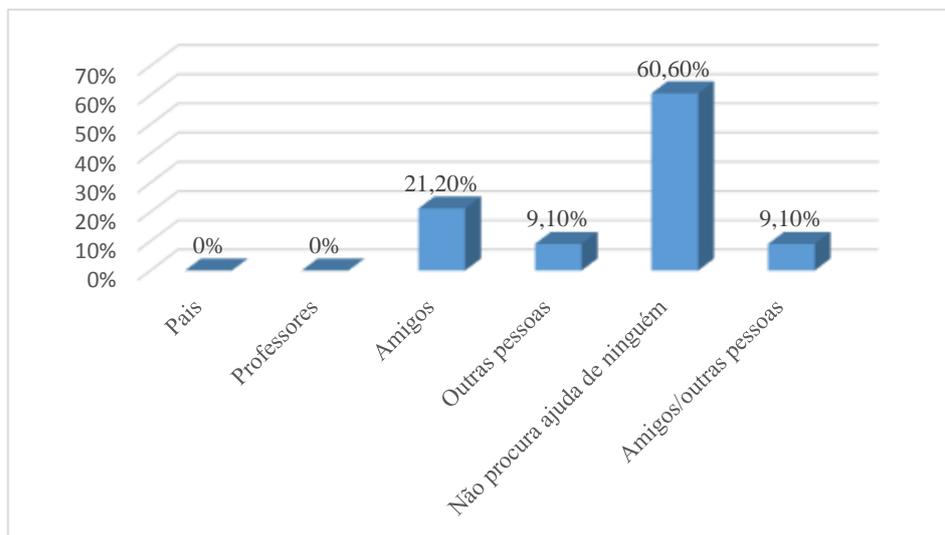
²⁶ Acrescenta-se a esta informação que um respondente marcou a opção “pais separados” e na questão “composição familiar” marcou a opção pai, mãe e irmão(s), gerando dados referentes às questões 7 e 8.

Gráfico 11– Trabalho dos pais ou responsáveis



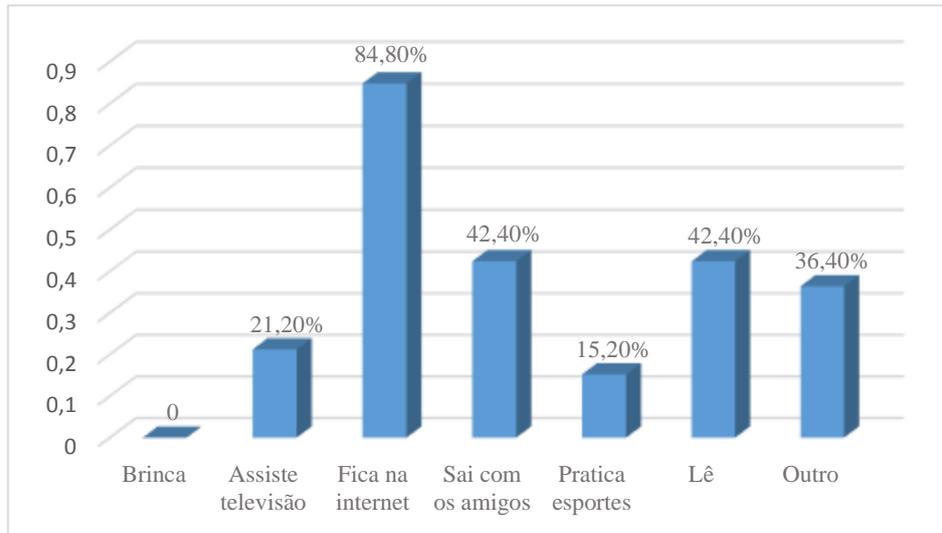
Consoante observado no gráfico 11, 81,80% dos adolescentes com sintomas depressivos afirmaram que seus pais ou responsáveis trabalham.

Gráfico 12 – Quem o participante procura quando está triste



Segundo aponta o gráfico 12, 60,60% dos participantes com sintomas depressivos não procuram ajuda de ninguém quando estão tristes.

Gráfico 13 – O que o participante faz para se divertir



O gráfico 13 informa que 84,80% dos participantes com sintomas depressivos ficam na internet para se divertir, 42,40% saem com os amigos, 42,40% leem e 36,40% têm outras opções de divertimento que incluem comer, dormir, não fazer nada, ouvir música, tocar violão, cantar, ficar em casa, jogar games, ver séries e filmes.

4.4 Análise dos contextos familiar e escolar

Na tabela 4, tem-se as questões acerca do contexto familiar (questões 8, 10,11,12,13, 14) e escolar (questões 15,16,17,18).

Tabela 4 – Análise dos contextos familiar e escolar

Variáveis	Resposta	Apresenta sintomas depressivos					
		Não	%	Sim	%	Total	P-valor
Q.8) Seus pais ou responsáveis estão separados?	Não	162	61,8%	12	36,4%	174	0,005
	Sim	100	38,2%	21	63,6%	121	
Q.10) Boa convivência com os pais ou responsáveis?	Não	10	3,8%	6	18,2%	16	0,001
	Sim	252	96,2%	27	81,8%	279	
Q.11) Gosta de conversar com	Não	19	7,3%	16	48,5%	35	0,000

os pais ou responsáveis?	Sim	243	92,7%	17	51,5%	260	
Q.12) Seus pais ou responsáveis são carinhosos?	Não	10	3,8%	10	30,3%	20	0,000
	Sim	252	96,2%	23	69,7%	275	
Q.13) Seus pais ou responsáveis se preocupam com você?	Não	0	0%	1	3%	1	0,005
	Sim	262	100%	32	97,0%	294	
Q14) Seus pais ou responsáveis se interessam pelos seus estudos?	Não	1	0,4%	3	9,1%	4	0,000
	Sim	261	99,6%	30	90,9%	291	
Q15) Gosta do espaço físico da escola?	Não	48	18,3%	17	51,5%	65	0,000
	Sim	214	81,7%	16	48,5%	230	
Q.16) Gosta do recreio/intervalo?	Não	4	1,5%	3	9,1%	7	0,007
	Sim	258	98,5%	30	90,9%	288	
Q.17) Gosta dos professores?	Não	4	1,5%	6	18,2%	10	0,000
	Sim	258	98,5%	27	81,8%	285	
Q.18) Gosta dos colegas da escola?	Não	1	0,4%	9	27,3%	10	0,000
	Sim	261	99,6%	24	72,7%	285	
TOTAL		262	100%	33	100%	295	-

De acordo com a tabela 4, no tocante aos aspectos familiares, as variáveis Boa convivência com os pais ou responsáveis; Gosta de conversar com os pais ou responsáveis e Seus pais ou responsáveis são carinhosos foram significativas para a presença dos sintomas depressivos, pois o valor de p foi menor que 0,05, ou seja ($p\text{-valor} < 0,05$). Assim, como se constata na mencionada tabela, 81,8% dos adolescentes com sintomas depressivos disseram ter boa convivência com os pais, gostar de conversar com os pais (51,5%) e que os pais são carinhosos (69,7%).

A variável Seus pais ou responsáveis estão separados também foi significativa para sintomas depressivos pois revelou valor de p menor que 0,05, ($p=0,005$) e teve mais de cinco observações em cada célula.

Confirmando essa associação, pode ser percebido na tabela 4, que 63,6% dos adolescentes com sintomas depressivos afirmaram terem pais separados, enquanto 61,8% dos

participantes sem sintomas responderam que os pais não estão separados. Como se percebe, a separação dos pais (perda parental precoce) pode ser um fator de risco para depressão, tal como identificado em estudo de Heim e Nemeroff (2001, *online*).

Entretanto, as variáveis Seus pais ou responsáveis se preocupam com você e Seus pais ou responsáveis se interessam pelos seus estudos não obtiveram o mínimo necessário de cinco observações em cada célula. Logo, não foram explicativas para a presença de sintomas depressivos, embora tenham obtido valor de p significativo (p -valor $< 0,05$).

Em relação aos aspectos escolares, a variável Gosta do espaço físico da escola foi significativa para os sintomas depressivos, pois o valor de p foi menor que 0,05 (p -valor $< 0,05$) e obteve-se um número de observações acima de cinco em cada célula. Assim, na tabela 4, 51,5% dos alunos com sintomas depressivos não gostam do espaço físico da escola.

No entanto, as variáveis Gosta do recreio/intervalo; Gosta dos professores; Gosta dos colegas da escola, não obtiveram o mínimo de cinco observações em cada célula, não sendo explicativas para a presença de sintomas depressivos.

Nesta análise, o agrupamento dos aspectos familiares (convivência, diálogo, carinho e separação dos pais) foi significativo. Conforme se percebeu, os adolescentes com sintomas depressivos têm, em sua maioria, pais separados (63,6%). Ademais, afirmam ter boa convivência com os pais (81,8%), gostar de conversar com estes (51,5%) e serem os pais carinhosos (69,7%). Este resultado parece indicar que os adolescentes mantêm uma boa relação familiar.

Segundo os resultados parecem sugerir, o contexto familiar é um importante fator de análise para aproximação do fenômeno depressivo. Isto porque os participantes do estudo parecem ter boa percepção do contexto familiar. No entanto, não se pode afirmar o mesmo em relação ao ambiente escolar, pois apenas uma questão foi significativa nesta análise.

Em estudo de Baptista et al., (2001, *online*), o suporte familiar é considerado um preditor de transtornos afetivos em adolescentes pois influencia a avaliação que o sujeito tem de si e do mundo. Nessa perspectiva, há de se investigar a qualidade do suporte familiar dos adolescentes com sintomas depressivos para entender como este contexto repercute na saúde mental dos sujeitos em desenvolvimento.

CONCLUSÃO

Os objetivos deste estudo foram atingidos à medida que se pôde identificar a presença de sintomas depressivos em adolescentes e sua distribuição por sexo e idade. Também foi possível identificar a percepção destes em relação aos contextos familiar e escolar. Ademais, se pôde realizar a análise psicométrica do CDI.

O percentual encontrado de 11,20% de sintomas depressivos em adolescentes é considerado elevado, uma vez que a escola participante do estudo integra programa de promoção da saúde. É necessário, pois, que este programa de saúde elabore ações consistentes de apoio e suporte à saúde mental de escolares. Assim, se sugere que projeto de ação no campo preventivo seja implementado junto à comunidade escolar. Tal iniciativa requer uma integração consistente entre escola e família na qual o ambiente escolar está melhor preparado para identificar os jovens com estes sintomas.

Com a finalidade de trabalhar a depressão no ambiente escolar de forma didática é fundamental a elaboração de cartilha educativa. Esta sugestão poderá beneficiar a comunidade ao passo que alerta acerca dos principais sintomas de depressão em adolescentes e seus riscos, ressaltando a importância dos ambientes familiar e escolar no tocante à saúde mental e bem-estar dos escolares.

Como se percebeu no presente estudo, o fenômeno depressivo guarda relação com os contextos de vida dos adolescentes. É, pois, necessário reunir várias ferramentas de análise para melhor compreender o surgimento destes sintomas. Provavelmente, instrumentos quantitativos aliados a ferramentas qualitativas podem melhor relacionar a depressão aos espaços de interação e desenvolvimento.

No tangente ao CDI, é indispensável esclarecer que outros estudos devem ser desenvolvidos para o aprofundamento deste instrumento, considerando as idades de 7 a 17 anos e o ponto de corte 17. Concorda-se, pois, com o ponto de vista de Cruvinel e Boruchovitch (2004, *online*), quando afirmam ser preciso ponderar as formas de aplicação do CDI, as duas versões utilizadas, o ponto de corte que varia de 16 a 19 pontos, bem como as diversidades de cunho regional, econômico e cultural da população em estudo.

Neste estudo se reforça a hipótese da estrutura multifatorial do CDI, tendo em vista a análise realizada ter identificado três fatores explicativos dos sintomas depressivos.

Inegavelmente, a problemática da depressão é multifacetada e vários fatores podem vir a influenciar o aparecimento dos sintomas depressivos.

A percepção dos adolescentes com sintomas depressivos acerca dos ambientes familiar e escolar evidenciou o quanto estes sistemas de interação promovem o bem-estar emocional e estão intimamente relacionados com o desenvolvimento saudável de adolescentes.

Os resultados encontrados por meio do questionário sociodemográfico compõem um fragmento dos contextos de vida (familiar e escolar) dos adolescentes com sintomas depressivos. Portanto, estudos mais aprofundados devem ser elaborados mediante as contribuições da Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano, a fim de se estabelecer relações existentes entre os contextos de desenvolvimento e a depressão.

Possivelmente a metodologia de inserção ecológica construída por Cecconello e Koller (2003, *online*), ao abordar a qualidade dos relacionamentos e dos comportamentos expressos por pais e filhos, poderá melhor identificar como se configura o contexto familiar. Tal medida certamente virá explicar como as relações familiares são estabelecidas no cotidiano e quais as suas repercussões na saúde mental de adolescentes.

No referente ao contexto escolar, urge investigar como as atividades rotineiras dos alunos repercutem na saúde mental deles próprios. Neste prisma, perguntas acerca do espaço físico, da rotina e envolvimento escolar podem revelar aspectos que beneficiam o desenvolvimento cognitivo e emocional, vindo a identificar fatores protetivos à saúde mental de escolares. Nesse panorama se entende que outras pesquisas em escolas que não participam de projeto de promoção de saúde são necessárias com vistas a identificar possíveis relações entre os contextos educativos.

Reitera-se, ainda: o desenvolvimento de adolescentes pode ser prejudicado pela presença de sintomas depressivos, com consequentes dificuldades relacionais, abandono escolar e risco de suicídio. Como constatado, há um predomínio de sintomas depressivos entre adolescentes do sexo feminino. Tal realidade deve ser tratada com mais atenção pelos profissionais de saúde e educação, os quais, por sua vez, devem investigar que fatores se associam significativamente ao sexo feminino no tangente ao aparecimento destes sintomas.

Em estudos de Bahls (2002c, *online*) se menciona que diferenças na manifestação dos sintomas depressivos entre os sexos é algo amplamente discutidos na literatura. Também

como informa, geralmente, as meninas apresentam sintomas subjetivos de tristeza, tédio, ansiedade, preocupação com a popularidade e aparência, dentre outros. Tais sintomas devem ser levados em consideração nos estudos sobre adolescentes com depressão.

Como exposto, a maior concentração de adolescentes com sintomas depressivos foi identificada no curso técnico de estética. No entanto, outros estudos devem ser desenvolvidos em escolas profissionalizantes para maior aprofundamento e discussão dessa temática. A escolha profissional pode revelar aspectos subjetivos referentes à percepção que o sujeito têm de si e do mundo.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Promoção da Saúde deve priorizar a saúde mental de escolares, mediante ações no campo preventivo e, ao mesmo tempo, incentivar a proatividade da comunidade escolar. O investimento no espaço escolar como ambiente de integração, proteção e cultura beneficia a saúde mental de adolescentes, pois, uma vez que a escola se torna um lócus de investimento social, é possível minimizar as vulnerabilidades sociais e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Salienta-se, ainda: este estudo foi finalizado com o encaminhamento dos adolescentes com sintomas depressivos para atendimento psicológico em clínica escola situada na cidade de Fortaleza (CE), conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos pais/responsáveis.

REFERÊNCIAS

ABAID, Josiane Lieberknecht Wathier. **Vivências adversas e depressão: um estudo sobre crianças e adolescentes institucionalizados**. 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13406/000641407.pdf?sequence=1>> Acesso em: 25 jan. 2016.

ALBERTI, Sonia. **O adolescente e o outro**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

ASSUMPÇÃO Jr, F. P. Conceito de depressão. In: BENY, Lafer. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

AVANCI, Joviana Quintes; PESCE, Renata Pires; ASSIS, Simone Gonçalves de. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(10): 2334-2346, out, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/14.pdf>> Acesso em: 2 fev. 2016.

AVILA, Sueli de Fatima Ourique de. A adolescência como ideal social. **An. 1 Simp. Internacional do Adolescente**. May. 2005 Disponível em: < http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200008&script=sci_arttext> Acesso em: 27 mar. 2015.

BAHLS, Saint Clair. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, 6(1), p. 49-57, 2002a. Disponível em:< <file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/3193-6318-1-PB.pdf>> Acesso em: 30 abr. 2015.

BAHLS, Saint Clair. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(2), p. 63-67, 2002b. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000200005&script=sci_arttext > Acesso em: 4 dez. 2015.

BAHLS, Saint Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**. v. 78, n. 5, 2002c. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805359.pdf>> Acesso em: 1 dez. 2015.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; DIAS, Rosana Righetto. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicol. cienc. prof.** vol.21 no.2 Brasília June, 2001. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000200007&script=sci_arttext> Acesso em: 11 dez. 2015.

BARBOSA, Genário Alves et al. Depressão Infantil: um estudo de prevalência com o CDI. **Infanto - Rev. de Neuropsiqui. da Inf. e Adol.** 4(3):36-40, 1996. Disponível em:<

http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_04_3/in_11_08.pdf> Acesso em: 11 dez. 2015.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**. vol. 11 n. 1, p.63-76, jan./jun. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pee/v11n1/v11n1a07>> Acesso em: 11 dez. 2015.

BONINI, Edmundo Eboli; BONINI, Sergio Eboli. **Teoria e exercícios estatísticos**. São Paulo: [s.n.], 1972.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf> Acesso em: 30 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf>
Acesso em: 2 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em<
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf> Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde de Adolescente e Jovem. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. 2012. Disponível em<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menino.pdf>
Acesso em: 10 dez.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>
Acesso em: 2 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>
Acesso em: 30 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf> Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf> Acesso em 22 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf - brasil2009> Acesso em: 30 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf> Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção do suicídio. **Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** 2006a. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf> Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: DF, 2006b. Disponível em:<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d228f777e2511c83e7d63.pdf> Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em:<http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/esc_prom_saude.pdf> Acesso em: 02 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União** de 13 de julho de 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm> Acesso em: 8 fev. 2016.

BRONFENBRENER, Urie. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres mais humanos.** Tradução de Carvalho-Barreto. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRONFENBRENNER, Urie. **Environments in developmental perspective: theoretical and operational models.** Washington, DC: American Psychological Association Press, 1999. Disponível em:<<http://www.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%201999.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2015.

CALLIGARES, Contardo. **A adolescência.** São Paulo: Publifolha, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):745-749, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>> Acesso em: 27 nov.2015.

CARSON, D. K.; BITTNER, M. T. Temperament and school-aged childrens coping abilities and responses to stress. **The Journal of Genetic Psychology**, 155, p. 289-302, 1994.

CEARÁ. Prefeitura de Fortaleza. **Regionais**. Disponível em:<<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>> Acesso em: 11 dez. 2015a.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Educação profissional**. Disponível em:<<http://www.educacaoprofissional.seduc.ce.gov.br/>> Acesso em: 11 dez. 2015b.

CECCONELLO, Alessandra Marques; KOLLER, Sílvia Helena. Inserção Ecológica na Comunidade: Uma Proposta Metodológica para o Estudo de Famílias em Situação de Risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16(3), p. 515-524, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a10.pdf>> Acesso em: 6 dez. 2015.

CERQUEIRA, Maria Teresa. A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Parte 1. p.33-40. Disponível em:<http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/esc_prom_saude.pdf> Acesso em: 03 abr. 2015.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; OLIVEIRA, Marcelo Xavier de; PEREIRA, Denise Reinaldo; SANTANA, Inayara Oliveira de. Indicadores Psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. **Aval. psicol.** vol.13 no.2 Itatiba ago. 2014. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200014> Acesso em: 9 fev. 2016.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 369-378, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a04.pdf>> Acesso em: 30 abr. 2015.

CRUVINEL, M.; BUROCHOVITCH, E.; SANTOS, A.A.A. Inventário de Depressão Infantil (CDI): Análise dos Parâmetros psicométricos. **Revista de Psicologia**, 20 (2), p. 473-490, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v20n2/13.pdf>> Acesso em: 11 dez. 2015.

DEL PORTO, J. A. Conceito de depressão e seus limites. In: BENY, Lafer. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev Bras Psiquiatr. Depressão** - vol. 21, maio 1999. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03.pdf>> Acesso em: 9 dez.2015.

DELL'ÁGLIO, Débora Dalbosco; HUTZ, Cláudio Simon. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. **Psicol. Reflex. Crit.** v.17 n.3 Porto Alegre,

2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a08v17n3.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2015.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Saúde Pública em Alerta: No Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700% em 16 anos mostram dados do DATASUS.** 20 de agosto de 2012. Disponível em:

<<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/512-saude-publica-em-alerta-no-brasil-mortes-por-depressao-crescem-mais-de-700-em-16-anos-mostram-dados-do-datasus>> Acesso em: 11 dez. 2015.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BISINOTO, Cynthia. Avanços Conceituais e Teóricos em Desenvolvimento Humano: as bases para o diálogo multidisciplinar. In: DESSEN, Maria Auxiliadora; MACIEL, Diva Albuquerque (Org.). **A ciência do Desenvolvimento Humano: desafios para a psicologia e a educação.** Curitiba: Juruá, 2014.

DESSEN, Maria Auxiliadora; COSTA JÚNIOR, Áderson Luiz. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DESSEN, Maria Auxiliadora; MACIEL Diva Albuquerque. **A ciência do desenvolvimento humano: desafios para a psicologia e a educação.** Curitiba: Juruá, 2014.

DESSEN, Maria Auxiliadora; POLONIA, Ana da Costa. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, 17(36), p. 21-32, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf>> Acesso em: 6 dez. 2015.

ERIKSON, Erik H. **Identidade juventude e crise.** Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Suicídio deve ser tratado como questão de saúde pública, alertam pesquisadores.** 7/01/ 2014. Disponível em:<<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/suicidio-deve-ser-tratado-como-questao-de-saude-publica-alertam-pesquisadores>> Acesso em: 11 dez. 2015.

GOLFETO, José Hercules; VEIGA, Maria Helena; SOUZA, Luiz de; BARBEIRA, Cláudia. Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. **Rev. Psiq. Clín.** 29 (2):66-70, 2002. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n2/pdf/66.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2015.

GOUVEIA, Rildésia S. V.; GOUVEIA, Valdiney V. **Depressão na infância e adolescência: conceituação, medida e tratamento.** São Paulo: Vetor, 2013.

GOUVEIA, V. V. et al. Inventário de depressão infantil-CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1995. p. 345-349.

HAIR JR, Joseph F.; BLACK, William C.; BABIN, Barry J; ANDERSON, Rolph E; TATHAM, Ronald L. **Análise Multivariada de Dados.** 6. ed. São Paulo: Bookman, 2009.

HEIM, Christine; NEMEROFF, Charles B. **The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies.** 2001 Society of Biological Psychiatry. Disponível em:<

https://www.researchgate.net/profile/Charles_Nemeroff/publication/11909727_The_role_of_childhood_trauma_in_the_neurobiology_of_mood_and_anxiety_disorders_preclinical_and_clinical_studies/links/02bfe50f180210c406000000.pdf> Acesso em: 12 dez. 2015.

KOVACS, M. **The Children`s Depression Inventory**: A self-rated depression scale for school - aged youngsters. University of Pittsburg, 1983.

LAROS, Jacob Arie. **O Uso da Análise Fatorial**: Algumas Diretrizes para Pesquisadores. Janeiro de 2012. Disponível em:<
https://www.researchgate.net/publication/233735561_O_Uso_da_Analise_Fatorial_Algumas_Diretrizes_para_Pesquisadores> Acesso em: 11 dez. 2015.

LERNER, Richard M. Urie Bronfenbrenner: contribuições da carreira de um cientista do desenvolvimento humano pleno. In: BRONFENBRENNER, Urie. **Bioecologia da Desenvolvimento Humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Tradução de André de Carvalho-Barreto. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 19-36.

LERNER, R. M. **Concepts and theories of human development**. 3. ed. New York: Lawrence Erlbaum. 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MARÔCO, João. **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. 5. ed. São Paulo: Report Number, 2011.

NA CAPITAL Segregação Socioespacial prevalece. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 11 out. 2015. Caderno Cidade p. 9.

OZELLA, Sérgio. **Adolescências construídas**: a visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2003.

PEREIRA, Antonio Carlos Amador. **O adolescente em desenvolvimento**. São Paulo: Harbra, 2005.

POLETTI, Micheli; SOUZA, Ana Paula Lazzaretti de; KOLLER, Silvia H. **Direitos Humanos, prevenção à violência contra crianças e adolescentes e mediação de conflitos**: manual de capacitação para educadores. Porto Alegre: IDEOGRAF, 2013. Disponível em:<
<http://www.ceprua.org/livroescolaqueprotege.pdf>> Acesso em: 03 abr. 2015.

REPPOLD, Caroline Tozzi; HUTZ, Claudio Simon. Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. **Aval. psicol.** v.2, n.2, Porto Alegre, dez. 2003. Disponível em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200008> Acesso em: 8 dez. 2015.

SALOMA, Andriara Calado et al. Depressão na Infância e na Adolescência. In: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de et al. (Org.). **Depressão**: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 49-64

SANTROCK, John W. **Adolescência**. Tradução de Sandra Mallmann da Rosa. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

SCIVOLETTO, Sandra; TARELHO, Luciana Gomes. Depressão na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, ano 02, ago. 02, v59, n8, 2002. Tema: Como diagnosticar e tratar. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2054> Acesso em: 6 dez. 2015.

SENNA, Sylvia Regina Carmo Magalhães; DESSEN, Maria Auxiliadora. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psic.: Teor. e Pesq.** vol.28, n.1, Brasília, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722012000100013&script=sci_arttext> Acesso em: 25 fev. 2015.

SILVA, Carlos dos Santos; DELORME, Maria Inês de Carvalho. Apresentação das experiências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/esc_prom_saude.pdf> Acesso em: 02 abr. 2015.

SOUZA, Thaís Rabanea de; LACERDA, Acioly Luiz Tavares de. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da. (Org.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.17-28.

THAPAR, Anita; COLLISHAW, Stephan; PINE, Daniel S.; THAPA, Ajay K. Depression in adolescence. **Seminar**. v. 379, mar. 17, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/SCIENCE%20DIRECT%20%20Depression%20in%20adolescence.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2015.

UNICEF BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Adolescência**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9418.htm> Acesso em: 11 dez. 2015.

WATHIER, Josiane Lieberknecht; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. **Aval. psicol.** v.7, n.1, Porto Alegre, abr. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712008000100010&script=sci_arttext> Acesso em: 11 dez. 2016.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. 2014. ISBN 978 92 4 156477 9 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1> Acesso em: 11 dez. 2015.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Public health action for the prevention of suicide. A Framework. 2012. ISBN 978 92 4 150357 0 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf> Acesso em: 2 fev. 2016.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial de Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Outubro de 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf> Acesso em: 12 dez. 2015.

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. Sexo () Masculino () Feminino

2. Idade: _____

3. Série: _____

4. Você já repetiu de ano?

() Não

() Sim. Qual(is) série(s)? _____

5. Qual o seu curso técnico profissionalizante?

() Técnico em Finanças

() Técnico em Enfermagem

() Técnico em Transações Imobiliárias

() Técnico em Estética

() Técnico em Informática

6. Qual a cor da sua pele?

() Branca

() Preta

() Parda

() Indígena

() Amarela (Oriental)

7. Você mora com quem? Pode marcar mais de uma opção.

() Pai

() Mãe

() Irmão (s) quantos: _____

() Avô/Avó

() Outros: _____

Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você? _____

8. Seus pais estão separados?

() Não

() Sim. Há quanto tempo eles estão separados? _____

9. Seus pais ou responsáveis trabalham?

() Não () Sim

10. Como é a sua convivência com seus pais ou responsáveis?

() Ruim

() Boa

() Muito Boa

11. Você gosta de conversar com os seus pais ou responsáveis?

- Não gosto de conversar com os meus pais/responsáveis
- Gosto pouco de conversar com meus pais/responsáveis
- Gosto muito de conversar com meus pais/responsáveis

12. Seus pais ou responsáveis são carinhosos com você?

- Não, eles não são carinhosos
- Sim, eles são pouco carinhosos
- Sim, eles são muito carinhosos

13. Seus pais ou responsáveis se preocupam com você?

- Não, eles não se preocupam comigo
- Sim, eles se preocupam pouco comigo
- Sim, eles se preocupam muito comigo

14. Seus pais ou responsáveis se interessam pelos seus estudos?

- Não se interessam
- Sim, eles se interessam pouco
- Sim, eles se interessam muito

15. Você gosta do espaço físico da sua escola?

- não gosto do espaço físico da escola
- gosto pouco do espaço físico da escola
- gosto muito do espaço físico da escola

16. Você gosta do recreio/intervalo da sua escola?

- não gosto do recreio/intervalo
- gosto pouco do recreio/intervalo
- gosto muito do recreio/intervalo

17. Você gosta dos seus professores?

- não gosto dos meus professores
- gosto pouco dos meus professores
- gosto muito dos meus professores

18. Você gosta dos seus colegas da escola?

- não gosto dos meus colegas da escola
- gosto pouco dos meus colegas da escola
- gosto muito dos meus colegas da escola

19. Quando você está triste, procura ajuda de alguém? Pode marcar mais de uma opção.

- sim, dos meus pais
- sim, dos meus professores
- sim, dos meus amigos
- sim, de outras pessoas. Quem? _____
- não, não procuro ajuda de ninguém

20. O que você faz para se divertir? Pode marcar mais de uma opção.

- Brinca
- Assiste televisão
- Fica na internet
- Sai com os amigos
- Pratica esportes (joga futebol, vôlei, etc)
- Lê
- Outro. Especifique _____

APÊNDICE B – Termo de Assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Sintomas Depressivos na Adolescência e Promoção da Saúde na Escola**” que tem como objetivo detectar a presença de sintomas depressivos em adolescentes. Com a sua participação poderemos ajudar a Escola Estadual de Educação Profissional José de Barcelos a prevenir a depressão em adolescentes e contribuir para que os adolescentes tenham comportamentos de vida saudáveis. A sua participação é voluntária. Para participar desta pesquisa você não terá que pagar nada, nem receberá qualquer vantagem em dinheiro.

Para este estudo daremos os seguintes passos: você receberá dois questionários e, no ato de preenchimento, será dito a você que não deverá escrever seu nome nestes questionários, mantendo o segredo de suas respostas. Apenas a pesquisadora Gabriela da Cunha Gomes irá ter acesso aos questionários e, se compromete a descartá-los no lixo após a análise. Para facilitar o preenchimento, a pesquisadora estará presente em sala de aula durante a aplicação e explicará novamente o objetivo dos questionários, tirando qualquer dúvida que você possa ter.

Informamos que se você sentir algum desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação dos questionários, a aplicação será interrompida e, se você concordar, poderá ser remarcada em outro momento.

Caso seja necessário, a pesquisadora Gabriela da Cunha Gomes, poderá encaminhá-lo(a) para atendimento no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Caso você se recuse a participar desta pesquisa isso não causará qualquer castigo ou mudança na forma em que você é tratado(a) pela pesquisadora.

Este Termo de Assentimento se encontra impresso em duas cópias, sendo que uma cópia será guardada pela pesquisadora responsável e a outra ficará com você.

Eu, _____, portador(a) do Documento de Identidade _____, aceito participar da pesquisa “Sintomas Depressivos na Adolescência e Promoção da Saúde na Escola”. Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e tirei minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações e mudar a decisão de participar sem nenhum prejuízo. Recebi uma cópia deste Termo de Assentimento.

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

Em caso de maiores dúvidas, entre em contato com a orientadora desta pesquisa, Prof. Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib, Mestrado em Saúde Coletiva, na Universidade de Fortaleza, Telefone: (85)34773280 ou diretamente com a pesquisadora: Gabriela da Cunha Gomes. Endereço: Rua Professor Wilson Aguiar, 357. Apt: 604. Bairro: Edson Queiroz. Telefone: (85) 85208386.

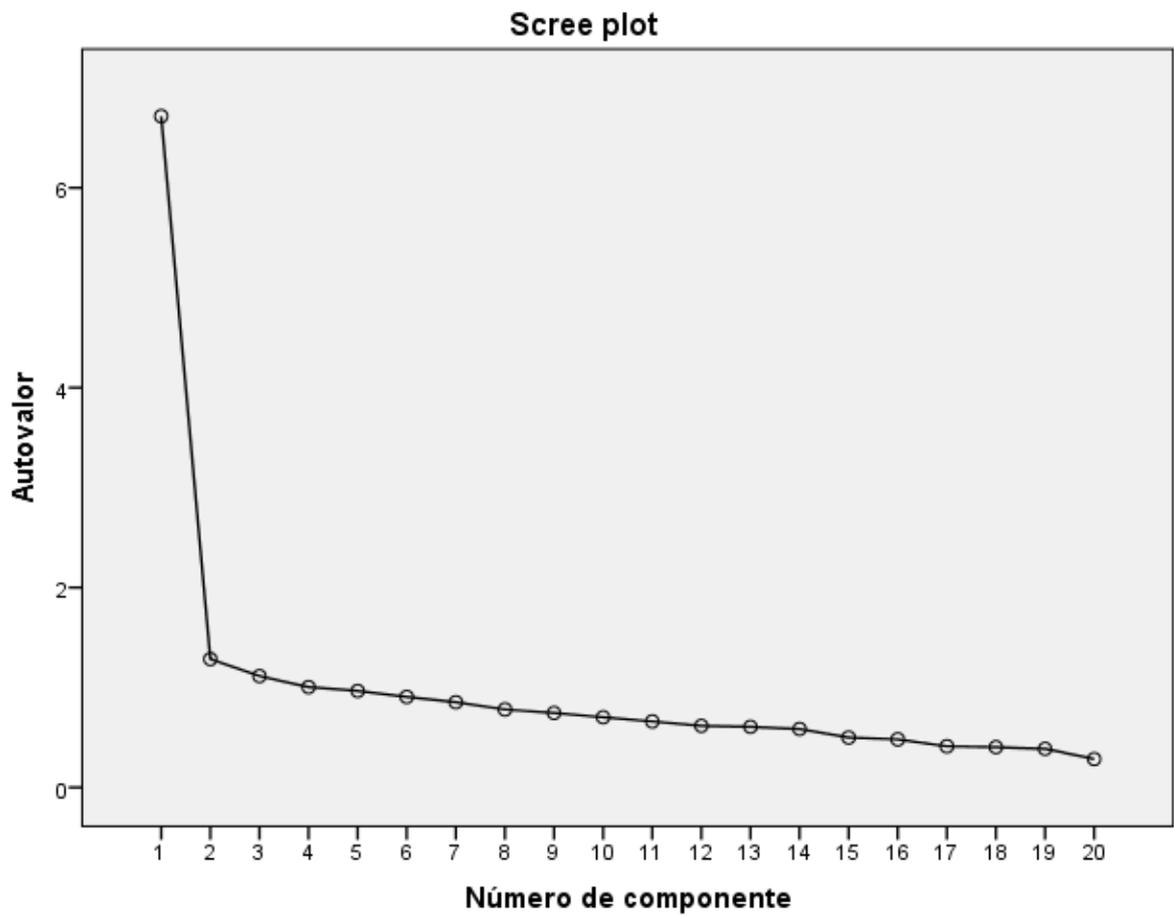
Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade da Fortaleza (UNIFOR). Localizado na Rua Desembargador Floriano Benevides, 221. Bairro Edson Queiroz. Telefone: (85) 34773644.

APÊNDICE C – Testes psicométricos do CDI

Testes KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,910
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	1804,403
Bartlett	Df	190
	Sig.	,000

Gráfico Scree Plot



Alfa de Cronbach do 1º Fator

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,853	,852	10

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
i3	,27	,497	295
i16	,55	,587	295
i9	,28	,478	295
i7	,35	,544	295
i8	,38	,551	295
i10	,34	,611	295
i19	,27	,504	295
i12	,20	,436	295
i5	,10	,341	295
i1	,26	,461	295

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
i3	2,72	9,108	,568	,364	,839
i16	2,45	8,473	,657	,448	,830
i9	2,72	9,204	,561	,341	,839
i7	2,64	8,686	,648	,454	,831
i8	2,62	8,863	,578	,358	,838
i10	2,66	8,539	,602	,426	,836
i19	2,72	9,339	,476	,263	,847
i12	2,79	9,486	,516	,283	,843
i5	2,89	10,122	,380	,173	,853
i1	2,74	9,236	,576	,393	,838

Teste de T ao quadrado de Hotelling

T ao quadrado de Hotelling	Z	df1	df2	Sig
194,559	21,029	9	286	,000

Alfa de Cronbach do 2º Fator

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,717	,719	6

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
i2	,64	,533	295
i13	,72	,639	295
i18	,70	,638	295
i4	,46	,513	295
i17	,41	,551	295
i6	,42	,552	295

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
i2	2,71	3,615	,494	,260	,666
i13	2,64	3,334	,497	,267	,664
i18	2,65	3,425	,453	,217	,679
i4	2,89	3,780	,431	,217	,685
i17	2,94	3,742	,402	,195	,693
i6	2,94	3,686	,429	,192	,685

Teste de T ao quadrado de Hotelling

T ao quadrado de Hotelling	Z	df1	df2	Sig
107,304	21,169	5	290	,000

Alfa de Cronbach do 3º Fator

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,623	,624	4

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
i14	,42	,547	295
i15	,55	,707	295
i20	,68	,613	295
i11	,56	,687	295

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
i14	1,79	2,141	,406	,165	,556
i15	1,66	1,721	,468	,228	,502
i20	1,53	2,134	,324	,110	,607
i11	1,64	1,829	,425	,197	,536

Teste de T ao quadrado de Hotelling

T ao quadrado de Hotelling	Z	df1	df2	Sig
40,528	13,417	3	292	,000

Alfa de Cronbach Geral

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,890	,893	20

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
i1	,26	,461	295
i2	,64	,533	295
i3	,27	,497	295
i4	,46	,513	295
i5	,10	,341	295
i6	,42	,552	295
i7	,35	,544	295
i8	,38	,551	295
i9	,28	,478	295
i10	,34	,611	295
i11	,56	,687	295
i12	,20	,436	295
i13	,72	,639	295
i14	,42	,547	295
i15	,55	,707	295
i16	,55	,587	295
i17	,41	,551	295
i18	,70	,638	295
i19	,27	,504	295
i20	,68	,613	295

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
i1	8,29	36,433	,605	.	,883
i2	7,91	36,498	,501	.	,885
i3	8,28	36,548	,534	.	,884
i4	8,09	36,863	,463	.	,886
i5	8,45	38,344	,367	.	,889
i6	8,14	36,397	,496	.	,885
i7	8,20	35,299	,683	.	,879
i8	8,18	36,023	,557	.	,883
i9	8,27	36,696	,533	.	,884
i10	8,22	35,252	,604	.	,882
i11	7,99	35,398	,507	.	,885
i12	8,35	37,017	,529	.	,885
i13	7,84	35,647	,518	.	,885
i14	8,13	36,897	,424	.	,887
i15	8,01	35,184	,515	.	,885
i16	8,01	35,163	,647	.	,880
i17	8,14	36,769	,439	.	,887
i18	7,85	35,882	,487	.	,886
i19	8,28	36,807	,482	.	,885
i20	7,87	37,246	,319	.	,891

Teste de T ao quadrado de Hotelling

T ao quadrado de Hotelling	Z	df1	df2	Sig
791,793	39,122	19	276	,000

ANEXO A – Inventário de Depressão Infantil

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL

Por favor, leia atentamente cada um dos 20 itens abaixo, escolhendo entre as três opções de cada um a que mais se aproxima a como você tem se sentido nas duas últimas semanas. Faça isso marcando para cada item um único quadrinho.

1	<input type="checkbox"/> Eu fico triste de vez em quando.
	<input type="checkbox"/> Eu fico triste muitas vezes.
	<input type="checkbox"/> Eu estou sempre triste.
2	<input type="checkbox"/> Para mim tudo se resolverá bem.
	<input type="checkbox"/> Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.
	<input type="checkbox"/> Nada vai dar certo para mim.
3	<input type="checkbox"/> Eu faço bem a maioria das coisas.
	<input type="checkbox"/> Eu faço errado a maioria das coisas.
	<input type="checkbox"/> Eu faço tudo errado.
4	<input type="checkbox"/> Eu me divirto com muitas coisas.
	<input type="checkbox"/> Eu me divirto com algumas coisas.
	<input type="checkbox"/> Nada é divertido para mim.
5	<input type="checkbox"/> Eu sou mal (ou má) de vez em quando.
	<input type="checkbox"/> Eu sou mal (ou má) com frequência.
	<input type="checkbox"/> Eu sou sempre mal (ou má).

6	<input type="checkbox"/> De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer.
	<input type="checkbox"/> Eu temo que coisas ruins me aconteçam.
	<input type="checkbox"/> Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão.
7	<input type="checkbox"/> Eu gosto de mim mesmo.
	<input type="checkbox"/> Eu não gosto muito de mim mesmo.
	<input type="checkbox"/> Eu me odeio.
8	<input type="checkbox"/> Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem.
	<input type="checkbox"/> Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa.
	<input type="checkbox"/> Tudo de mal que acontece é por minha culpa.
9	<input type="checkbox"/> Eu não penso em me matar.
	<input type="checkbox"/> Eu penso em me matar, mas não o faria.
	<input type="checkbox"/> Eu quero me matar.
10	<input type="checkbox"/> Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.
	<input type="checkbox"/> Eu sinto vontade de chorar frequentemente.
	<input type="checkbox"/> Eu sinto vontade de chorar diariamente.
11	<input type="checkbox"/> Eu me sinto preocupado de vez em quando.
	<input type="checkbox"/> Eu me sinto preocupado frequentemente.
	<input type="checkbox"/> Eu me sinto sempre preocupado.

12	<input type="checkbox"/> Eu gosto de estar com pessoas.
	<input type="checkbox"/> Frequentemente eu não gosto de estar com pessoas.
	<input type="checkbox"/> Eu não gosto de estar com pessoas.
13	<input type="checkbox"/> Eu tenho boa aparência.
	<input type="checkbox"/> Minha aparência tem alguns aspectos negativos.
	<input type="checkbox"/> Eu sou feio.
14	<input type="checkbox"/> Eu durmo bem à noite.
	<input type="checkbox"/> Eu tenho dificuldades de dormir algumas noites.
	<input type="checkbox"/> Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite.
15	<input type="checkbox"/> Eu me canso de vez em quando.
	<input type="checkbox"/> Eu me canso frequentemente.
	<input type="checkbox"/> Eu estou sempre cansado.
16	<input type="checkbox"/> Eu não me sinto sozinho.
	<input type="checkbox"/> Eu me sinto sozinho muitas vezes.
	<input type="checkbox"/> Eu sempre me sinto sozinho.
17	<input type="checkbox"/> Eu me divirto na escola frequentemente.
	<input type="checkbox"/> Eu me divirto na escola de vez em quando.
	<input type="checkbox"/> Eu nunca me divirto na escola.

18	<input type="checkbox"/> Sou tão bom quanto outras crianças.
	<input type="checkbox"/> Se eu quiser posso ser tão bom quanto outras crianças.
	<input type="checkbox"/> Não posso ser tão bom quanto outras crianças.
19	<input type="checkbox"/> Eu tenho certeza que sou amado por alguém.
	<input type="checkbox"/> Eu não tenho certeza que alguém me ama.
	<input type="checkbox"/> Ninguém gosta de mim realmente.
20	<input type="checkbox"/> Eu sempre faço o que me mandam.
	<input type="checkbox"/> Eu sempre faço o que me mandam com frequência.
	<input type="checkbox"/> Eu nunca faço o que me mandam.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Parecer
Consubstanciado do CEP



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: SINTOMAS DEPRESSIVOS NA ADOLESCÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: GABRIELA DA CUNHA GOMES

Prezados Pais e/ou Responsáveis

Seu/sua filho(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*Sintomas Depressivos na Adolescência e Promoção da Saúde na Escola*”, que tem por objetivo detectar a presença de sintomas depressivos em adolescentes. Com a participação de seu/sua filho(a) poderemos ajudar a Escola Estadual de Educação Profissional José de Barcelos a prevenir a depressão em adolescentes e contribuir para que os adolescentes tenham comportamentos de vida saudáveis.

1.PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa o(a) seu/sua filho(a) ou menor de sua responsabilidade será orientado a preencher um questionário de depressão infantil que tem 20 (vinte) pontos de escolha a partir de como ele/ela se sente nas duas últimas semanas. Em seguida, ele/ela responderá um breve questionário sobre suas características sociais.

Deixamos claro que a sua autorização e a participação do(a) seu/sua filho(a) é voluntária, pois você tem a liberdade de não autorizar e pode desistir em qualquer momento, mesmo após seu/sua filho(a) ter iniciado os questionários, sem nenhum prejuízo.

2.RISCOS E DESCONFORTOS: Na organização dessa pesquisa não observamos nenhum desconforto emocional ou constrangimento aos adolescentes, no entanto, informamos que é possível que o participante possa apresentar algumas dessas manifestações. Caso isso ocorra, o(a) Sr. (a) será informado e poderemos encaminhar seu/sua filho(a) ao Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

3.BENEFÍCIOS: Será construído material educativo para a escola com o objetivo de ajudar a prevenir a depressão em adolescentes e contribuir para que os adolescentes tenham comportamentos de vida saudáveis.

4.FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se o(a) seu/sua filho(a) sentir algum desconforto emocional ou constrangimento em responder aos questionários, a aplicação será interrompida e, se ele concordar, poderá ser remarcada em outro momento. Caso seja necessário, a pesquisadora Gabriela da Cunha Gomes poderá encaminhá-lo(a) para atendimento no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade da Fortaleza (UNIFOR). Localizado na Rua Desembargador Floriano Benevides, 221. Bairro Edson Queiroz. Telefone: (85) 34773644. O

encaminhamento para o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) só poderá ser feito com seu conhecimento e não será cobrado do(a) Sr.(a) nenhum valor em dinheiro.

5.CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações fornecidas pelo(a) seu/sua filho(a) serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o nome do participante não aparecerá em nenhum momento nos questionários nem quando os resultados forem apresentados.

6.ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento a pesquisadora responsável.

Nome da pesquisadora responsável: Gabriela da Cunha Gomes

Endereço: Rua Professor Wilson Aguiar 357. Apt: 604

Bairro: Edson Queiroz. CEP 60811590

Telefone para contato: (85) 85208386

Atendimento: 08:00 às 17:00

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, Ce.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA

Universidade de Fortaleza.

Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º andar.

Bairro: Edson Queiroz. CEP 60811-341.

Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

7.RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) autorize seu/sua filho(a) a participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8.CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em autorizar a participação de seu/sua filho(a) ou menor de sua responsabilidade deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma via deste Termo e a outra ficará com a pesquisadora.

O **participante da pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

9. CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pela pesquisadora, ciente dos procedimentos aos quais seu/sua filho(a) ou menor de sua responsabilidade _____ será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente Termo.

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante Legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura da Pesquisadora



UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sintomas Depressivos na Adolescência e Promoção da Saúde na Escola

Pesquisador: GABRIELA DA CUNHA GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45992715.1.0000.5052

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.188.491

Data da Relatoria: 14/08/2015

Apresentação do Projeto:

O ambiente escolar tem como papel fundamental o desenvolvimento do sujeito. A escola participa da formação de crianças e adolescentes promovendo situações de bem-estar, respeito, valores e comportamentos saudáveis. No entanto, neste momento de vida eventos estressantes vivenciados pelos escolares podem ocasionar o aparecimento de sintomas depressivos. O objetivo desta pesquisa consiste na identificação de

sintomas depressivos em adolescentes de 12 a 17 anos e terá como lócus a Escola Estadual de Educação Profissional José de Barcelos, localizada no município de Fortaleza. Esta pesquisa é do tipo descritiva, de natureza exploratória e seguirá as diretrizes e procedimentos da abordagem quantitativa. A justificativa deste estudo reside no aumento da doença depressiva na população brasileira nos últimos anos e em elevados casos de

suicídio entre as pessoas mais jovens e economicamente produtivas. Portanto, a partir deste estudo poderemos ajudar a escola a prevenir a depressão em adolescentes e contribuir para que os adolescentes tenham comportamentos de vida saudáveis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Detectar a presença de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola estadual de educação profissional de Fortaleza e sua distribuição por idade e gênero.

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria

Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056

E-mail: coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 1.188.491

Objetivo Secundário:

Analisar as percepções dos adolescentes com sintomas depressivos acerca do contexto escolar e familiar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Na organização dessa pesquisa não observamos nenhum desconforto emocional ou constrangimento aos adolescentes, no entanto, informamos que é possível que o participante possa apresentar algumas dessas manifestações. Caso isso ocorra, a aplicação dos questionários será interrompida e, se o participante concordar, poderá ser remarcada. A pesquisadora Gabriela da Cunha Gomes também poderá encaminhar o(s)

participante(s) para atendimento no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade da Fortaleza (UNIFOR).

Benefícios:

Com a realização da pesquisa poderemos ajudar a Escola Estadual de Educação Profissional José de Barcelos a prevenir a depressão em adolescentes e contribuir para que os adolescentes tenham comportamentos de vida saudáveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta-se de forma coerente entre os objetivos, metodologia bem como a sua relevância para a academia e a sua contribuição social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_509558.pdf

Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_509558.pdf

Parecer do Relator PB_PARECER_RELATOR_1119891.pdf

Folha de Rosto auto.unifor 001.jpg

TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido

TERMO NOVO.docxNOVO27.doc

Declarações Diversas aut.CDI 001.jpg

Declarações Diversas AUTO.ESCOLA 001.jpg

Parecer do Colegiado PB_PARECER_COLEGIADO_1143651.pdf

Outros TERMO DE ASSENTIMENTO.docNOVO27.doc

Endereço: Av. Washington Soares 1321Bloco da Reitoria

Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz

CEP: 60.811-905

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3477-3122

Fax: (85)3477-3056

E-mail: coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 1.188.491

Parecer Consubstanciado do CEP PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1146831.pdf
Projeto Detalhado ADOLESCÊNCIA.docNOVO27.doc

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas ao projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a leitura da 2a. versão do projeto apresentado, conclui-se que o mesmo encontra-se sem pendências de acordo com as normas da Resolução CNS 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer de Aprovação do projeto e esclarece: Apresentação de relatório parcial e final; A pesquisa deve ser desenvolvida conforme delineada no protocolo aprovado; O CEP deve ser informado dos efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal da pesquisa; Emendas ou modificações ao protocolo de pesquisa devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética.

FORTALEZA, 17 de Agosto de 2015

Assinado por:
Marilia Joffily Pereira da Costa Parahyba
(Coordenador)

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
Universidade de Fortaleza-UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Prof. Aldo Angelim Dias
Coordenador do Comitê de Ética-Coética

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br

