



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Larissa Lehmkuhl

A saúde mental de adolescentes em uma pequena cidade do sul do Brasil:
o caso de Angelina-SC

Florianópolis
2021

Larissa Lehmkuhl

A saúde mental de adolescentes em uma pequena cidade do sul do Brasil:
o caso de Angelina-SC

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestra Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof. (a) Aline Megumi Arakawa-Belaunde, Dra.

Coorientador: Prof. Lúcio José Botelho, Dr.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lehskuhl, Larissa

A saúde mental de adolescentes em uma pequena cidade do sul do Brasil : o caso de Angelina-SC / Larissa Lehskuhl ; orientadora, Aline Magumi Arakawa-Belaunde, coorientador, Lúcio José Botelho, 2021.
159 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde Mental. 3. Adolescência. 4. Cidades Pequenas. 5. Ensino Médio. I. Arakawa-Belaunde, Aline Magumi. II. Botelho, Lúcio José. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. IV. Título.

Larissa Lehmkuhl

A saúde mental de adolescentes em uma pequena cidade do sul do Brasil:
o caso de Angelina-SC

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Aline Megumi Arakawa-Belaunde, Dr.a
MPSM UFSC - Orientadora

Prof. Fabrício Augusto Menegon, Dr.
MPSM UFSC – Examinador interno

Liandra Savanhago, M.a
Examinadora externa

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof^a Aline Megumi Arakawa-Belaunde, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2021

Este trabalho é dedicado a todos(as) os(as) profissionais de saúde que não medem esforços para tornar melhor a vida das pessoas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais, Maria Zita Goedert Lehmkuhl e Edgar Francisco Lehmkuhl, por todo o incentivo e amparo ao longo de mais esta trajetória. Vocês sempre serão meus exemplos, dos quais tenho muito orgulho.

Ao meu esposo, Valdemar Norberto Sens Neto, agradeço por toda a parceria, paciência e encorajamento para que este trabalho pudesse ser iniciado e concluído. Você torna a vida mais leve.

À minha madrinha, Nadir Maria Guessier, por todo o suporte prestado ao longo da minha trajetória acadêmica, certamente você fez toda a diferença nesse processo.

Agradeço aos meus orientadores pela dedicação, carinho e apoio. À professora Aline Megumi Arakawa-Belaunde, que mesmo em um momento tão especial da sua vida esteve sempre disponível e zelosa. Ao professor Lúcio por toda a paciência, escuta e acolhimento que vem desde a Especialização em Saúde Coletiva.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa de mestrado, professor Sérgio Fernando Torres de Freitas, professora Daniela Ribeiro Schneider, psicóloga Liandra Savanhago, professor Fabrício Augusto Menegon, pelas valiosas contribuições e pela sensibilidade neste processo.

À Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Angelina, Santa Catarina (SC), por todo o auxílio prestado nesse processo, e às (aos) colegas de trabalho, especialmente às enfermeiras Tatiana Scherer Martins e Dayana Rios, por todo o suporte neste período. Um agradecimento com muito carinho às (aos) Agentes Comunitários de Saúde, que contribuíram diretamente para que este trabalho pudesse ser realizado. A toda a equipe gostaria de dizer que vocês são o melhor exemplo de sensibilidade e profissionalismo na Atenção Básica que se poderia esperar.

Agradeço à gestão escolar e professores, em especial aos diretores Priscila Aline Zobot Hillesheim e Nilson Rubick, por todo o amparo e atenção ao longo desta pesquisa. Não tenho dúvidas que a educação angelinense ganha muito com a sua presença. Aos (às) estudantes e respectivos (as) responsáveis, que permitiram que este trabalho fosse realizado, muito obrigada pela confiança e disponibilidade. Desejo que possam seguir com leveza e fluidez pelos caminhos reservados a vocês.

Agradeço às minhas amigas pelo acolhimento das angústias e alegrias ao longo deste processo, particularmente Amanda Aparecida Fortunato e Jéssica Hanser Nunes Kahl.

Por fim, gostaria de deixar meu agradecimento à Universidade Federal de Santa Catarina, em especial aos colaboradores do Departamento de Saúde Coletiva, ao qual é vinculado este Programa de Mestrado, pela dedicação e resistência sobretudo ao longo da pandemia de Covid-19.

*“A prova de que estou recuperando a
saúde mental, é que estou cada minuto mais
permissiva: eu me permito mais liberdade e mais
experiências. E aceito o acaso. Anseio pelo que
ainda não experimentei. Maior espaço psíquico.
Estou felizmente mais doida.”*
Clarice Lispector (1978)

*“Se for mais veloz que a luz
Então escapo da tristeza
Deixo toda dor pra trás
Perdida num planeta abandonado
No espaço
E volto sem olhar pra trás”*
Herbert Vianna(1996)

RESUMO

A temática da saúde mental na adolescência tem demandado cada vez mais a atenção de pesquisadores e profissionais da área. Em estudos de base populacional, observa-se que grande parte das questões de saúde mental identificadas entre adolescentes é composta pelos chamados transtornos mentais comuns (TMC). Neste sentido, para a presente pesquisa, o objetivo foi descrever a prevalência de TMC entre adolescentes do ensino médio de Angelina, cidade de pequeno porte catarinense com características predominantemente rurais. Os participantes foram os estudantes das duas escolas que contemplam o ensino médio no município. Buscou-se descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos estudantes por escola, bem como identificar os sintomas de TMC mais frequentes e comparar os perfis de adolescentes com e sem suspeição de TMC. Para isso, foi realizada uma pesquisa de levantamento a partir de dois instrumentos principais, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e um questionário de saúde e dados sociodemográficos desenvolvido pela autora e fundamentado na revisão de literatura. A análise dos dados foi realizada por meio de epidemiologia descritiva e procedimentos estatísticos de associação, comparação de grupos e correlação de variáveis, sendo que para o objetivo principal foi calculada a prevalência de TMC. A prevalência de transtornos mentais comuns entre adolescentes do ensino médio da cidade de Angelina foi de 31,29% e os sintomas dos grupos “Humor depressivo-ansioso” e “Decréscimo de energia vital” foram os mais frequentes. Em relação ao perfil com suspeição de TMC, houve maior frequência entre meninas, entre estudantes bissexuais, entre adolescentes que não residem em casa própria, entre os que avaliaram o relacionamento dos pais como bom e regular (a pior avaliação), entre estudantes que possuíam problema de saúde, avaliaram como ruim o seu sono e entre os que perceberam a saúde mental afetada na pandemia de Covid-19, plano de fundo no qual esta dissertação está inserida; além disso, quanto pior a avaliação a respeito do bairro, do desempenho escolar, do relacionamento com os pais e do sono, maior o número de sintomas no SRQ-20. Entende-se, considerando o conceito de determinantes sociais da saúde, que esses diferentes aspectos da vida dos adolescentes podem se configurar como fatores de risco ou proteção associados à saúde mental. Neste sentido, conhecê-los pode contribuir para o planejamento das ações em saúde, sejam elas de prevenção, promoção ou recuperação, especialmente no âmbito da saúde coletiva.

Palavras-chave: Adolescência; Saúde Mental; Cidades Pequenas; Ensino Médio.

ABSTRACT

The topic of mental health in adolescence has increasingly demanded the attention of researchers and professionals in the field. In population-based studies, it is observed that a large part of the mental health issues identified among adolescents is composed of the so-called Common Mental Disorders (CMD). In this sense, for the present research's objective was to describe CMD prevalence among high school adolescents in Angelina, a small town in Santa Catarina with predominantly rural characteristics. The participants were students from the two schools that provide secondary education in the city. We sought to describe the sociodemographic and health profile of students by school, identify the most frequent CMD symptoms, and compare the adolescents' profiles with and without suspicion of CMD. For this, a survey was carried out using two main instruments, the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) and a health and sociodemographic data questionnaire developed by the author and based on the literature review. Data analysis was performed using descriptive epidemiology and statistical procedures for association, comparison of groups and correlation of variables. For the main objective, the CMD prevalence was calculated. The prevalence of common mental disorders among high school adolescents in the city of Angelina was 31.29%. The symptoms of the groups "Anxious-depressive mood" and "Decreased vital energy" were the most frequent. The profile with a higher frequency suspected CMD were females, bisexual students, adolescents who do not live in their own home or those who rated their parents' relationship as good and regular (the worst assessment). It also included students who had a health problem, rated their sleep as poor and those who perceived their mental health affected by the Covid-19 pandemic, which is in the background of this dissertation. Furthermore, the worse the assessment of neighborhood, school performance, relationship with parents and sleep, the greater the number of symptoms in the SRQ-20. Considering the concept of the social determinants of health, it is understood that these different aspects of adolescents' lives can be configured as risk or protective factors associated with mental health. In brief, knowing them can contribute to the planning of health actions, whether prevention, promotion or recovery, especially in public health.

Palavras-chave: Adolescence; Mental health; Small towns; High school.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de seleção dos estudos para a revisão.	55
Figura 2 – Número de participantes por localidade.	81
Figura 3 – Número de vezes em que um item de cada categoria relacionada à ocupação dos estudantes foi listado.	83
Figura 4 – Número de vezes em que um item de cada categoria relacionada a desempenho escolar dos estudantes foi listado.	86
Figura 5 – Número de vezes em que um item de cada categoria relacionada à área de interesse dos estudantes e pais/responsáveis foi listado	88
Figura 6 – Número de vezes que um item de cada categoria foi listado, referente a porque o estudante se sentiu afetado pela pandemia.	90
Figura 7 – Número de vezes em que um item da categoria foi listado, referente aos motivos para a renda ter sido afetada durante a pandemia.	93
Figura 8 – Frequência dos sintomas referida pelos adolescentes, conforme as questões do SRQ-20.	95
Figura 9 – Correlações estatisticamente significativas ($p < 0.05$) entre variáveis selecionadas.	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores associados identificados.	56
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos adolescentes por escola, Angelina, 2021.....	79
Tabela 2 – Descrição do perfil dos adolescentes em relação à moradia e renda, Angelina, 2021.	82
Tabela 3 – Caracterização dos adolescentes em relação à ocupação, Angelina, 2021.	84
Tabela 4- Descrição do perfil dos adolescentes em relação aos estudos, Angelina, 2021.....	85
Tabela 5 – Caracterização dos adolescentes em relação a características e relacionamentos familiares, Angelina, 2021.	86
Tabela 6 – Descrição do perfil dos adolescentes em relação a características de saúde, Angelina, 2021.	89
Tabela 7 – Caracterização dos adolescentes em relação à pandemia de Covid-19, Angelina, 2021.	91
Tabela 8 – Distribuição dos itens do SRQ-20 por grupo de sintomas.	94
Tabela 9 – Perfil dos adolescentes em relação à suspeição de transtorno mental comum: Características gerais e socioeconômicas, Angelina, 2021.	96
Tabela 10 – Perfil dos adolescentes em relação à suspeição de transtorno mental comum: Características escolares, Angelina, 2021.	98
Tabela 11 – Perfil dos adolescentes em relação à suspeição de transtorno mental comum: Características familiares, Angelina, 2021.....	99
Tabela 12 – Perfil dos adolescentes em relação à suspeição de transtorno mental comum: Características de saúde, Angelina, 2021.	102
Tabela 13 – Análise da relação de dados entre suspeição de TMC e variáveis selecionadas, Angelina, 2021.	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACC – *Assertive Continuing Care*

A-CRA – *Adolescent Community Reinforcement Approach*

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CEPIDEA – *Promoting Prosocial and Emotional Skills to Counteract Externalizing Problems in Adolescence*

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CTC – *Communities That Care*

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Quinta edição

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EEB Norberto Teodoro de Melo – Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo

EEB Nossa Senhora – Escola de Educação Básica Nossa Senhora

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC 95% – Intervalo de Confiança de 95%

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LGBTQ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e mais.

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OR – Odds Ratio

PNAISAJ – Política de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens no Brasil

PPP – Projeto Político Pedagógico

PROSPER – *Promoting School-University Partnerships to Enhance Resilience*

PSE – Programa Saúde na Escola

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SC – Santa Catarina

SRQ-20 – *Self-Reporting Questionnaire*

STATA – *Data Analysis and Statistical Software*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão do Curso

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
1.1	OBJETIVOS	28
1.1.1	Objetivo Geral.....	28
1.1.2	Objetivos Específicos	28
2	ADOLESCÊNCIA E SAÚDE MENTAL EM ANGELINA (SC): COMPONDO O CENÁRIO DE PESQUISA	29
2.1	SAÚDE MENTAL: UM CONCEITO MULTIDIMENSIONAL	29
2.2	TRANSTORNO MENTAL COMUM	31
2.3	DE QUE ADOLESCENTE FALAMOS?	33
2.3.1	Adolescência e suas diferentes perspectivas	33
2.3.2	Da “invisibilidade” ao sujeito de direitos	37
2.3.3	O lugar do adolescente na Política de Saúde Mental.....	39
2.4	A CIDADE DE ANGELINA: ASPECTOS AMBIENTAIS, HISTÓRICOS E CULTURAIS.....	43
2.4.1	A Colônia Nacional de Angelina: da colonização à emancipação	43
2.4.2	O município de Angelina.....	46
3	FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA EM CIDADES PEQUENAS - UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA CIENTÍFICA	51
3.1	INTRODUÇÃO	51
3.2	METODOLOGIA.....	52
3.2.1	Formulação do problema	53
3.2.2	Busca na literatura	53
3.2.3	Critérios de elegibilidade	53
3.2.4	Coleta de dados	54
3.2.5	Síntese dos resultados	54
3.3	RESULTADOS	54

3.3.1	Características dos estudos	54
3.3.2	Questões de saúde mental destacadas	56
3.3.3	Fatores de risco e proteção associados.....	56
3.3.3.1	<i>Domínio Biológico.....</i>	57
3.3.3.2	<i>Domínio Social</i>	58
3.3.3.3	<i>Domínio Psicológico</i>	60
3.3.3.4	<i>Estudos longitudinais: Interfaces</i>	61
3.4	DISCUSSÃO	62
3.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	71
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	71
4.2	PARTICIPANTES E LOCAL DE COLETA DE DADOS.....	72
4.3	INSTRUMENTOS	74
4.3.1	Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).....	74
4.3.2	Questionário de saúde e dados sociodemográficos	75
4.4	OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	76
4.4.1	Contato com os participantes	76
4.4.2	Preceitos Éticos	76
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	77
5	RESULTADOS	79
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES.....	79
5.1.1	Pandemia e os estudantes do Ensino Médio angelinense	90
5.2	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE OS ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO	93
5.2.1	Perfil sociodemográfico e de saúde dos grupos de adolescentes com e sem suspeição de transtornos mentais comuns.....	95
5.2.2	Perfil sociodemográfico e de saúde dos grupos de adolescentes com e sem suspeição de transtornos mentais comuns e a relação com a pandemia.....	108

6	DISCUSSÃO	109
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
	REFERÊNCIAS.....	125
	APÊNDICES	135
	APÊNDICE A – Estratégias de busca da revisão integrativa por fonte.....	135
	APÊNDICE B – Sumário dos artigos incluídos na revisão integrativa	138
	APÊNDICE C - Questionário utilizado para coleta de dados	144
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	150
	APÊNDICE E -Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	152
	ANEXOS.....	154
	ANEXO A- Mapa de macrozoneamento do município de Angelina.....	154
	ANEXO B- SQR-20 adaptado	155
	ANEXO C- Parecer do CEPESH.....	157

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é fruto da inquietação trazida pela experiência como psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB, originalmente chamado NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no município de Angelina, no Estado de Santa Catarina (SC). Este caminho foi iniciado em 2016 e trouxe consigo dois desafios para mim: o trabalho na saúde pública e o trabalho com crianças e adolescentes, que possuem singularidades importantes. É possível dizer, no entanto, que essas particularidades acarretam a um ponto comum: a ação não ocorre de maneira isolada, ou seja, é necessário o contato e planejamento com diferentes agentes e setores para a atenção em saúde de forma integral (equipe de saúde, de educação, pais/responsáveis, conselho tutelar, entre outros). São estes, inclusive, fontes de encaminhamentos dos adolescentes para os atendimentos psicoterápicos.

Dessa forma, este tema tem tomado a minha atenção desde o primeiro contato. Em 2016, ainda cursando o estágio de docência em Psicologia, do curso de Licenciatura em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi possível elaborar um projeto de ensino que visava a promoção de saúde por meio da discussão de perspectivas de vida com jovens do ensino médio, sob a orientação da professora Dr.^a Diana Carvalho. Esse projeto tornou-se parte das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) em Angelina, no qual as equipes de saúde realizam diferentes intervenções nas escolas do município e ocorre anualmente desde então. Ao longo das ações, tive a oportunidade de escutar os jovens relatando sobre diferentes questões que, de maneira mais ou menos direta, traziam considerações sobre a sua saúde mental.

Junto a isso, desde 2016, observei na Unidade Básica de Saúde (UBS) a demanda crescente de atendimentos em saúde mental para adolescentes, que justificou a abertura de um grupo de atendimento psicoterápico em 2017, cujo número de participantes dobrou em 2018. No ano de 2019, havia a possibilidade de abertura de um novo grupo com o mesmo público-alvo — destaque aqui a prioridade para abordagens coletivas na saúde pública, quando possível. Tal fato minimamente gera curiosidade para entender como se encontra a saúde mental dos adolescentes e conhecer a realidade da adolescência angelinense. Isso porque, independente do fator que motivava uma maior procura e maior número de encaminhamentos à psicologia, ao menos 30% dos atendimentos psicológicos estavam sendo destinados aos adolescentes, que representavam 10%¹ da população cadastrada no município.

¹ Esse número se refere às pessoas de 12 a 21 anos incompletos cadastradas em janeiro de 2019.

Por essa razão, retomei a temática da saúde mental e adolescência durante a especialização em Saúde Coletiva (UFSC), concluída em 2019, sendo o foco da minha pesquisa do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), sob a orientação do professor Dr. Lúcio José Botelho. Neste trabalho pude esmiuçar, por meio de revisão integrativa, os problemas de saúde mental relacionados a esse público mais frequentemente listados em literatura.

Neste panorama, esta dissertação possibilita voltar o olhar para o município, aparecendo como facilitadora da compreensão do cenário angelinense, o que é coerente com a proposta de um Mestrado Profissional. Permite, dessa forma, identificar aspectos da condição de saúde mental deste público. Nota-se que esta condição tem ganhado relevância em âmbito nacional e mundial, o que impulsiona mais pesquisas a respeito desta temática em diferentes contextos, como em cidades de pequeno porte e meios rurais.

1 INTRODUÇÃO

A temática da saúde mental e adolescência tem exigido cada vez mais atenção devido a dados alarmantes divulgados nos últimos anos. A Organização das Nações Unidas (ONU) pontua que um em cada cinco adolescentes no mundo sofre com problemas relacionados à saúde mental. Dentre os problemas, a depressão aparece como um dos que mais acomete esse público, junto à automutilação e ao suicídio. Em relação a este último, destaca-se que é a terceira maior causa de morte entre pessoas de 15 a 19 anos de idade no mundo e que cerca de 15% dos adolescentes de países de baixa e média renda já consideraram a tentativa (OPAS BRASIL, s/d; ONU, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para o início da metade das chamadas doenças mentais aos 14 anos de idade, ou antes, sendo que a maioria delas não é diagnosticada e nem mesmo tratada; muitas crianças e adolescentes não têm ao menos acesso a um serviço ou ação de saúde de que necessite (BRASIL, 2013a; OPAS BRASIL, s/d). Em seu Relatório Mundial da Saúde, com o tema “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”, de 2001, a OMS já referia que perturbações da infância e adolescência são comuns e que, à época, um em cada dez jovens sofria de alguma questão mental suficientemente grave para gerar prejuízo, sendo que menos de cinco deles recebia o tratamento necessário (WHO, 2002). Nesse sentido, sabe-se que há o aumento do risco para uma série de questões, como por exemplo, o uso e abuso de álcool e outras drogas, dificuldades escolares, prejuízo nas relações familiares e evolução para outras questões agravadas, inclusive para o suicídio. Nota-se que o prejuízo, além de pessoal, é também de cunho social e econômico, caracterizando-se como um problema de saúde coletiva (WHO, 2002; WHO, 2005; OPAS BRASIL, s/d; ONU, 2019).

Junto a isso, não é possível deixar de abordar o impacto da pandemia de Covid-19, para a saúde mental das pessoas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p.7), a Covid-19 “[...] é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global”². O SARS-CoV-2 foi descoberto em dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS considerou o surto do novo coronavírus como emergência de Saúde Pública de

² Sintomas da Covid-19 incluem tosse, dor de garganta, febre, distúrbios olfativos e/ou gustativos, entre outros. Dentre as medidas de prevenção e controle não farmacológicas indicadas estão o distanciamento social, uso de máscara, etiqueta respiratória e higiene das mãos. Grupos de risco para o agravamento da Covid-19 incluem pessoas com mais de 60 anos, com doenças crônicas (como diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outras), imunossuprimidos, gestantes, dentre outros (BRASIL, 2020).

Importância Internacional, e em 11 de março de 2020, caracterizou a Covid-19 como pandemia. No Brasil, o Ministério da Saúde declarou emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em três de fevereiro de 2020. No dia 26 do mesmo mês, foi confirmado o primeiro caso de coronavírus no país e o primeiro óbito pela doença foi registrado 20 dias depois (CAVALCANTE *et. al.*, 2020). Em novembro de 2021, o Brasil ultrapassou a marca de 600 mil óbitos (BRASIL, 2021).

Diante deste cenário, a ONU traz como exemplo o aumento de sintomas de depressão e ansiedade em diferentes países, sendo que crianças e adolescentes aparecem como grupo de risco para o aumento do sofrimento mental. Além do isolamento social, medo de contágio e perda de familiares, bem como a mudança na dinâmica escolar (com grande parte do ano letivo sendo vivenciado em casa), tem-se o risco aumentado de crianças testemunharem ou sofrerem violência e abuso, o que pode ser estendido aos adolescentes; marca-se ainda a vulnerabilidade aumentada para as que vivem em ambientes lotados, nas ruas e ainda as que possuem com deficiência. A OMS, em 2001, já reforçava que as políticas de saúde precisam dar destaque a grupos vulneráveis com necessidades especiais de saúde mental (WHO, 2002; OPAS BRASIL, 2020).

É sabido ainda que crianças e adolescentes têm prejuízo aumentado pelo estigma e discriminação em relação aos problemas de saúde mental, pelo fato de comportamentos associados a estes serem considerados com frequência intencionais e/ou voluntários. Além disso, diferente das doenças físicas, nas quais os pais geralmente recebem apoio comunitário, no sofrimento mental frequentemente os pais são responsabilizados pela questão. Dessa forma, as questões de saúde mental podem não ser identificadas também pelo impedimento de procurar ajuda gerado pelo estigma (WHO, 2005). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) cita que dificilmente os adolescentes buscam ajuda por eles mesmos e destaca ainda que “o maior desafio dos serviços de Saúde [...] é cuidar daqueles que estão doentes sem sofrer e dos que sofrem sem estar doentes” (BRASIL, 2013a, p. 89).

Verifica-se assim que, para além da saúde mental, é a *falta* dela que tem sido evidenciada, pois acarreta comprometimento de aspectos psicológicos e sociais (WHO, 2005). Diante do contexto exposto, demanda-se a criação de estratégias para promover a saúde mental dos adolescentes, além de prevenir, detectar e tratar problemas que estão visivelmente negligenciados. Em folha informativa sobre a saúde mental dos adolescentes, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reforça que estratégias de promoção de saúde mental e prevenção de transtornos são fundamentais para que os adolescentes prosperem, possibilitando que construam resiliência para lidar bem com adversidades e melhorem

alternativas aos comportamentos de risco. Salienta ainda a importância da identificação da condição de saúde mental, priorizando abordagens não farmacológicas ao tratamento e a não institucionalização (OPAS BRASIL, s/d).

Neste trabalho, busca-se observar adolescentes que estão situados em uma comunidade específica, a da cidade de Angelina, município de pequeno porte catarinense predominantemente rural. A OMS refere que todas as pessoas de todas as regiões, países e sociedades podem apresentar sofrimento mental, reforçando que é incorreta a crença de que as “[...] comunidades rurais, relativamente não afetadas pelo ritmo rápido da vida moderna, não são atingidas pelas perturbações mentais” (WHO, 2002, p. 55).

Na Atenção Básica (AB) as ações precisam ser desenvolvidas com base em um território geograficamente conhecido, para que os profissionais de Saúde possam conhecer as demandas locais, histórias de vida, bem como possam estabelecer com a comunidade o vínculo necessário para o cuidado (BRASIL, 2013a). Dessa forma, as intervenções em saúde mental também precisam partir da experiência diária nesse território³, e o sofrimento precisa ser compreendido em seu contexto cultural e social mais amplo (WHO, 2005).

Entendendo que uma etapa fundamental para essa compreensão é a coleta de dados para reconhecimento da prevalência de problemas de saúde mental, buscar-se-á neste trabalho descrever a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) entre os adolescentes do ensino médio em Angelina, identificando principais sintomas e possíveis fatores associados. Nota-se que a pesquisa possibilita um melhor planejamento da equipe de saúde como um todo, visando ações futuras de promoção e prevenção de saúde para este público a partir da realidade observada.

³ A noção de território adotada na Atenção Básica vai para além da dimensão geográfica e cobertura populacional, incluindo também a dimensão subjetiva. Utiliza-se a concepção de *território-vivo*, de Milton Santos, na qual se incluem as relações sociais e dinâmicas de poder envolvidas (BRASIL, 2013a).

1.1 OBJETIVOS

Nas seções abaixo estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos desta dissertação.

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever a prevalência de transtornos mentais comuns entre adolescentes do ensino médio do município de Angelina.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos grupos de adolescentes das duas escolas que contemplam o ensino médio em Angelina, por sua localização Sede e interior.
- Identificar sintomas de TMC mais frequentes entre os adolescentes.
- Comparar o perfil sociodemográfico e de saúde dos grupos de adolescentes com e sem suspeição de TMC.

2 ADOLESCÊNCIA E SAÚDE MENTAL EM ANGELINA (SC): COMPONDO O CENÁRIO DE PESQUISA

Los adolescentes no son una misteriosa raza de humanos, como muchos parecen creer [...] Son sabios, perspicaces, divertidos y ansiosos por conocerse. Desde luego, cada uno es un individuo con necesidades especiales

Violet Oaklander (2008)

Este capítulo tem por objetivo apresentar os conceitos que são principais para esta pesquisa: a compreensão do que se entende por saúde mental e adolescência (objetos que são “figura” do estudo) e aspectos do município de Angelina (contexto que é fundo e dá contorno a tópicos importantes da pesquisa). Pretendeu-se trazer a leitura de autores que aparecem como referência em cada um destes assuntos, junto à legislação e materiais oficiais em âmbito municipal, estadual e nacional. Esse diálogo é necessário para o entendimento de que os objetos de estudo não são constituídos ao acaso, mas possuem uma trajetória histórica-social na qual ganharam forma e relevância no cenário atual. Nesse sentido, entende-se ainda que não são estáticos, o que é possível visualizar por meio dos materiais apresentados neste capítulo. Deseja-se assim introduzir a temática, servindo de panorama para posterior coleta de dados e discussão de resultados.

2.1 SAÚDE MENTAL: UM CONCEITO MULTIDIMENSIONAL

Para iniciar a discussão sobre saúde mental e adolescência, é necessário abordar o conceito de saúde mental. A Organização Mundial de Saúde relata que são diversas as concepções do tema, variando culturalmente e abrangendo diferentes conceitos como bem-estar subjetivo, autonomia, autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa, dentre outros. A Organização também aponta para sua importância quando a inclui no conceito de saúde, definida como “um estado de completo bem-estar físico, *mental* e social”, deixando claro, dessa forma, que não se refere apenas à ausência de doenças (WHO, 2002, grifo da autora).

Apesar do ideal preconizado pela definição, que faz refletir sobre a possibilidade de uma pessoa alcançar esse bem-estar completo, destaca-se a multidimensionalidade imbuída no

conceito: ora, se não se refere apenas à ausência de doenças, traz consigo outros aspectos para além desse âmbito, abrangendo diferentes dimensões da vida de uma pessoa que são entendidas como determinantes e condicionantes de saúde. Nota-se a importância da intersectorialidade presente na definição, sendo que essa compreensão é particularmente especial na abordagem da saúde mental. Amarante (2007) destaca que essa se refere a um campo de conhecimento e de atuação técnica que abrange uma gama de saberes:

[...] não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história, a geografia [...] (AMARANTE, 2007, p. 16).

Conforme Lancetti e Amarante (2012), promover e cuidar da saúde mental é hoje tarefa de diferentes profissionais da saúde, e não mais exclusividade para psicólogos e psiquiatras; assim, tem-se um primeiro sentido atribuído à saúde mental, que é a ideia de campo profissional e de atuação.

Fazendo um paralelo com o conceito de saúde, vê-se que a saúde mental não se resume à ausência de “doença mental” e nem é entendida como seu oposto. A OMS coloca que a “saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade” (FIOCRUZ, s/d⁴). Em outra definição, voltada para o público infanto-juvenil, traz que “a saúde mental de crianças e adolescentes é a capacidade de alcançar e manter ótimo funcionamento psicológico e bem-estar. Está diretamente relacionado ao nível alcançado e competência alcançada no funcionamento psicológico e social” (WHO, 2005, p. 7, tradução da autora).

Além disso, o próprio conceito de doença mental passou e passa por transformação, conforme nos conta Amarante (2007): para a psiquiatria clássica, é entendida como objeto natural, enquanto para a chamada Antipsiquiatria⁵, é entendida como uma experiência do sujeito na sua relação com o ambiente social. Demanda-se, dessa forma, um olhar para a pessoa como um todo, no seu contexto e de forma singular. O autor relata ainda que o termo “doença mental” foi caindo em desuso pela psiquiatria que passou a adotar diferentes terminologias, como “transtorno mental” em português e espanhol e “desordem mental” em

⁴ Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>>. Acesso em 29 maio 2020.

⁵ O termo antipsiquiatria “[...] procurava apontar para a ideia de uma antítese à teoria psiquiátrica, propondo compreender que a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade” (AMARANTE, 2007, p. 52).

inglês, sendo que a legislação brasileira utiliza o termo “portador de transtorno mental”, ao se referir à pessoa que sofre (AMARANTE,2007).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) ressalta que o termo “sofrimento de pessoas” seria mais adequado, ou seja, mais do que voltar o olhar para o sofrimento psíquico, volta-se o olhar para a *pessoa* que sofre. Lancetti e Amarante (2012) corroboram com essa ideia, afirmando que o termo “doença” torna-se inadequado para o campo psíquico e que só existe considerando a experiência das pessoas. Amarante (2007) relata que, por muito tempo, esqueceu-se dos sujeitos e olhou-se apenas para as doenças, tentando entender características, curso e prognósticos das mesmas, reduzindo as pessoas a sintomas. Olhar para a pessoa não significa negar a existência da chamada doença, mas compreender que a mesma diz respeito a uma nova dimensão de um contexto onde há particularidades e necessidades singulares. “Sendo assim [...], podemos entender o sofrimento como essa vivência da ameaça de ruptura da unidade/ identidade da *pessoa*” (BRASIL, 2013a, p. 32, grifo da autora).

Pontua-se que o sofrimento faz parte da vida das pessoas, porém, preocupa quando persiste e apresenta-se de maneira grave, causando complicações significativas para elas. Tendo isso em vista, abordar-se-á em seguida sobre o sofrimento mental comum, chamado habitualmente na literatura de transtorno mental comum, questão que acomete expressiva parte das pessoas no mundo e é ainda mais frequente entre as pessoas que buscam ajuda na Atenção Básica (WHO, 2002).

2.2 TRANSTORNO MENTAL COMUM

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), em seu Caderno de Atenção Básica 34, que tem por temática a Saúde Mental, reforça que muitas pessoas buscam a AB devido a sofrimento mental, incluídas aí frequentemente queixas de tristeza e/ou ansiedade. Ressalta ainda que diferentes estudos no Brasil e no mundo identificam que cerca de uma entre cada quatro pessoas que procuram a Atenção Básica sofre por algum transtorno mental, segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde (CID-10), o que faz com que estes sejam conhecidos por transtornos mentais comuns. Apesar de outras situações demandarem cuidados em saúde mental na Atenção Básica, como os problemas relacionados ao uso de álcool e os chamados transtornos mentais graves e persistentes, o enfoque dado neste trabalho será para os TMC.

Os transtornos mentais comuns abrangem quadros de depressão não psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes, que incluem geralmente manifestações inespecíficas, como insônia, fadiga, dores de cabeça, tristeza, dificuldades de concentração, nervosismo, dentre outros (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008). Nota-se que comumente essas queixas estão associadas e não permitem o estabelecimento de um diagnóstico devido ao seu caráter “flutuante”, ou seja, ora os sintomas estão presentes, ora não. Por isso, é possível pensar nessas manifestações como aspectos do sofrimento mental comum, conforme nos aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, apesar de as formas de expressão do sofrimento poderem ser categorizadas com facilidade em diferentes Classificações de doença (como a CID-10 ou o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*), entende-se aqui que o sofrimento mental pode estar presente na vida de todas as pessoas, e não apenas na das que receberam algum diagnóstico específico, podendo seguir ou não um curso de cronicidade.

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) resgatam Goldberg e Goodyer (2005), principais sistematizadores do conceito de transtorno mental comum, e pontuam que o mesmo está baseado na relação entre sintomas individuais, chamado modelo dimensional, diferente dos modelos categoriais de transtornos mentais, encontrados nos manuais, que se referem a um conjunto de sintomas para a classificação de problemas de saúde mental. Os autores destacam que por não preencherem um diagnóstico específico, por vezes os sintomas são subestimados aos níveis assistencial e de planejamento de ações de saúde; reforçam assim que a não categorização dos sintomas em diagnósticos específicos não diminui o grau de sofrimento da pessoa e as necessidades de acolhimento e atendimento. Assim, o conceito de transtorno mental comum possibilita abarcar uma população que “[...] necessita de cuidados, mas não necessariamente é portadora de um diagnóstico encontrado nos manuais” (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008, p.287).

Nesse sentido, não é possível afirmar que todas as pessoas com sintomas de transtorno mental comum sofrem de fato. Por sua vez, o Ministério da Saúde enfatiza que as pessoas buscam ajuda porque sofrem, e não necessariamente porque têm uma doença, bem como grande parte das pessoas que sofrem não busca ajuda (BRASIL, 2013a; WHO, 2002).

Dessa forma, a prevalência de transtorno mental comum pode ser subestimada, especialmente para o público adolescente, que geralmente não busca o suporte por si mesmo. Assim, voltar-se-á o olhar para essa população e ainda no contexto das cidades pequenas, tendo em vista que diferentes estudos sobre o tema na adolescência com frequência são

realizados em cidades de porte médio e grande (PINHEIRO *et al.*, 2007; NOGUEIRA, LOPES, 2010; LOPES *et al.*, 2016; MONTEIRO *et al.*, 2020; dentre outros).

2.3 DE QUE ADOLESCENTE FALAMOS?

Abordar a temática adolescente implica o desafio de conceituar *de que adolescência falamos*. As ciências sociais, biológicas, psicológicas, jurídicas, bem como outros diferentes campos do saber têm se ocupado de responder essa questão, buscando conhecer o sujeito adolescente e explorar tópicos intrínsecos a ele. Destaca-se que o termo “adolescente” não é consenso teoricamente, sendo priorizado na biologia, medicina, pedagogia e psicanálise, por exemplo; na sociologia, história, e outras vertentes da psicologia hoje, como a psicologia social, o termo “juventude” é privilegiado, entendendo o jovem como categoria produzida social e historicamente (MATHEUS, 2002). A evolução do conceito indica uma mudança de paradigma na concepção do jovem, que passou a ser visto como sujeito de direitos a partir de marcos legais importantes no século XX.

No momento em que o adolescente foi reconhecido como sujeito que precisa de cuidados específicos, entendeu-se que a saúde mental na adolescência é também uma temática relevante. Nota-se que, com frequência, a explanação sobre adolescência inevitavelmente abarcará a infância em conjunto. Assim, pretende-se aqui discutir algumas destas facetas a fim de refletir sobre o tema, que é central nessa pesquisa.

2.3.1 Adolescência e suas diferentes perspectivas

Para iniciar esse tópico, é importante pontuar que o “adolescente” sempre existiu, porém não a “adolescência”, ao menos como se conhece atualmente. Este é um debate iniciado pelo historiador francês Philippe Ariès (1978) que, ao abordar as transformações sociais que desencadearam no conceito de infância moderno, apresentou a noção de que as etapas da vida são construídas também historicamente.

Ariès (1978) expõe através da iconografia⁶ que inicialmente não havia uma representação das crianças na arte indicando que existia nelas algo particular, sendo que elas eram retratadas como adultos em tamanho reduzido. O autor apresenta o surgimento de diferentes representações infantis a partir do século XIII, indicando que apesar de as crianças seguirem executando as mesmas tarefas, rituais e papéis dos adultos, passavam a ser compreendidas com características próprias, manifestando o surgimento do sentimento de infância moderno. O século XVII tem especial importância para essa evidência devido ao grande número de representações das crianças (agora com trajés diferenciados dos adultos) e ainda de obras nas quais as famílias se organizam ao seu redor. Ariès destaca assim a transformação das relações internas da família (ARIÈS, 1978).

Outra temática que possibilita identificar essa transformação é a da aprendizagem. De início, por volta dos sete anos, a criança era enviada para outra casa a fim de aprender algum ofício e prestar serviço doméstico; permanecia lá por cerca de sete ou nove anos, ou seja, passava com outra família o período hoje chamado de adolescência. Por vezes era encaminhada à escola para se dedicar ao estudo das letras e nem sempre retornava à própria casa. Tal lógica passou a se modificar no século XV, quando o aumento da frequência escolar ganhou evidência e o aprendizado desvincilhou-se do ambiente dos adultos. Esse fato “[...] correspondeu também a uma preocupação dos pais de vigiar seus filhos mais de perto, de ficar mais perto deles e de não os abandonar mais, mesmo temporariamente, aos cuidados de uma outra família”, indicando que o sentimento de família e o sentimento de infância haviam se aproximado (ARIÈS, 1978, p. 232). A “passagem” da infância para o mundo adulto se daria assim a partir do processo de escolarização, reforçado pelo advento do Iluminismo, no qual a Escola teria o papel de formar a criança para uma nova sociedade. Esse processo possibilitou a chamada “infância longa” e, conseqüentemente, a adolescência.

Matheus (2002) destaca que a adolescência é compreendida socialmente como a passagem do universo infantil para o adulto e, para alguns autores, é vista como problemática. Ribeiro *et al.* (2016, p. 14) citam também Matheus (2007) pontuando que “[...] etimologicamente, adolescência vem de *adolescere*, que significa desenvolver-se, ou crescer, entretanto, também guarda relação com *adulescere*, que significa adoecer. É devido a isso que se tem a ideia de crise para definir a adolescência”. Exemplos de diferentes teóricos que corroboram com essa noção podem ser resgatados aqui.

⁶ Iconografia se refere aqui ao desenvolvimento do conhecimento por meio da representação de imagens. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/iconografia/>>. Acesso em: 17 maio 2020.

Granville Stanley Hall (1844-1904), psicólogo e educador americano, é frequentemente considerado o pai da Psicologia da Adolescência, apresentando-a e estudando-a como campo distinto de conhecimento (MUSS, 1969). Hall, baseado na proposição da evolução biológica de Darwin, desenvolveu a teoria da recapitulação, na qual haveria estágios ao longo do desenvolvimento do indivíduo correspondentes a estágios do desenvolvimento da espécie humana. Dessa forma, o desenvolvimento se daria por meio de fatores fisiológicos geneticamente determinados. A adolescência, nesta perspectiva, recapitularia um período em que a raça humana passava por turbulência e transição, iniciando por volta dos 12-13 anos. Vê-se que é compreendida sob o prisma de um padrão universal (MUSS, 1969).

Erik Erikson (1902-1994), por sua vez, foi psicanalista e um dos teóricos da psicologia do desenvolvimento, sendo responsável pela elaboração da Teoria do Desenvolvimento Psicossocial. Nesta, é dada importância especial à adolescência. O psicanalista considera que o desenvolvimento ocorre em oito estágios, constituídos por crises normativas respectivas e que contribuem para a formação da personalidade definitiva, sendo intrinsecamente ligados ao sentido de identidade. A adolescência, nessa perspectiva, seria um período de transição crítico e crucial para a formação da identidade. Nesse momento, o adolescente se depararia com exigências de ajustamentos pessoais, ocupacionais, sexuais e ideológicos, incorporando elementos de todas as crises anteriores e antecipando os conflitos da idade adulta (ERIKSON, 1968 *apud* GALLATIN, 1978). Gallatin (1978) destaca, todavia, que a teoria de Erikson não indica necessariamente a ocorrência de complicações emocionais nesse estágio, mas sim que haveria potencial para tal.

Mauricio Knobel (1922-2008), psiquiatra argentino e professor universitário, junto com Arminda Aberastury (1910-1972), psicanalista argentina, foram referências-marco na América Latina no estudo da adolescência e no entendimento da mesma como etapa decisiva e crítica do desenvolvimento humano. O primeiro, especialmente, enfatizava que a adolescência se caracteriza como um período da vida e referia que, apesar de o elemento sociocultural incidir sobre esta, é necessário compreendê-la embasada psicobiologicamente, o que lhe daria características universais. Pontua que na adolescência ocorre o estabelecimento da identidade adulta, bem como estabilização da personalidade, que ocorre com “[...] certo grau de conduta *patológica* que [...] devemos considerar inerente à evolução **normal** desta etapa da vida” (KNOBEL, 1981, p. 27, grifo do autor). Sendo assim, considera *anormal* que haja um equilíbrio durante esse período, podendo essa instabilidade ser mais ou menos

perturbadora. O autor conceitua, dessa maneira, a Síndrome Normal da Adolescência, referindo uma sintomatologia inerente à mesma.

A antropologia cultural, todavia, trouxe um diferente olhar para a adolescência na primeira metade do século XX, desafiando a ideia de que é uma fase crítica, patológica e universal. Muss (1969) apresenta as pesquisas de Margaret Mead (1901-1978), especialmente a intitulada *Coming of Age in Samoa* (Adolescência em Samoa), pontuando que a cultura na qual o sujeito está inserido modifica a forma como o adolescente é entendido. Sendo assim, na pesquisa em questão, nota-se a não diferenciação das crianças e jovens em relação aos adultos; há o compartilhamento de espaços e diferentes rituais na comunidade e o padrão de exigências e crescimento para os primeiros é gradual e contínuo. Dessa forma, entende-se que o ambiente possui papel determinante no desenvolvimento da personalidade do ser humano (MUSS, 1969). Destaca-se que, apesar desse tipo de contribuição ser mais frequente a partir do final do século XX, não foi suficiente para a assimilação dessa visão de adolescente até os dias atuais.

Contemporaneamente, ancorados na perspectiva da psicologia sócio-histórica, Aguiar, Bock e Ozella (2001) resgatam Blasco (1997) e pontuam os riscos da concepção de adolescência como período de instabilidade: entender como “anormal” o adolescente que não mantém um equilíbrio estável, e por sua vez entender como saudável o ser “anormal”, pode levar à desconsideração da necessidade real e singular de cada *jovem*. A ênfase nesta palavra se dá pelas ciências sociais considerarem o termo *juventudes* como mais adequado, marcando a diferença entre os estudos sobre *adolescência*, que se centram “[...] em um único tipo de jovem: *homem-branco-burguês-racional-ocidental* [...]”. Em síntese, o adolescente em pauta nestes estudos pertence à classe média/alta urbana e nunca a outras classes sociais, etnias, ou a outros contextos, como o rural, por exemplo” (SANTOS, 1996; PERES, 1998 *apud* AGUIAR; BOCK; OZELLA, 2001, p. 166, grifo dos autores).

Nesta perspectiva, a adolescência é entendida como um processo, no qual é necessário levar em conta condições históricas, culturais e sociais. Considera-se que o sujeito é constituído nas relações com outros seres humanos e com a sua realidade social. Dessa forma, é nas relações sociais e a partir das situações sociais que as características da adolescência são constituídas, ou seja, são significadas *na* cultura. O próprio jovem se apropria desses significados, colocando-se e sendo colocado no lugar de *adolescente*, concebido como natural e universal (AGUIAR; BOCK; OZELLA, 2001; MATHEUS, 2002).

Vê-se que “falar em adolescência ou juventude torna-se assim, mais uma questão do referencial teórico com o qual se trabalha do que uma distinção estrita do campo do individual

frente ao coletivo” (MATHEUS, 2002, p. 84). Nesta pesquisa, a ênfase será dada ao termo “adolescente”, por ser frequentemente adotado nos materiais no âmbito da saúde coletiva. Entende-se, todavia, que será abordada aqui uma realidade específica e pouco explorada: jovens de uma cidade pequena e predominantemente rural. Considera-se que as questões históricas e sociais são de fundamental importância para a compreensão desta juventude e, por isso, estas serão exploradas em novo tópico posteriormente.

2.3.2 Da “invisibilidade” ao sujeito de direitos

Tendo em vista que esta pesquisa se dá no contexto da saúde coletiva brasileira, entende-se como necessário explanar acerca do plano de fundo em que está implicada. Nota-se, por meio da seção anterior, que a infância e adolescência nem sempre foram pensadas como campos de conhecimento específicos. Não havendo distinção das suas necessidades no cotidiano, pouco seriam pensadas no âmbito legal. Nesse sentido, é possível referir três momentos distintos em relação aos aspectos doutrinários da infância e adolescência no Brasil (LIMA; VERONESE, 2012).

No período do Direito Penal Juvenil, o olhar se voltava para a criança e adolescente a partir do momento em que praticassem algum ato de “delinquência”; não havia diferenciação entre crianças e adultos quanto à responsabilidade penal. As medidas por parte do Estado eram de caráter assistencial, de bases religiosas e caritativas. Em um segundo momento, a Doutrina da Situação Irregular estruturou-se a partir do Código de Menores de 1927. Por “menores em situação irregular” se entendiam os órfãos, crianças em situação de pobreza, marginalidade, entre outros, sobre os quais o judiciário passava a obter a tutela. Apesar de instituído um novo Código de Menores em 1979, a infância e adolescência seguia objetivada e pouco se pensava acerca do papel do Estado perante os mesmos (LIMA; VERONESE, 2012).

Apenas em um terceiro momento, com a Doutrina da Proteção Integral, as crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos no Brasil como sujeitos de direito e em condição peculiar de desenvolvimento. Lima e Veronese (2012) apontam que no artigo 227 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, a Doutrina está expressa:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à

convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, art. 227).

Nota-se que, internacionalmente, diferentes instâncias preocupavam-se em elaborar um tratado de direitos humanos para crianças, o que culminou na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989, conforme apresentado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (2011). Todo esse cenário propicia o desenvolvimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 13 de julho de 1990, que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal e pontua que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990a, art. 3).

Fica instituída, nesse sentido, a corresponsabilização da família, sociedade e Estado na garantia de direitos e proteção integral das crianças e adolescentes, implicando na criação de políticas específicas para esses grupos. Nota-se a não separação entre infância e adolescência predominante também nos marcos legais.

Nesse sentido, a UNICEF (2011), em seu relatório “Situação Mundial da Infância 2011”, edição voltada para a adolescência, expõe novamente a dificuldade da distinção de forma precisa, citando algumas razões. Refere primeiramente o início da puberdade, que marcaria o início da adolescência, mas que, além de ocorrer em momentos diferentes para meninos e meninas (e até mesmo para pessoas do mesmo gênero), vem se alterando ao longo dos anos, antecipando-se, o que deriva especialmente dos padrões de saúde e nutrição. Aborda também o envolvimento de crianças e adolescentes ao redor do mundo em atividades consideradas de adultos, como o trabalho, o casamento e o serviço militar. Aponta ainda a faixa etária, que não é universal: para a Convenção dos Direitos da Criança (1989), todo o ser humano com menos de 18 anos é chamado criança; para a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde, o período entre 10 e 19 anos de idade, ou seja, a segunda década de vida de uma pessoa, é considerado adolescência (UNICEF, 2011).

Cada país estabelece uma definição e o parâmetro etário para adolescência, como é o caso do Brasil, que no artigo segundo do Estatuto da Criança e do Adolescente refere que adolescente é aquele que possui entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990a; UNICEF,

2011). Esta discussão é relevante pois é a faixa etária que vai determinar o público-alvo da política pública e possibilitar o resgate de dados para pesquisas de diferentes fins, como os epidemiológicos. Tendo isso em mente, é possível abordar as políticas de saúde voltadas para esse público.

2.3.3 O lugar do adolescente na Política de Saúde Mental

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a), em diferentes artigos traz a importância da atenção à saúde da criança e do adolescente, tanto física quanto mental. A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990b) também assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Há, por sua vez, a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens no Brasil (PNAISAJ), ainda pouco legitimada, sendo norteadas pelas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010). Nesta, adota-se, conforme estabelecido pela OMS, a faixa etária adolescente entre 10 e 19 anos, enquanto situa a juventude entre os 15 e 24 anos.

O documento contextualiza a importância do olhar específico para adolescentes e jovens, e traz duas diretrizes nacionais: “Fortalecimento da Promoção da Saúde nas Ações para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens” e “Reorientação dos Serviços de Saúde para Favorecer a Capacidade de Respostas para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens”. Sobressai-se o olhar para diferentes determinantes de saúde (como educação, emprego, dentre outros) e a importância da intersetorialidade neste documento (BRASIL, 2010). Destaca-se ainda o Estatuto da Juventude⁷, que apresenta uma seção exclusiva para o Direito à Saúde, reforçando que “o jovem tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral” (BRASIL, 2013b, art. 19).

Apesar de a saúde em geral estar assegurada para esse público específico desde o Estatuto (1990), a saúde mental pouco esteve em pauta. Tal observação faz voltar o olhar para esse campo, que passou por um processo histórico complexo, o qual culminou na atual política de saúde mental. Esse processo é chamado Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), sobre a qual se irá esmiuçar um pouco mais abaixo.

⁷ O Estatuto da Juventude, lei n. 12.851 de 5 de agosto de 2013, considera como jovens pessoas com idade entre 15 e 29 anos (BRASIL, 2013b).

Sabe-se que o principal “recurso terapêutico” para a chamada “loucura” era a hospitalização. Amarante (2007, p. 61) destaca que “[...] o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito das instituições carcerárias, correcionais, penitenciárias. Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina [...] com dispositivos de punição e repressão”. Antes da Reforma Psiquiátrica, além de não haver uma política nacional de saúde e nem alternativas assistenciais fora do hospital, existia a visão estigmatizante acerca da pessoa em sofrimento mental, que levava ao entendimento de que esta não poderia viver fora do espaço institucional, devido a sua “incapacidade civil” e/ou “periculosidade”. Nesse sentido, no final dos anos de 1970, no Brasil, profissionais de hospitais psiquiátricos começaram a denunciar a violência e abandono de pacientes ocorridos nessas instituições, dando início à Reforma (AMARANTE, 2007; DELGADO; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2014).

Esses profissionais compuseram em 1978 o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que ganhou alcance nacional, lutando inicialmente pelos direitos humanos dos pacientes e por melhores condições de trabalho. Diferentes eventos fortaleceram o movimento social que estava iniciado, especialmente em 1979: o Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental e a vinda de Franco Basaglia (psiquiatra precursor da reforma psiquiátrica italiana) para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, na qual realizou uma visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena e expôs a maneira cruel e violenta com que eram tratadas as pessoas em sofrimento mental, comparando ainda o Hospital a um campo de concentração (AMARANTE, 2007; DELGADO; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2014).

Naquele momento, a sociedade brasileira passava a estar cada vez mais envolvida na discussão e formulação das políticas de saúde (lembrando que a reforma psiquiátrica ocorria em concomitância com a reforma sanitária brasileira). Nesse contexto, em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual participantes do MTSM decidiram realizar o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ainda naquele ano; deste, participaram não apenas os profissionais, mas também usuários, familiares, dentre outros segmentos sociais, dando início ao lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”. Além do MTSM, juntava-se agora o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) (AMARANTE, 2007; DELGADO; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2014).

Nos anos seguintes, especialmente na década de 1990, conforme pincelado na seção anterior, inaugura-se o período de redemocratização do país, evidenciados pelos marcos legais da Constituição em 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (BRASIL, 1990b). Esse cenário permitiu um aprofundamento da proposta da ampliação do tratamento - para além dos hospitais psiquiátricos - e o início da redução de leitos de hospitais. Todavia,

apenas em 2001 (após 12 anos de tramitação) ocorreu a aprovação de Lei nº 10.216, dispondo sobre a proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, que introduz, junto à III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), a atual política nacional (BRASIL, 2001a). Aqui é necessário destacar a ocorrência, ao longo do processo de organização da III CNSM, de um “[...] Seminário Nacional, com o objetivo de estabelecer diretrizes gerais para a definição de uma política da saúde mental para crianças e adolescentes no âmbito do SUS” (DELGADO; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2014, p. 56).

A partir disto, é lançada a Portaria nº 336, de fevereiro de 2002, implementando oficialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços de base comunitária, territorializados, abertos, pautados no vínculo e em estratégias multidisciplinares e intersetoriais para o tratamento da pessoa em sofrimento mental (especialmente o agravado). É nessa portaria que a criança e o adolescente são reafirmados como sujeitos que precisam de cuidados no âmbito da saúde mental, a partir do estabelecimento dos CAPS Infantojuvenis - CAPSi (BRASIL, 2002).

Em 2004 (14 anos depois da instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente), foi implantado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, outro importante marco para a política de saúde mental voltada para essa população. O Fórum foi instituído pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 1608, de 3 de agosto de 2004 e é composto por diferentes instâncias (justiça, educação, setores sociais, dentre outras), possuindo as seguintes atribuições:

- I - Funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área;
- II - Estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infanto-juvenil;
- III - Promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e
- IV - Produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão (BRASIL, 2004, art. 1).

O documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil”, do ano seguinte (2005), enfatiza a importância do Fórum e indica que a Política está pautada em princípios resumidos como: a noção de que a criança e adolescente são sujeitos de direito, incluindo o direito ao cuidado, para o qual é necessário entendê-los como singulares; o acolhimento universal, que implica em recebimento, escuta e resposta para a criança e adolescente; o encaminhamento implicado, que se refere ao acompanhamento da criança e

adolescente por quem encaminha até o local do destino; a construção permanente da rede e a noção de território, incluídas aí instâncias pessoais, institucionais e de experiência; intersectorialidade na ação do cuidado (BRASIL, 2005).

Em 2010, após várias manifestações da sociedade, conforme refere Amarante (2007), ocorre a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, de carácter intersectorial. Nesta se destacou a importância do trabalho em rede para o cuidado em saúde mental infantojuvenil, trabalho este que envolve instâncias como educação, assistência e justiça. Essa ênfase é essencial para que ocorra articulação efetiva entre os setores e uma promoção de saúde mental para crianças e adolescentes nos mais diferentes espaços por eles frequentados, junto à garantia dos seus direitos como um todo, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

Dessa forma, em 2011, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que objetiva “promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis”, como é o caso das crianças e adolescentes (BRASIL, 2011, art. 4). Com a RAPS, reforça-se o papel dos CAPS na ordenação do cuidado e são introduzidas as Unidades de Acolhimento Infantojuvenis, a fim de acolher crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar, ou seja, o cuidado é ampliado (BRASIL, 2012a). Destaca-se que:

A partir de 2015, ocorreram mudanças importantes nas políticas de saúde para adolescentes no país, indicando um retorno a abordagens que haviam sido superadas no passado. Em relação às políticas que incidem sobre o uso de álcool e outras drogas, o enfoque do governo mudou da política de redução de danos e promoção da garantia de direitos - a partir de articulações entre os diversos setores responsáveis na comunidade - para a indicação da internação de crianças e adolescentes como estratégia de tratamento, entre outras medidas que ocorreram dado o aumento de financiamento de hospitais psiquiátricos, a suspensão de repasses a serviços comunitários e, mais recentemente, a autorização para internação em comunidades terapêuticas. Essas mudanças indicam uma volta à ênfase dada à institucionalização ao invés do preconizado cuidado baseado na comunidade [...] (CACTUS, 2021, p. 121).

É necessário destacar que esse movimento em dissonância com a Reforma Psiquiátrica é expressado especialmente por meio da portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, na qual são propostas, sem participação social, mudanças na RAPS. Tais alterações fortalecem a lógica e o financiamento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais - que não tinham mais lugar na RAPS (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Destaca-se que estes retrocessos não vêm alheios a críticas, sendo que diferentes setores técnicos e movimentos sociais, como o MNLA, têm manifestado posicionamento contrário a estas alterações.

Diante deste recente contexto, verifica-se que o cuidado em saúde mental voltado para esse público caminhou em conjunto com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e agora com a contrarreforma, e segue como um dos maiores desafios para a área da saúde, o que reforça a importância de estudos sobre a saúde mental de populações adolescentes específicas, a fim de auxiliar na elaboração de propostas de promoção, proteção e recuperação da saúde desses adolescentes.

2.4 A CIDADE DE ANGELINA: ASPECTOS AMBIENTAIS, HISTÓRICOS E CULTURAIS

Situada em uma área entre o litoral e o planalto catarinense, Angelina faz parte da Associação dos Municípios da Região da Grande Florianópolis, junto às cidades de Antônio Carlos, Águas Mornas, Biguaçu, Governador Celso Ramos, Florianópolis, Palhoça, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São José e Tijucas. Alcança, apesar de situar-se em um vale, mais de 400 metros acima do mar, estando distante da capital do Estado cerca de 80 km via rodovia federal. Convém neste espaço compartilhar características desta cidade, buscando nos aspectos históricos o fundo que compôs nosso cenário de pesquisa atual.

2.4.1 A Colônia Nacional de Angelina: da colonização à emancipação

Por muitos anos, a região de Angelina (chamada antes de sua fundação de Mundéus) foi apenas um local de parada de tropas que iam e vinham do litoral catarinense para o planalto, devido especialmente à grande quantidade de água (SCHMITT, 1977; PERARDT, 1990). A ocupação efetiva do interior de Santa Catarina, assim como do Brasil - Colônia de Portugal naquele período, ocorria de forma lenta, pois a população luso-brasileira colocava-se inicialmente no litoral. Sua adaptação, porém, não ocorreu como esperado.

De acordo com Perardt (1990), os açorianos e madeirenses transportados para a área litorânea catarinense receberam menos terras do que o previsto e tiveram dificuldade para subsistência, considerando solo, vegetação e técnicas agrícolas desfavoráveis para a agricultura. Assim, a população crescia sem condições básicas para um desenvolvimento razoável.

Esse excesso populacional, em circunstâncias de vida desfavoráveis, parecia solucionar a problemática da ocupação do interior, trazendo, no imaginário do poder provincial, desenvolvimento para Santa Catarina por meio da agricultura e melhores condições de vida para os luso-brasileiros. Resumidamente, diferentes seriam as vantagens para a Província, como por exemplo: a mão-de-obra nacional viria a substituir a mão-de-obra escravizada (cada vez menos utilizada), os nacionais teriam melhor ocupação (acreditava-se que as condições precárias de vida eram decorrentes da falta de empenho do povo luso-brasileiro) e se reservariam ainda as melhores terras à colonização estrangeira (PIAZZA, 1973; PERARDT, 1990).

Junto a isto, a política de imigração sofreu um contraste entre o período antes e depois do reinado de Dom Pedro II, conforme nos conta Piazza (1973). Inicialmente, o ideal nacionalista predominou, culminando na retração da política de imigração; todavia, a partir de 1840, esta pauta retornou, alimentada pelo preconceito contra a população nacional e lançada aos cuidados das províncias. Porém, a partir de 1857 inicia um controle rígido⁸ da imigração alemã para o Brasil, acarretando grandes dificuldades para trazer quaisquer imigrantes europeus, especialmente devido às queixas provenientes das fazendas de café em São Paulo. A imigração alemã não foi interrompida de fato, porém esta condição impulsionou a discussão sobre a colonização nacional (PIAZZA, 1973; PERARDT, 1990).

Tal conjuntura culminou na proposta da criação da Colônia Nacional de Angelina, instalada assim em 10 de dezembro de 1860 pelo presidente da província, Francisco de Araújo Brusque. O nome “Angelina” foi escolhido para homenagear o presidente do Conselho de Ministros, Angelo Moniz da Silva Ferraz. Idealizava-se uma colônia essencialmente agrícola, sendo importantes para isso então o solo fértil e a proximidade com o mercado, para onde se escoaria a produção; por isso, foi escolhida a região próxima à estrada de Lages para sua localização, que colocaria a Colônia no eixo comercial da província. Dessa forma, Angelina recebe as oito primeiras famílias em março de 1861 (SCHMITT, 1977; PIAZZA, 1973, PERARDT, 1990).

Na sua instalação, foram lançadas Instruções que indicavam o perfil de pessoas que poderiam compor a colônia: famílias nacionais, casados, viúvos com filhos e de boa conduta civil e moral. Estas começam a ser contrariadas inicialmente com o aceite de colonos solteiros (de bom comportamento e casamento marcado com filhas de colonos) e depois em 1866 com

⁸ O controle ocorreu especialmente por meio do Rescrito Von der Heydt, de 03 de novembro de 1859, que foi um decreto ministerial da Prússia, adotado também por outros Estados alemães, e proibia a emigração para o Brasil (SMITH, 1967 *apud* PIAZZA, 1973).

a chegada de 30 famílias de origem germânica, vindas da colônia vizinha Santa Isabel. Mas foi em 1873 que Angelina perdeu definitivamente seu caráter nacional, quando recebeu oito famílias de origem alemã, motivada por uma nova diretriz com relação a prazos para o estabelecimento de colonos europeus. Era clara a preferência naquele momento pela colonização estrangeira, motivado pelo ideal de branqueamento populacional entendido como forma de “melhorar” a população brasileira em aspectos raciais e de produtividade. Assim, a Colônia de Angelina passa a receber colonos nacionais e estrangeiros (alemães, franceses e africanos escravizados⁹), até a sua emancipação em 03 de dezembro de 1881 (PIAZZA, 1973; PERARDT, 1990).

Após a emancipação, na qual Angelina foi elevada à categoria de Vila pertencente ao município de São José (no qual já se localizava), a mesma passou a se desenvolver com recursos próprios. A economia seguia com caráter fundamentalmente agrícola, porém, Schmitt (1977) enfatizava que:

Tudo o que até os nossos dias tem impedido o integrado e pelo menos satisfatório desenvolvimento da velha Colônia Nacional foi não apenas a sua ingrata localização, embora turisticamente bela, e até hoje à margem do moderno sistema viário planejado de Santa Catarina, mas ainda a sua montanhosa geografia, imprópria para qualquer agricultura de porte econômico compensador (SCHMITT, 1977, p. 25).

Dessa forma, vê-se que diferentes fatores influenciaram para dificultar o melhor desenvolvimento econômico-social da Colônia Nacional de Angelina e perduraram após sua emancipação, sendo expostos a seguir.

Perardt (1990) afirma que havia uma má escolha das localidades para fundação das colônias, junto ao desconhecimento das condições climáticas e análise do solo. Vê-se que por muito tempo os colonos fizeram tentativas de plantio de diferentes produtos agrícolas como trigo, algodão, café, que apresentaram dificuldade para adaptação ao clima local, sofrendo, por exemplo, com as geadas que ocorriam com frequência. Além disso, após as primeiras colheitas, verificou-se um solo pouco fértil e improdutivo, pois sofria intensa erosão com a retirada da cobertura vegetal. Prevaleceu e cresceu assim o plantio de produtos de fácil

⁹ O número de pessoas escravizadas era pequeno, chegando a corresponder a 1% da população livre apenas em 1875, não se comparando ainda ao índice da Província de Santa Catarina na época - 9% (PIAZZA, 1973). Ainda em relação à imigração estrangeira, o Atlas geográfico de Santa Catarina pontua que a Colônia Nacional de Angelina recebeu também imigrantes de Luxemburgo, França, Bélgica, Holanda, Itália e Polônia, a partir de 1862 (SANTA CATARINA, 2018).

comercialização, como por exemplo, batatas, milho, feijão, mandioca e fumo, bem como a pecuária (PIAZZA, 1973; PERARDT, 1990).

Outra questão importante foi a localização da Colônia; a antiga estrada para Lages, à margem da qual foi instalada para se inserir no eixo comercial, caiu em desuso. Junto a isso, Angelina seguia isolada dos centros consumidores devido às precárias vias de comunicação, que exigiam obras frequentes. Essa situação dificultou ainda mais o desenvolvimento de uma economia de mercado (PIAZZA, 1973; PERARDT, 1990).

Um terceiro ponto trazido por Piazza (1973) e Perardt (1990) foi o não investimento administrativo, faltando incentivo para novas tecnologias, cultivos mais favoráveis e obras públicas. A dispensação de recursos financeiros era claramente diminuída em relação às colônias de população estrangeira, ficando o desenvolvimento econômico de Angelina restrito às iniciativas individuais dos colonos e dos seus diretores. Somado a isso, acrescenta-se a falta de uma economia de mercado que fornecesse capital e a escassez de novas técnicas (restritas especialmente ao processamento do milho, açúcar e mandioca) que deixam a colônia de Angelina em uma situação econômica e social bastante desfavorável.

É com esse pano de fundo que a cidade de Angelina é desmembrada de São José em 07 de dezembro de 1961, um século depois da fundação da Colônia Nacional (PERARDT, 1990).

2.4.2 O município de Angelina

Angelina seguiu seu curso como município, contando com população atual estimada para 4.801 habitantes (2019), de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017a). Perardt (1990) destaca que o crescimento populacional significativo da Colônia ocorreu no início da colonização e depois da sua emancipação, entre 1900 e 1920, mas que a população crescia menos que as médias nacionais e catarinenses. Piazza (1973) traz que em 1970 o total era de 7.546 pessoas, sendo que destas, 6.937 pessoas localizavam-se na área rural. Destaca-se que a população do último censo (2010), 5.250 pessoas, é assim próxima a dos anos 1920 (apresentada por Perardt, 1990) indicando claramente o êxodo da população, característica presente desde o início da criação da colônia nacional.

Em relação ao território, o IBGE (2017a) informa que em 2018 a área correspondia a 499,776 km². Faz divisão territorial com os municípios de Águas Mornas, Antônio Carlos, Leoberto Leal, Major Gercino, Rancho Queimado e São Pedro de Alcântara. O último Plano

Diretor e Participativo de Angelina, Lei nº 1076 de 2008, apresenta sua divisão em Macrozonas, Zonas e Áreas Especiais de interesse, levando em conta características naturais, sociais, econômicas e construídas. O zoneamento será aqui enfatizado, pois proporciona a compreensão das características importantes do município. São oito macrozonas, de acordo com o Plano (ANGELINA, 2008), que podem ser visualizados no Anexo A deste trabalho:

I. Macrozona Rural Rio Novo: engloba as localidades de Rio Novo, Rio Verde, Rio São João, Rio de Dentro, Rio Novo Velho, Rio Três Antas e Rio da Paca. É a região mais distante da Sede do Município. Possui:

- I – Baixa densidade populacional, sendo a comunidade de Rio de Dentro uma das mais carentes da Macrozona Rural Rio Novo;
- II – Atividades econômicas baseadas na agropecuária, principalmente na pecuária e no cultivo de cebola, fumo e hortaliças, além de possuir significativos reflorestamentos comerciais;
- III – Possui problemas com o abastecimento de água e com a destinação do lixo;
- IV – Carente em equipamentos comunitários;
- V – Possui edificações históricas relevantes;
- VI – Potencial de desenvolvimento: agroturismo, turismo ecológico, turismo de aventura, agricultura ecológica, agroindústrias, pecuária leiteira (ANGELINA, 2008, art. 81).

II. Macrozona Rural Barra Clara: abarca as localidades de Rio Areia, Cabriúna, Rio Quebra Dentes, Rio do Norte, Rio Pavão, Bela Vista, Rio Antinha e Rio São Sebastião. Possui:

- I – Densidade populacional baixa;
- II – Atividades econômicas diversas baseadas na agropecuária, com destaque para a produção de hortaliças e pecuária leiteira;
- III – Relativamente bem servida de equipamentos comunitários;
- IV – Possui áreas previstas para a instalação de pequenas centrais hidrelétricas (PCH);
- V – Áreas de relevante valor histórico-cultural e paisagístico;
- VI - Potencial de desenvolvimento: agroturismo e agroindústria leiteira (ANGELINA, 2008, art. 84).

III. Macrozona Rural Garcia: compreende as localidades de Rio Fortuna, Rio Engano, Rio Veado, Coqueiral, Morro do Mineiro, Coqueiros e Rio Pequeno. Possui:

- I – Densidade populacional baixa;
- II – Atividades econômicas voltadas à agropecuária, com ênfase à pecuária leiteira, criação de aves, a cultura de hortaliças e fumo;
- III – Bem servida de equipamentos públicos comunitários;

- IV – Existência de sítios arqueológicos e áreas de relevante valor histórico-cultural e paisagístico;
- V – Sistema viário bem estruturado com destaque para as Rodovias SC 481 e SC 408, e Estrada Geral do Rio Engano;
- VI – Áreas com restrições ambientais por fatores de declividade e alta densidade de drenagem como fatores limitantes à ocupação;
- VII – Conflitos de usos por projetos de pequenas centrais hidrelétricas, sendo em que uma delas existem sítios arqueológicos;
- VIII – Potencial de desenvolvimento: agropecuária tendo como principal produto a mandioquinha salsa, agroturismo, ecoturismo (ANGELINA, 2008, art. 87).

IV. Macrozona Rural Alto Garcia: compreende as localidades Rancho de Tábuas, Rio Pequeno, Alto Garcia, Alto Mato Grosso, Mato Grosso, Fatura e Palheiros. Possui:

- I – Atividades agropecuárias principais: fruticultura, hortaliças, avicultura de corte, piscicultura;
- II – Áreas com usos por sítios de recreio;
- III – Possui reflorestamentos comerciais de pinus e eucalipto em áreas de nascentes;
- IV – Existência de áreas de patrimônio histórico-cultural;
- V – Bem servida de equipamentos comunitários;
- VI – Potencial para o desenvolvimento de cultivo agroecológico, de atividades agroindustriais e de agroturismo e turismo ecológico (ANGELINA, 2008, art. 90).

V. Macrozona Rural Central: engloba as localidades de Canudos, Fortaleza, Betânia, III Linha, IV Linha, Vargem dos Pinheiros, Rio das Antas, Linha do Chaves e compreende a porção ao entorno da Macrozona Urbana Sede. Possui ainda:

- I – Densidade populacional baixa;
- II – Área com êxodo rural, principalmente com população que busca emprego na Grande Florianópolis;
- III – Possui áreas com presença significativa de sítios de lazer;
- IV – Atividades agropecuárias principais: hortaliças, avicultura de corte, pecuária de leite;
- V – Provida de alguns equipamentos comunitários;
- VI – Sistema viário bem estruturado;
- VII – Áreas inundadas da Barragem do Garcia;
- VIII – Potencial para desenvolvimento de floricultura, produção de mel, avicultura e agroturismo (ANGELINA, 2008, art. 93).

VI. Macrozona Urbana Sede: nesta, Centro da cidade, a densidade populacional é alta, sendo que os equipamentos comunitários e institucionais, bem como patrimônio histórico e cultural, permanecem ali concentrados. Predominam atividades relacionadas ao comércio e serviços, mas segue com problemas em relação a saneamento básico, pavimentação e calçamento, bem como de regularização fundiária e qualificação urbana (ANGELINA, 2008).

VII. Macrozona Urbana Garcia: nesta, onde se encontra o chamado Distrito do Garcia, a densidade populacional é média, sendo que os equipamentos comunitários e institucionais,

bem como patrimônio histórico e cultural, permanecem ali concentrados (os primeiros na sua porção sul). Apresenta predomínio de atividades de comércio e serviços, apoiando especialmente atividades agropecuárias. Também segue com problemas em relação a saneamento básico, regularização fundiária e qualificação urbana (ANGELINA, 2008).

VIII. Macrozona Urbana Barra Clara: apresenta média densidade populacional, sendo considerada um polo, que concentra atividades de comércio e serviços, apoiando especialmente atividades agropecuárias. Dispõe de equipamentos comunitários e institucionais e relevante patrimônio histórico e cultural. Carece de infraestrutura de saneamento básico, áreas públicas de lazer, pavimentação do sistema viário e calçadas, bem como melhora em relação à regularização fundiária.

Destaca-se ainda, que a densidade demográfica no município, conforme o último censo (2010), é de 10,50 hab/km. Pode-se observar, desta maneira, que a maior parte do território ainda se caracteriza como zona rural e segue com a agricultura (especialmente os cultivos adaptados ao clima local, frio e temperado) e pecuária como carros-chefes da economia municipal. É importante referir que em 2017 o salário médio mensal dos trabalhadores formais em Angelina foi de dois salários-mínimos, com população ocupada de 867 pessoas. No último censo, 32,8% da população tinha até meio salário-mínimo mensal per capita (IBGE, 2017a).

Em relação à educação, ressalta-se que é 100% pública no município e que a taxa de escolarização de seis a 14 anos, no último censo (2010), chegava a 99,3%, colocando Angelina na posição 346 de 5570, em âmbito nacional, e em primeiro lugar na microrregião (IBGE, 2017a). Em relação à saúde, o IBGE aponta que em 2017 a mortalidade infantil chegou a 18,52 óbitos por mil nascidos vivos, taxa superior à nacional para o mesmo ano (12,8 óbitos por mil nascidos vivos). Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), medida que abarca indicadores de longevidade, educação e renda, em 2010, Angelina alcançou o índice de 0,687 (IBGE, 2017a).

Nota-se ainda que Angelina é vislumbrada no cenário catarinense para o turismo religioso, abrigando o Santuário Mariano (Igreja Matriz Nossa Senhora da Imaculada Conceição) e a Gruta Nossa Senhora de Lourdes (Gruta Nossa Senhora de Angelina). Tanto a Igreja quanto a Gruta pertencem a Área Especial de Interesse Histórico-Cultural Central, situada na Macrozona Urbana Sede (ANGELINA, 2008). Convém recordar que, antes da

imigração estrangeira para o município, a população era majoritariamente católica (PIAZZA, 1973). Ainda no censo de 2010, a população católica correspondia a mais que o dobro da população evangélica, e apenas duas pessoas declararam-se espíritas (IBGE, 2017a).

Coloca-se que essas características precisam ser levadas em conta quando pensados os processos de saúde e doença dos cidadãos de Angelina, pois se configuram como determinantes sociais da saúde.

3 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA EM CIDADES PEQUENAS - UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA CIENTÍFICA

Chega-se à seguinte conclusão: se a existência em todos os momentos é uma única, a cidade de Zoé é o lugar da existência indivisível. Mas então qual é o motivo da existência da cidade? qual a linha que separa a parte de dentro da de fora, o estampido das rodas do uivo dos lobos?

Italo Calvino (2011).

Este capítulo tem por objetivo integrar os principais conceitos desta dissertação, aprofundando a temática saúde mental na adolescência em cidades pequenas. Observou-se, até então, que não é possível falar de adolescência, mas sim adolescências, e que nesse sentido os adolescentes de cidades pequenas precisam ser entendidos em sua peculiaridade. Verificou-se ainda que o olhar para a saúde mental na adolescência é recente no país, o que instiga a explorar o tema. Destaca-se que alguns conceitos, como o de Transtorno Mental Comum, central nesta pesquisa, serão aqui resgatados. Pontua-se ainda que a revisão de literatura é fundamental para o desenvolvimento das próximas etapas deste estudo, indicando fatores que podem contribuir para a prevalência de transtornos mentais comuns na população de adolescentes angelinense.

3.1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a discussão sobre proteção e risco para a saúde mental na adolescência tem ganhado cada vez mais relevância devido à divulgação de dados alarmantes. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) pontua que um em cada cinco adolescentes no mundo sofre com problemas relacionados à saúde mental (OPAS BRASIL, s/d). É possível afirmar que estas questões estão relacionadas a diferentes aspectos da vida de uma pessoa, entendidos como fatores de risco e proteção para a saúde mental. De acordo com o Ministério da Saúde, estes fatores estão distribuídos em três domínios principais - social, psicológico e biológico – e se interagem de forma dinâmica, não podendo ser compreendidos de forma isolada (BRASIL, 2013a).

Os fatores de risco e proteção identificados remetem ao conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), no qual se entende que as condições de vida e trabalho de uma pessoa contribuem com a sua condição de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Tal conceito é firmado na lei orgânica do SUS, quando se pontua que

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990b, art. 3).

Nesse sentido, características do local onde uma pessoa reside, como o porte do município, podem contribuir como um fator de risco ou proteção associado à saúde mental. Por isso, esta revisão irá voltar-se para os adolescentes de pequenas cidades. Pontua-se que existe um esforço entre pesquisadores, especialmente da área da geografia, em conceituar este tipo de cidade. Mesmo em relação ao número de habitantes, entendido como um aspecto quantitativo dessa definição, não há consenso. Destaca-se o quão diferentes podem ser duas cidades com o mesmo número de habitantes, seja a nível nacional ou internacional, entendendo que aspectos como serviços e produtos ofertados, uso urbano, economia local, dentre outros, precisam ser levados em consideração nas pesquisas, para além do contingente populacional (FERNANDES, 2018).

Compreendendo a complexidade dessa discussão, não se busca realizar a conceituação do termo “cidade pequena”, mas destacar a importância dos estudos que consideram este espaço, especialmente no contexto brasileiro, no qual as pequenas cidades são maioria absoluta. Sublinha-se ainda que esta revisão será elaborada sob o olhar da saúde coletiva em uma cidade pequena, objetivando identificar fatores de risco e proteção para a saúde mental na adolescência em pequenas cidades.

3.2 METODOLOGIA

Os resultados foram sintetizados por meio de Revisão Integrativa, que é um método de revisar, criticar e sintetizar a literatura sobre um tema representativo de forma integrada, proporcionando o entendimento a partir de diferentes perspectivas (TORRACO, 2005). Sobre a apresentação da revisão em si, buscou-se ainda o suporte da recomendação PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), *checklist* composto por 27 itens e fluxograma de quatro etapas.

3.2.1 Formulação do problema

Buscou-se reunir informações sobre proteção e risco para saúde mental na adolescência em cidades pequenas. A questão norteadora desta pesquisa foi “Quais os fatores de risco e proteção para a saúde mental na adolescência em cidades pequenas?”.

3.2.2 Busca na literatura

A busca na literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Pubmed / MEDLINE (área das ciências da saúde, de abrangência mundial); SCOPUS (múltiplas áreas, abrangência mundial); Web of Science (plataforma multidisciplinar de abrangência mundial); PsycINFO (principal base em Psicologia, abrangência mundial); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos periódicos LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF (área da Enfermagem, abrange América Latina) e IndexPsi (Psicologia, abrangência nacional), e SciELO (plataforma multidisciplinar que também inclui periódicos científicos brasileiros).

A pesquisa foi realizada no mês de julho de 2020. Para elaboração das estratégias de busca, foram utilizados os termos “Saúde mental”, “Transtorno mental”, “Adolescentes”, “Cidade pequena”, bem como seus sinônimos e variações cujas estratégias podem ser consultadas no Apêndice A.

3.2.3 Critérios de elegibilidade

Em relação aos critérios de elegibilidade, foram incluídos artigos científicos que abordassem dados sobre saúde mental na adolescência em cidades pequenas e seus possíveis fatores de risco e proteção associados. Para adolescência foi considerada a faixa etária de 10 a 19 anos, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os estudos foram selecionados a partir do ano de 2011 (últimos dez anos) nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Foram excluídas da revisão teses, dissertações, resumos, livros, artigos de revisão e estudo de caso, editoriais e comentários, bem como trabalhos que não foram realizados em

idades definidas como pequenas pelo(s) autor(es) ou que não diferenciavam resultados para essas cidades. Destaca-se que, para inclusão ou exclusão dos artigos, contou-se com o suporte de um segundo avaliador.

3.2.4 Coleta de dados

Foram extraídas dos artigos as seguintes informações: autor(es) e ano, objetivos, metodologia (amostra/ participantes, desenho dos estudos, coleta de dados), principais resultados dos artigos eleitos. Posteriormente, essas informações foram organizadas no sumário disponível no Apêndice B desta dissertação. Os estudos foram organizados em ordem decrescente por ano de publicação.

3.2.5 Síntese dos resultados

A análise e discussão dos dados foram baseadas na Análise Temática de Braun e Clarke (2006), na qual inicialmente foi realizada uma categorização indutiva, com identificação dos fatores associados, risco e proteção e em seguida estes foram agrupados nos domínios social, biológico e psicológico - conforme indicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

3.3 RESULTADOS

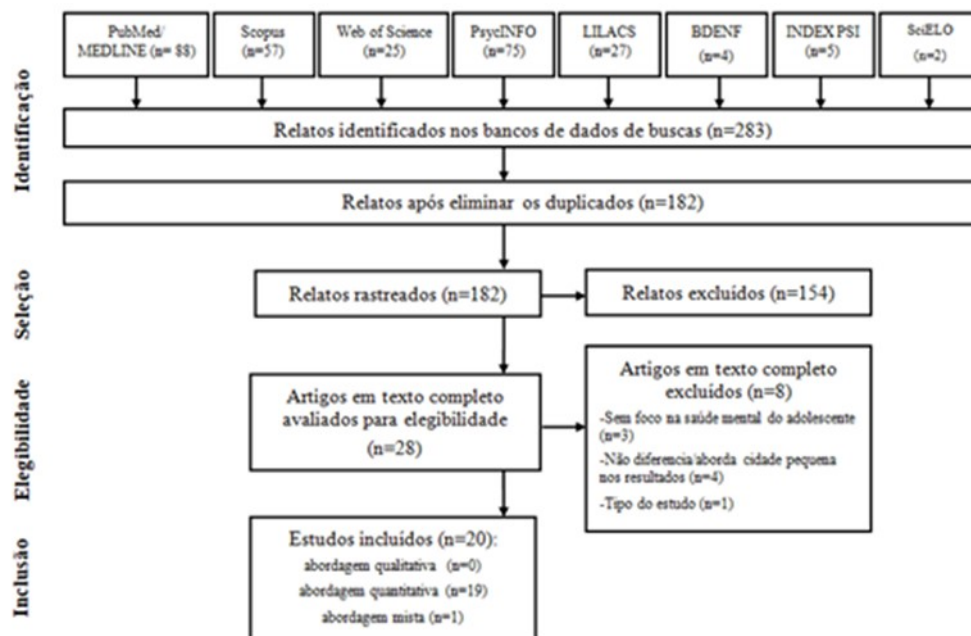
Do total de 283 estudos, 20 foram selecionados para compor a presente revisão de literatura. O fluxo deste processo pode ser acompanhado na Figura 1.

3.3.1 Características dos estudos

Quase a totalidade (N=19, 95%) dos artigos incluídos era de abordagem quantitativa, permanecendo apenas um com metodologia mista (PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017). As pesquisas foram realizadas com adolescentes de diferentes países,

como Polônia (ŁUCKA *et al.*, 2019; MAZUR *et al.*, 2016), Escócia (MARTIN *et al.*, 2018), Coreia do Sul (PARK *et al.*, 2017), Chile (GAETE *et al.*, 2016), Canadá (PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; HUYNH *et al.*, 2013); Itália (CAPRARA *et al.*, 2014), com predominância nos Estados Unidos (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; RHEW *et al.*, 2018; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017, PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; HAWKINS *et al.*, 2014; MCGARVEY *et al.*, 2014; OSGOOD *et al.*, 2013; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012; HAWKINS *et al.*, 2012; SPOTH *et al.*, 2011).

Figura 1 – Processo de seleção dos estudos para a revisão.



Fonte: elaborado pela autora, adaptado do PRISMA (2020).

Em geral, as pesquisas foram realizadas com adolescentes de cidades pequenas, porém oito (40%) delas incluíam outros espaços, diferenciando em seus resultados de onde eram os adolescentes (TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; MARTIN *et al.*, 2018; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; HUYNH *et al.*, 2013; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012). Pontua-se que uma parcela dos estudos (40%) apresentou desenho longitudinal (RHEW *et al.*, 2018; CAPRARA *et al.*, 2014; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; HAWKINS *et al.*, 2014; MCGARVEY *et al.*, 2014; OSGOOD *et al.*, 2013; HAWKINS *et al.*, 2012; SPOTH *et al.*, 2011).

3.3.2 Questões de saúde mental destacadas

Sobre as questões de saúde mental abordadas, destacam-se: Problemas chamados de internalizados, especialmente depressão, ansiedade e estresse – incluído o estresse específico para uma minoria (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; MAZUR *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014); Sono (PARK *et al.*, 2017; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016); Suicídio (PARK *et al.*, 2017); Problemas chamados de externalizados, especialmente de comportamento e consumo de substâncias psicoativas (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; MARTIN *et al.*, 2018; RHEW *et al.*, 2018; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; GAETE *et al.*, 2016; MAZUR *et al.*, 2016; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; CAPRARA *et al.*, 2014; HAWKINS *et al.*, 2014; MCGARVEY *et al.*, 2014; OSGOOD *et al.*, 2013; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012; HAWKINS *et al.*, 2012; SPOTH *et al.*, 2011); Ortorexia nervosa (ŁUCKA *et al.*, 2019); Bem-estar emocional (HUYNH *et al.*, 2013), com possibilidade de incluir nesta categoria a Percepção de saúde e felicidade (PARK *et al.*, 2017) e Autoestima (TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016).

3.3.3 Fatores de risco e proteção associados

Buscou-se identificar na literatura fatores que se associaram às questões de saúde mental. A partir da identificação, foi possível categorizar em fatores antropométricos, sociodemográficos, familiares, escolares, interpessoais, individuais, comportamentais que, por fim, puderam ser agrupados aos domínios biológico, social e psicológico, conforme indicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Esta relação pode ser vista no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 - Fatores associados identificados.

Domínio Biológico	Fatores Antropométricos	Idade Sexo/ Gênero/ Identidade de gênero Raça/Etnia IMC (altura e peso)
--------------------------	-------------------------	--

Continua.

Cont. do Quadro 1.

Domínio Social	Fatores Sociodemográficos	Características do local de residência Nível socioeconômico Vínculo empregatício
	Fatores Familiares	Saúde mental dos pais Uso de substâncias psicoativas por familiares Residir com a família Relação entre os pais e entre pais e adolescentes Apego seguro aos pais e mães Pais estrangeiros
	Fatores Escolares	Desempenho acadêmico Estresse escolar Participação em atividades extracurriculares
	Fatores Interpessoais	Uso de drogas por pares Influência dos pares Tempo com colegas fora do horário escolar
Domínio Psicológico	Fatores Individuais e Comportamentais	Histórico de doença mental ou sintomas relacionados Tendência suicida Experiências traumáticas de vida (inclui violências sofridas) Forma corporal percebida Uso de substâncias psicoativas Problemas de comportamento Atividade Sexual Atividade Física Sono

Fonte: Desenvolvido pela autora (2020).

3.3.3.1 Domínio Biológico

Em relação à idade, os estudos indicaram que, quanto mais velhos, maior o risco para a saúde mental do adolescente. No estudo de McGarvey *et al.* (2014), por exemplo, observou-se que quanto mais velhos, maior a chance de os adolescentes se envolverem em comportamentos de risco como uso prolongado de *cannabis* e de álcool; o uso de álcool e tabaco também era mais provável em adolescentes mais velhos como aponta estudo de Gaete *et al.* (2016). Park *et al.* (2017), por vez, encontraram que quanto mais velhos, maior a vitimização por violência, acarretando outros riscos para a saúde mental. Enquanto isso,

Huynh *et al.* (2013) identificaram associação positiva e significativa entre bem-estar emocional e idades mais jovens ao comparar estudantes de 16 e 11 anos.

Todavia, Łucka *et al.* (2019) notaram maior pontuação de risco para ortorexia nervosa em estudantes do *junior secondary school* (mais novos), comparados aos do *senior secondary school*, o que esteve relacionado também ao índice de massa corporal dos adolescentes; observou-se que quanto maior o IMC, maior o risco para ortorexia nervosa. Em outro estudo, quando o peso foi considerado insuficiente ou acima, houve maior risco de vitimização por violência e conseqüentemente para outras questões de saúde mental - incluindo sintomas depressivos e tendência suicida (PARK *et al.*, 2017).

Em relação ao sexo, gênero e/ou identidade sexual, pontuou-se o risco aumentado para meninas quando abordados sintomas de ansiedade e depressão e ainda ortorexia nervosa (transtorno relacionado à alimentação). Meninas, por sua vez, dormiam mais e melhor, sendo que a qualidade do sono foi indicada como fator protetivo. Homens faziam mais atividade física, também considerada fator protetivo, e apresentavam maior bem-estar emocional, todavia, corriam mais risco de sofrerem por violência, nas amostras pesquisadas. Nesse sentido, destaca-se o risco de violência para minorias sexuais e de gênero, que pode levar ao aumento de problemas de saúde mental (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; ŁUCKA *et al.*, 2019; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; HUYNH *et al.*, 2013).

Sobre a raça/etnia, os participantes aborígenes relataram bem-estar emocional inferior em comparação com estudantes caucasianos; estes, por sua vez, eram mais propensos ao uso de determinadas substâncias, como o Hélio, quando comparados a afro-americanos e latinos e outros não caucasianos (HUYNH *et al.*, 2013; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012).

3.3.3.2 *Domínio Social*

Sobre os fatores sociodemográficos, o nível socioeconômico, em geral quando mais baixo, acarretava maior risco para a saúde mental (PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014). Adolescentes que trabalhavam (em tempo parcial) também estavam em maior risco de sofrer violência (PARK *et al.*, 2017).

Em relação à caracterização do local de residência, o tamanho da cidade e a diferenciação urbano versus rural ganhou destaque. Nas cidades pequenas houve maior risco para uso e abuso de substâncias, como álcool e hélio, e de vitimização por violência. Porém

nesse mesmo perfil de cidades, a atividade física e a exposição a espaços naturais públicos tiveram efeito protetor mais evidente; enquanto isso, grandes cidades apresentaram efeitos negativos para a saúde mental. Adolescentes de áreas rurais (associadas por vezes a pequenas cidades) tinham maior risco para uso e abuso de substâncias, enquanto os que moravam em pequena área metropolitana apresentaram maior chance de estresse (MARTIN *et al.*, 2018; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012; HUYNH *et al.*, 2013). A percepção de segurança na vizinhança, áreas menos carentes e com menos problemas estruturais foram indicadas como protetoras para a saúde mental (MARTIN *et al.*, 2018; HUYNH *et al.*, 2013).

Questões de relacionamento comunitário também foram protetoras, como a coesão social do bairro, percepção de clima comunitário que não fosse hostil, e apoio comunitário, especialmente em relação à vitimização por violência, estresse relacionado à minoria sexual e uso de álcool (MARTIN *et al.*, 2018; PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017). Destaca-se o artigo de Paceley, Okrey-Anderson e Heumann (2017), integra esses dados quando aponta a percepção de clima comunitário hostil em comunidades rurais, com menor número de habitantes, menos recursos comunitários e valores mais conservadores.

Em relação aos fatores familiares, problemas de saúde mental dos pais, incluindo o uso de substâncias psicoativas, relacionavam-se ao uso de substâncias pelos adolescentes e ainda sintomas internalizados, como ansiedade e depressão (GAETE *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014). Adolescentes que não residiam com a família estavam em maior risco para vitimização por violência (PARK *et al.*, 2017), e os que não moravam com ambos os pais também apresentaram maior risco para uso do tabaco (GAETE *et al.*, 2016).

A relação entre os pais e adolescentes pode incluir fatores de risco como conflitos entre os pais e adolescentes, vida familiar infeliz, falta de apoio familiar, relacionados nos estudos ao uso de substâncias e sintomas de ansiedade e depressão. A falta do apego seguro aos pais e mães também acarretava a um maior risco para sintomas chamados externalizados, autoestima e ansiedade (TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; GAETE *et al.*, 2016; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; SMOKOWSKI *et al.*, 2014). A riqueza da família, que remete ao nível socioeconômico, também foi associada a maior bem-estar (HUYNH *et al.*, 2013). Em relação ao item “pais estrangeiros” destaca-se o estudo de Park *et al.* (2017) que evidenciou maior risco de vitimização por violência para adolescentes com pais de outra nacionalidade.

Sobre os fatores escolares, em um dos estudos pontuou-se que o desempenho acadêmico tanto alto quanto baixo pode ser um fator de risco, enquanto em outro, o alto desempenho foi considerado protetivo (PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016). O estresse escolar foi apresentado como fator de risco para disfunção social, ansiedade e depressão (MAZUR *et al.*, 2016). Além disso, a participação em atividades extracurriculares também foi abordada em Pulver, Davison e Pickett (2015) como protetiva para uso de substâncias (nesse caso, uso recreativo de medicamentos). A participação em atividades extracurriculares está ligada ainda aos fatores interpessoais, de relacionamento com os pares, como o tempo com os colegas passado fora do horário escolar. Ainda em relação ao uso de substâncias, pontuou-se aumento de risco quando há percepção de que os pares utilizam drogas (GAETE *et al.*, 2016; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015).

3.3.3.3 Domínio Psicológico

Em relação aos fatores individuais e comportamentais, nota-se que o histórico de doença mental ou sintomas relacionados acarretam risco para diferentes questões de saúde mental como a ortorexia nervosa, uso de substâncias psicoativas e comportamentos antissociais (ŁUCKA *et al.*, 2019; MARTIN *et al.*, 2018; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012). Experiências de vida, como situações traumáticas, ser vítimas de algum tipo de violência ou estigma, também foram consideradas risco para questões como depressão, ansiedade, estresse, percepção de saúde e felicidade e suicídio (PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; WHITT, GARLAND e HOWARD, 2012). Em relação à temática do suicídio Whitt, Garland e Howard (2012) também verificaram a tendência suicida como fator de risco para outras questões de saúde mental. Além desses itens, a forma corporal percebida também foi apontada como um possível fator de risco e proteção para a saúde mental adolescente no contexto da violência (PARK *et al.*, 2017).

O uso e abuso de substâncias psicoativas, especialmente álcool e tabaco, foram trazidos como fatores de risco para uso de outras substâncias e vitimização por violência (MARTIN *et al.*, 2018; PARK *et al.*, 2017; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012).

Problemas de comportamento também foram associados ao uso de substâncias (GAETE *et al.*, 2016). Adolescentes sexualmente ativos estiveram em maior risco de vitimização por violência (PARK *et al.*, 2017). E por fim, altos níveis de atividade física e

qualidade do sono, como já pontuado anteriormente, foram identificados como protetores da saúde mental (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; MAZUR *et al.*, 2016).

3.3.3.4 Estudos longitudinais: Interfaces

É necessário destacar aqui também os estudos longitudinais (RHEW *et al.*, 2018; HAWKINS *et al.*, 2014; CAPRARA *et al.*, 2014; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; MCGARVEY *et al.*, 2014; OSGOOD *et al.*, 2013; HAWKINS *et al.*, 2012; SPOTH *et al.*, 2011) que visavam comprovar a eficácia dos programas apresentados. Excetua-se o estudo de Smokowski *et al.* (2014) sobre os processos de aculturação e dinâmica familiar e sua relação com a saúde mental dos adolescentes. Rhew *et al.* (2018), Hawkins *et al.* (2012) e Hawkins *et al.* (2014) trouxeram o sistema de prevenção *Communities That Care (CTC)* como possibilidade de proteção/ promoção da saúde mental do adolescente, como redução de comportamentos problemáticos (incluindo delinquência e violência) e uso de substâncias (especialmente álcool e tabaco). Já Caprara *et al.* (2014) apresentaram a intervenção *Promoting Prosocial and Emotional Skills to Counteract Externalizing Problems in Adolescence* (sendo o acrônimo italiano: CEPIDEA). Esse visa a promoção de comportamento pró-social, havendo no estudo consequente redução de agressão física e verbal entre os estudantes.

Osgood *et al.* (2013) e Spoth *et al.* (2011), por sua vez, trouxeram o PROSPER (*Promoting School-University Partnerships to Enhance Resilience*), que auxiliou na redução do potencial de influência dos pares (em relação ao comportamento antissocial) e na redução do uso de substâncias. Diferente das intervenções para prevenção, o A-CRA/ACC (*Adolescent Community Reinforcement Approach/ Assertive Continuing Care*) foi um tratamento apresentado por McGarvey *et al.* (2014) que auxiliou na redução do uso da cannabis e do álcool, bem como a melhora para frequência escolar. Observa-se que os fatores estudados estariam especialmente relacionados ao Domínio Psicológico, especialmente fatores comportamentais.

3.4 DISCUSSÃO

Inicialmente é importante pontuar que alguns estudos (oito deles) não foram realizados exclusivamente em cidades pequenas. Esses, por vezes, encontraram diferenças de acordo com o tipo da cidade. Algumas variáveis, todavia, foram apresentadas em relação à população de estudo de modo geral (por exemplo gênero e idade) porém, é possível compreender quais eram passíveis de generalização para os adolescentes de cidades pequenas.

Com relação às questões de saúde mental destacadas, é possível resgatar Lopes *et. al.* (2016) que pontuam que cerca de 90% dos transtornos mentais identificados em estudos de base populacional compõe-se de transtornos não psicóticos, sendo denominados então transtornos mentais comuns (TMC) por possuírem elevada prevalência na população geral (20% a 30%). Os TMC, conceito definido por David Goldberg (1994), incluem depressão não-psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes, abrangendo manifestações como insônia, fadiga, dificuldades para tomada de decisão, apetite, tristeza, dificuldades de concentração e sentimento de inutilidade (PINHEIRO *et al.*, 2007). Com exceção dos problemas externalizados e ortorexia nervosa, todos os outros estudos investigaram questões que podem ser consideradas TMC. Destaca-se que o uso de álcool (incluído em problemas externalizados) e os transtornos agravados são os outros dois conjuntos de situações destacados nos cuidados à saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2013a).

Os TMCs têm sido entendidos como importante questão de saúde coletiva, sendo as três síndromes (ansiosa, depressiva e de somatização) as mais frequentes na atenção básica (BRASIL, 2013a). Eles apresentam alta prevalência nos estudos populacionais realizados com adolescentes (52,2% em Monteiro *et al.*, 2020; 30,0% em Lopes *et. al.*, 2016; 28,8% em Pinheiro *et al.*, 2007). Goldberg (1994) argumenta que as duas grandes dimensões de sintomas que são base para os TMC - relacionados à depressão e ansiedade - são associadas a variáveis sociais e biológicas.

De acordo com o Ministério da Saúde, “é recente o reconhecimento de que crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental e de que esses problemas podem ser tratados e cuidados”, sendo que as diretrizes mais claras para esse cuidado foram traçadas no documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil”, apenas em 2005 (BRASIL, 2013a, p. 103; BRASIL, 2005). Reforça-se, a partir deste, que o atendimento à saúde mental do adolescente demanda um trabalho intersetorial que extrapola o campo da saúde, a partir da noção de rede pública ampliada de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, sempre compreendendo que são sujeitos singulares, com histórias, dificuldades

e potencialidades que precisam ser levadas em consideração independente do “domínio” a ser observado.

Em relação ao domínio biológico, sobre a idade, Malta *et al.* (2014) destacaram em seu estudo referente à Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE), que o uso de substâncias psicoativas era maior para alunos mais velhos. Lopes *et al.* (2016), ao descrever a prevalência de TMC entre adolescentes, identificaram maior prevalência entre as meninas de 15 a 17 anos e menor entre os meninos de 12 a 14 anos. No estudo de Pinheiro *et al.* (2007), adolescentes com 17 anos mostraram prevalência de TMC de 1,37 vezes mais alta do que os que tinham 15 anos. Esses são alguns exemplos que corroboram a informação de que, quanto mais velho o adolescente, maior o risco para sua saúde mental.

Em relação ao índice de massa corporal, verificou-se que quando o peso, de acordo com o IMC, foi considerado insuficiente ou acima, houve maior risco de vitimização por violência, e quando era mais elevado, maior risco para ortorexia nervosa (ŁUCKA *et al.*, 2019; PARK *et al.*, 2017). Destaca-se aqui o estudo de Becker *et al.* (2002) com meninas adolescentes que aborda o impacto da televisão sobre atitudes e comportamentos alimentares; neste estudo, a insatisfação corporal, bem como os comportamentos de risco para transtornos alimentares, aumentaram conforme aumento da exposição midiática, que apresenta o corpo magro como ideal.

Kubota (2014), por sua vez, trouxe também a PeNSE de 2012 que indicou que estudantes que se auto classificaram “muito gordos” ou “muito magros” eram muito mais propensos a comportamentos de risco e muito mais sujeitos a sofrer *bullying* frequente e outras violências. Na PeNSE de 2015 também é trazida a discussão do quanto a inadequação entre o ideal de um corpo magro e a percepção da forma corporal (que é um dos fatores incluídos no domínio psicológico) provoca comportamentos de risco do adolescente (IBGE, 2016).

A questão de gênero é frequentemente trazida em diferentes estudos. Monteiro *et al.* (2020) identificaram associação positiva e significativa entre TMC e o sexo feminino na amostra de adolescentes escolares. Lopes *et al.* (2016) observaram que a prevalência de TMC foi sempre maior entre as meninas do que entre os meninos, em todas as faixas etárias. O Ministério da Saúde destaca (considerando a população em geral) que mulheres têm aproximadamente duas vezes mais chance de apresentar TMC quando comparadas aos homens, enquanto estes apresentam mais problemas relacionadas ao uso de substâncias

psicoativas, pontua também que provavelmente essas diferenças estão mais relacionadas aos papéis sociais do que ao sexo propriamente dito (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, a discussão referente às minorias sexuais trouxe a “teoria do estresse de minoria” (*minority stress theory*), identificando o maior risco de adoecimento mental para essas populações (PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017, PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017). De acordo com a pesquisa *National Survey on LGBTQ Youth Mental Health 2019*, da Organização norte-americana The Trevor Project, 39% dos jovens LGBTQ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) consideraram seriamente a tentativa de suicídio nos últimos 12 meses, sendo que para jovens transgêneros e não binários esse número era de 54% (THE TREVOR PROJECT, 2019). A mesma teoria pode ser aplicada em relação a minorias étnico-raciais (OPAS BRASIL, s/d); no Brasil, por exemplo, mulheres negras e pardas estão mais vulneráveis ao sofrimento mental.

Considerando os fatores do domínio social, é frequente a indicação de que a pobreza está associada a maior sofrimento mental, que pode estar relacionada à necessidade de trabalho por parte do adolescente (BRASIL, 2013a; OPAS BRASIL, s/d). De acordo com o IBGE (2016), a inserção de adolescentes no mercado de trabalho acontece em maior proporção em países mais pobres e de renda média. O Ministério da saúde pontua que adolescentes que exercem qualquer forma de trabalho não previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estão em risco para situações de vulnerabilidade, e refere ainda que jovens que vivenciam carências econômicas e sociais ainda são pouco incluídos em pesquisas e programas de capacitação profissional (BRASIL, 2017).

Por sua vez, destaca-se nesta pesquisa a temática das pequenas cidades. Nos estudos pesquisados, residentes destes locais, quando comparados a grandes cidades, apresentaram maior risco para uso de substâncias - especialmente o álcool- e violência.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2017), o uso de álcool é a situação mais comum encontrada na Atenção Básica e precisa ser estendida para a atenção à saúde do adolescente. Apesar de os artigos não serem publicados no Brasil, não é difícil encontrar adolescentes brasileiros que fazem uso da substância. A PeNSE 2015 apontou que 55,5% dos adolescentes escolares do 9º ano já haviam experimentado algum tipo de bebida alcoólica, com algumas regiões chegando a quase 70% (IBGE, 2016).

Em relação ao tema da violência, o Atlas da Violência – Retrato dos Municípios Brasileiros publicado em 2019, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em parceria com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, destaca que as taxas de homicídio dos municípios pequenos cresceram 113% entre 1997 e 2017. É necessário pontuar

que o Atlas define cidade pequena como aquela de até 100 mil habitantes. O documento pontua ainda as diferenças em relação aos índices de desenvolvimento humano dos municípios com mais de 100 mil habitantes que apresentaram as maiores e menores taxas de violência; apesar de não incluir as pequenas cidades nesse momento, reforça a relação da maior média percentual de jovens entre 15 e 24 anos que não estudavam, não trabalhavam e eram vulneráveis à pobreza e maior violência (IPEA, 2019).

Percebe-se que no âmbito dos municípios, é importante compreender as suas características a fim de identificar quais podem ser os aspectos mais ou menos relacionados aos processos de saúde e doença da sua população. Entra em questão a definição da Organização das Nações Unidas (ONU) de município saudável: além de atender às questões básicas de saúde, um município saudável é “aquele que, continuamente, cria e melhora o meio ambiente físico e social, fortalecendo os recursos comunitários, de modo a permitir a seus habitantes apoiarem-se mutuamente no desempenho de suas funções e na plena realização de suas potencialidades” (GOMES; BASTOS; FERES, 2016, p.2).

Destaca-se aqui o Plano Diretor¹⁰ como instrumento de planejamento desses aspectos. Todavia, de acordo com a Lei nº 10.257 de 2001, não há obrigatoriedade de elaborar o Plano Diretor para municípios de pequeno porte, ou seja, estes muitas vezes acabam fora de ações de planejamento e ordenamento urbano, por exemplo (BRASIL, 2001b). Mendonça *et al.* (2016, p. 2908), ancorados em Girardi (2015), referem que as cidades pequenas também se encontram geralmente em “[...] áreas geográficas mais isoladas, com situações de maior vulnerabilidade social e econômica [...]” e por vezes acabam sofrendo ainda por falta de recursos humanos de saúde, como os próprios médicos.

Outra informação necessária é a da tipologia da cidade, que pode ser urbana ou rural. Cada país faz a sua própria classificação. No Brasil, o IBGE (2017b) diferenciou as tipologias “município predominantemente urbano”, “município intermediário”, “município predominantemente rural”, considerando o número de habitantes e densidade populacional. Essa classificação possibilita diferenciar elementos econômicos, culturais, dentre outros. Destaca-se que, nos artigos pesquisados, a tipificação “rural” também foi apresentada em conjunto com as pequenas cidades, como por exemplo em Pulver, Davison e Pickett (2015), o que é frequente na literatura, tendo em vista que o tamanho populacional ou patamar demográfico pode ser um critério para definição de meio rural. O Ministério da Saúde

¹⁰ O Plano Diretor é o principal instrumento da política urbana brasileira e deve assegurar o atendimento das necessidades dos cidadãos quanto à qualidade de vida, à justiça social e ao desenvolvimento das atividades econômicas (BRASIL, 2001b).

acrescenta que a dinâmica de vida de adolescentes e jovens moradores de áreas rurais demandam questões particulares que necessitam ser levadas em consideração ao pensar a atenção à saúde, incluindo, por exemplo, o trabalho frequentemente iniciado em menores idades, junto à família (BRASIL, 2017).

Destacam-se ainda os resultados que apontaram que a exposição ao espaço natural público e atividade física foram mais protetivos nas cidades pequenas (HUYNH *et al.*, 2013; MAZUR *et al.*, 2016), que pode indicar diferenças em relação aos modos de vida. O meio rural, por exemplo, acarreta a ideia de uma maior presença do espaço natural público, bem como uma relação diferenciada com a natureza, mais próxima, a qual muitas vezes é fonte primária de renda. Todas estas características devem ser levadas em consideração no planejamento de políticas públicas, especialmente de promoção da saúde.

Em relação aos fatores familiares, sabe-se da importância do fortalecimento de vínculos para a prevenção de comportamentos de risco; morar com ambos os pais, a supervisão familiar e o bom relacionamento entre pais e filhos são frequentemente entendidos como principais fatores de proteção para a saúde mental da criança e adolescente (IBGE, 2016). Destaca-se a necessidade da atenção e comprometimento dos pais tanto para identificar que o adolescente precisa de ajuda, quanto para dar suporte ao manejo terapêutico, na intervenção (BRASIL, 2013a).

A família também é quem faz o contato com a Escola, muitas vezes responsável pela identificação de demandas de saúde dos estudantes. Destaca-se que alterações de comportamento sem causa esclarecida na escola podem ser indicadores de problemas em saúde mental. Sendo o ambiente no qual o adolescente passa boa parte do seu dia e semana, a escola pode vir a ser espaço de proteção da saúde mental do adolescente quando entendida como ponto de saúde ampliado, possibilitando ações de prevenção, promoção e até mesmo intervenção em saúde (BRASIL, 2013a).

O relacionamento com pares, incluído aqui em fatores interpessoais, é também observável no ambiente escolar, onde parte da rede de amigos é constituída. Diferentes autores abordam a importância dos grupos na adolescência; serão destacados aqui Ozella e Aguiar (2008, p. 113-114), que em uma de suas pesquisas com adolescentes abordaram o quanto, para aqueles participantes, os “[...] grupos aparecem como orientadores de comportamentos, valores, atitudes e hábitos. Levantamos a hipótese de que são fundamentais para a definição da própria identidade dos adolescentes, da constituição de suas subjetividades”. A OPAS Brasil (s/d) reforça que o relacionamento com os pares é determinante e importante da saúde mental dos adolescentes.

O Ministério da Saúde pontua que “não há como garantir que família, escola, comunidade e sociedade só promovam fatores de proteção aos sujeitos, já que elas são também fontes de conflitos e de adversidades, que vulnerabilizam os sujeitos”, ou seja, a manutenção da saúde está relacionada ao vínculo familiar estabelecido, comunicação, estilo parental, bem como relações com fatores escolares, interpessoais e comunitários (BRASIL, 2017, p. 30).

Em relação às questões do domínio psicológico até então não abordadas, um primeiro ponto, que envolve o histórico de doença mental ou sintomas relacionados, proporciona a reflexão que esses adolescentes já estão em situação de vulnerabilidade, ou seja, o fato de possuir um problema de saúde mental pode acarretar risco para outras questões (como pessoas com transtorno alimentar em risco para ortorexia nervosa, de acordo com ŁUCKA *et al.*, 2019). Além disso, considerando os TMCs tem-se a intersecção das síndromes ansiosa, depressiva e de somatização, na qual é possível entender que sintomas diferentes relacionados a uma mesma questão podem se manifestar em conjunto (BRASIL, 2013a).

Em relação às experiências traumáticas de vida, as violências voltam a ganhar destaque. A PenSE de 2015 (IBGE, 2016) identificou que 14,5% dos estudantes do 9º ano declararam ter sofrido agressão física por um adulto da família nos últimos 30 dias, enquanto 23,4% haviam se envolvido em alguma briga e/ou luta no mesmo período. Além da violência física, é necessário considerar os outros formatos (violência psicológica, sexual, negligência, histórico de punição, por exemplo). Sofrer *bullying*, que pode ser entendido como um tipo de violência psicológica, foi declarado por 7,4% dos estudantes pesquisados. Em relação à violência sexual, é sabido que as meninas são as maiores vítimas (diferente das violências físicas), e que geralmente ocorre no contexto intrafamiliar, adquirindo um caráter de “invisibilidade” (IBGE, 2016; BRASIL, 2017).

Paceley, Okrey-Anderson e Heumann (2017) apontam ainda para a violência que ocorre de forma indireta (por meio de escuta e observação de outras situações, por exemplo). Tem-se ainda a questão do suicídio, que é entendido como uma violência autoprovocada e é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos (BRASIL, 2017). A OPAS Brasil (s/d) reforça que as violências são reconhecidamente fatores de risco para o agravamento da saúde mental do adolescente e o Ministério da Saúde destaca a importância de observar especificidades de cada segmento populacional para o enfrentamento à violência (BRASIL, 2017).

Em relação à atividade sexual, o Ministério da Saúde pontua que ter iniciado vida sexual sem o apoio necessário dos serviços de saúde ou estar vivenciando gravidez não planejada são situações de risco que podem ser produtoras de vulnerabilidade para a saúde do adolescente de maneira geral (BRASIL, 2017).

Sobre o sono e a atividade física, a OPAS Brasil (s/d) refere que exercícios regulares e padrões de sono saudáveis são hábitos que promovem o bem-estar emocional. O Ministério da Saúde também aponta para a importância da atividade física na promoção e manutenção da saúde do adolescente (BRASIL, 2017). Fochesatto *et al.* (2020) indicam que a OMS incluiu o sono e a atividade física como componentes de uma tríade básica para a promoção da saúde mental. Os autores, em estudo de caso-controle, encontraram associação entre a qualidade do sono e sintomas emocionais, hiperatividade e desatenção, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os pares, nos meninos, enquanto para as meninas as relações encontradas não foram significativas.

Ainda sobre o sono, entende-se que sua alteração pode ser indicadora de diferentes questões como a depressão e situações de violência (BRASIL, 2017). Na PeNSE 2015, por exemplo, 11,3% dos adolescentes perderam o sono por conta de ansiedade e preocupações nos últimos 12 meses, sendo a proporção de meninas duas vezes maior em relação aos meninos no cenário brasileiro (IBGE, 2016). Em relação à atividade física, o estudo de Campos *et al.* (2020) utilizou dados da PeNSE 2015 e identificou melhora dos indicadores de saúde associada à prática regular de atividade física. Destaca-se que maior proporção de meninos se referiu à realização de atividade física nessa amostra (IBGE, 2016).

Observados estes pontos (e considerando que há muitos mais a serem estudados), nota-se que atualmente existe um consenso acerca dos determinantes sociais e sua importância para a saúde individual e coletiva das pessoas, o que por vezes, parece não se estender para a saúde mental quando o “problema” é compreendido predominantemente intrínseco ao domínio psicológico (especialmente quando se trata de adolescência, frequentemente entendida como “faixa etária problemática”). Esta questão pode ser identificada quando se observa que parte significativa dos artigos pesquisados preocupa-se com a temática dos “comportamentos problemáticos”, incluindo o uso de substâncias. Felizmente, os artigos longitudinais indicaram também que intervenções a nível de ambiente, como o escolar, podem auxiliar para a redução desses comportamentos e conseqüentemente de outros tipos de sofrimento.

Destaca-se que os estudos longitudinais apresentaram limitações como, por exemplo, não serem generalizáveis para grandes cidades ou áreas mais urbanas. A questão do urbano e

rural também pode ser limitador quando se faz a junção de rural com pequena cidade, tendo em vista que jovens residentes em áreas mais ou menos urbanizadas, numa mesma cidade, podem ter padrões de atividades e comportamentos distintos. Além disso, os estudos longitudinais geralmente perdem parte dos participantes iniciais, que podem ser parte dos que apresentam os comportamentos/questões de interesse do estudo.

Por sua vez, os estudos transversais indicaram com frequência a limitação de não ser possível fazer inferências causais e nem temporais entre os fatores e a questão de saúde mental pesquisada. Apresentaram também que nem sempre a amostra contemplava variabilidade suficiente para ser generalizável ou comparável, como por exemplo em termos culturais, raciais e até mesmo em termos diagnósticos (ou seja, resultados obtidos com participantes considerados saudáveis nem sempre podem ser generalizadas para outros contextos).

Limitação de ambos os estudos é que alguns fatores foram avaliados apenas com um item, o que não possibilita a ampla compreensão sobre a resposta; talvez, ainda, algum fator relacionado não tenha sido medido; além disso, os estudos atentavam-se para determinados aspectos da saúde mental selecionados. Outra frequente limitação, para ambos os tipos de estudo, são as respostas de autorrelato; entende-se que podem ser comprometidas por desejabilidade social ou desonestidade nas respostas, apesar de serem sabidamente confiáveis.

Assim, destaca-se a importância do olhar integral para cada adolescente e suas particularidades, observando que a saúde mental de crianças e adolescentes “está diretamente relacionada ao nível alcançado e competência alcançada no funcionamento psicológico e social” (WHO, 2005, p. 7, tradução da autora). Também se reforça que, assim como as doenças físicas, o sofrimento mental resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (WHO, 2002).

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão buscou identificar fatores de risco e proteção para a saúde mental na adolescência em cidades pequenas, considerando os domínios biológico, social e psicológico. Algumas questões (especialmente e âmbito psicológico), foram trazidas por vezes como fatores de risco, outras como consequências da condição de saúde mental e outras como a própria questão abordada, como é o caso principalmente do uso e abuso de substâncias e

violências. Isto faz refletir o quanto um fator pode não ser de risco ou proteção *per se*, pois é necessário considerar a interação entre os domínios, ou seja, o ser humano integralmente, para a promoção da saúde mental e prevenção de agravos. Dessa forma, pode-se enfatizar a complexidade do trabalho nessa área, que não se restringe ao setor da saúde, mas faz-se fundamental o trabalho interprofissional e setorial.

Conhecer os fatores de risco e proteção para a saúde mental em um local e para um público específicos é de extrema relevância para o planejamento e execução de ações, especialmente no âmbito da saúde coletiva, onde atualmente a lógica de trabalho é de base territorial. A partir dos resultados encontrados, observa-se que apesar da temática dos fatores de risco e proteção na adolescência ser recorrente, o público de pequenas cidades é pouco contemplado, especialmente no Brasil, onde esse tipo de cidade é maioria. Indica-se, dessa forma, que possam ser realizadas mais pesquisas nesse âmbito.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

[...] o bom método será sempre aquele capaz de conduzir o investigador a alcançar respostas para suas perguntas [...]

Minayo & Minayo-Gómez

Para iniciar este capítulo, são necessários alguns apontamentos. O primeiro deles, é que fazer uma pesquisa envolve, para além da ação, também um desejo. Esse desejo pode ser, conforme Gil (2002), de conhecer pela satisfação de conhecer (pesquisa chamada “pura” ou “básica”) ou de conhecer para fazer algo de forma mais eficiente ou eficaz (“pesquisa aplicada”), caracterizando a natureza da pesquisa. Ressalta-se que essas duas razões não são excludentes, todavia, tendo em vista o interesse do ponto de vista prático em relação aos resultados desta pesquisa, é possível caracterizar esse estudo como de natureza aplicada.

Considerando a questão do desejo, outro apontamento é de que inevitavelmente a pesquisa não pode ser entendida como puramente neutra, ou seja, é atravessada pela lente do pesquisador, que irá escolher uma perspectiva e percurso metodológico para estudo do seu objeto de pesquisa. Entende-se que o caminho escolhido é uma das maneiras de compreensão do fenômeno. Visto isso, pretende-se descrever aqui as estratégias adotadas para esta pesquisa.

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Do ponto de vista dos objetivos da pesquisa, esta pode ser classificada como descritiva, por ter como principal objetivo descrever e estudar as características de uma determinada população ou fenômeno, e/ou ainda o estabelecimento de relação entre variáveis (GIL, 2002).

Em relação aos procedimentos técnicos utilizados, é possível caracterizar esta pesquisa como sendo de levantamento, pois parte da interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer; isto permite a representação desta população-alvo e uma primeira caracterização do problema de pesquisa, que pode servir de base para aprofundamentos posteriores (GIL, 2002).

Do ponto de vista da abordagem, é possível afirmar que se caracteriza como pesquisa quantitativa. Minayo e Minayo-Gómez (2003) expõe sobre a complementaridade de abordagens quantitativas e qualitativas no campo da saúde coletiva, tendo em vista a complexidade dos processos saúde e doença, entendendo assim que ambas as abordagens podem contribuir para a compreensão dos mais diferentes fenômenos estudados nesse âmbito. Assim, os autores relatam que os números também são uma forma de linguagem e de explicação da realidade. O nicho da abordagem, nesse sentido, é epidemiológico. A epidemiologia pode ser definida como:

Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL, 1993 *apud* GOLDBAUM, 1996, p. 96).

Dessa forma, busca-se através da epidemiologia conhecer a maneira pela qual os agravos à saúde, nesse caso os transtornos mentais comuns, se distribuem em uma população, para obter subsídios para as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

4.2 PARTICIPANTES E LOCAL DE COLETA DE DADOS

Minayo e Minayo-Gómez (2003) destacam que, no campo da saúde, o objeto sempre será o sujeito, pois a enfermidade não é estudada em si mesma, mas sim em relação às pessoas. Para este estudo, foi delimitado o grupo de adolescentes que frequenta o Ensino Médio na cidade de Angelina como público-alvo. Pontua-se que somente duas escolas no município ofertam o Ensino Médio: a Escola de Educação Básica Nossa Senhora (EEB Nossa Senhora) e a Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo (EEB Norberto Teodoro de Melo), que serão brevemente exploradas a seguir.

A Escola de Educação Básica Nossa Senhora está localizada no bairro Centro, na zona urbana da Sede do município, e recebe estudantes de diferentes comunidades. De acordo com o Projeto Político Pedagógico (PPP, 2020a), que é um documento construído a partir da discussão de profissionais e diferentes segmentos da comunidade escolar, a escola foi fundada no ano de 1927 com a chegada das Irmãs Franciscanas de São José no município.

No início, era uma escola particular, com poucos alunos e também internos, havendo aulas ministradas em português e alemão pelas Irmãs e outras professoras contratadas (chamadas leigas); em 1956, as Irmãs passaram a ser nomeadas e pagas pelo Estado e em 1963, a escola passou a fazer parte da rede estadual de Santa Catarina, sendo que o seu novo e atual prédio teve construção iniciada em 1964; pontua-se que, atualmente, as séries iniciais (até o 5º ano) são de responsabilidade administrativa da rede municipal de educação e utilizam o mesmo prédio. Desde o ano 2000, a escola chama-se EEB Nossa Senhora e até 2003, foi dirigida pelas Irmãs Franciscanas de São José. Destaca-se que o Ensino Médio é oferecido nos períodos matutino e vespertino. O PPP (2020a) destaca ainda que os pais dos estudantes são predominantemente agricultores e que as famílias possuem nível socioeconômico bastante variado.

A EEB Norberto Teodoro de Melo está localizada na comunidade de Barra Clara, zona urbana do interior do município, a 33 quilômetros da Sede. Recebe também estudantes de comunidades vizinhas. As estradas de acesso para a escola não são pavimentadas, dificultando por vezes a ida à escola quando chove. De acordo com o Projeto Político Pedagógico do ano de 2020 (PPP, 2020b), constam registros da sua fundação desde 1936 e de condições físicas iniciais precárias: uma pequena sala de aula e uma professora para cerca de 40 a 50 estudantes. Apenas na década de 1970, foi iniciada a construção de um novo prédio escolar, posteriormente ampliado. O nome, desde 1988, é uma homenagem a Norberto Teodoro de Melo, considerado patrono e líder que lutou a favor do povo e desta escola (PPP, 2020b), desde 2006 a escola passou a receber também o Ensino Médio, no período noturno, sendo que a partir de 2012 as séries iniciais passaram a ser administradas pela rede municipal de educação de Angelina, e não mais pelo Estado.

O PPP (2020b) pontua que a escola necessita de reforma e ampliação urgentes, devido às salas divididas, falta de sala de vídeo, auditório, acessibilidade e outros problemas estruturais, situação que já está sendo acompanhada por órgãos competentes. O PPP da escola refere ainda que em 2006, cerca de 80% dos pais eram agricultores, com baixa renda familiar, e que enfrentavam dificuldades como de escoamento da produção agrícola, insumos caros, dentre outras. Conclui ainda que em muitas famílias as crianças precisam trabalhar para contribuir com a renda familiar, tanto na agricultura quanto no cuidado de irmãos menores (PPP, 2020b).

Na EEB Nossa Senhora, no período da coleta de dados, 110 estudantes frequentavam o Ensino Médio, enquanto na EEB Norberto Teodoro de Melo eram 85 estudantes. Para esta

pesquisa, não foram incluídos adolescentes que se recusaram a participar ou que faltaram nos dias de entrega do material. Dessa forma, dos 195 adolescentes, 133 foram os que participaram do estudo e destes, dois foram excluídos por possuírem idade superior à 19 anos, conforme conceito de adolescência da ONU (UNICEF, 2011), o que resultou em 131 participantes.

4.3 INSTRUMENTOS

Para esta pesquisa, optou-se pela utilização de dois instrumentos principais, descritos a seguir.

4.3.1 Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio de estudo colaborativo com diversos pesquisadores, com intuito de rastrear transtornos mentais em países em desenvolvimento, especialmente em estudos comunitários e na atenção primária em saúde (HARDING *et al.*, 1980). O SRQ foi validado para uso no Brasil por Mari e Williams (1986), sendo hoje amplamente difundida sua utilização.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1994), originalmente o SRQ era composto por 25 questões, sendo 20 relacionadas a sintomas chamados “neuróticos”, quatro relacionadas a “sintomas psicóticos” e uma relacionada a convulsões. Ao longo do tempo, grande parte dos estudos, como este, foram concentrados nos 20 itens chamados “neuróticos”. O questionário caracteriza-se por ser autoaplicável, de rápida realização e fácil compreensão. Possui escala dicotômica (sim/não) e avalia sintomas considerados depressivos, ansiosos e queixas somáticas nos últimos 30 dias. Cada resposta positiva equivale a um ponto. O escore final é composto da somatória dos pontos das respostas sim, sendo que o resultado pode variar de 0 (nenhuma probabilidade de apresentar TMC) a 20 (alta probabilidade de apresentar TMC), viabilizando assim uma classificação inicial sobre a possibilidade ou não de haver sofrimento mental. Reforça-se que o SRQ-20 não discrimina diagnóstico¹¹, ou seja, foi

¹¹Existem aspectos particulares a serem considerados no processo diagnóstico em psiquiatria, como o embasamento preponderantemente em dados clínicos, com o uso de exames e outros instrumentos para o

desenvolvido como um instrumento de rastreio –busca de caso -, e apenas avalia o risco para TMC (WHO, 1994).

Em relação ao ponto de corte, Mari e Williams (1986) sugerem, após o estudo de validação na atenção básica na cidade de São Paulo (Estado de São Paulo), 5/6 para homens e 7/8 para mulheres (considerando não caso/caso). Em estudo de base populacional com pessoas a partir de 15 anos de idade na cidade de Olinda (Pernambuco), o melhor ponto de corte identificado foi 5/6 (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), por sua vez, em estudo com pessoas a partir dos 14 anos de idade em Santa Cruz do Sul (Rio Grande do Sul), identificaram o ponto de corte 7/8 como o mais adequado. Já Santos *et al.* (2010), em estudo de validação com pessoas de 15 anos de idade ou mais do município de Feira de Santana (Bahia), sugerem o ponto de corte 6/7. Sendo assim, o ponto de corte adotado para esta pesquisa será também de 6/7 (não caso/ caso). O instrumento encontra-se disponível para visualização no Anexo B.

4.3.2 Questionário de saúde e dados sociodemográficos

A fim de agregar dados que colaborassem com o objetivo desta pesquisa, foi desenvolvido um questionário com 45 questões abordando características sociodemográficas, de saúde e relacionadas ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, tendo em vista a necessidade de levar em consideração o cenário de emergência em saúde vivido atualmente no país. Destaca-se que os itens do questionário foram elaborados com base nos fatores de risco e proteção para a saúde mental identificados na revisão integrativa de literatura. O questionário pode ser observado no Apêndice C.

Para sua utilização, foi necessário o chamado pré-teste (ou estudo piloto), realizado com a finalidade de avaliar o instrumento em relação a falhas na sua redação e buscando identificar ainda dificuldade no entendimento das questões, desnecessidade das questões, tempo de resposta, dentre outros (GIL, 2002). O pré-teste foi aplicado com cinco estudantes do Ensino Médio de uma pequena cidade vizinha, tendo em vista que na cidade de Angelina todos estavam incluídos no grupo de possíveis participantes.

suporte, especialmente para o diagnóstico diferencial; destaca-se ainda o fato de ser sempre pluridimensional, abrangendo dimensões clínicas e psicossociais, e que “de modo geral, não existem sinais ou sintomas psicopatológicos totalmente específicos de determinado transtorno mental” (DALGALARRONDO, 2008, p.41).

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados foi iniciada no mês de março de 2021 após o retorno das aulas presenciais que estavam suspensas devido à pandemia de Covid-19 e se estendeu até o início do mês de maio de 2021. Destaca-se que as aulas presenciais estavam intercaladas semanalmente (turmas divididas em dois grupos, cada um com aula presencial em uma semana e aula remota em outra) e alguns estudantes estavam em ensino remoto durante todo o período.

4.4.1 Contato com os participantes

O contato com os estudantes se deu de forma diferenciada para os que estavam em ensino presencial e os que estavam em ensino remoto. A pesquisadora realizou o contato com os estudantes do ensino presencial diretamente nas escolas, conforme pactuado com a gestão. Os materiais - termos de consentimento e assentimento e instrumentos de coleta - foram entregues dentro de envelopes para que os estudantes pudessem responder em casa. As escolas também permaneceram com alguns envelopes para entregar àqueles adolescentes que tivessem faltado à aula.

A pesquisadora voltou às turmas em mais um momento para verificar se algum estudante não havia recebido o material ou se haviam dúvidas a respeito da pesquisa. Os envelopes foram devolvidos diretamente à pesquisadora nesse segundo momento ou à direção escolar ao longo das semanas. Para os estudantes do ensino remoto, o material foi enviado e recolhido por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que foram instruídos pela pesquisadora, a qual também estava à disposição para dirimir dúvidas que viessem a surgir.

4.4.2 Preceitos Éticos

Tendo em vista que esta pesquisa envolve seres humanos, foi planejada e realizada com base na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b). O projeto de pesquisa foi assim submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), CAAE: 26198819.9.0000.0121, número do parecer 4.593.317 (Anexo C), vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina. Para a

inserção dos participantes na pesquisa, foi necessária a autorização por escrito dos responsáveis pelos adolescentes, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e a autorização dos adolescentes, por meio do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E); nestes, foram ponderados possíveis riscos e benefícios durante a participação da pesquisa, garantindo ainda a participação voluntária e interrupção a qualquer momento, bem como o sigilo em relação aos dados por parte da pesquisadora e professores orientadores. Também foi necessária a aprovação da instituição escolar (local de pesquisa), para que a coleta de dados fosse ali realizada.

Destaca-se que a postura ética é necessária ao longo de todas as etapas da pesquisa; conforme aponta Chauí (2000, p. 433), “os valores éticos se oferecem, portanto, como expressão e garantia de nossa condição de sujeitos, proibindo moralmente o que nos transforme em coisa usada e manipulada por outros”. Dessa forma, assegura-se aos participantes a condição de sujeito de direitos e deveres, bem como o respeito a sua dignidade e autonomia, conforme preconizado pela resolução (BRASIL, 2012b).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa *Excel for Windows* (2010). As análises foram obtidas através dos programas estatísticos STATA (*Data Analysis and Statistical Software*, versão 14.1) e Epi Info (versão 7.2.4.0), inicialmente por medidas de frequência absoluta e relativa. Foi calculada a prevalência de TMC do grupo considerando no numerador o número de casos prováveis (suspeitos) de TMC e no denominador o número de participantes da pesquisa. Sendo assim, o cálculo realizado foi o número de casos dividido pelo número de participantes, multiplicado pela base de cálculo 100.

Para a análise de associação, foi utilizado o qui-quadrado (teste não paramétrico que busca relação entre duas variáveis categóricas ou categóricas e ordinais), considerando como desfecho a pontuação do SRQ-20, escore maior ou igual a sete (suspeição/ não suspeição). Também foi utilizado o teste exato de Fisher para situações em que não foi possível utilizar o primeiro. Para as análises de comparação de grupos, foram utilizados os testes Wilcoxon-Mann-Whitney (teste não paramétrico de comparação de soma de ranks de dois grupos independentes) e Kruskal-Wallis (extensão do primeiro, quando havia mais grupos

independentes), considerando o escore total do SRQ-20 como variável dependente, de distribuição que se distancia da normalidade. Também foi utilizada a correlação de Spearman para observar a associação entre variáveis ordinais. Foi ainda calculada a *Odds Ratio* (OR) para as variáveis que apresentaram resultados significativos estatisticamente em qualquer um dos procedimentos; foi considerado o nível de significância de 5% ($p < 0.05$). Destaca-se que as variáveis independentes foram selecionadas de acordo com a literatura, a partir do questionário sociodemográfico e de saúde, e estão listadas na seção de resultados.

5 RESULTADOS

*Eu vejo na TV
O que eles falam sobre o jovem
Não é sério
O jovem no Brasil
Nunca é levado a sério*

Chorão, Champignon, Pelado & Negra Li (2000)

Neste capítulo, serão apresentados os principais resultados desta pesquisa, frutos da colaboração dos estudantes angelinenses do Ensino Médio. Espera-se apresentar um panorama inicial desta realidade, aqui recortada, para melhor compreender as necessidades deste público.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES

A amostra do presente estudo foi composta de 131 indivíduos, com a idade mais frequente de 16 anos (média, mediana e moda) em ambas as escolas, bem como meninas (56,49%), heterossexuais (92,97%), cor branca (87,50%), religião católica (62,02%) e solteiros (70,99%). A tabela 1 apresenta o perfil dos adolescentes respondentes por escola:

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos adolescentes por escola, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	NS N(%)*	NTM N(%)*	Total N(%)*
Idade	14	1 (1,37)	0 (0)	1 (0,76)
	15	21 (28,77)	13 (22,41)	34 (25,95)
	16	25 (34,25)	27 (46,55)	52 (39,69)
	17	18 (24,66)	13 (22,41)	31 (23,66)
	18	8 (10,96)	5 (8,62)	13 (9,92)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)
Gênero	Meninas	40 (54,79)	34 (58,62)	74 (56,49)
	Meninos	33 (45,21)	24 (41,38)	57 (43,51)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)

Continua.

Cont. da Tabela 1.

Orientação sexual	Heterossexual	66 (91,67)	53 (94,64)	119 (92,97)
	Homossexual	0 (0,00)	1 (1,79)	1 (0,78)
	Bissexual	4 (5,55)	2 (3,57)	6 (4,69)
	Outra	2 (2,78)	0 (0)	2 (1,56)
	Total	72 (100)	56 (100)	128 (100)
Cor	Branca	61 (85,92)	51 (89,47)	112 (87,50)
	Parda	6 (8,45)	5 (8,77)	11 (8,59)
	Preta	3 (4,23)	0 (0)	3 (2,34)
	Amarela	1 (1,41)	1 (1,75)	2 (1,56)
	Total	71 (100)	57 (100)	128 (100)
Religião	Católico	44 (60,27)	36 (64,29)	80 (62,02)
	Protestante ou Evangélico	23 (31,51)	20 (35,71)	43 (33,33)
	Outra	6 (8,22)	0 (0)	6 (4,65)
	Total	73 (100)	56 (100)	43 (100)
	Estado civil	Solteiro	54 (73,97)	39 (67,24)
Relacionamento aberto		1 (1,37)	0 (0)	1 (0,76)
Namorando		18 (24,66)	18 (31,03)	36 (27,48)
Casado		0 (0,00)	1 (1,72)	1 (0,76)
Total		73 (100)	58 (100)	131 (100)

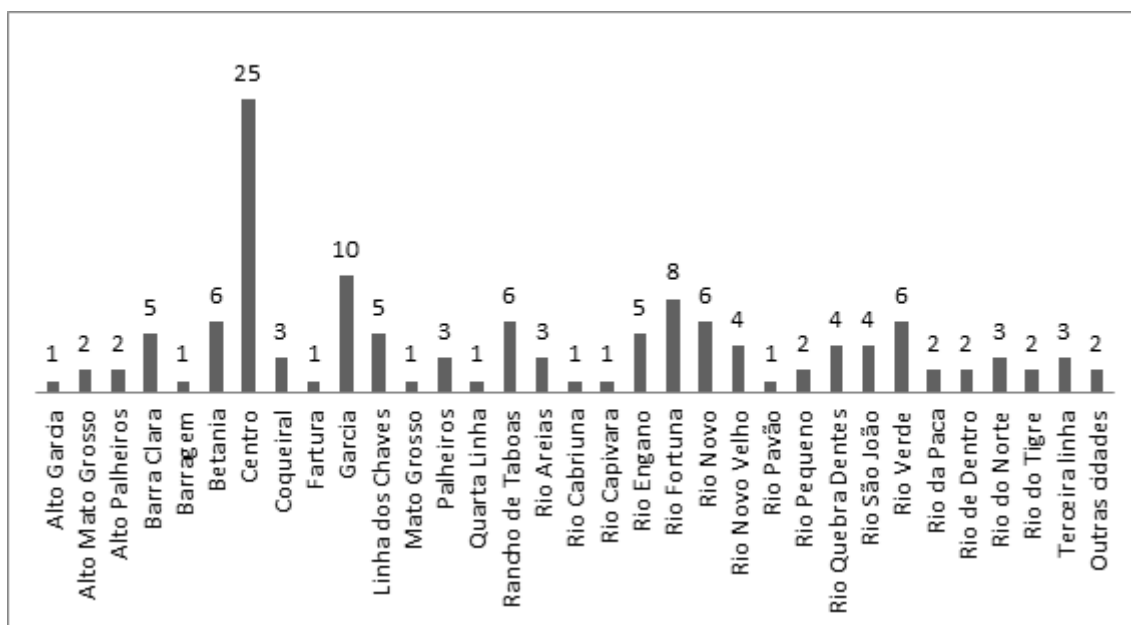
NS: Escola de Educação Básica Nossa Senhora; NTM: Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo.

*: Porcentagem referente ao total da coluna.

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Em relação ao local de moradia, o bairro Centro foi o mais listado, sendo que os demais estudantes ficaram distribuídos em mais 32 localidades. Observou-se que 69,47% dos respondentes moram em Zona rural, especialmente os da EEB Norberto Teodoro de Melo, localizada no interior do município. Boa parte dos estudantes avalia o seu bairro como “bom” (52,31%) e nenhum adolescente avaliou o bairro como “péssimo”. Nota-se que 74,81% dos estudantes sempre moraram no município de Angelina, sendo que destes, 88,77% moraram sempre no mesmo bairro.

Figura 2 – Número de participantes por localidade.



Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Sobre o tipo de casa 86,92% dos participantes reside em casa própria da família, com três e quatro cômodos servindo como dormitório. Notou-se que nas casas frequentemente residem três e quatro pessoas (30,23% da amostra para cada um deles). Foi calculada a razão de pessoas por dormitório, a partir da divisão do número de pessoas da casa pelo número de cômodos como dormitório, e observou-se que a maior parte da amostra tem até duas pessoas por dormitório (49,61%).

A renda familiar mensal foi maioria na categoria de “Mais de um a quatro salários-mínimos”, sendo que 27,91% dos participantes não souberam responder a questão. Comumente duas pessoas da casa contribuíam com a renda (58,59%).

Destaca-se que algumas famílias também cultivam parte do alimento que consomem, o que, apesar de não ser predominante na amostra total (32,82%), fica evidente para as famílias dos estudantes da EEB Norberto Teodoro de Melo (84,48%).

Tabela 2 – Descrição do perfil dos adolescentes em relação à moradia e renda, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	NS N(%)*	NTM N(%)*	Total N(%)*
Zoneamento	Zona rural	43 (58,90)	48 (82,6)	91 (69,47)
	Zona urbana	30 (41,10)	10 (17,24)	40 (30,53)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)
Avaliação do bairro	Muito bom	15 (20,83)	10 (17,24)	25 (19,23)
	Bom	39 (54,17)	29 (50,00)	68 (52,31)
	Regular	17 (23,61)	16 (27,59)	33 (25,38)
	Ruim	1 (1,39)	3 (5,17)	4 (3,08)
	Total	72 (100)	58 (100)	130 (100)
Já morou em outras cidades	Sim	22 (30,14)	11 (18,97)	33 (25,19)
	Não	51 (69,86)	47 (81,03)	98 (74,81)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)
Tipo de casa	Própria	64 (87,67)	49 (85,96)	113 (86,92)
	Alugada	6 (8,22)	5 (8,77)	11 (8,46)
	Cedida	3 (4,11)	1 (1,75)	4 (3,08)
	Outra situação	0 (0)	2 (3,51)	2 (1,54)
	Total	73 (100)	57 (100)	130 (100)
Quantas pessoas moram na casa	Uma a quatro pessoas	55 (76,39)	35 (61,40)	90 (69,77)
	Cinco a oito pessoas	17 (23,61)	22 (38,60)	39 (30,23)
	Total	72 (100)	57 (100)	129 (100)
Razão pessoas por dormitório	0 – 1,0	32 (44,44)	27 (47,37)	59 (45,74)
	1,1 – 2,0	37 (51,39)	27 (47,37)	64 (49,61)
	2,1 – 3,5	3 (4,17)	3 (5,26)	6 (4,65)
	Total	72 (100)	57 (100)	129 (100)
Renda familiar mensal	Até 1 SM	4 (5,56)	15 (26,32)	19 (14,73)
	Mais de 1 SM a 4 SM	41 (56,94)	21 (36,84)	62 (48,06)
	Mais de 5 SM a 10 SM	8 (11,11)	3 (5,26)	11 (8,53)
	Mais de 10 SM	1 (1,39)	0 (0)	1 (0,78)
	Não sei	18 (25,00)	18 (31,58)	36 (27,91)
Total	72 (100)	57 (100)	129 (100)	
Quantas pessoas contribuem com a renda	Uma	9 (12,5)	5 (8,93)	14 (10,94)
	Duas	49 (68,05)	26 (46,43)	75 (58,59)
	Três	5 (6,94)	16 (28,57)	21 (16,41)
	Quatro	6 (8,33)	9 (16,07)	15 (11,72)
	Cinco	2 (2,78)	0 (0)	2 (1,56)
	Mais de cinco	1 (1,39)	0 (0)	1 (0,78)
Total	72 (100)	56 (100)	128 (100)	

Continua.

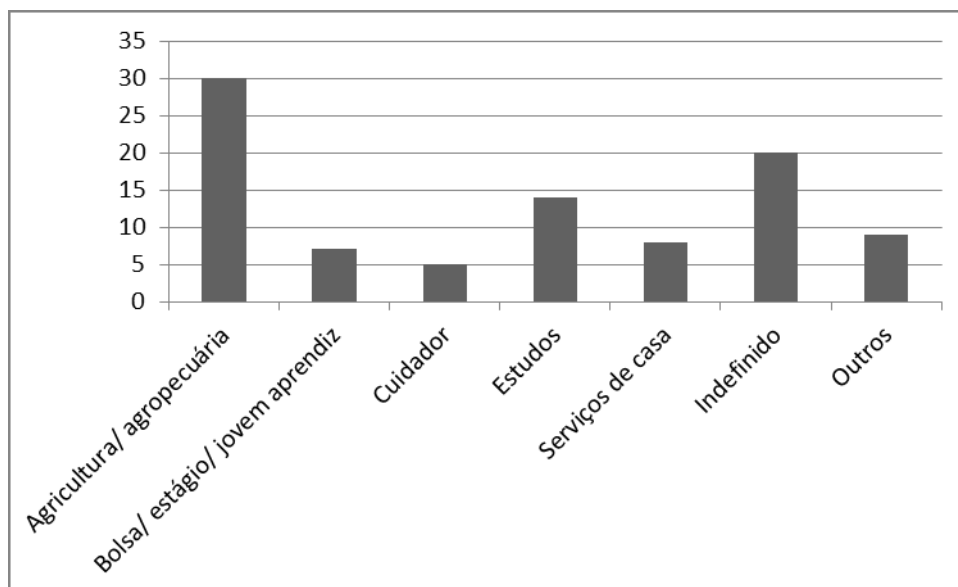
Cont. da Tabela 2.

A família produz parte dos alimentos que consome	Sim	39 (53,42)	49 (84,48)	43 (32,82)
	Não	34 (46,58)	9 (15,52)	88 (67,18)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)

NS: Escola de Educação Básica Nossa Senhora; NTM: Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo.
*: Porcentagem referente ao total da coluna.
Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Observa-se que a maior parte dos estudantes (72,87%) considera que realiza algum tipo de trabalho, sendo este remunerado ou não. A partir das ocupações relatadas, foi possível dividi-las em diferentes categorias, como “agricultura e agropecuária”, “bolsa, estágio ou programa jovem aprendiz”, “cuidador (a)”, “estudos”, “serviço de casa”, “indefinido” e “outros”. Na categoria “outros”, destaca-se que foram listados itens poucos frequentes, como por exemplo, *mecânico*, *serralheiro*, *vendedor*, *atendente* ou *balconista*. Na categoria “indefinido”, os estudantes não deixaram evidente qual o tipo de trabalho, escrevendo, por exemplo, *trabalho* ou *ajudo os meus pais*. Pontua-se que mais de um item poderia ser listado por resposta e que nem todos os estudantes que assinalaram que trabalham responderam qual a ocupação.

Figura 3 – Número de vezes em que um item de cada categoria relacionada à ocupação dos estudantes foi listado.



Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Verifica-se que 67,44% da amostra começou a trabalhar entre 12 e 15 anos e que quase metade (48,81%) trabalha de cinco a oito horas por dia. Destaca-se que 56,32% da amostra não contribui com a renda familiar e que 10,35% relataram outra situação, a qual inclui, por exemplo, contribuir apenas quando necessário ou considerar o fato de que está auxiliando os pais na renda.

Tabela 3 – Caracterização dos adolescentes em relação à ocupação, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	NS N(%)*	NTM N(%)*	Total N(%)*
Trabalho	Sim	45 (61,64)	49 (87,50)	94 (72,87)
	Não	28 (38,36)	7 (12,50)	35 (27,13)
	Total	73 (100)	56 (100)	129 (100)
Idade com que começou a trabalhar	Entre oito e onze anos	2 (4,44)	12 (29,27)	14 (16,28)
	Entre doze e quinze anos	33 (73,33)	25 (60,97)	58 (67,44)
	Dezesseis anos ou mais	9 (20,00)	2 (4,88)	11 (12,79)
	Não soube relatar	1 (2,22)	2 (4,88)	3 (3,49)
	Total	45 (100)	41 (100)	86 (100)
Horas de trabalho por dia	Até quatro horas	19 (43,18)	5 (12,5)	24 (28,57)
	De cinco a oito horas	17 (38,64)	24 (60,00)	41 (48,81)
	Mais de oito horas	5 (11,36)	6 (15,00)	11 (13,09)
	Não soube relatar	3 (6,82)	5 (12,5)	8 (9,52)
	Total	44 (100)	40 (100)	84 (100)
Contribuição na renda familiar	Trabalha e não contribui	29 (64,44)	20 (47,62)	49 (56,32)
	Trabalha e contribui parcialmente	10 (22,22)	18 (42,86)	28 (32,18)
	Trabalha e é o principal responsável pela renda	1 (2,22)	0 (0)	1 (1,15)
	Outra situação	5 (11,11)	4 (9,52)	9 (10,35)
	Total	45 (100)	42 (100)	87 (100)

NS: Escola de Educação Básica Nossa Senhora; NTM: Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo.

*: Porcentagem referente ao total da coluna.

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

A tabela 4 apresenta os dados referentes à escolarização dos participantes. Nota-se que a maior parte da amostra pertence ao segundo ano do Ensino Médio, turma com maior número de estudantes em ambas as escolas. Em relação ao turno, destaca-se que na EEB Norberto Teodoro de Melo o Ensino Médio é ofertado apenas no turno noturno, contemplando 44,27% dos participantes. Na EEB Nossa Senhora, por sua vez, o Ensino

Médio é ofertado apenas nos turnos matutino e vespertino, e o número de respondentes foi semelhante para ambos (37 e 36 estudantes, respectivamente). A maioria dos estudantes sempre estudou em escola pública, único modelo ofertado no município de Angelina.

Tabela 4- Descrição do perfil dos adolescentes em relação aos estudos, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	NS N(%)*	NTM N(%)*	Total N(%)*
Ano escolar	1º	25 (34,25)	18 (31,03)	43 (32,82)
	2º	31 (42,47)	31 (53,45)	62 (47,33)
	3º	17 (23,29)	9 (15,52)	26 (19,85)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)
Turno	Matutino	37 (50,68)	0 (0)	37 (28,24)
	Vespertino	36 (49,32)	0 (0)	36 (27,48)
	Noturno	0 (0)	58 (100)	58 (44,27)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)
Tipo de escola ao longo da trajetória escolar	Escola pública	70 (95,89)	58 (100)	128 (97,71)
	Maior parte escola pública	3 (4,11)	0 (0)	3 (2,29)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)
Reprovação escolar	Nunca	64 (87,67)	46 (79,31)	110 (83,97)
	Uma vez	5 (6,85)	10 (17,24)	15 (11,45)
	Duas vezes	4 (5,48)	2 (3,45)	6 (4,58)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)
Como avalia seu desempenho escolar	Muito bom	4 (5,48)	8 (13,79)	12 (9,16)
	Bom	47 (64,38)	32 (55,17)	79 (60,31)
	Regular	21 (28,77)	16 (27,59)	37 (28,24)
	Ruim	1 (1,37)	2 (3,45)	3 (2,29)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)

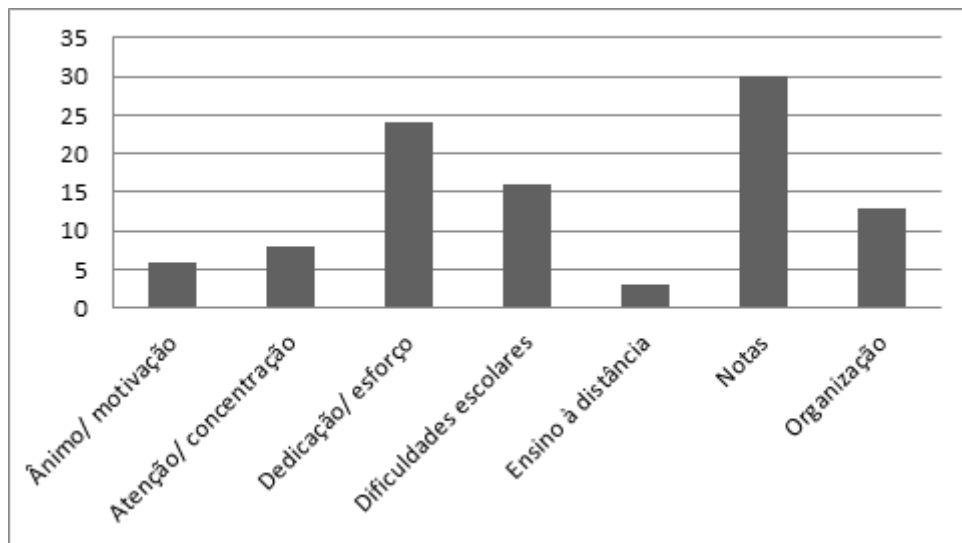
NS: Escola de Educação Básica Nossa Senhora; NTM: Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo.

*: Porcentagem referente ao total da coluna.

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Entre os estudantes, 83,97% relataram nunca ter sofrido reprovação e 60,31% considera ter um bom desempenho escolar. As justificativas sobre o desempenho escolar foram agrupadas em diferentes temas: notas, dedicação e/ou esforço, dificuldades escolares/dúvidas, organização, atenção/ concentração, ânimo/ motivação e ensino à distância.

Figura 4 – Número de vezes em que um item de cada categoria relacionada a desempenho escolar dos estudantes foi listado.



Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Em relação à família, a tabela 5 apresenta quase a totalidade dos estudantes residindo com pelo menos um dos pais, sendo que dois deles moram com esposo (a)/ companheiro (a) e um relatou morar com amigos. Mais da metade dos estudantes relatou relacionamento muito bom com os pais. Observa-se que a maior parte dos pais, em ambas as escolas, tem escolaridade máxima de 4ª série, sendo 61,42% para escolaridade dos pais e 50,77% para escolaridade das mães. Nota-se ainda que 80,15% da amostra conversou com os pais e/ou familiares a respeito do seu futuro e 63,75% dos pais e/ou familiares manifestaram sua opinião sobre o tema, especialmente na EEB Norberto Teodoro de Melo (72%).

Tabela 5 – Caracterização dos adolescentes em relação a características e relacionamentos familiares, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	NS N(%)*	NTM N(%)*	Total N(%)*
Mora com ao menos um dos pais	Sim	72 (98,63)	56 (96,55)	128 (97,71)
	Não	1 (1,37)	2 (3,45)	3 (2,29)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)

Continua.

Cont. da Tabela 5.

Grau de escolaridade máximo do pai/mãe	Não frequentou a escola	1 (1,43)/ 2 (2,74)	3 (5,26)/ 2 (3,51)	4 (3,15)/ 4 (3,08)
	De 1 ^a à 4 ^a série do Ensino Fundamental	39 (55,71)/ 27 (36,99)	39 (68,42)/ 39 (68,42)	78 (61,42)/ 66 (50,77)
	De 5 ^a à 8 ^a série do Ensino Fundamental	11 (15,71)/ 11 (15,07)	10 (17,54)/ 8 (14,04)	21 (16,54)/ 19 (14,62)
	Ensino Médio	12 (17,14)/ 18 (24,66)	3 (5,26)/ 3 (5,26)	15 (11,81)/ 21 (16,15)
	Ensino Superior	0 (0)/ 5 (6,85)	0 (0)/ 0 (0)	0 (0)/ 5 (3,85)
	Pós-graduação	4 (5,71)/ 8 (10,96)	2 (3,51)/ 4 (7,02)	6 (4,72)/ 12 (9,23)
	Não sei	3 (4,29)/ 2 (2,74)	0 (0)/ 1 (1,75)	3 (2,36)/ 3 (2,31)
	Total	70 (100)/ 73 (100)	57 (100)/ 57 (100)	127 (100)/ 130(100)

Relacionamento com os pais	Muito bom	36 (49,32)	31 (53,45)	67 (51,15)
	Bom	27 (36,99)	17 (29,31)	44 (33,59)
	Regular	10 (13,70)	10 (17,24)	20 (15,27)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)

Conversou com os pais e/ou familiares sobre o futuro	Sim	54 (73,97)	51 (87,93)	105 (80,15)
	Não	19 (26,03)	7 (12,07)	26 (19,85)
	Total	73 (100)	58 (100)	131 (100)

Pais e/ou familiares opinaram sobre a sua profissão	Sim	29 (55,77)	36 (72,00)	65 (63,73)
	Não	23 (44,23)	14 (28,00)	37 (36,27)
	Total	52 (100)	50 (100)	102 (100)

NS: Escola de Educação Básica Nossa Senhora; NTM: Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo.

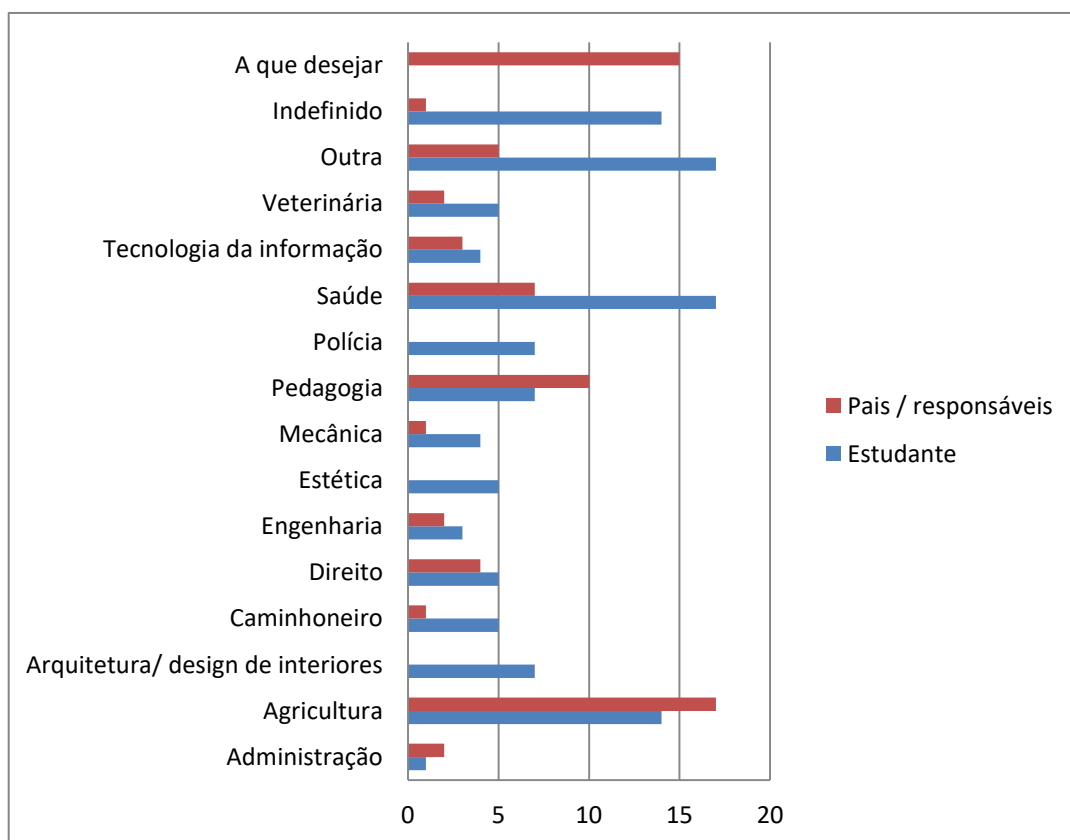
*: Porcentagem referente ao total da coluna.

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Em relação às profissões de interesse listadas pelos estudantes e seus pais e/ou familiares, foi possível agrupá-las também em categorias (Figura 5). Observa-se, nesse

sentido, que alguns pais responderam aos filhos que seguissem o que quisessem ou desejassem. A categoria “indefinido” contemplou respostas de estudantes que relataram estar em dúvida no momento, bem como não sabiam o que os pais gostariam que seguissem. A categoria “outra” contemplou respostas pouco frequentes em relação ao que os estudantes gostariam, como *eletricista, fotógrafo, jogador de futebol, youtuber*, dentre outras. A categoria mais listada foi “agricultura”, que contemplou tanto agricultura quanto agronomia.

Figura 5 – Número de vezes em que um item de cada categoria relacionada à área de interesse dos estudantes e pais/responsáveis foi listado



Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

A tabela 6 apresenta resultados relacionados à saúde dos estudantes. Entre os mesmos, 79,84% relataram não ter problema de saúde e dentre os que responderam positivamente, 64% referiram realizar tratamento e 15 dos 24 respondentes (62,5%) disseram que utilizam medicação. Foram mencionados problemas de saúde como: respiratórios (alergias, rinite, sinusite, bronquite e asma); problemas cardiovasculares, incluindo de circulação sanguínea, alteração de colesterol e hipertensão; diabetes; problemas renais; de pele, como alergia, eczema e dermatite; alterações de tireoide; doença celíaca; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Pode-se verificar que pouco mais de 40% dos estudantes realizam atividade física de uma a duas vezes na semana. Mais da metade (51,54%) dos participantes avalia seu sono como “bom” e 78,46% relataram não ter vida sexual ativa. Sobre o uso de álcool e outras drogas, observa-se que o mesmo número de estudantes respondeu não utilizar bebida alcoólica ou utilizar raramente e às vezes. Quase a totalidade dos participantes referiu nunca ter utilizado outras drogas (97,67%).

Tabela 6 – Descrição do perfil dos adolescentes em relação a características de saúde, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	NS N(%)*	NTM N(%)*	Total N(%)*
Problema de saúde	Sim	16 (22,54)	10 (17,24)	26 (20,16)
	Não	55 (77,46)	48 (82,76)	103 (79,84)
	Total	71 (100)	58 (100)	129 (100)
Atividade física	Não realiza	13 (18,06)	21 (36,21)	34 (26,15)
	1 a 2 vezes na semana	28 (38,89)	26 (44,83)	54 (41,54)
	3 a 4 vezes na semana	13 (18,06)	4 (6,90)	17 (13,08)
	5 a 6 vezes na semana	6 (8,33)	1 (1,72)	7 (5,38)
	Todos os dias	12 (16,67)	6 (10,34)	18 (13,85)
	Total	72 (100)	58 (100)	130 (100)
Sono	Muito bom	16 (22,22)	12 (20,69)	28 (21,54)
	Bom	38 (52,78)	29 (50,00)	67 (51,54)
	Regular	12 (16,67)	12 (20,69)	24 (18,46)
	Ruim	5 (6,94)	5 (8,62)	10 (7,69)
	Péssimo	1 (1,39)	0 (0)	1 (0,77)
	Total	72 (100)	58 (100)	130 (100)
Vida sexual ativa	Sim	12 (16,44)	16 (28,07)	28 (21,54)
	Não	61 (83,56)	41 (71,93)	102 (78,46)
	Total	73 (100)	57 (100)	130(100)
Uso de bebida alcoólica	Nunca	28 (39,44)	14 (24,56)	42 (32,81)
	Raramente	24 (33,80)	18 (31,58)	42 (32,81)
	Às vezes	17 (23,94)	24 (42,11)	41 (32,03)
	Frequentemente	2 (2,82)	1 (1,75)	3 (2,34)
	Total	71 (100)	57 (100)	128 (100)

Continua.

Cont. Tabela 6.

Uso de outras drogas	Nunca	70 (97,22)	56 (98,25)	126 (97,67)
	Raramente	2 (2,78)	1 (1,75)	3 (2,33)
	Total	72 (100)	57 (100)	129 (100)

NS: Escola de Educação Básica Nossa Senhora; NTM: Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo.

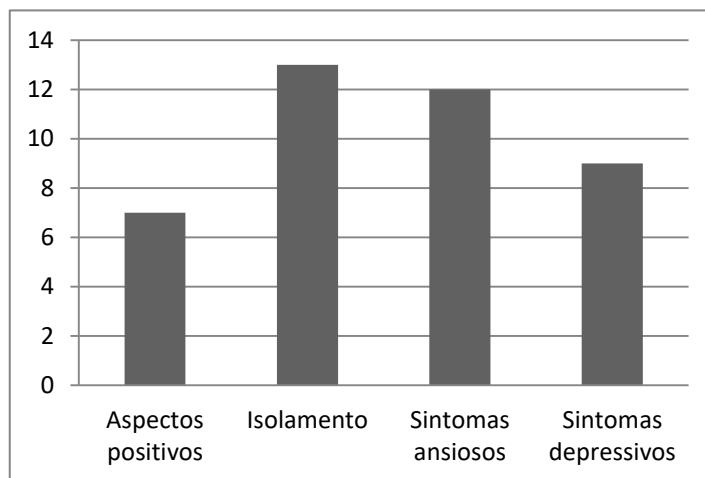
*: Porcentagem referente ao total da coluna.

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

5.1.1 Pandemia e os estudantes do Ensino Médio angelinense

Dentre os participantes, 43% avaliaram que sua saúde mental foi afetada de maneira negativa devido à pandemia. O impacto (positivo e negativo) da saúde mental referido pelos estudantes pôde ser agrupado em quatro categorias, sendo elas: “aspectos positivos”, que incluem se tornar mais independente, bem-estar, independência emocional, ficar mais pensativo e maior autocuidado; na categoria “isolamento”, os participantes referiram queixa por estarem afastados de pessoas de quem gostam e lugares, como festas e a própria escola; em “sintomas ansiosos”, foram incluídas referências à ansiedade, medo, preocupação e estresse, inclusive relacionados à possibilidade de perder um ente querido; na categoria “sintomas depressivos”, foram incluídos queixas de solidão, perda de interesses, tristeza, choro, pensamentos negativos e vontade de morrer.

Figura 6 – Número de vezes que um item de cada categoria foi listado, referente a porque o estudante se sentiu afetado pela pandemia.



Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Entre os adolescentes, 85,38% relataram não pertencer ao grupo de risco para Covid-19, e 44,96% referiram residir com pessoas pertencentes ao grupo de risco, sendo que a maior parte das respostas positivas foi de estudantes da EEB Norberto Teodoro de Melo (Tabela 7). Observa-se ainda que 73,44% dos estudantes relataram não ter sentido qualquer sintoma da Covid-19, e a maioria referiu conhecer alguém infectado pela doença. Dez foi o número de respondentes que perdeu alguém para a Covid-19 ou em decorrência dela.

Mais da metade dos participantes (55,82%) referiu realizar o isolamento social parcialmente, se expondo somente para realizar as atividades consideradas essenciais (Tabela 7). Entre os adolescentes, 83,85% relataram sempre ter acesso à internet em casa, principalmente por meio do celular (99,23% das citações); os itens seguintes mais listados para acesso foram *notebook/* computador portátil (27,69% das citações) e computador de mesa (18,46% das citações), lembrando que mais de uma resposta poderia ser assinalada. Em relação a estudar em casa, destaca-se que 31,01% avaliaram como “regular”. Sobre ter mantido o contato com amigos durante a pandemia, 17,83% dos participantes afirmaram que não manteve contato, especialmente os da EEB Norberto Teodoro de Melo (22,81%). Dentre os que mantiveram, o meio mais utilizado foi o celular, através de aplicativos como *WhatsApp* e redes sociais.

Tabela 7 – Caracterização dos adolescentes em relação à pandemia de Covid-19, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	NS N(%)*	NTM N(%)*	Total N(%)*
A pandemia afetou a saúde mental	De forma negativa	30 (41,67)	26 (44,83)	56 (43,08)
	De forma positiva	9 (12,50)	5 (8,62)	14 (10,77)
	Não afetou	33 (45,83)	27 (46,55)	60 (46,15)
	Total	72 (100)	58 (100)	130 (100)
Pertence ao grupo de risco para Covid-19	Sim	8 (11,11)	7 (12,07)	15 (11,54)
	Não	61 (84,72)	50 (86,21)	111 (85,38)
	Não sei	3 (4,17)	1 (1,72)	4 (3,08)
	Total	72 (100)	58 (100)	130 (100)
Reside com pessoas que pertencem ao grupo de risco para Covid-19	Sim	26 (36,62)	32 (55,17)	58 (44,96)
	Não	39 (54,93)	24 (41,38)	63 (48,84)
	Não sei	6 (8,45)	2 (3,45)	8 (6,20)
	Total	71 (100)	58 (100)	129 (100)

Continua.

Cont. da Tabela 7.

Infectado pelo coronavírus	Não tive sintoma da Covid-19	55 (77,46)	39 (68,42)	94 (73,44)
	Suspeito que sim, mas não fui testado	9 (12,68)	16 (28,07)	25 (19,53)
	Fiz o teste e o resultado foi negativo	3 (4,23)	0 (0)	3 (2,34)
	Fiz o teste e o resultado foi positivo	4 (5,63)	2 (3,51)	6 (4,69)
	Total	71 (100)	57 (100)	128 (100)
Conhece alguém infectado pelo coronavírus	Sim	66 (91,67)	54 (93,10)	120 (92,31)
	Não	4 (5,56)	2 (3,45)	6 (4,62)
	Não sei	2 (2,78)	2 (3,45)	4 (3,08)
	Total	72 (100)	58 (100)	130 (100)
Perdeu alguém próximo devido à Covid-19	Sim	6 (8,45)	4 (6,90)	10 (7,75)
	Não	63 (88,73)	54 (93,10)	117 (90,70)
	Não sei	2 (2,82)	0 (0)	2 (1,55)
	Total	71 (100)	58 (100)	129 (100)
A pandemia afetou a renda da família	Negativamente	22 (31,43)	19 (33,33)	41 (32,28)
	Positivamente	0 (0)	1 (1,75)	1 (0,79)
	Não afetou	48 (68,57)	37 (64,91)	85 (66,93)
	Total	70 (100)	57 (100)	127 (100)
Isolamento social	Realizou integralmente	5 (6,94)	11 (19,30)	16 (12,40)
	Realizou parcialmente, pois saiu somente para atividades essenciais	45 (62,50)	27 (47,36)	72 (55,82)
	Realizou parcialmente, mas saiu quando desejou	20 (27,78)	17 (29,82)	37 (28,68)
	Não realizou	2 (2,78)	2 (3,51)	4 (3,10)
	Total	72 (100)	57 (100)	129 (100)
Tinha/ tem acesso à internet em casa durante a pandemia	Sempre	61 (84,72)	48 (82,76)	109 (83,85)
	Na maior parte do tempo	7 (9,72)	4 (6,90)	11 (8,46)
	Às vezes	2 (2,78)	4 (6,90)	6 (4,62)
	Raramente	2 (2,78)	2 (3,45)	4 (3,08)
	Total	72 (100)	58 (100)	130 (100)
O que achou de estudar em casa	Muito bom	2 (2,78)	5 (8,77)	7 (5,43)
	Bom	13 (18,06)	9 (15,79)	22 (17,05)
	Regular	16 (22,22)	24 (42,11)	40 (31,01)
	Ruim	17 (23,61)	15 (26,32)	32 (24,81)
	Péssimo	24 (33,33)	4 (7,02)	28 (21,71)
	Total	72 (100)	57 (100)	129 (100)

Continua.

Cont. da Tabela 7.

Manteve contato com amigos	Sim	62 (86,11)	44 (77,19)	106 (82,17)
	Não	10 (13,89)	13 (22,81)	23 (17,83)
	Total	72 (100)	57 (100)	129 (100)

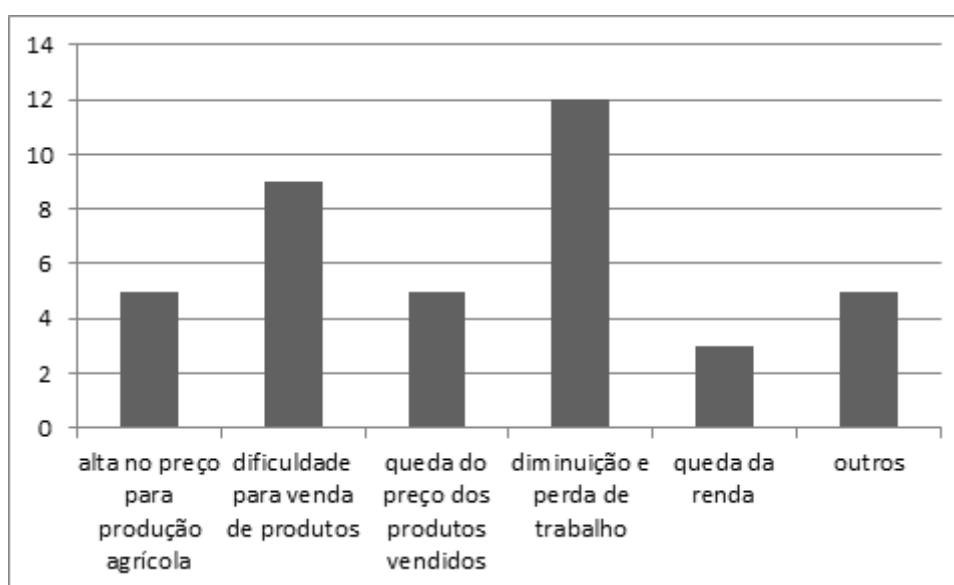
NS: Escola de Educação Básica Nossa Senhora; NTM: Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo.

*: Porcentagem referente ao total da coluna.

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Pontua-se que aproximadamente um terço dos participantes (32,28%) relatou ter a renda familiar afetada devido à pandemia e as justificativas apontadas foram agrupadas em categorias, conforme apresentado na Figura 7. Destaca-se que na categoria “outros” foram incluídas falas que não especificavam a justificativa.

Figura 7 – Número de vezes em que um item da categoria foi listado, referente aos motivos para a renda ter sido afetada durante a pandemia.



Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

5.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE OS ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO

Entre os 131 participantes, a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) observada foi de 31,29%. Destaca-se que para as meninas, a prevalência foi de 32,43%,

enquanto para meninos, foi de 29,82%. Sobre o total de sintomas assinalados no SRQ-20, pôde-se verificar a mínima e máxima de 0 a 19 pontos, respectivamente, com média de 5,10 pontos (DP= +/- 4,5034) e mediana de 4 pontos.

Em relação aos sintomas avaliados pelos SRQ-20, Santos, Araújo e Oliveira (2009) observaram que podem ser reunidos em quatro grupos. São eles:

Tabela 8 – Distribuição dos itens do SRQ-20 por grupo de sintomas.

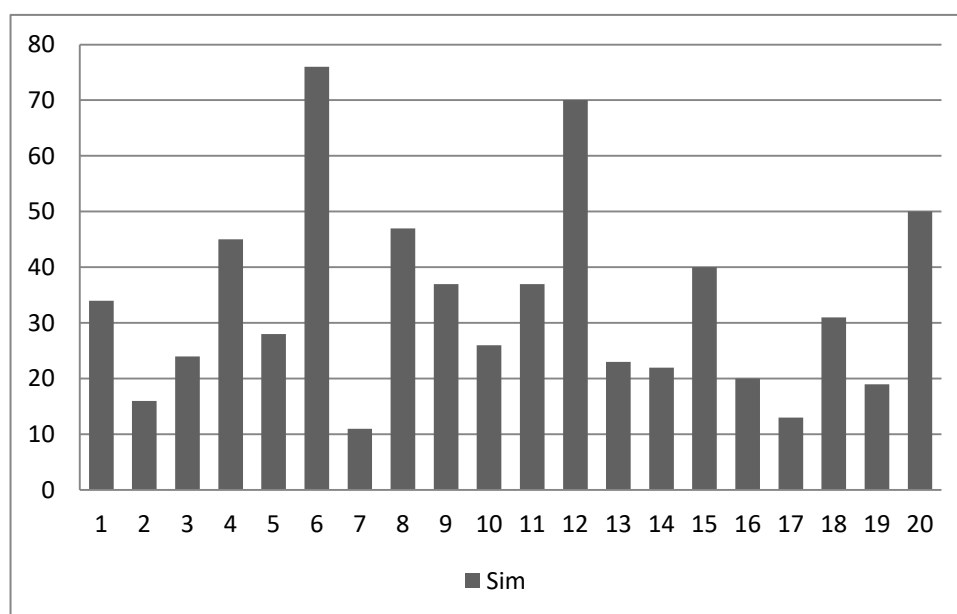
Grupo de Sintomas	Questão
Humor depressivo-ansioso	04. Assusta-se com facilidade? 06. Sente-se nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)? 09. Tem se sentido triste ultimamente? 10. Tem chorado mais do que de costume?
Sintomas Somáticos	01. Tem dores de cabeça frequentes? 02. Tem falta de apetite? 03. Dorme mal? 05. Tem tremores de mão? 07. Tem má digestão? 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?
Decréscimo de energia vital	08. Tem dificuldade para pensar com clareza? 11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? 12. Tem dificuldades para tomar decisões? 13. Tem dificuldades na escola (é penoso, causa sofrimento)? 18. Sente-se cansado (a) o tempo todo? 20. Cansa-se com facilidade?
Pensamentos Depressivos	14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? 15. Tem perdido o interesse pelas coisas? 16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo? 17. Tem tido ideias de acabar com a vida?

Fonte: Santos, Araújo e Oliveira (2009).

Observa-se que os sintomas mais frequentes foram “Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)” e “Tem dificuldades para tomar decisões”, que correspondem, respectivamente, aos grupos Humor depressivo-ansioso e Decréscimo de energia vital, sendo assinalados por mais da metade dos participantes. Os itens de menor ocorrência pertencem aos grupos de Sintomas somáticos e Pensamento depressivo, com destaque para os sintomas

“Tem tido ideias de acabar com a vida” e “Tem má digestão”, este com menor listagem entre os participantes, conforme Figura 8.

Figura 8 – Frequência dos sintomas referida pelos adolescentes, conforme as questões do SRQ-20.



Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

5.2.1 Perfil sociodemográfico e de saúde dos grupos de adolescentes com e sem suspeição de transtornos mentais comuns

A tabela 9 apresenta características dos grupos de adolescentes que pontuaram para suspeição de TMC e os que não tiveram suspeição. Foram selecionados para descrição aspectos apresentados na literatura que tiveram associação com a saúde mental de adolescentes em pequenas cidades, conforme capítulo 3 desta dissertação.

Observa-se que 15 e 16 anos foram as idades mais frequentes para o grupo com suspeição. Pontua-se que quase a metade dos estudantes de 15 anos (41,18%) apresentou pontuação para TMC. Em relação ao gênero, verifica-se maior proporção de meninas no grupo de suspeição (32,43% e 29,82% para os meninos). Para orientação sexual, destaca-se que cinco dos seis participantes com orientação bissexual apresentaram suspeição de TMC. Em relação à cor dos participantes, 31,35% dos estudantes brancos permaneceram no grupo

com suspeição (considerando a representatividade da amostra ser da cor branca), enquanto para outras cores a proporção foi de 37,50%.

Tabela 9 – Perfil dos adolescentes em relação à suspeição de transtorno mental comum: Características gerais e socioeconômicas, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	Sem suspeição de TMC*	Com suspeição de TMC*	Total N(%)*
Idade	14	0 (0/0)	1 (100/ 2,44)	1 (100/ 0,76)
	15	20 (58,82/ 22,22)	14 (41,18/ 34,15)	34 (100/ 25,95)
	16	38 (73,08/ 42,22)	14 (26,92/ 34,15)	52 (100/ 39,69)
	17	23 (74,19/ 25,56)	8 (25,81/ 19,51)	31 (100/ 23,66)
	18	9 (69,23/ 10,00)	4 (30,77/ 9,76)	13 (100/ 9,92)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/100)
Gênero	Meninas	50 (67,57/ 55,56)	24 (32,43/ 58,54)	74 (100/ 56,49)
	Meninos	40 (70,18/ 44,44)	17 (29,82/ 41,46)	57 (100/ 43,51)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/ 100)
Orientação sexual	Heterossexual	85 (71,43/ 96,59)	34 (28,57/85,00)	119 (100/ 92,97)
	Homossexual	1 (100/ 1,14)	0 (0/ 0)	1 (100/ 0,78)
	Bissexual	1 (16,67/ 1,14)	5 (83,33/ 12,50)	6 (100/ 4,69)
	Outra	1 (50,00/ 1,14)	1 (50,00/ 2,50)	2 (100/ 1,56)
	Total	88 (68,75/ 100)	40 (31,25/ 100)	128 (100/ 100)
Cor	Branca	77 (68,75/ 88,51)	35(31,25/ 85,37)	112 (100/ 87,50)
	Outra	10 (62,50/ 11,49)	6 (37,50/ 14,63)	16 (100/ 12,50)
	Total	87 (67,97/ 100)	41 (32,03/ 100)	128 (100/ 100)
Zoneamento	Zona rural	61 (67,03/ 67,78)	30(32,97/ 73,17)	91 (100/ 69,47)
	Zona urbana	29 (72,50/ 32,22)	11(27,50/ 26,83)	40 (100/ 30,53)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/ 100)
Já morou em outras cidades	Sim	22 (66,67/ 24,44)	11(33,33/ 26,83)	33 (100/ 25,19)
	Não	68 (69,39/ 75,56)	30(30,61/ 73,17)	98 (100/ 74,81)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/ 100)
Avaliação do bairro	Muito bom	20 (80,00/ 22,22)	5 (20,00/ 12,50)	25 (100/ 19,23)
	Bom	47 (69,12/ 52,22)	21(30,88/ 52,50)	68 (100/ 52,31)
	Regular	21 (63,64/ 23,33)	12(36,36/ 30,00)	33 (100/ 25,38)
	Ruim	2 (50,00/ 2,22)	2 (50,00/ 5,00)	4 (100/ 3,08)
	Total	90 (69,23/ 100)	40 (30,77/ 100)	130 (100/ 100)

Continua.

Cont. da Tabela 9.

Tipo de casa	Própria	82 (72,57/ 91,11)	31(27,43/ 77,50)	113 (100/ 86,92)
	Alugada	6 (54,55/ 6,67)	5 (45,45/ 12,50)	11 (100/ 8,46)
	Cedida	2 (50,00/ 2,22)	2 (50,00/ 5,00)	4 (100/ 3,08)
	Outra situação	0 (0/ 0)	2 (100/ 5,00)	2 (100/ 1,54)
	Total	90 (69,23/ 100)	40 (30,77/ 100)	130 (100/ 100)
Quantas pessoas moram na casa	Uma a quatro pessoas	62 (68,89/ 68,89)	28(31,11/ 71,79)	90 (100/ 69,77)
	Cinco a oito pessoas	28 (71,79/ 31,11)	11(28,21/ 28,21)	39 (100/ 30,23)
	Total	90 (69,77/ 100)	39 (30,23/ 100)	129 (100/ 100)
Razão pessoas por dormitório	0 – 1,0	39 (66,10/ 43,33)	20(33,90/ 51,28)	59 (100/ 45,74)
	1,1 – 2,0	48 (75,00/ 53,33)	16(25,00/ 41,03)	64 (100/ 49,61)
	2,1 – 3,5	3 (50,00/ 3,33)	3 (50,00/ 7,69)	6 (100/ 4,65)
	Total	90 (69,77/ 100)	39 (30,23/ 100)	129 (100/ 100)
Renda familiar mensal	Até 1 SM	12 (63,16/ 13,48)	7 (36,84/ 17,50)	19 (100/ 14,73)
	Mais de 1 SM até 4 SM	42 (67,74/ 47,19)	20(32,26/ 50,00)	62 (100/ 48,06)
	Mais de 5 SM até 10 SM	8 (72,73/ 8,99)	3 (27,27/ 7,50)	11 (100/ 8,53)
	Mais de 10 SM	1 (100/ 1,12)	0 (0/ 0)	1 (100/ 0,78)
	Não sei	26 (72,22/ 29,21)	10(27,78/ 25,00)	36 (100/ 27,91)
	Total	89 (68,99/ 100)	40 (31,01/ 100)	129 (100/ 100)
Trabalha	Sim	63 (67,02/ 71,59)	31(32,98/ 75,61)	94 (100/ 72,87)
	Não	25 (71,43/ 28,41)	10(28,57/ 24,39)	35 (100/ 27,13)
	Total	88 (68,22/ 100)	41 (31,78/ 100)	129 (100/ 100)

*: Porcentagem referente ao total da linha (item da variável analisada) e coluna (grupo sem/ com suspeição de TMC e total dos grupos).

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Em relação ao local de moradia, a zona rural possui, proporcionalmente, mais estudantes em suspeição de TMC (32,97%, em comparação a 27,50% da zona urbana). Para estudantes que já moraram em outras cidades, 33,33% foram incluídos no grupo com suspeição, enquanto 30,61% dos estudantes que sempre moraram em Angelina pertencem a esse grupo. Sobre a avaliação do bairro onde mora, quanto pior a avaliação, maior a proporção de adolescentes no grupo de suspeição (50% para ruim, 36,36% para regular, 30,88% para bom e 20% para muito bom).

Estudantes que não moram em casa própria da família apareceram mais frequentemente no grupo suspeito (45,45% dos estudantes de casa alugada tiveram suspeição,

bem como 50% dos que moram em casa cedida e todos os que assinalaram outra situação). Adolescentes de famílias com menor renda também tiveram maior proporção de estudantes no grupo com suspeição (36,84% dos estudantes de famílias com até 1 salário-mínimo, 32,26% de famílias com até 4 salários-mínimos, 27,27% de famílias com até 10 salários-mínimos). Estudantes que trabalham tiveram maior proporção no grupo com suspeição em relação aos que não trabalham (32,98% e 28,57%, respectivamente).

A tabela 10 apresenta dados referentes a questões escolares. Observa-se que 44,19% dos estudantes do primeiro ano estão no grupo com suspeição para TMC, enquanto 24,19% dos adolescentes do segundo ano e 26,92% do terceiro ano foram incluídos neste grupo. Em relação à escola, 32,88% dos estudantes da EEB Nossa Senhora ficaram no grupo com suspeição, enquanto na EEB Norberto Teodoro de Melo foram 29,31% dos adolescentes. Sobre a reprovação escolar, 31,82% dos estudantes que nunca reprovaram ficaram no grupo com suspeição, enquanto estudantes com uma reprovação tiveram 26,67%; entre os adolescentes com duas reprovações 33,33% tiveram suspeição para TMC. Em relação à autoavaliação do desempenho escolar, quanto pior o desempenho, maior a proporção de estudantes no grupo com suspeição (66,67% dos estudantes com avaliação “ruim”, 40,54% com avaliação “regular”, 29,11% para “bom” e 8,33% para “muito bom”).

Tabela 10 – Perfil dos adolescentes em relação à suspeição de transtorno mental comum: Características escolares, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	Sem suspeição de TMC*	Com suspeição de TMC*	Total N(%)*
Ano escolar	1º	24 (55,81/ 26,67)	19 (44,19/ 46,34)	43 (100/ 32,82)
	2º	47 (75,81/ 52,22)	15 (24,19/ 36,59)	62 (100/ 47,33)
	3º	19 (73,08/ 21,11)	7 (26,92/ 17,07)	26 (100/ 19,85)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/ 100)
Escola	NS	49 (67,12/ 54,44)	24 (32,88/ 58,54)	73 (100/ 55,73)
	NTM	41 (70,69/ 45,56)	17 (29,31/ 41,46)	58 (100/ 44,27)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131(100/ 100)
Reprovação escolar	Nunca	75 (68,18/ 83,33)	35 (31,82/ 85,37)	110(100/ 83,97)
	Uma vez	11 (73,33/ 12,22)	4 (26,67/ 9,76)	15 (100/ 11,45)
	Duas vezes	4 (66,67/ 4,44)	2 (33,33/ 4,88)	6 (100/ 4,58)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/ 100)

Continua

Cont. da Tabela 10.

Como avalia seu desempenho escolar	Muito bom	11 (91,67/ 12,22)	1 (8,33/ 2,44)	12 (100/ 9,16)
	Bom	56 (70,89/ 62,22)	23 (29,11/ 56,10)	79 (100/ 60,31)
	Regular	22 (59,46/ 24,44)	15 (40,54/ 36,59)	37 (100/ 28,24)
	Ruim	1 (33,33/ 1,11)	2 (66,67/ 4,88)	3 (100/ 2,29)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/ 100)

*: Porcentagem referente ao total da linha (item da variável analisada) e coluna (grupo sem/ com suspeição de TMC e total dos grupos).

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Em relação às características e relacionamentos familiares, observa-se que 31,25% dos adolescentes que moram com ao menos um dos pais está no grupo com suspeição para TMC. Estudantes os quais os pais têm Ensino Fundamental tiveram maior proporção no grupo com suspeição (32,05% para adolescentes com pais que estudaram até a 4ª série e 33,33% com pais que estudaram até a 8ª série). Para a escolaridade da mãe, proporções maiores foram encontradas para pós-graduação (41,67%) e Ensino Médio (38,10%).

Sobre o relacionamento com os pais, metade dos estudantes que avaliaram como “regular” teve suspeição para TMC, situação semelhante para os que avaliaram como “bom”. Pontua-se que 34,48% daqueles que não conversaram com os pais acerca do futuro e 30,39% dos que conversaram pontuaram para TMC; 32,43% dos adolescentes os quais os pais não opinaram acerca da profissão ficaram no grupo de suspeição, sendo 30,77% a proporção para os adolescentes os quais os pais emitiram opinião a respeito.

Sobressai também que 42,86% dos que relataram não ter pessoas com quem compartilhar coisas importantes ficou no grupo de suspeição para TMC.

Tabela 11 – Perfil dos adolescentes em relação à suspeição de transtorno mental comum: Características familiares, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	Sem suspeição de TMC*	Com suspeição de TMC*	Total N(%)*
Mora com ao menos um dos pais	Sim	88 (68,75/ 97,78)	40 (31,25/ 97,56)	128 (100/ 97,71)
	Não	2 (66,67/ 2,22)	1 (33,33/ 2,44)	3 (100/ 2,29)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/ 100)

Continua.

Cont. da Tabela 11.

Grau de escolaridade máximo do pai

Não frequentou a escola	3 (75,00/ 3,45)	1 (25,00/ 2,50)	4 (100/ 3,15)
De 1ª à 4ª série do EF**	53 (67,95/ 60,92)	25 (32,05/ 62,50)	78 (100/ 61,42)
De 5ª à 8ª série do EF	14 (66,67/ 16,09)	7 (33,33/ 17,50)	21 (100/ 16,54)
Ensino Médio	11 (73,33/ 12,64)	4 (26,67/ 10,00)	15 (100/ 11,81)
Ensino Superior	0 (0/ 0)	0 (0/ 0)	0 (0/ 0)
Pós-graduação	5 (83,33/ 5,75)	1 (16,67/ 2,50)	6 (100/ 4,72)
Não sei	1 (33,33/ 1,15)	2 (66,67/ 5,00)	3 (100/ 2,36)
Total	87 (68,50/ 100)	40 (31,50/ 100)	127 (100/ 100)

Grau de escolaridade máximo da mãe

Não frequentou a escola	4 (100/ 4,49)	0 (0/ 0)	4 (100/ 3,08)
De 1ª à 4ª série do EF	45 (68,18/ 50,56)	21 (31,82/ 51,22)	66 (100/ 50,77)
De 5ª à 8ª série do EF	13 (68,42/ 14,61)	6 (31,58/ 14,63)	19 (100/ 14,62)
Ensino Médio	13 (61,90/ 14,61)	8 (38,10/ 19,51)	21 (100/ 16,15)
Ensino Superior	4 (80,00/ 4,49)	1 (20,00/ 2,44)	5 (100/ 3,85)

Continua

Cont. da Tabela 11.

Grau de escolaridade máximo da mãe	Pós-graduação	7 (58,33/ 7,87)	5 (41,67/ 12,20)	12 (100/ 9,23)
	Não sei	3 (100/ 3,37)	0 (0/ 0)	3 (100/ 2,31)
	Total	89 (68,46/ 100)	41 (31,54/ 100)	130 (1100/ 00)
Como avalia relacionamento com os pais	Muito bom	59 (88,06/ 65,56)	8 (11,94/ 19,51)	67 (100/ 51,15)
	Bom	21 (47,73/ 23,33)	23 (52,27/ 56,10)	44 (100/ 33,59)
	Regular	10 (50,00/ 11,11)	10 (50,00/ 24,39)	20 (100/ 15,27)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/ 100)
Conversou com os pais e/ou familiares sobre o futuro	Sim	71 (69,61/ 78,89)	31 (30,39/ 75,61)	102 (100/ 77,86)
	Não	19 (65,52/ 21,11)	10 (34,48/ 24,39)	29 (100/ 22,14)
	Total	90 (68,70/ 100)	41 (31,30/ 100)	131 (100/ 100)
Os pais e/ou familiares opinaram sobre a sua profissão	Sim	45 (69,23/ 64,29)	20 (30,77/ 62,50)	65 (100/ 63,73)
	Não	25 (67,57/ 35,71)	12 (32,43/ 37,50)	37 (100/ 36,27)
	Total	70 (68,63/ 100)	32 (31,37/ 100)	10 (100/ 100)
Tem pessoas com quem compartilhar coisas importantes	Sim	81 (70,43/ 91,01)	34 (29,57/ 85,00)	115 (100/ 89,15)
	Não	8 (57,14/ 8,99)	6 (42,86/ 15,00)	14 (100/ 10,85)
	Total	89 (68,99/ 100)	40 (31,01/ 100)	129 (100/ 100)

*: Porcentagem referente ao total da linha (item da variável analisada) e coluna (grupo sem/ com suspeição de TMC e total dos grupos).

**EF significa Ensino Fundamental

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Em relação a outros aspectos de saúde dos adolescentes, 42,31% dos que têm algum problema de saúde tiveram suspeição para TMC, enquanto para os que não têm problema de saúde foram 29,13%. Sobre a atividade física, os que não realizam atividade física tiveram maior proporção de estudantes com suspeição de TMC (41,18%). Em relação ao sono, 60% dos estudantes que avaliaram como “ruim” e 66,67% dos que avaliaram como regular tiveram suspeição de TMC; dentre os que avaliaram como bom, foram 19,40% e como “muito bom” foram 17,86%.

Para vida sexual, 29,41% dos estudantes que declararam não ter vida sexual ativa e 39,29% daqueles com vida sexual ativa ficaram no grupo com suspeição. A respeito do uso de bebida alcoólica, 26,19% dos adolescentes que assinalaram nunca ter utilizado tiveram suspeição para TMC, enquanto 38,10% dos que fazem uso raramente, 31,71% dos que fazem uso às vezes e 33,33% dos que fazem uso frequentemente ficaram no grupo com suspeição. Para uso de drogas, 31,75% dos estudantes que responderam nunca ter feito uso tiveram suspeição de TMC. Ainda em relação a perceber que sua saúde mental foi afetada durante a pandemia, destaca-se que mais de 48% dos que avaliaram que foi afetada de forma negativa e

35,71% dos que avaliaram que foi afetada de forma positiva pontuaram para suspeição de TMC, enquanto 15% dos que acreditam que não afetou tiveram suspeição de TMC.

Tabela 12 – Perfil dos adolescentes em relação à suspeição de transtorno mental comum: Características de saúde, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Variáveis	Sem suspeição de TMC*	Com suspeição de TMC*	Total N(%)*
Problema de saúde	Sim	15 (57,69/ 17,05)	11 (42,31/ 26,83)	26 (100/ 20,16)
	Não	73 (70,87/ 82,95)	30 (29,13/ 73,17)	103 (100/ 79,84)
	Total	88 (68,22/ 100)	41 (31,78/ 100)	129 (100/ 100)
Atividade física	Não faço	20 (58,82/ 22,47)	14 (41,18/ 34,15)	34 (100/ 26,15)
	1 a 2 vezes na semana	38 (70,37/ 42,70)	16 (29,63/ 39,02)	54 (100/ 41,54)
	3 a 4 vezes na semana	11 (64,71/ 12,36)	6 (35,29/ 14,63)	17 (100/ 13,08)
	5 a 6 vezes na semana	5 (71,43/ 5,62)	2 (28,57/ 4,88)	7 (100/ 5,38)
	Todos os dias	15 (88,33/ 16,85)	3 (16,67/ 7,32)	18 (100/ 13,85)
	Total	89 (68,46/ 100)	41 (31,54/ 100)	130 (100/ 100)
Sono	Muito bom	23 (82,14/ 25,84)	5 (17,86/ 12,20)	28 (100/ 21,54)
	Bom	54 (80,60/ 60,67)	13 (19,40/ 31,71)	67 (100/ 51,54)
	Regular	8 (33,33/ 8,99)	16 (66,67/ 39,02)	24 (100/ 18,46)
	Ruim	4 (40,00/ 4,49)	6 (60,00/ 14,63)	10 (100/ 7,69)
	Péssimo	0 (0/ 0)	1 (100/ 2,44)	1 (100/ 0,77)
	Total	89 (68,46/ 100)	41 (31,54/ 100)	130 (100/ 100)
Vida sexual ativa	Sim	17 (60,71/ 19,10)	11 (39,29/ 26,83)	28 (100/ 21,54)
	Não	72 (70,59/ 80,90)	30 (29,41/ 73,17)	102 (100/ 78,46)
	Total	89 (68,46/ 100)	41 (31,54/ 100)	130 (100/ 100)
Uso de bebida alcoólica	Nunca	31 (73,81/ 35,63)	11 (26,19/ 26,83)	42 (100/ 32,81)
	Raramente	26 (61,90/ 29,89)	16 (38,10/ 39,02)	42 (100/ 32,81)
	Às vezes	28 (68,29/ 32,18)	13 (31,71/ 31,71)	41 (100/ 32,03)
	Frequentemente	2 (66,67/ 2,30)	1 (33,33/ 2,44)	3 (100/ 2,34)
	Total	87 (67,97/ 100)	41 (32,03/ 100)	128 (100/ 100)
Uso de outras drogas	Nunca	86 (68,25/ 97,73)	40 (31,75/ 97,56)	126 (100/ 97,67)
	Raramente	2 (66,67/ 2,27)	1 (33,33/ 2,44)	3 (100/ 2,33)
	Total	88 (68,22/ 100)	41 (31,78/ 100)	129 (100/ 100)

Continua.

Cont. da Tabela 12.

Percebe que a pandemia afetou a saúde mental	De forma negativa	29 (51,79/ 32,58)	27 (48,21/ 65,85)	56 (100/ 43,08)
	De forma positiva	9 (64,29/ 10,11)	5 (35,71/ 12,20)	14 (100/ 10,77)
	Não afetou	51 (85,00/ 57,30)	9 (15,00/ 21,95)	60 (100/ 46,15)
	Total	89 (68,46/ 100)	41 (31,54/ 100)	130 (100/ 100)

*: Porcentagem referente ao total da linha (item da variável analisada) e coluna (grupo sem/ com suspeição de TMC e total dos grupos).

Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

A partir dos dados obtidos, foram realizados procedimentos estatísticos a fim de identificar possíveis relações entre características apresentadas do perfil dos adolescentes e a suspeição de Transtorno Mental Comum.

Foi verificada a associação entre suspeição de Transtorno Mental Comum e as variáveis: gênero (“meninas” e “meninos”); orientação sexual (categorizada em “heterossexual” e “LGBTQIA+”¹²); cor (categorizada em branca e outras); zona onde mora (urbana e rural); já morou em outras cidades (categorizada em “sempre Angelina” e “outras cidades”); avaliação do bairro (categorizada em “boa”, quando as respostas foram muito bom e bom, e “ruim” quando as respostas foram regular e ruim); tipo de casa (categorizada em “própria” e “outros”); trabalha (“sim” e “não”); ano escolar (“1º”, “2º” ou “3º”); escola (“NS” e “NTM”); desempenho escolar (categorizada em “bom”, quando as respostas foram muito bom e bom, e “ruim” quando as respostas foram regular e ruim); relacionamento com os pais (“muito bom”, “bom” e “regular”); conversa com os pais sobre o futuro (“sim” e “não”); se pais e/ou familiares opinaram sobre a sua profissão (“sim” e “não”); problema de saúde (“sim” e “não”); atividade física (categorizada em “faço”, para respostas com qualquer frequência semanal, e “não faço”); sono (categorizado em “bom” quando as respostas foram muito bom e bom, e “ruim” quando as respostas foram regular, ruim e péssimo); vida sexual ativa (“sim” e “não”); se pandemia afetou a saúde mental (“não afetou”, “afetou positivamente”, “afetou negativamente”).

A variável orientação sexual apresentou associação significativa estatisticamente (Tabela 13). Observando cada grupo individualmente (a partir da variável original), verifica-se que pessoas bissexuais mais frequentemente encontravam-se no grupo com suspeição enquanto heterossexuais mais frequentemente estavam em não suspeição. Outra variável que

¹² Sigla que engloba pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros, *queer*, intersexuais, assexuais e mais.

apresentou associação estatisticamente significativa foi o tipo de casa (Tabela 13), sendo que, observando os grupos separadamente, é possível visualizar que pessoas que residem em casas alugadas, cedidas ou em outra situação encontram-se mais frequentemente no grupo com suspeição, enquanto pessoas com casa própria estavam mais frequentemente no grupo sem suspeição para TMC.

A avaliação do relacionamento com os pais também teve associação estatisticamente significativa (Tabela 13), sendo que pessoas que avaliaram como muito bom estavam mais frequentemente no grupo de não suspeição, enquanto as que avaliaram como bom e regular estavam com mais frequência no grupo de suspeição para TMC; para cálculo da *Odds Ratio*, a variável foi categorizada em “bom” quando as respostas foram “muito bom” e “bom”, e “regular” quando a resposta foi regular. Outra variável que apresentou associação estatisticamente significativa foi sono (Tabela 13), sendo que pessoas com sono considerado bom estavam mais frequentemente no grupo de não suspeição, e pessoas com sono considerado ruim estavam mais frequentemente no grupo de suspeição para TMC.

Sobre a percepção de a pandemia ter afetado a saúde mental, também foi estatisticamente significativa (Tabela 13), sendo que pessoas que não perceberam a saúde mental afetada na pandemia estavam menos frequentemente na suspeição e mais frequentemente na não suspeição, enquanto pessoas que avaliaram como afetou de forma negativa ou positiva estavam com mais frequência no grupo de suspeição; para o cálculo da *Odds Ratio* a variável foi categorizada em “não afetou negativamente” para respostas não afetou e afetou positivamente, e “afetou negativamente”. As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa.

Tabela 13 – Análise da relação de dados entre suspeição de TMC e variáveis selecionadas, Angelina, 2021.

Aspectos analisados	Procedimentos utilizados	Resultados	P	OR	IC 95%
Gênero	Wilcoxon-Mann-Whitney	z= 2.173	0.0298	1.129	0.5025 a 2.569
Orientação sexual	Teste exato de Fisher Wilcoxon-Mann-Whitney	z= -2.233	0.02620 0.0256	5	0.9861 a 32.19

Continua.

Cont. da Tabela 13.

Avaliação do bairro	Correlação de Spearman	$\rho = -0.1928$	<0.05	1.569	0.6407 a 3.749
Tipo de casa	Qui-quadrado Kruskal-Wallis	$\chi^2 = 4.513$ $H = 9.141, \text{ gl } 3$	0.03363 0.0275	2.976	0.9181 a 9.665
Avaliação do desempenho escolar	Correlação de Spearman	$\rho = -0.1732$	<0.05	2.063	0.8715 a 4.822
Avaliação do relacionamento com os pais	Qui-quadrado Kruskal-Wallis Correlação de Spearman	$\chi^2 = 23.9319$ $H = 28.457, \text{ gl } 2$ $\rho = -0.4568$	<0.001 0.0001 <0.001	2.581	0.8634 a 7.621
Problema de saúde	Wilcoxon-Mann-Whitney	$z = -2.073$	0.0382	1.784 4	0.6565 a 4.704
Sono	Teste exato de Fisher Kruskal-Wallis Correlação de Spearman	$H = 42.468, \text{ gl } 4$ $\rho = -0.5502$	<0.001 0.0001 <0.001	8.199	3.177 a 21.44
Percebe que a pandemia afetou a saúde mental	Qui-quadrado Kruskal-Wallis	$\chi^2 = 14.9261$ $H = 26.863, \text{ gl } 2$	0.0006 0.0001	3.99	1.707 a 9.475

Saídas: Stata: Wilcoxon-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Correlação de Spearman;
EpiInfo: Qui-quadrado, Teste exato de Fisher; *Odds Ratio*.
IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%
Fonte: Desenvolvido pela autora (2021).

Foi realizada comparação dos grupos utilizando o escore total do SRQ-20 com as variáveis: idade (“14”, “15”, “16”, “17”, “18”); gênero (“meninas” e “meninos”); orientação sexual (“heterossexual” e “LGBTQIA+”); cor (“branca” e “outras”); zona onde mora (“urbana” e “rural”); já morou em outras cidades (“sempre Angelina” e “outras cidades”); avaliação do bairro (“muito bom”, “bom”, “regular” e “ruim”); tipo de casa (“própria”, “alugada”, “cedida”, “outra situação”); razão de pessoas por dormitório (“0 – 1,0”, “1,1 – 2,0”, “2,1 – 3,5”); renda familiar mensal (“até 1 SM”; “mais de 1 SM a 4 SM”, “mais de 5 SM a 10 SM”, “mais de 10 SM” e “não sei”); trabalha (“sim” e “não”); ano escolar (“1º”, “2º” ou “3º”); escola (“NS” e “NTM”); reprovação escolar (“0”, “1”, “2” vezes); desempenho escolar (“muito bom”, “bom”, “regular” e “ruim”); com quem mora (“mora com os pais” e “mora

com outros”); escolaridade do pai e escolaridade da mãe (“não frequentou a escola”; “1ª à 4ª série”, “5ª à 8ª série”, “ensino médio”, “ensino superior”, “pós-graduação”, “não sei”); relacionamento com os pais (“muito bom”, “bom” e “regular”); conversa com os pais sobre o futuro (“sim” e “não”); pais e/ou familiares opinaram sobre a sua profissão (“sim” e “não”); tem pessoas com quem compartilhar coisas importantes (“sim” e “não”); problema de saúde (“sim” e “não”); atividade física (“não faço”, “1 a 2 vezes”, “3 a 4 vezes”, “5 a 6 vezes” e “todos os dias”); sono (“muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” e “péssimo”); vida sexual ativa (“sim” e “não”); uso de bebida alcoólica (“nunca”, “raramente”, “às vezes” e “frequentemente”); uso de drogas (“nunca” e “raramente”), se pandemia afetou a saúde mental (“não afetou”, “afetou positivamente”, “afetou negativamente”).

Dentre as variáveis, houve diferença estatisticamente significativa na soma dos postos do escore total do SRQ-20 em relação a gênero (Tabela 13), sendo que para as meninas apresentou mediana de 5 pontos (0-19 pontos), enquanto para os meninos apresentou mediana de 3 pontos (0-13 pontos). Em relação à orientação sexual, também houve diferença (Tabela 13), sendo mediana de 4 pontos para heterossexuais (0-19 pontos) e 9 pontos para LGBTQIA+ (2-14 pontos). O tipo de casa apresentou diferença na soma de postos (Tabela 13), sendo que para casa própria a mediana foi de 4 pontos (0-19 pontos), para casa alugada de 5 pontos (2-14 pontos), casa cedida de 5,5 pontos (3-11 pontos) e outra situação apresentou mediana de 12,5 (10-15 pontos). Houve diferença na soma de postos do escore do SRQ-20 em relação ao relacionamento com os pais (Tabela 13), sendo que o relacionamento regular apresentou mediana de 4 pontos (0-18 pontos), relacionamentos avaliados como bom tiveram mediana de 7 pontos (0-19 pontos) e muito bom de 2 pontos (0-12 pontos).

Grupos com ou sem problema de saúde também tiveram diferença estatisticamente significativa na soma de postos do escore do SRQ-20, sendo que pessoas sem problema de saúde apresentaram mediana de 3 pontos (0-19 pontos), enquanto estudantes com problema de saúde tiveram mediana de 6 pontos (3-17 pontos). Houve diferença significativa estatisticamente entre a soma de postos dos grupos ainda para a variável sono (Tabela 13), sendo que quando avaliado como péssimo apresentou mediana de 13 pontos (13-13 pontos), enquanto para ruim foi 12,5 pontos (5-15 pontos), regular 9 pontos (1-18 pontos), bom 3 pontos (0-19 pontos) e muito bom 1 ponto (0-10 pontos). Outra variável que apresentou diferença estatisticamente significativa foi a percepção sobre a pandemia ter afetado a saúde mental (Tabela 13), com mediana de 2 pontos para não afetou (0-12 pontos), de 4,5 para afetou de forma positiva (0-17 pontos) e mediana de 6 pontos para afetou de forma negativa

(0-19 pontos). Ao comparar os grupos das demais variáveis não foram verificadas diferenças significativas estatisticamente.

Para correlação com o escore total do SRQ-20, foram selecionadas as variáveis: idade; avaliação do bairro; quantas pessoas moram na casa; renda familiar mensal; ano escolar; número de reprovações escolares; avaliação do desempenho escolar; escolaridade do pai; escolaridade da mãe; relacionamento com os pais; atividade física; sono; uso de bebida alcoólica; uso de drogas. Foi utilizada a correlação de Spearman sem exclusão de nenhuma observação (*pairwise correlation*). Os resultados indicaram associação negativa do escore total do SRQ-20 quando correlacionado a avaliação do bairro ($\rho = -0.1928$, $p < 0.05$), desempenho escolar ($\rho = -0.1732$, $p < 0.05$), relacionamento com os pais ($\rho = -0.4568$, $p < 0.001$) e sono ($\rho = -0.5502$, $p < 0.001$), conforme Figura 9. Observa-se assim que quanto piores as avaliações a respeito desses aspectos, maior o número de sintomas no SRQ-20.

Figura 9 – Correlações estatisticamente significativas ($p < 0.05$) entre variáveis selecionadas.

Spearman's rank correlation coefficients															
Variáveis	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
(1) total SRQ-20															
(2) idade															
(3) avaliação do bairro	-0.1928														
(4) quanto moram															
(5) renda familiar mensal															
(6) ano escolar		0.7231*													
(7) reprovação na escola		0.4977*													
(8) desempenho escolar	-0.1732		0.1903			-0.3067									
(9) escolaridade do pai						0.3448*			-0.3871*						
(10) escolaridade da mãe						0.3706*			-0.2231						
(11) relacionamento pais	-0.4568*		0.1766	0.1795						0.4990*					
(12) atividade física		-0.2395								0.1813					
(13) sono	-0.5502*										0.3649*	0.2807			
(14) bebida alcoólica		0.2090				0.1977									-0.1840
(15) uso de drogas										0.1902					

Spearman rho = 0.005

As correlações com $p < 0.001$ foram representadas com *.

Fonte: Desenvolvido pela autora a partir do Stata (2021).

Em relação às demais variáveis, observa-se que a idade teve associação positiva com o ano escolar ($\rho = 0.7231$, $p < 0.001$), com o número de reprovações ($\rho = 0.4977$, $p < 0.001$) e com a frequência de uso da bebida alcoólica ($\rho = 0.2090$, $p < 0.05$), enquanto teve associação negativa com atividade física ($\rho = -0.2395$, $p < 0.05$), ou seja, quanto mais velhos, menor frequência de atividade física. Observa-se que a avaliação do bairro apresentou associação positiva com desempenho escolar ($\rho = 0.1903$, $p < 0.05$) e relacionamento com os pais ($\rho = 0.1766$, $p < 0.05$), ou seja, quanto melhor a avaliação do bairro, melhor a avaliação sobre o desempenho escolar e o relacionamento com os pais.

O número de pessoas que moram na casa apresentou associação positiva com o relacionamento com os pais ($\rho= 0.1795$, $p<0.05$), indicando que o relacionamento com os pais foi melhor para casas com mais pessoas. Nota-se que a renda familiar mensal foi maior para famílias com maior escolaridade do pai ($\rho=0.3448$, $p<0.001$) e da mãe ($\rho=0.3706$, $p<0.001$), e menor para famílias de adolescentes com mais reprovações escolares ($\rho= -0.3067$, $p<0.05$). A escolaridade do pai teve associação positiva com a da mãe ($\rho=0.4990$, $p<0.001$), com a frequência de atividade física ($\rho=0.1813$, $p<0.05$) e de uso de drogas ($\rho=0.1902$, $p<0.05$).

Observa-se que a frequência de uso de bebida alcoólica foi maior para estudantes de anos mais avançados ($\rho= 0.1977$, $p<0.05$) corroborando com a informação acerca da idade; todavia, foi associada negativamente à avaliação do sono ($\rho= -0.1840$, $p<0.05$), indicando que quanto pior o sono, maior o uso de bebida alcoólica. Ainda a respeito do sono, observa-se que foi associado positivamente com o relacionamento com os pais ($\rho=0.3649$, $p<0.001$) e com frequência de atividade física ($\rho=0.2807$, $p<0.05$), indicando que quanto melhor o relacionamento e quanto mais atividade física, melhor avaliado foi o sono.

5.2.2 Perfil sociodemográfico e de saúde dos grupos de adolescentes com e sem suspeição de transtornos mentais comuns e a relação com a pandemia

Destaca-se que não foram encontrados resultados significativos estatisticamente ao realizar: 1) testes para comparação de grupos a partir do escore total do SRQ-20 e outras variáveis relacionadas à pandemia de Covid-19, sendo elas: “pertence ao grupo de risco”; “mora com alguém do grupo de risco”; “se foi infectado”; “se conhece alguém infectado”; “se perdeu alguém”; “se pandemia afetou renda familiar”; “se fez isolamento”; “se teve acesso à internet”; “o que achou de estudar em casa”; “se manteve contato com amigos”; 2) testes para associação entre suspeição ou não suspeição de TMC e as variáveis “o que achou de estudar em casa” e “se manteve contato com amigos”. O mesmo ocorreu quando utilizada como variável dependente a saúde mental na pandemia; ressalta-se que, para essa análise, foram reunidas as categorias “afetou positivamente” e “não afetou”, em relação a “afetou negativamente”.

6 DISCUSSÃO

*Depende do ponto de vista
Depende do ângulo certo
Deixa que eu vejo, observe
Um pouco mais longe
Um pouco mais perto
Mas vitrine é vitrine
Depende do ângulo certo
Às vezes me confunde
Às vezes nem define*

Arnaldo Antunes & Roberto Frejat

A prevalência de transtornos mentais comuns foi de 31,29%, resultado semelhante a outros estudos populacionais com adolescentes que sinalizaram 30% (LOPES *et. al.*, 2016) e 28,8% (PINHEIRO *et. al.*, 2007). Sublinha-se que os TMC são assim chamados devido a sua alta prevalência na população geral, 20 a 30%, porém estudos com adolescentes são ainda escassos (LOPES *et. al.*, 2016).

Sobre os sintomas mais frequentes, os que pertencem aos grupos Humor depressivo-ansioso e Decréscimo de energia vital se destacaram, o que coincide com estudos como o *São Paulo Megacity Mental Health Survey*; ao se verificar que as classes de transtornos mais prevalentes foram os transtornos de ansiedade (28,1%), seguido de transtorno de humor (19,1%), transtornos por uso de substâncias (11%) e transtornos do controle dos impulsos (8,4%), havendo variação significativa com a idade (VIANA; ANDRADE, 2012).

Em relação às características dos estudantes, nesta pesquisa, as meninas foram maioria (56,49%) e apresentaram maior prevalência de TMC (32,43%) em comparação aos meninos (29,82%). Dessa forma, a discussão de gênero e sexualidade é inerente à saúde mental. Ser do sexo feminino frequentemente é trazido como fator de risco para TMC (BRASIL, 2013a; LOPES *et. al.*, 2016; MONTEIRO *et al.*, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a questão de gênero refere-se a como cada cultura entende e representa o masculino ou feminino, ou seja, a como o sexo é construído socialmente, o que precisa estar em pauta para que haja expressão livre e compartilhada da sexualidade. Dessa forma, nota-se que o risco na verdade é relacionado com a representação desses papéis, o que faz com que se observem pontos que podem ser entendidos como fatores de proteção para as mulheres, como, por exemplo, a maior disponibilidade e flexibilidade para buscar apoio em momentos de crise e procurar tratamentos de saúde, maior participação em redes de apoio social, dentre outros

(MENEGHEL *et al.*, 2004). Tais fatores podem estar relacionados com a identificação da menor prevalência para os homens, pois, considerando que esse grupo expressa seu sofrimento de formas diferentes (como em casos de uso e abuso de substâncias psicoativas, por exemplo), tende a relatar também menos sintomas (BRASIL, 2013a). O Instituto Cactus apresenta diferentes estudos (como os de Senicato, Azevedo e Barros, 2018, Araújo, Pinho e Almeida, 2005, e Furtado *et al.*, 2019) que trazem a prevalência de transtornos mentais comuns entre mulheres, que variou entre 18,7% e 48,1%, porém, para mulheres residentes em zona rural, foi de 31,6% (CACTUS, 2021). O Instituto refere ainda o enfrentamento de múltiplas invisibilidades para estas mulheres, e traz a pesquisa de Silva, Barros e Freire (2019) apontando que “[...] vivências relacionadas à pobreza, ao casamento, à violência de gênero, à sobrecarga de trabalho e do cuidado com os filhos, assim como a falta de apoio social são fatores que levam a um maior número de diagnósticos de transtornos mentais comuns entre essas mulheres” (CACTUS, 2021, p.125).

Em relação à orientação sexual, ou seja, o desejo afetivo-sexual dos adolescentes, 92,97% dos respondentes consideram-se heterossexuais e, dentre estes, 28,57%, pontuaram para TMC, enquanto para os que relataram outra orientação sexual, aqui englobados em LGBTQIA+, foram 66,67%. Ao comparar os grupos, observou-se que a mediana foi de 4 pontos para heterossexuais e de 9 pontos para os demais, ou seja, mais que o dobro de sintomas relatados. Destaca-se que a Organização Norte-americana The Trevor Project, em sua Pesquisa Nacional sobre Saúde Mental de Jovens LGBTQ 2021, relata que 72% dos jovens relataram sintomas de transtorno de ansiedade generalizada e 62% relataram sintomas de transtorno depressivo maior nas duas últimas semanas (THE TREVOR PROJECT, 2021).

Paceley, Goffnett e Gandy-Guedes (2017) e Paceley, Okrey-Anderson e Heumann (2017) apontam que minorias sexuais e de gênero, ou seja, pessoas que divergem da heterocisnormatividade, são ainda suscetíveis a diferentes formas de vitimização, sendo que a não física esteve associada à ansiedade, estresse e depressão, questões rastreadas pelo SRQ-20. Os autores destacam também que a vitimização foi mais comum em cidades pequenas e percebidas como hostis (clima comunitário), especialmente em relação ao suporte comunitário e visibilidade de minorias sexuais e de gênero.

Sobre outras características sociodemográficas estudadas, observa-se que predomina a faixa etária esperada para o Ensino Médio, dos 15 aos 17 anos (tendo em vista o Ensino Fundamental, com duração de nove anos, abranger a faixa etária dos seis aos 14 anos de acordo com o Ministério da Educação, Brasil, 2018). Dentre os estudantes de 15 anos, quase a metade (41,18%) deles pontuou para suspeição de TMC, o que converge com o fato de que a

maior proporção de suspeição de TMC ocorreu no primeiro ano do Ensino Médio, quando comparado ao segundo e terceiro ano. É importante destacar que a OMS indica que metade das condições de saúde mental começa aos 14 anos de idade (OPAS BRASIL, s/d); Viana e Andrade (2012) identificaram também, a partir de estudo de base populacional em São Paulo, que a média de início de transtornos de ansiedade foi de 13 anos, enquanto de transtornos de controle de impulsos foi aos 14 anos, ou seja, justamente no período de transição para o ensino médio, em adolescentes com ano-série correspondentes.

A cor de pele predominante da amostra é a branca, o que faz atentar para a formação da cidade enquanto colônia, na qual grande parte das famílias tinha origem luso-brasileira e germânica, justamente na tentativa de branqueamento da população. Nota-se que um pequeno número de adolescentes (12,49%) se declarou como sendo de outra cor e destes 37,50% pontuaram para TMC (comparados a 31,35% de estudantes brancos). Diferentes estudos apontaram maior vulnerabilidade de pessoas não brancas para problemas de saúde mental, o que é ainda mais evidente quando utilizado o recorte de gênero (THE TREVOR PROJECT, 2021; BRASIL, 2013a; HUYNH *et al.*, 2013; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012). É importante destacar, todavia, que no Brasil em 2019, mulheres brancas foram maioria entre as pessoas internadas com diagnósticos de transtornos mentais, o que faz refletir acerca das possibilidades de acesso aos serviços de saúde para brancos e não brancos (CACTUS, 2021).

Em estudo que avaliou risco para experiências adversas na infância (abuso físico e sexual, negligências, violência doméstica, separação e morte dos pais), por exemplo, observou-se que adolescentes com cor de pele não branca apresentaram 2,3 vezes mais chances de experimentar quatro ou mais adversidades na infância, em relação a adolescentes brancos (SOARES *et al.*, 2016). Sabe-se que a cor da pele é um importante marcador de desigualdade social no Brasil e que, tanto esta como as experiências adversas em si são fatores que contribuem para a piora da saúde mental.

Sobre a religião, nota-se que a católica segue predominante (comparando dados do IBGE, 2017a), seguida da população protestante ou evangélica. É necessário pontuar que Angelina se destaca no cenário catarinense por seu turismo religioso, especialmente relacionado à religião católica (ANGELINA, 2008). Nota-se que outras religiões foram presentes na amostra, como espírita, testemunha de Jeová, e ainda estudantes que se declaram agnósticos ou ateístas.

Em relação à moradia, observou-se que 69,47% dos adolescentes residem na zona rural, tendo em vista que a maior parte do município se caracteriza com essa tipologia

(ANGELINA, 2008). Percebe-se que um terço dos estudantes da zona rural está no grupo de suspeição para TMC, enquanto para zona urbana foram 27,50%. Residir em áreas rurais tem sido por vezes associado a questões de saúde mental ou outros fatores de risco para elas, como por exemplo sofrer violência (PARK *et al.*, 2017) ou uso recreativo de drogas (WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012). De acordo com estudo de Martin *et al.* (2018), adolescentes não urbanos tinham maior chance de ter bebido alguma vez.

Nesta pesquisa, observou-se que dentre os adolescentes da zona rural, 36,67% afirmaram nunca ter ingerido bebida alcoólica, 26,67% assinalaram raramente, 34,44% assinalaram às vezes e 2,22% frequentemente; dentre os da zona urbana, 23,68% assinalaram nunca ter ingerido bebida alcoólica, 47,37% afirmaram que raramente, 26,32% às vezes e 2,36% frequentemente. Assim, quando comparado o não uso ou o uso raro, estudantes da zona urbana bebem com mais frequência, porém estudantes da zona rural têm maior proporção entre os que bebem às vezes.

Ainda em relação ao local de residência, observou-se que 71,54% avaliam de forma positiva (“bom” ou “muito bom”) o bairro onde moram. Verificou-se que quanto pior a avaliação, maior a proporção de estudantes no grupo de suspeição. Nesse sentido, é importante destacar também que 31,25% dos estudantes que já moraram em outras cidades avaliaram seu bairro como “regular” e como “ruim”, enquanto para os 98 adolescentes que sempre moraram em Angelina foram 27,55%. Observa-se, assim, que adolescentes que sempre moraram no município tenderam a avaliar de forma mais positiva o bairro onde moram. Destaca-se também que um terço dos adolescentes que já moraram em outras cidades pontuaram para TMC, enquanto para quem sempre morou em Angelina a proporção foi menor, de 30,61%. Observou-se que quanto pior a avaliação do bairro, maior o número de sintomas no SRQ-20.

Considerando alguns estudos longitudinais (RHEW *et al.*, 2018; CAPRARA *et al.*, 2014; HAWKINS *et al.*, 2014; HAWKINS *et al.*, 2012; SPOTH *et al.*, 2011), observa-se que jovens que permanecem em sua comunidade, havendo intervenção, têm probabilidade reduzida para problemas como uso e abuso de bebida alcoólica, tabaco e outras drogas, e ainda comportamento delinquente, como conduta agressiva verbal e física; também se percebe melhora no comportamento pró-social e desempenho acadêmico.

Além disso, a questão da residência em si pode estar associada ao número de sintomas de TMC. Observou-se que a maioria dos adolescentes reside em casa própria (86,92%) com até quatro pessoas (69,77%) e que adolescentes que não moram em casa própria da família pontuaram mais frequentemente para TMC. O tipo de casa também apresentou significância

estatística quando comparados os grupos em relação ao escore total do SRQ-20. Nota-se que, pessoas que residem em casa alugada mais frequentemente foram aquelas que não moraram sempre em Angelina. É possível ainda que o tipo de casa esteja associado a questões socioeconômicas mais amplas, sendo assim precisaria ser analisada em conjunto com outras variáveis, como a renda.

Em relação à renda familiar mensal, 48,06% declararam que a família recebe mais de um e até quatro salários-mínimos por mês, sendo que, nessas famílias, frequentemente (62,29%) eram duas pessoas que contribuía com a renda familiar. Nota-se que, quanto menor a renda, maior foi a proporção de adolescentes em suspeição de TMC, o que converge com o estudo de Huynh *et al.* (2013), no qual observou-se que o bem-estar emocional estava mais fortemente associado a fatores como a riqueza familiar. A renda tem sido considerada em diferentes estudos sobre determinantes sociais da saúde, tanto a nível individual/ familiar, quanto em relação à saúde de grupos e populações (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Sendo assim, para discutir renda em relação à amostra de adolescentes pesquisada, é necessário levar em conta a cidade de Angelina como um todo, lembrando dados como o último censo (2010), no qual 32,8% da população tinha até meio salário-mínimo mensal per capita (IBGE, 2017a).

Em geral, é sabido que pessoas com baixo *status* socioeconômico, em situação de pobreza e miserabilidade, ou que vivem em situações adversas sob estresse crônico têm risco aumentado para problemas de saúde mental (MAZUR *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; PINHEIRO *et al.*, 2007; BRASIL, 2013a; VIANA; ANDRADE, 2012). Destaca-se aqui que o nível socioeconômico depende de diferentes componentes, sendo a renda apenas um deles. Um dado a ser levado em consideração é a produção da família de alimentos que consome; observou-se que não foi frequente para a amostra total, mas sim para estudantes da EEB Norberto Teodoro de Melo (84,48%), a qual se localiza no interior do município.

Coloca-se, nesse sentido, que a macrozona urbana Barra Clara, onde a escola está localizada concentra especialmente atividades agropecuárias e dispõe de menor número de comércios locais, como supermercados (não há nenhum), em comparação com a macrozona urbana Sede onde a EEB Nossa Senhora está localizada; além disso, a mesma está mais próxima geograficamente do centro de um município fronteiro, ou seja, tem acesso mais facilitado a diferentes comércios. Ambos os fatores (atividade predominante da família e disponibilidade de comércio local) poderiam ajudar a compreender por que famílias dos

estudantes da EEB Norberto Teodoro de Melo costumam plantar parte dos alimentos que consomem, quando comparadas às famílias dos estudantes da EEB Nossa Senhora.

Outro componente a ser considerado é a questão do trabalho. Nota-se que grande parcela dos estudantes afirma ter algum tipo de trabalho, especialmente na EEB Norberto Teodoro de Melo (87,50%). Percebe-se que alguns adolescentes consideraram os estudos e serviço de casa como trabalho, porém a maior parte das respostas esteve vinculada à agricultura e agropecuária. Além disso, 67,44% começaram a trabalhar entre 12 e 15 anos e 48,81% dos adolescentes informaram que trabalham de cinco a oito horas por dia, sendo que para a EEB Norberto Teodoro de Melo esse índice chegou a 60%. Sublinha-se que o Ensino Médio nesta escola funciona apenas no período noturno, o que possibilita que os estudantes trabalhem durante todo o dia.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), em seu relatório intitulado “Trabalho infantil: estimativas globais 2020, tendências e o caminho a seguir”, aponta que o setor agrícola é o responsável pelo maior percentual de trabalho infantil, tanto para meninas quanto para meninos (de 5 a 17 anos) a nível mundial (70%), seguido de serviços (19,7%) e indústria (10,3%); sendo assim, a agricultura é entendida como um ponto de entrada para o trabalho infantil (OIT, 2021). Nesse sentido, observa-se que no meio rural a prevalência de trabalho infantil é três vezes maior que na zona urbana. Além disso, o documento aponta que 72% do trabalho infantil ocorre no contexto familiar, como por exemplo, nas microempresas familiares; a OIT (2021) destaca que, apesar de parecer um ambiente mais seguro, frequentemente o trabalho infantil em contexto familiar pode acarretar prejuízos de saúde. No presente estudo, por exemplo, houve maior proporção de adolescentes com suspeição para TMC no grupo que trabalha. Park *et al.* (2017) observaram que adolescentes que trabalhavam meio período estavam em maior risco de violência e que esta foi associada à percepção de estresse, humor deprimido e suicídio.

Pontua-se também que o trabalho infantil tende a comprometer a escolarização, tanto dificultando o acompanhamento da série frequentada, devido à necessidade de conciliar estudo e trabalho, quanto a permanência na escola de modo geral. É necessário reforçar ainda que a inserção de adolescentes no mercado de trabalho acontece em maior proporção em países mais pobres e de renda média (IBGE, 2016). Sabe-se que a exclusão social, bem como o pobre acesso à educação, também são fatores de risco para transtornos mentais (VIANA; ANDRADE, 2012). A escolaridade dos pais, nesse sentido, também é trazida como componente do *status* socioeconômico e relacionada à saúde mental do adolescente em diferentes estudos (LOPES *et al.*, 2016, PINHEIRO *et al.*, 2007); Munhoz *et al.* (2017), por

exemplo, identificaram que a escolaridade da mãe foi um dos preditores de transtorno perturbador da desregulação do humor entre adolescentes de 11 anos; o mesmo é válido para a população em geral, como no estudo de Viana e Andrade (2012), onde a baixa escolaridade foi associada a transtornos por uso de substâncias. A escolaridade é geralmente inversamente proporcional ao TMC, provavelmente por ser um marcador da desigualdade social.

Ainda em relação ao acesso escolar, observa-se que o tipo de escola predominante foi a pública, sendo exclusiva no município. A maior proporção de suspeição para TMC ocorreu entre os estudantes da EEB Nossa Senhora, local com maior número também de respondentes. Destaca-se o baixo índice de reprovações dentre os respondentes, todavia, 30,53% dos estudantes avaliaram seu desempenho escolar como regular ou ruim. Observou-se que quanto pior a avaliação do desempenho, maior a proporção de adolescentes que pontuou para TMC e maior o número de sintomas no SRQ-20, sendo que respondentes com avaliação de desempenho regular e ruim estiveram mais frequentemente no grupo de suspeição de TMC. Em revisão integrativa, observou-se que o desempenho acadêmico e o estresse escolar estão relacionados a sintomas de saúde mental, seja diretamente ou indiretamente, quando associado a fatores de risco para problemas de saúde mental, como vitimização por violência (PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016).

Sobre os aspectos familiares, verificou-se que 97,71% dos adolescentes moram com ao menos um dos pais e destes, 31,25% pontuaram para TMC. Morar com a família, assim como relação positiva entre os pais e adolescentes e ainda apego seguro aos pais e mães são listados como fatores de proteção para a saúde mental na adolescência (PARK *et al.*, 2017; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014). Nota-se que a maior parte dos adolescentes considera o relacionamento com os pais bastante positivo e que, dentre os que avaliaram como regular 50% pontuaram para TMC; nota-se que a avaliação do relacionamento com os pais teve forte e negativa correlação com o escore total do SRQ-20.

Um reflexo do relacionamento positivo com os pais pode ser o fato de que 80,15% dos respondentes conversaram com os pais e/ou familiares a respeito do seu futuro, mesmo assim, a proporção de estudantes com TMC foi semelhante dentre os que conversaram e os que não conversaram. Sobre as áreas de possível trabalho no futuro almejadas, as mais listadas pelos pais foram agricultura, pedagogia e saúde, respectivamente, enquanto para os estudantes foi saúde e agricultura. As respostas foram ao encontro das principais ofertas de trabalho no município, que são nos dispositivos de saúde (hospital, UBS e serviços particulares, como odontologia) e educação (creches e escolas), bem como a agricultura.

Em relação à saúde dos adolescentes, verifica-se que a maior parte deles relatou não ter algum tipo de problema de saúde (79,84%), e dentre os que possuem, a maioria realiza tratamento. Pontua-se que na PeNSE de 2015, realizada com estudantes do nono ano, 73% deles avaliaram a sua saúde positivamente (“bom” ou “muito bom”), dados que convergem com a presente pesquisa (IBGE, 2016). Todavia, dentre os que têm algum problema de saúde, 42,31% pontuaram para TMC. Observa-se que, além dos fatores estruturais abordados até então (gênero, renda, trabalho, dentre outros), fatores chamados conjunturais também favorecem o risco para o adoecimento mental, sendo que um desses fatores pode ser o acometimento de problemas de saúde, especialmente quando crônicos e/ou incapacitantes (BRASIL, 2013a).

Outro fator necessário para ser avaliado é a atividade física. Um quarto dos respondentes não realiza atividade física, sendo que esse grupo apresentou maior proporção de estudantes com suspeição de TMC em relação aos grupos que realizam atividade física com alguma frequência. Pinheiro *et al.* (2007) encontraram que o comportamento sedentário é associado ao risco aumentado para TMC. O IBGE (2016, p. 50) destaca que “a prática regular de atividade física desde a infância e adolescência está associada a benefícios físicos e psicológicos a curto e longo prazo”. Mazur *et al.* (2016) destacam que a atividade física é um fator de proteção para a saúde mental e que nas cidades pequenas o efeito protetor da atividade física pode ser ainda mais forte. O Ministério da Saúde reforça que a prática da atividade física é fundamental para a promoção e manutenção da saúde do adolescente (BRASIL, 2017).

Em relação ao sono, observou-se que a maior parte dos adolescentes avaliou seu sono de forma positiva, sendo que 26,92% avaliaram o sono como “regular”, “ruim” ou “péssimo”. Dentre estes, 60% dos estudantes que avaliaram como “ruim” e 66,67% dos que avaliaram como “regular” ficaram no grupo com suspeição de TMC. O sono foi o aspecto que teve maior correlação com o escore total do SRQ-20, sendo que quanto pior a avaliação do sono, maior o número de sintomas. Esta informação converge com a literatura, que aponta que quanto pior a qualidade do sono, maior o risco para problemas de saúde mental na adolescência (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; MAZUR *et al.*, 2016). Destaca-se, em relação a este aspecto, que tanto os distúrbios de sono podem aumentar o risco para transtornos mentais quanto estes podem aumentar o risco para os distúrbios de sono. Além disso, grande parte das queixas na Atenção Básica relacionadas ao sofrimento mental vêm acompanhada de alterações no sono (BRASIL, 2013a).

Sobre a vida sexual, 78,46% relataram não ter vida sexual ativa, e dentre estes 29,41% pontuaram para TMC; no grupo que relatou vida sexual ativa, foram 39,29% com suspeição de TMC. Adolescentes com vida sexual ativa correm mais risco de ser vítimas de violência, o que aumenta o risco para problemas de saúde mental (PARK *et al.*, 2017). Nesse sentido, é importante fazer um recorte de gênero: Monteiro *et al.* (2020) ressaltam a desigualdade da educação de gênero, na qual é comum o início da vida sexual devido insistência e/ou decisão masculina; as autoras identificaram ainda que ter namorado aumentava as chances de apresentar TMC, o que poderia “estar relacionado à imaturidade emocional e psicológica, tanto de meninas como de meninos, para sustentar um relacionamento e todas as consequências dele” (MONTEIRO *et al.*, 2020, p.5). Destaca-se que, nesta pesquisa, estudantes que namoravam estavam mais frequentemente no grupo de suspeição para TMC, enquanto os solteiros estavam mais frequentemente no grupo de não suspeição.

Sobre o uso de álcool, observa-se que a mesma porcentagem de estudantes respondeu nunca utilizar bebida alcoólica (32,81%) ou utilizar raramente (32,81%) e às vezes (32,03%). A maior proporção de respondentes com suspeição de TMC foi no grupo dos que ingerem bebida alcoólica raramente (38,10%). Percebe-se a gravidade da informação coletada, pois quase 70% dos adolescentes indicaram fazer uso de bebida alcoólica com alguma frequência, sendo que a venda deste produto é proibida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a). O uso de bebida alcoólica frequentemente é associado a questões de saúde mental, como por exemplo, problemas de comportamento e uso de outras drogas, e também à mortalidade por acidentes entre adolescentes e jovens (BRASIL, 2017; GAETE *et al.*, 2016; MCGARVEY *et al.*, 2014). Destacam-se aqui fatores trazidos pelo Ministério da Saúde que contribuem para o consumo de álcool por parte do adolescente: uso de álcool pelos pais/responsáveis e/ou pelos amigos; dificuldades emocionais; e uso simultâneo de outras drogas (BRASIL, 2017).

Em relação a este último, quase a totalidade dos participantes referiu nunca ter utilizado outras drogas (97,67%), o que pode estar relacionado ao estigma sobre o assunto. Fatores que levam os adolescentes a utilizar drogas são: curiosidade, por prazer, para esquecer problemas, para agir de acordo com o grupo, dentre outros (BRASIL, 2017). A PeNSE de 2015 identificou que 4,2% dos escolares relataram consumo atual (nos últimos 30 dias) de drogas ilícitas, com prevalência superior entre os meninos (IBGE, 2016). Salienta-se que, em Angelina, o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas foi reativado recentemente, no ano de 2021.

Sobre a pandemia, destaca-se que os impactos ainda estão sendo levantados, porém já é evidente que existem consequências para a saúde mental de crianças e adolescentes. Nesta pesquisa, observou-se que estudantes que relataram ter a saúde mental afetada na pandemia (positiva ou negativamente) estavam mais frequentemente no grupo de suspeição para TMC, independente de entenderem que afetou de forma negativa ou positiva. Ao diferenciar o grupo que teve a saúde mental afetada negativamente, observa-se que este tem mais chances (OR=3.99) de pontuar para Transtorno Mental Comum que o grupo que não se sentiu afetado negativamente (não afetou e afetou de forma positiva).

Entende-se que um dos fatores de maior contribuição para esse desfecho é a questão do isolamento social, inclusive sendo um dos itens mais listados ao justificar esta questão. Pontua-se que no ano de 2020 em Angelina, os estudantes ficaram fora do ambiente escolar a partir de março, sendo que, para os que retornaram presencialmente em 2021, estiveram no geral em formato híbrido, ou seja, com turmas divididas e revezamento diário ou semanal de aulas presenciais e remotas. Também outros espaços de encontro e lazer, como academias ou ginásio de esportes ficaram fechados ou com uso restrito. Com isso, muitos ficaram afastados de amigos presencialmente, utilizando prioritariamente meios digitais para a manutenção do contato; chama ainda a atenção o fato de que 17,83% relataram não ter mantido nenhuma forma de contato com os amigos. Ressalta-se que os pares e convívio com grupos são fundamentais durante a adolescência, inclusive na constituição da própria subjetividade e que, sendo assim, são importantes para a saúde mental dos adolescentes (OZELLA; AGUIAR, 2008; OPAS BRASIL, s/d; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Pontua-se que mais da metade dos estudantes do ensino médio angelinense afirmou ter realizado isolamento social, saindo apenas para atividades essenciais, ao longo do primeiro ano de pandemia, o que pode estar também relacionado com diferentes questões, como as opções de lazer (in)disponíveis no município durante o período, o trabalho de educação e prevenção em saúde realizado pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, o comprometimento da população, dentre outros. Tal fator pode ter contribuído para que 73,44% dos estudantes não tivessem qualquer sintoma da Covid-19 até a pesquisa. Além disso, quase metade (44,96%) dos estudantes reside com pessoas em grupo de risco, o que pode ter favorecido o isolamento; apesar disso, destacou-se que a maior parte dos estudantes não pertence ao grupo de risco e que alguns não sabiam dizer nem se pertenciam e nem se os familiares pertenciam, o que pode sugerir desinformação.

Em relação à saúde mental, nota-se que a presença de sintomas ansiosos e depressivos foi listada pelos estudantes, o que coincide com estudos que vêm sendo realizados, como o de

Filgueiras e Stults-Kolehmainen (2021), que encontraram piora no estresse percebido, ansiedade e depressão para adultos brasileiros durante a quarentena, sendo avaliados. Oliveira *et al.* (2020) encontraram em revisão de literatura efeitos negativos para saúde mental na adolescência em diferentes locais do mundo. Vindegaard e Benros (2020) pontuaram que os dados ainda eram escassos nos primeiros meses da pandemia, mas havia indicação de que a saúde mental era afetada quando comparado a antes dela; referiram também que sintomas depressivos e ansiosos eram os mais relatados e que alguns fatores de risco já são bastante conhecidos, como o sexo feminino, porém outros têm sido acrescentados, como a preocupação com a infecção de familiares, amigos e conhecidos. Filgueiras e Stults-Kolehmainen (2021) e Oliveira *et al.* (2020) também encontraram que o excesso de informações da Covid-19 foi um fator importante relacionado à piora da saúde mental.

Em relação aos meios digitais, Santos (2021) coloca que o uso de mídias digitais e internet aumentou neste período, sendo que, quando indiscriminado, pode contribuir para vulnerabilidades como transtornos de atenção, obsessivos, de ansiedade e problemas com a linguagem e comunicação, por exemplo, levando também a outras consequências no âmbito escolar, relacionamento com familiares e amigos, e ainda de saúde (como alterações no sono), por exemplo.

Destaca-se, todavia, que a partir dos meios digitais e internet mais de 80% da amostra pesquisada pôde manter a comunicação com os pares nesse período de isolamento. Santos (2021) aponta a pesquisa TIC COVID-19, na qual se observou que o uso da internet exclusivamente pelo celular perdeu espaço para o uso combinado entre celular e computador, permanecendo o celular como principal dispositivo de acesso entre usuários com 16 anos ou mais, o que se assemelha aos resultados aqui encontrados.

Pontua-se que, na presente pesquisa, não foram encontradas diferenças significativas estatisticamente entre os grupos quando comparados em relação ao escore total do SRQ-20, ou associação significativa entre a suspeição de TMC e outras variáveis relacionadas à pandemia, porém, estes são tópicos que precisariam de maior aprofundamento. Em relação à renda familiar, por exemplo, um terço dos estudantes relatou que foi afetada ao longo da pandemia, porém, não houve associação estatisticamente significativa entre esse fato e a suspeição de TMC, o que pode estar relacionado à pequena amostragem. Diferentes procedimentos estatísticos ou investigação qualitativa poderiam ser utilizados para essa e outras investigações decorrentes desse primeiro retrato da população do ensino médio.

Os resultados precisam ainda ser compreendidos à luz de diferentes limitações. Entre elas, está o desenho transversal, no qual as variáveis dependentes e independentes são avaliadas em um mesmo momento; dessa forma, possíveis relações de causalidade e tempo não puderam ser avaliadas. Outra limitação é que não foram estudados adolescentes que estão fora do âmbito da escola, seja por idade ou evasão escolar. A questão da pandemia também é um viés deste trabalho, dificultando, por exemplo, a coleta de dados, com separação das turmas, impedimento do contato direto com alguns estudantes que estavam em ensino remoto e da aplicação dos questionários em sala de aula. Por fim, é necessário pontuar também que as informações foram baseadas em autorrelato, ou seja, estão suscetíveis à questão da desejabilidade social.

É importante ressaltar que ficam em aberto algumas perguntas, por exemplo: como uma cidade pequena e rural pode contribuir para o maior bem-estar dos adolescentes? Ou ainda, será que há alguma particularidade da vivência nessa cidade que contribui para o sofrimento desses 31,29% de estudantes? Essas são questões que podem e devem ser aprofundadas futuramente, tendo em vista que este estudo inicial ofereceu um perfil dos adolescentes do ensino médio de Angelina.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, observou-se que a prevalência de transtornos mentais comuns entre adolescentes do ensino médio da cidade de Angelina foi de 31,29% (32,43% para as meninas e 29,82% para os meninos), semelhante à de pesquisas realizadas em grandes cidades, tanto com adolescentes, quanto com adultos. Observou-se que fatores bastante documentados, como o gênero, relacionamento com os pais e desempenho escolar, por exemplo, estiveram relacionados aos sintomas de TMC, porém entende-se que um dos principais aspectos a ser levado em consideração é a tipologia da cidade, que pode ser aprofundado futuramente. Não é possível naturalizar que esse percentual de estudantes apresente sofrimento apenas pelo fato de o número resultante estar dentro de um padrão. Deste modo, para além de estabelecer relações causais, é sabido que a experiência de uma doença ou sofrimento se dá na vivência social, ou seja, pelo caminho trilhado pelo indivíduo em meio a diferentes determinantes sociais. Nota-se, por exemplo, que por mais que se diferenciasssem dois grupos de escolas diferentes, ambos possuíam em geral perfil bastante semelhante, residem em uma mesma cidade e encontram-se, no âmbito escolar, em formato muito próximo.

Em relação ao perfil, percebe-se que a idade mais frequente foi de 16 anos (média, mediana e moda) em ambas as escolas, bem como ser menina, heterossexual, de cor branca, religião católica e solteiro. A maior parte dos estudantes reside em área rural, avalia seu bairro como bom e sempre morou no município de Angelina. Também reside em casa própria da família, com três e quatro cômodos servindo como dormitório, sendo que a maior parte das residências têm até duas pessoas por dormitório. A renda familiar mensal foi maioria na categoria de “mais de um a quatro salários-mínimos”, sendo que comumente duas pessoas da casa contribuem com a renda.

Quanto ao desempenho escolar, a maior parte dos estudantes considera ter um bom desempenho e relata nunca ter sofrido reprovação. Sobre a família, em geral os estudantes residem com ao menos um dos pais e relatam um relacionamento muito bom com os pais; a maior parte dos pais tem a escolaridade de até quarta série. Em geral, os estudantes pontuam conversar com os pais a respeito do seu futuro. Em relação à saúde, a maior parte dos adolescentes relatou que não tem problema de saúde, que realiza atividade física de uma a duas vezes por semana, avalia seu sono como bom e não tem vida sexual ativa. Os estudantes,

em geral, relataram não utilizar bebida alcoólica, ou utilizar raramente, e nunca ter utilizado drogas.

Algumas variações nos perfis podem ser aqui reiteradas: estudantes da EEB Norberto Teodoro de Melo estavam mais frequentemente na zona rural, suas famílias cultivam mais frequentemente parte dos alimentos que consomem, enquanto estudantes da EEB Nossa Senhora residiam mais frequentemente na zona urbana e estavam mais frequentemente no grupo que já morou em outras cidades, em comparação com a primeira escola.

No que tange à renda familiar, comparando todos os itens, os estudantes da EEB Nossa Senhora mais frequentemente assinalaram rendas maiores que um, cinco e dez salários-mínimos, enquanto os estudantes da EEB Norberto Teodoro de Melo foram maioria no item “até um salário-mínimo”; sobre a contribuição na renda, por sua vez, mais membros das famílias dos estudantes da EEB Norberto Teodoro de Melo contribuía, enquanto para a outra escola mais frequentemente uma ou duas pessoas contribuía. Também em relação ao trabalho, em ambas as escolas a maior parte dos respondentes trabalha, sendo esse número mais expressivo na EEB Norberto Teodoro de Melo, na qual também com mais frequência os estudantes contribuem para a renda familiar. Sobre o relacionamento com os pais, que estudantes de ambas as escolas avaliaram positivamente, destaca-se que os pais dos adolescentes da EEB Nossa Senhora menos frequentemente opinaram sobre o seu futuro, quando comparado à outra escola.

Neste sentido, não é possível falar aqui de uma saúde que não esteja enviesada pelo contexto em que a pessoa vive e tem estabelecidas suas relações, ou seja, de uma saúde que não seja produzida socialmente. Nesta pesquisa, as características foram recortadas para o estudo, porém precisam ser compreendidas de forma integrada, entendendo que condições individuais e sociais diferentes possibilitam maior ou menor proteção para a saúde mental.

Nem mesmo a adolescência, nesta perspectiva, poderia ser entendida fora do âmbito coletivo, como única e universal. É necessário retomar também que os dados da Organização Mundial da Saúde indicando aumento do sofrimento por parte dos adolescentes já haviam sido divulgados antes da pandemia de Covid-19, indicando que há nesta vivência particularidades que precisam de atenção. Neste estudo, sintomas dos grupos “Humor depressivo-ansioso” e “Decréscimo de energia vital” foram os mais frequentes entre os adolescentes, e podem indicar possíveis temáticas para trabalhar prevenção e promoção de saúde. Nota-se a necessidade do olhar cuidadoso quando tais questões de saúde mental se apresentam, muitas vezes entendidas como inerentes a essa faixa etária, que por sua vez é vista como problemática na perspectiva biomédica.

Em relação ao perfil dos adolescentes com suspeição para TMC, quando comparados os grupos em relação às variáveis estudadas, destacaram-se as seguintes características que apresentaram diferença estatisticamente significativa: maior frequência entre meninas, entre estudantes bissexuais, entre adolescentes que residem em casas alugadas, cedidas ou em outra situação, entre estudantes que avaliaram o relacionamento dos pais como bom e regular (a pior avaliação), entre adolescentes que possuíam problema de saúde, avaliaram como ruim o seu sono e entre os que perceberam a saúde mental afetada na pandemia; além disso, quanto pior a avaliação a respeito do bairro, do desempenho escolar, do relacionamento com os pais e do sono, maior o número de sintomas no SRQ-20.

Pontua-se também que não é possível descolar o contexto da pandemia de Covid-19 dos resultados encontrados e nem presumir por quanto tempo irão perdurar as consequências desta para a saúde mental dos adolescentes. É importante destacar que Angelina registrou o primeiro caso da doença em julho de 2020 e que até 23 de setembro de 2021, foram 615 casos da doença no município, sendo 298 usuários do sexo feminino e 317 do masculino, entre oito meses e 95 anos, havendo um caso de reinfeção e dois óbitos; estes dados foram divulgados por meio de rede social da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social do município (SMS ANGELINA, 2021).

Sendo assim, em relação à população estimada para 2019 pelo IBGE (2017a), foram 12.81 casos confirmados de Covid-19 a cada 100 habitantes, em comparação com 15.390 casos confirmados por 100 mil habitantes na região da Grande Florianópolis, SC, informação publicada no boletim oficial do Estado no mesmo dia (SANTA CATARINA, 2021). É necessário solidarizar-se com adolescentes angelinenses e suas famílias que sofreram ou ainda sofrem em decorrência da doença, seja pela própria infecção e/ou consequências desta ou ainda pela perda de entes queridos, dentre outros danos que também não são passíveis de cálculo.

Diante desse contexto de mortalidade, perdas, dores e sofrimento, não sofrer é que surpreende, o que faz voltar o olhar para aspectos protetivos para a saúde mental dos adolescentes no município, como os baixos números da pandemia (comparando a nível nacional) ou o relacionamento com os pais listado como positivo por grande parte dos estudantes em um momento em que, inevitavelmente, acabaram por estar na maior parte do tempo em casa (considerando que quase a totalidade dos adolescentes mora ao menos com um dos pais).

Essa é uma possibilidade para aprofundamento deste estudo: compreender, qualitativamente, como o adolescente escolar visualiza e representa o município de Angelina, e o que pode oferecer à cidade e vice-versa. Esta pesquisa indicou aspectos que merecem atenção das políticas públicas no município, sejam elas de saúde, assistência social, educação ou infraestrutura; um exemplo da importância desta última foi a associação, mesmo que pequena, da avaliação do bairro com o escore geral do SRQ. Aponta-se ainda que conhecer o perfil de saúde de uma população específica, bem como seus determinantes e condicionantes, é necessário para o trabalho na lógica territorial e comunitária, considerando o trabalho intersetorial. Ressalta-se ainda a importância de olhar para o adolescente sob o prisma da saúde, e não apenas da doença, acolhendo o que de fato é o seu pedido e utilizando uma lente mais positiva e menos estereotipada sobre a experiência do ser adolescente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M. J.; BOCK, A. M. B.; OZELLA, S.. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, A. M.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. [orgs] **Psicologia sócio-histórica: (uma perspectiva crítica em psicologia)**. São Paulo: Cortez, 2001, p.163-178.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANGELINA. **Lei complementar 1076 de 2008**. Dispõe sobre o Plano Diretor Participativo do município de Angelina e dá outras providências. 2008. Disponível em: <<http://www.angelina.sc.gov.br/conteudo.php?pag=16&url=leis>>. Acesso em: 17 maio 2020.

ANTUNES, A.; FREJAT, R. Lente. In: Barão Vermelho. **Carnaval**. WEA Music Brasil, 1988.

ARIÈS, P. Da Família Medieval à Família Moderna. In: _____. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978, p. 225-271

_____. A Descoberta da Infância. In: _____. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978, p. 50-68.

BECKER, A. E.; BURWELL, R. A.; GILMAN, S. E.; HERZOG, D. B.; HAMBURG, P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. **British Journal of Psychiatry**. v. 180, p. 509-514, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 17 maio 2020.

_____. **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 17 maio 2020.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 17 maio 2020.

_____. **Lei n. 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 17 maio 2020.

_____. **Lei n. 10.257**, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal. 2001b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10257.htm>. Acesso em: 01 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 17 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.608**, de 03 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html>. Acesso em 17 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 72p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 06 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 121**, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 06 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. 2012b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - n. 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 176 p.

_____. **Lei n. 12.852**, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm>. Acesso em: 17 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 234 p.

_____. Ministério da Educação. Portaria n. 1.035, de 5 de outubro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 194, 08 de outubro de 2018. Seção 1, p.43.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas: COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a, 57 p.

_____. **Comunidades terapêuticas poderão acolher jovens entre 12 e 18 anos**. 2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/07/comunidades-terapeuticas-poderao-acolher-jovens-entre-12-e-18-anos>>. Acesso em: 6 dez. 2021.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. 28/11/2021. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**. v. 3, n.2, p. 77-101, 2006.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**. Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CACTUS – INSTITUTO CACTUS. Os públicos-alvo selecionados: Adolescentes e Mulheres. In: _____. **Caminhos em Saúde Mental**. 2021. p. 102-155.

CALVINO, I. **As Cidades Invisíveis**. 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

CAMPOS, A. S.; CAMPOS, E. S.; LOURINHO, L. A.; SOARES, S. L.; FERREIRA, H. S. Indicadores de saúde e atividade física: importância das pesquisas sobre adolescentes escolares. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n. 8, p.60963-60981, 2020.

CAPRARA, G. V.; KANACRI, B. P. L.; GERBINO, M.; ZUFFIANO, A.; ALESSANDRI, G.; VECCHIO, G.; CAPRARA, E.; PASTORELLI, C.; BRIDGLALL, B. Positive effects of promoting prosocial behavior in early adolescence: evidence from a school-based intervention. **International Journal of Behavioral Development**. v. 38, n.4, p. 386–396, 2014.

CAVALCANTE, J. R.; CARDOSO-DOS-SANTOS, A. C.; BREMM, J. M.; LOBO, A. P.; MACÁRIO, E. M.; OLIVEIRA, W. K.; FRANÇA, G. V. A. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol.29, n.4, p. 1-13, 2020.

CHAUÍ, M. A existência ética. In: _____. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000, p. 429-435.

CHORÃO; CHAMPIGNON; PELADO; NEGRA LI. Não é sério. In: Charlie Brown Jr. **Nadando com os tubarões**. Virgin Records Brasil, 2000.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre : Artmed, 2008, 438p.

DELGADO, P. G. G.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental na infância e adolescência**. Florianópolis, 2014. 71p.

FERNANDES, P. H. C. O urbano brasileiro a partir das pequenas cidades. **Revista Eletrônica Georaguaia**. v. 8, n. 1, p. 13-31, 2018.

FILGUEIRAS, A.; STULTS-KOLEHMAINEN, M. Factors linked to changes in mental health outcomes among Brazilians in quarantine due to COVID-19. **Psychological Reports**. v. 0, n. 0, p. 1-19, 2021.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde Mental. In: _____ **SUS de A a Z**. s/d. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>>. Acesso em 29 maio 2020.

FOCHESATTO, C. F.; GAYA, A.; BRAND, C.; MOTA, J.; BANDEIRA, D. R.; LEMES, V. B.; MARTINS, C. M. L.; GAYA, A. R. Sleep and childhood mental health: role of physical activity and cardiorespiratory fitness. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** v. 26, n. 1, p. 48-52, 2020.

FONSECA, L. G.; GUIMARÃES, M. B. L. VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**. v. 1, n. 3, p. 285-294, 2008.

GAETE, J. OLIVARES, E.; ROJAS-BARAHONA5, C. A.; RENGIFO, M. J; LABBÉ, N.; LEPE, L.; SILVA, M.; YÁÑEZ, C.; CHEN, M. Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de 10 a 14 años de la ciudad de San Felipe, Chile: prevalencia y factores asociados. **Revista Médica de Chile**. v. 144, p. 465-475, 2016.

GALLATIN, J. E. A Teoria da Personalidade de Erikson. In: _____. **Adolescência e individualidade: uma abordagem conceitual da psicologia da adolescência**. São Paulo: Harper & Row, 1978, p. 177 – 210.

_____. A Teoria do Desenvolvimento do Adolescente de Erikson. In: _____. **Adolescência e individualidade: uma abordagem conceitual da psicologia da adolescência**. São Paulo: Harper & Row, 1978, p. 211- 230.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILLIS, B. T.; EL-SHEIKH, M. Sleep and adjustment in adolescence: physical activity as a moderator of risk. **Sleep Health**. v. 5, p.266–272, 2019.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 12, supl. 2, p. 95-98, 1996.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v. 90, suppl. 385, p. 66-70, 1994.

GOMES, B. S. de M.; BASTOS, S. Q. de A.; FERES, F. L. C. Espaços Urbanos Saudáveis e os Determinantes Sociais da Saúde. ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde. **Anais**, p. 1-20, 2016.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

HARDING, T. W.; DE ARANGO, M. V.; BALTAZAR, K.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRIDO-IGNACIO, L.; SRINIVASA MURTHY, R.; WIG, N. N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, p. 231-241, 1980.

HAWKINS, J. D.; OESTERLE, S.; BROWN, E. C.; ABBOTT, R. D.; CATALANO, R. F. youth problem behaviors 8 years after implementing the Communities That Care Prevention System: A Community-Randomized Trial. **JAMA Pediatrics**. v. 168, n. 2, p. 122-129, 2014.

HAWKINS, J. D.; OESTERLE, S.; BROWN, E. C.; MONAHAN, K. C.; ABBOTT, R. D.; ARTHUR, M. W.; CATALANO, R. F. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviors after installation of the Communities That Care Prevention System in a randomized trial. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**. v. 166, n. 2, p. 141-148, 2012.

HUYNH, Q.; CRAIG, W.; JANSSEN, I.; PICKETT, W. Exposure to public natural space as a protective factor for emotional well-being among Young people in Canada. **BMC Public Health**. v. 13. 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

_____. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2017b, 83p.

_____. **Angelina**. 2017a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/angelina/panorama>>. Acesso em 25 abr. 2020.

ICONOGRAFIA. In: **MICHAELIS** Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. c2020. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/iconografia/>>. Acesso em: 17 maio 2020.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério da Economia. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (org). **Atlas da violência**: Retratos dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2019. 52p.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M.. **Adolescência Normal**: Um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981, p.24-62.

KUBOTA, L. C. **Discriminação contra os estudantes obesos e os muito magros nas escolas brasileiras**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: IPEA, 2014. 38p.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. [orgs]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.615-634.

LIMA, F. S. VERONESE, J. R. P. História social da infância e sua construção normativa. In: _____. **Os Direitos da Criança e do Adolescente: A Necessária Efetivação dos Direitos Fundamentais**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012, p. 13-48.

_____. O direito da criança e do adolescente: um novo ramo jurídico. In: _____. **Direito da Criança e do Adolescente: A Necessária Efetivação dos Direitos Fundamentais**. 5 ed. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012, p. 51-59.

LISPECTOR, C. Um Sopro de Vida (Pulsações). 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1978.

LOPES, C. S.; ABREU, G. A.; SANTOS, D. F.; MENEZES, P. R.; CARVALHO, K. M. B.; CUNHA, C. F.; VASCONCELLOS, M. T. L.; BLOCH, K. V.; SZKLO, M. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, suppl 1, p. 1-9, 2016.

ŁUCKA, I.; DOMARECKI P., JANIKOWSKA-HOŁOWEŃKO, D.; PLENIKOWSKA-ŚLUSARZ, T.; DOMARECKA M. The prevalence and risk factors of orthorexia nervosa among school-age youth of Pomeranian and Warmian-Masurian voivodeships. **Psychiatria Polska**. v. 53, n. 2, p. 383-398, 2019.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**. v. 36, n.2, p. 213-221, 2002.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; PRADO, R. R.; ANDRADE, S. S. C.; MELLO, F. C. M.; DIAS, A. J. R.; BOMTEMPO, D. B. Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.17, suppl.1, p. 46-61, 2014.

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

MARTIN, G.; INCHLEY, J.; MARSHALL, A.; SHORTT, N.; CURRIE, C. The neighbourhood social environment and alcohol use among urban and rural Scottish adolescents. **International Journal of Public Health**. v. 64, p. 95-105, 2018.

MATHEUS, T. C. O Processo Adolescente. In: _____. **Ideais na adolescência: falta (d)e perspectivas na virada do século**. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2002, p. 83-110.

MAZUR, J.; NAŁĘCZ, H.; KLESZCZEWSKA, D.; MAŁKOWSKA-SZKUTNIK, A.; BORRACCINO, A. Behavioural factors enhancing mental health – preliminary results of the

study on its association with physical activity in 15 to 16 year olds. **Developmental Period Medicine**. v. 4, p. 315-124, 2016.

MCGARVEY, E. L.; LEON-VERDIN, M.; BLOOMFIELD, K.; WOOD, S.; WINTERS, E.; SMITH, J. Effectiveness of A-CRA/ACC in treating adolescents with cannabis-use disorders. **Community Mental Health Journal**. v. 50, p. 150-157, 2014.

MENDONÇA F. F.; MATTOS, L. F. A. de; OLIVEIRA, E. B. D. de; DOMINGOS, C. M.; OKAMURA, C. T.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P de.A. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2907 - 2925, 2016.

MENEGHEL, S. N.; VICTORA, C. G.; FARIA, N. M. X.; CARVALHO, L. A.; FALK, J. W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 117- 142.

MONTEIRO, D. S.; MARTINS, R. D.; GOMES, N. P.; MOTA, R. S.; CONCEIÇÃO, M. M.; GOMES, N. R.; NERY, C. L. Fatores associados ao transtorno mental comum em adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, suppl 1, p. 1-8, 2020.

MUNHOZ, T. N.; SANTOS, I. S.; BARROS, A. J. D.; ANSELM, L.; BARROS, F. C.; MATIJASEVICH, A. Perinatal and postnatal risk factors for disruptive mood dysregulation disorder at age 11: 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Journal of Affective Disorders**. v. 215, p. 263–268, 2017.

MUSS, R. E. A psicologia biogenética da adolescência de G. Stanley Hall. In: _____. **Teorias da adolescência**. Belo Horizonte: Editora do Professor, 1969, p. 24-28.

_____. A antropologia cultural e a adolescência. In: _____. **Teorias da adolescência**. Belo Horizonte: Editora do Professor, 1969, p. 65-85.

NOGUEIRA, K. T.; LOPES, C. S. Associação entre transtornos mentais comuns e qualidade de vida em adolescentes asmáticos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 13, n. 3, p. 476-486, 2010.

OAKLANDER, V. Trabajar con grupos. In: _____. **El tesoro escondido: la vida interior de niños y adolescentes**. Terapia infanto-juvenil. Santiago: Cuatro Vientos, 2008, p. 181-192.

OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabalho Infantil: estimativas globais 2020, tendências e o caminho a seguir**. Junho de 2021. 7p. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasil/document/publication/wcms_813706.pdf>. Acesso em 22 ago. 2021.

OLIVEIRA, W. A.; SILVA, J. L.; ANDRADE, A. L. M.; MICHELI, D. D.; CARLOS, D. M.; SILVA, M. A. I. A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: *scoping review*. **Cadernos de saúde pública**. v. 36, n. 8, p. 1-14, 2020.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Agências da ONU discutem como reduzir transtornos de saúde mental em crianças e adolescentes.** 2019. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2019/11/1693471>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

OPAS BRASIL – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa – Saúde mental dos adolescentes.** s/d. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839>. Acesso em: 01 nov. 2020.

OPAS BRASIL – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **ONU destaca necessidade urgente de aumentar investimentos em serviços de saúde mental durante a pandemia de COVID-19.** 2020. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6170:onu-destaca-necessidade-urgente-de-aumentar-investimentos-em-servicos-de-saude-mental-durante-a-pandemia-de-covid-19&Itemid=839#:~:text=%22O%20impacto%20da%20pandemia%20na,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\).>](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6170:onu-destaca-necessidade-urgente-de-aumentar-investimentos-em-servicos-de-saude-mental-durante-a-pandemia-de-covid-19&Itemid=839#:~:text=%22O%20impacto%20da%20pandemia%20na,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).>)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

OSGOOD, D. W.; FEINBERG, M. E.; GEST, S. D.; MOODY, J.; RAGAN, D. T.; SPOTH, R. S.; GREENBERG, M.; REDMOND, C. Effects of PROSPER on the influence potential of prosocial versus antisocial. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, p. 174-179, 2013.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008.

PACELEY, M. S.; GOFFNETT, J.; GANDY-GUEDES, M. Impact of victimization, community climate, and community size on the mental health of sexual and gender minority youth. **Journal of Community Psychology**. p. 1-14, 2017.

PACELEY, M. S.; OKREY-ANDERSON, S.; HEUMANN, M. Transgender youth in small towns: perceptions of community size, climate, and support. **Journal of Youth Studies**. v. 20, n. 7, p. 822-840, 2017.

PARK, S.; LEE, Y.; JANG, H.; JO, M. Violence Victimization in Korean Adolescents: Risk Factors and Psychological Problems. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 14, n. 5, 541, 2017.

PERARDT, J. F. **História demográfica de Angelina: 1860-1950.** 1990. 273 f. Dissertação (Pós-graduação em História) – Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

PIAZZA, W. F. **Angelina: um caso de colonização nacional.** 1973. 277 f. Tese (Livredocência em História do Brasil) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1973.

PINHEIRO, K. A. T.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, L. L.; TERRES, N. G.; SILVA, R. A. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 29, n. 3, 2007.

PPP – **Projeto político-pedagógico da Escola de Educação Básica Nossa Senhora.** Angelina, 2020a. 49p.

PPP – **Projeto político-pedagógico da Escola de Educação Básica Norberto Teodoro de Melo.** 2020b. 68p.

PULVER, A.; DAVISON, C.; PICKETT, W. Time-use patterns and the recreational use of prescription medications among rural and small town youth. **The Journal of Rural Health.** v. 31, p. 217–228, 2015.

RHEW, I. C.; OESTERLE, S.; COFFMAN, D.; HAWKINS, D. Effects of exposure to the Communities That Care Prevention System on youth problem behaviors in a community-randomized trial: employing an inverse probability weighting approach. **Evaluation & the Health Professions.** p. 1-20, 2018.

RIBEIRO, M. A.; UVALDO, M. C. C.; FONÇATTI, G. O. S.; AUDI, D. A.; AGOSTINHO, M. L.; MALKI, Y. Ser adolescente no século XXI. In: LEVENFUS, R. S. [org]. **Orientação vocacional e de carreira em contextos clínicos e educativos.** Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 13-23.

SANTA CATARINA. Colonização Europeia. In: _____. Secretaria de Estado do Planejamento. Diretoria de Estatística e Cartografia. **Atlas geográfico de Santa Catarina: população – fascículo 3.** ROCHA, I. O. (Org.). Florianópolis: Ed. da UDESC, 2018. p. 102-123.

_____. **Coronavírus em SC:** Estado confirma 1.185.864 casos, 1.158.269 recuperados e 19.160 mortes. Boletim Santa Catarina, 23 set. 2021. Disponível em: <<https://www.sc.gov.br/noticias/temas/coronavirus/coronavirus-em-sc-estado-confirma-1-185-864-casos-1-158-269-recuperados-e-19-160-mortes>>. Acesso em 24 set. 2021.

SANTOS, C. dos. Covid-19 e saúde mental dos adolescentes: vulnerabilidades associadas ao uso de internet e mídias sociais. **Holos – III Dossiê COVID-19 e o mundo em tempos de pandemia.** v. 37, n. 3, p. 1-14, 2021.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S. SILVA, A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.34, n.3, p. 544-560, 2010.

SCHMITT, E. **Nossa Senhora de Angelina - 1902-1977.** Curitiba: Imprensa Paranaense, 1977.

SMOKOWSKI, P. R.; ROSE, R. A.; EVANS, C. B. R.; COTTER, K. L.; BOWER, M.; BACALLAO, M. Familial influences on internalizing symptomatology in Latino adolescents: An ecological analysis of parent mental health and acculturation dynamics. **Development and Psychopathology.** v. 26, p. 1191–1207, 2014.

SMS ANGELINA – Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Angelina. **Boletim Diário Covid-19.** Angelina, 23 set. 2021. Facebook: SMS Angelina. Disponível em: <https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=639179153731827&id=100029192442883>. Acesso em 24 set. 2021.

SOARES, A. L. G.; HOWEB, L. D.; MATIJASEVICH, A.; WEHRMEISTERA, F. C.; MENEZES, A. M. B.; GONÇALVES, H. Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. **Child Abuse & Neglect**. v. 51, p. 21–30, 2016.

SPOTH, R.; REDMOND, C.; CLAIR, S.; SHIN, C.; GREENBERG, M.; FEINBERG, M. Preventing substance misuse through community–university partnerships: randomized controlled trial outcomes 4½ years past baseline. **American Journal of Preventive Medicine**. v. 40, n. 4, p. 440-447, 2011.

THE TREVOR PROJECT. **National Survey on LGBTQ Mental Health**. 2019. New York: The Trevor Project. Disponível em: <<https://www.thetrevorproject.org/survey-2019/?section=Introduction>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

_____. **National Survey on LGBTQ Youth Mental Health 2021**. 2021. New York: The Trevor Project. Disponível em: <<https://www.thetrevorproject.org/survey-2021/?section=SuicideMentalHealth>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

TORRACO, R. J. Writing integrative literature reviews: guidelines and examples. **Human Resource Development Review**. v. 4, n. 3, p. 356-367, 2005.

TU, K. M.; MARKS, B. T.; EL-SHEIKH, M. Sleep and mental health: the moderating role of perceived adolescent-parent attachment. **Sleep Health**, 2016.

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Adolescência: Uma fase de oportunidades - Situação mundial da infância 2011**. 2011. 148p.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of-Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 34, n. 3, 2012.

VIANNA, H. Busca Vida. In: Os Paralamas do Sucesso. **9 Luas**. EMI, 1996.

VINDEGAARD, N.; BENROS, M. E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. **Brain, Behavior, and Immunity**. v. 89, p. 531–542, 2020.

WHITT, A.; GARLAND, E. L. HOWARD, M. O. Helium inhalation in adolescents: characteristics of users and prevalence of use. **Journal of Psychoactive Drugs**. v. 44, n.5, p. 365-371, 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Genebra: WHO, 1994, 90 p.

_____. **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [versão portuguesa]. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. 206 p.

_____. **Child and adolescent mental health policies and plans**. Genebra: WHO, 2005, 85 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Estratégias de busca da revisão integrativa por fonte

PubMed/MEDLINE

((("Mental Disorders"[Mesh] OR "Mental Disorders" OR "Mental Disorder" OR "Comoon Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders" OR "Mental Health"[Mesh] OR Mental Health) AND ("Adolescent"[Mesh] OR "Adolescent" OR "Adolescents" OR "Adolescence" OR "adolescencet" OR "Teens" OR "Teen" OR "Teenagers" OR "Teenager" OR "Youth" OR "Youths")) AND ("Small town" OR "Small towns" OR "small city" OR "small cities" OR "small municipalities" OR "rural city" OR "rural cities"))

Filtro pelos idiomas.

Scopus

TITLE-ABS-KEY(("Mental Disorders" OR "Mental Disorder" OR "Comoon Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders" OR "Mental Health") AND ("Adolescent" OR "Adolescents" OR "Adolescence" OR "adolescencet" OR "Teens" OR "Teen" OR "Teenagers" OR "Teenager" OR "Youth" OR "Youths")) AND ("Small town" OR "Small towns" OR "small city" OR "small cities" OR "small municipalities" OR "rural city" OR "rural cities"))

Filtro pelos idiomas

Web of Science

TS=((("Mental Disorders" OR "Mental Disorder" OR "Comoon Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders" OR "Mental Health") AND ("Adolescent" OR "Adolescents" OR "Adolescence" OR "adolescencet" OR "Teens" OR "Teen" OR "Teenagers" OR "Teenager" OR "Youth" OR "Youths")) AND ("Small town" OR "Small towns" OR "small city" OR "small cities" OR "small municipalities" OR "rural city" OR "rural cities"))

Filtro: inglês

PsycINFO

("Mental Disorders" OR "Mental Disorder" OR "Comoon Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders" OR "Mental Health") AND ("Adolescent" OR "Adolescents" OR "Adolescence" OR "adolescenc" OR "Teens" OR "Teen" OR "Teenagers" OR "Teenager" OR "Youth" OR "Youths") AND ("Small town" OR "Small towns" OR "small city" OR "small cities" OR "small municipalities" OR "rural city" OR "rural cities"))

LILACS / BDNF / INDEX PSI

("Mental Disorders" OR "Mental Disorder" OR "Comoon Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders" OR "Mental Health" OR "Transtornos Mentais" OR "Transtorno Mental" OR "Transtorno Mental Comum" OR "Transtornos Mentais Comuns" OR "TMC" OR "Saúde Mental" OR "Área de Saúde Mental" OR "Trastornos Mentales" OR "Trastorno Mental" OR "Trastorno mental común" OR "Trastornos mentales comunes" OR "Salud Mental") AND ("Adolescent" OR "Adolescents" OR "Adolescence" OR "adolescenc" OR "Teens" OR "Teen" OR "Teenagers" OR "Teenager" OR "Youth" OR "Youths" OR "Adolescente" OR "Adolescentes" OR "Jovem" OR "Jovens" OR "Adolescência" OR "Juventude" OR "Joven" OR "Juventud") AND ("Small town" OR "Small towns" OR "small city" OR "small cities" OR "small municipalities" OR "rural city" OR "rural cities" OR "Cidade Pequena" OR "Cidades Pequenas" OR "Pequena Cidade" OR "Pequenas Cidades" OR "Município pequeno" OR "Municípios pequenos" OR "Pequeno município" OR "Pequenos municípios" OR "cidade rural" OR "cidades rurais" OR "cidade de pequeno porte" OR "cidades de pequeno porte" OR "município de pequeno porte" OR "municípios de pequeno porte" OR "Ciudad Pequeña" OR "Ciudades Pequeñas" OR "Pequeña Ciudad" OR "Pequeñas Ciudades" OR "Municipio pequeño" OR "Municipios pequeños" OR "Pequeño municipio" OR "Pequeños municipios" OR "ciudad rural" OR "ciudades rurales"))

SciELO

("Mental Disorders" OR "Mental Disorder" OR "Comoon Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders" OR "Mental Health" OR "Transtornos Mentais" OR "Transtorno Mental" OR "Transtorno Mental Comum" OR "Transtornos Mentais Comuns" OR "TMC" OR "Saúde Mental" OR "Área de Saúde Mental" OR "Trastornos Mentales" OR "Trastorno Mental" OR "Trastorno mental común" OR "Trastornos mentales comunes" OR "Salud Mental") AND ("Adolescent" OR "Adolescents" OR "Adolescence" OR "adolescenc" OR "Teens" OR "Teen" OR "Teenagers" OR "Teenager" OR "Youth" OR "Youths" OR "Adolescente" OR "Adolescentes" OR "Jovem" OR "Jovens" OR "Adolescência" OR "Juventude" OR "Joven" OR "Juventud") AND ("Small town" OR "Small towns" OR "small city" OR "small cities" OR "small municipalities" OR "rural city" OR "rural cities" OR "Cidade Pequena" OR "Cidades Pequenas" OR "Pequena Cidade" OR "Pequenas Cidades" OR "Município pequeno" OR "Municípios pequenos" OR "Pequeno município" OR "Pequenos municípios" OR "cidade rural" OR "cidades rurais" OR "cidade de pequeno porte" OR "cidades de pequeno porte" OR

“municipio de pequeno porte” OR “municípios de pequeno porte” OR "Ciudad Pequeña" OR "Ciudades Pequeñas" OR "Pequeña Ciudad" OR "Pequeñas Ciudades" OR "Municipio pequeño" OR "Municipios pequeños" OR "Pequeño municipio" OR "Pequeños municipios" OR "ciudad rural" OR "ciudades rurales")

APÊNDICE B – Sumário dos artigos incluídos na revisão integrativa

Autores (ano)	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
1 Gillis e El-Sheikh (2019)	Investigar a atividade física como moderadora das relações entre duração e qualidade do sono e problemas internalizados (ex. depressão, ansiedade) e externalizados (ex. uso de álcool, brigas com pares) de adolescentes.	N* = 235 adolescentes**. Transversal. Pesquisa quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes com sono mais curto ou de baixa qualidade em conjunto com menos atividade física apresentaram níveis mais elevados de problemas internalizados e externalizados • Adolescentes com mais atividade física tiveram níveis mais baixos de problemas internalizados e externalizados independente da duração ou qualidade do sono.
2 Lucka et al. (2019)	Determinar a prevalência de ortorexia nervosa entre jovens em idade escolar das voivodias da Pomerânia e Várnia-Masúria e pesquisar fatores que aumentam o risco de ortorexia nervosa. Foi feita uma tentativa de encontrar diferenças na ocorrência de ortorexia nervosa entre jovens de grandes e pequenas cidades.	N = 864 indivíduos. Transversal Pesquisa quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • 27% dos indivíduos apresentaram risco de ortorexia nervosa considerando pontuação de 35 como ponto de corte. • Não houve diferenças estatisticamente significativas no risco de ortorexia nos grupos de cidades grandes e cidades pequenas. • Indivíduos com suspeita de ortorexia apresentam IMC notavelmente mais alto.
3 Martin et al. (2018)	Examinar a relação entre as características socioambientais do bairro e os resultados do consumo de álcool em uma amostra de adolescentes urbanos e rurais.	N = 1558 estudantes. Transversal. Pesquisa quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes não urbanos tiveram maior chance de já ter bebido. • Coesão social do bairro foi relacionada a ter bebido alguma vez. • Conexões sociais positivas desencorajam o uso de álcool por adolescentes. • Entre os adolescentes que bebem: residentes em cidades pequenas têm maiores chances de beber e embriagar-se semanalmente em comparação com as áreas urbanas. Maior embriaguez em áreas rurais remotas. • Adolescentes de áreas menos carentes tinham menor probabilidade de beber semanalmente.

Continua.

Cont. do Apêndice B.

<p>4 Rhew et al. (2018)</p>	<p>Examinar os efeitos do <i>Communities That Care (CTC)</i> em relação ao uso de drogas no mês anterior e comportamento delinquente no ano anterior entre os jovens que permaneceram em sua comunidade de estudo original durante os 2 primeiros anos de implementação do <i>CTC</i>.</p>	<p>N= 4.407 jovens. Longitudinal. Pesquisa quantitativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos maiores para os jovens que permaneceram em sua comunidade de estudo durante os primeiros 2 anos de implementação da intervenção do <i>CTC</i> em comparação com as estimativas do projeto <i>intention-to-treat (ITT)</i>. Esses efeitos incluíram probabilidade reduzida de uso de álcool, consumo excessivo de álcool, uso de tabaco e comportamento delinquente.
<p>5 Paceley; Goffnett; Gandy-Guedes (2017)</p>	<p>Examinar a associação entre vitimização <i>anti-SGM (Sexual and gender minority)</i> física e não física, a percepção do clima da comunidade e o tamanho da comunidade e seus efeitos sobre a depressão, ansiedade e estresse entre os jovens <i>SGM</i>.</p>	<p>N = 296 jovens que se identificam como <i>SGM</i>. Transversal. Pesquisa quantitativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A associação entre formas não físicas de vitimização e depressão, ansiedade e estresse foram maiores que de vitimização físicas e variáveis da comunidade. • Ambos os tipos de vitimização foram mais comuns em comunidades percebidas como hostis e cidades pequenas.
<p>6 Paceley, Okrey- Anderson, Heumann (2017)</p>	<p>Identificar como jovens transgêneros e não binários (<i>gender questioning</i>) em cidades não metropolitanas e cidades metropolitanas pequenas, no Centro-Oeste dos EUA, percebem suas comunidades em termos de tamanho, clima e recursos específicos para transgêneros.</p>	<p>Transversal Pesquisa mista. N = 70 (quantitativo) N = 7 (qualitativo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Variações no clima da comunidade de acordo com o tamanho do município. • Tamanho da comunidade não foi associado ao fornecimento de recursos de apoio. • Clima da comunidade foi associado com a disponibilidade, utilização e necessidades não atendidas de recursos da comunidade, para além do impacto do tamanho da comunidade.
<p>7 Park et al. (2017)</p>	<p>Examinar os fatores de risco e problemas psicológicos associados à vitimização por violência em uma amostra representativa de adolescentes coreanos em todo o país.</p>	<p>N = 65.528 adolescentes. Transversal. Pesquisa quantitativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os adolescentes correm maior risco de vitimização por violência se fossem homens, mais velhos, se tinham pais de nacionalidade estrangeira, não residiam com a sua família, trabalhariam em meio período, residirem em cidades pequenas ou áreas rurais, se fossem de nível socioeconômico alto ou baixo (SES), apresentarem alto ou baixo nível de desempenho acadêmico, usarem álcool ou tabaco e fossem sexualmente ativos. • A vitimização da violência foi negativamente associada à percepção de saúde e felicidade e foi positivamente associada à percepção do estresse, humor deprimido e suicídio.

Continua.

Cont. do Apêndice B.

8 Tu; Marks; El-Sheikh (2016)	Examinar o papel moderador do apego às mães e pais na associação entre sono do adolescente e saúde mental.	N = 106 adolescentes. Transversal. Pesquisa quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • A percepção do apego aos pais moderou as relações entre qualidade do sono dos adolescentes e seu ajustamento. • Para sintomas externalizados e autoestima, adolescentes com maior risco de desajustamento foram aqueles que relataram sono de má qualidade, juntamente com apego menos seguro aos pais. • Adolescentes que experimentaram uma melhor qualidade do sono, em conjunto com apego mais seguro aos pais, apresentaram os níveis mais baixos de sintomas de ansiedade. • Apego menos seguro foi associado a altos níveis de sintomas de ansiedade, independentemente da qualidade do sono.
9 Mazur et al. (2016)	Determinar se a atividade física influencia a variabilidade de índices selecionados de saúde mental.	N = 2.015 alunos. Transversal. Pesquisa quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Em uma análise multivariada, a pressão do trabalho escolar junto com o gênero foram os principais preditores do <i>General Health Questionnaire</i> (David Goldberg), versão GHQ-12. • O aproveitamento escolar e o alto nível de atividade física foram identificados como fortes fatores de proteção. • O efeito protetor da atividade física pareceu ser mais forte em cidades pequenas e vilas que nas grandes cidades e foi mais visível no domínio da disfunção social.
10 Gaete et al (2016)	Determinar a prevalência do uso de tabaco e álcool ao longo da vida em adolescentes de 10 a 14 anos e fatores relacionados.	N = 1392 adolescentes. Transversal. Pesquisa quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Seis e Onze por cento dos participantes relataram ter fumado e usado álcool ao longo da vida, respectivamente. • Fumar foi associado à idade, ter problemas de comportamento, tabagismo das mães, perceber que os pais tinham problemas com drogas, e morar com ambos os pais. • O uso de álcool foi associado principalmente à idade, ter problemas de comportamento, perceber que outros alunos consumiam drogas, uso de álcool por ambos os pais e perceber a falta de apoio familiar.
11 Pulver; Davison; Pickett (2015)	Examinar a relação entre o uso do tempo de adolescentes em áreas rurais e pequenas cidades e o alto risco para o uso recreativo de medicamentos prescritos em áreas rurais.	N = 2393 adolescentes. Transversal. Pesquisa quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • O tempo dos colegas fora do horário escolar e a não participação em atividades extracurriculares foram significativamente associados ao uso recreativo de medicamentos prescritos pelos jovens da zona rural. • O uso de drogas por pares, uma vida familiar infeliz e o consumo excessivo de álcool explicaram a maioria dessas associações.

Continua.

Cont. do Apêndice B.

12 Caprara et al. (2014)	Avaliar a eficácia de uma intervenção piloto realizada na escola chamada <i>CEPIDEA</i> , projetada para promover o comportamento pró-social no início da adolescência.	N = 151 alunos no grupo de intervenção e 173 alunos no grupo controle.	<ul style="list-style-type: none"> • Uma análise da curva de crescimento latente revelou que o grupo de intervenção, em comparação com o grupo controle, mostrou um aumento do comportamento de ajuda junto com uma diminuição da agressão física e verbal ao longo do tempo. • Os resultados sugerem que a promoção do comportamento pró-social pode servir para neutralizar a conduta agressiva e melhorar o desempenho acadêmico durante a adolescência.
13 Smokowski et al. (2014)	Examinar se a dinâmica do sistema familiar desempenha um papel mais importante na previsão de sintomas internalizados do adolescente que os processos de aculturação.	258 pares de adolescentes latinos-pais (total de 516 participantes).	<ul style="list-style-type: none"> • O conflito entre pais e adolescentes e a saúde mental dos pais foram preditores significativos de sintomas internalizados dos adolescentes. • Sintomas internalizados diminuíram com o passar do tempo nos Estados Unidos. • Mulheres e adolescentes de famílias de baixo nível socioeconômico relataram mais sintomas internalizados, enquanto os participantes que estavam nos Estados Unidos há mais tempo relataram menos sintomas.
14 Hawkins et al. (2014)	Testar se o sistema de prevenção do <i>Communities That Care</i> (CTC) reduziu níveis de risco e comportamentos problemáticos do adolescente em toda a comunidade, 8 anos após implementação do CTC	N = 4.407 alunos.	<ul style="list-style-type: none"> • Estudantes nas comunidades do CTC eram mais propensos que estudantes em comunidades controle de se absterem de qualquer uso de drogas, beber álcool, fumar cigarros e envolvimento em delinquência, e eram menos propensos a ter cometido um ato violento. • Não houve diferenças significativas por grupo de intervenção nos riscos direcionados a prevalência do uso de substâncias no mês ou ano anterior, ou delinquência no ano anterior ou violência.
15 McGarvey et al. (2014)	Avaliar a eficácia geral do <i>Adolescent Community Reinforcement Approach with Assertive Continuing Care</i> (A-CRA/ACC), modelo de tratamento para jovens de baixa renda e suas famílias em uma pequena cidade (Lynchburg) e uma comunidade rural (Amherst) na Virgínia Central, EUA.	N= 147 adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • A eficácia do programa foi confirmada. • Mais de dois terços (68,7%) dos adolescentes relataram abandonar o uso de cannabis por 12 meses. • O uso da cannabis nos últimos 90 dias diminuiu significativamente desde o primeiro acompanhamento e mostra declínio consistente até o final do tratamento. • O número médio de dias de falta à escola e ser expulso da escola diminuiu progressivamente desde a linha de base até o final do tratamento.

Continua.

Cont. Apêndice B.

16 Osgood et al. (2013)	Testar a hipótese de que uma intervenção preventiva baseada em evidências mudará redes de amizade de adolescentes para reduzir o potencial de influência dos pares em relação a comportamento antissocial.	Cerca de 11.000 alunos (duas coortes sucessivas).	<ul style="list-style-type: none"> • A intervenção teve um impacto benéfico no potencial de influência antissocial de redes de amizade adolescentes. • As intervenções preventivas baseadas em evidências atuais podem alterar a rede amizade dos adolescentes de maneira que reduzem o potencial de influência dos pares em direção ao comportamento antissocial.
17 Huynh et al. (2013)	Examinar a relação entre a exposição ao espaço natural público e o bem-estar emocional positivo entre os adolescentes canadenses.	N = 17249 alunos.	<ul style="list-style-type: none"> • As relações entre as medidas do espaço natural e bem-estar emocional positivo eram fracas e faltou consistência geral, mas efeitos protetores modestos foram observados em cidades pequenas. • O bem-estar emocional positivo era mais fortemente associado a outros fatores, incluindo características demográficas, riqueza familiar e percepção dos arredores da vizinhança.
18 Whitt; Garland; Howard (2012)	Examinar a prevalência e correlatos da inalação de hélio em uma grande amostra de jovens em situação de risco.	N = 723 adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • 11,5% adolescentes inalaram hélio com a intenção de ficar sob efeito de drogas (“chapado”), e um terço dos usuários de hélio relatou que realmente ficava sob os efeitos quando inalava hélio. • Os usuários de hélio eram significativamente mais propensos a serem caucasianos, a viver em áreas rurais / pequenas cidades e ter histórico de doença mental, alucinações auditivas e uso de álcool e maconha que não usuários. • Os usuários de hélio também relataram significativamente mais sofrimento psiquiátrico no momento da pesquisa, tendência suicida, experiências traumáticas de vida e atitudes, traços e comportamentos antissociais que os não usuários.

Continua.

Cont. do Apêndice B.

<p>19 Hawkins et al. (2012)</p>	<p>Testar se o sistema de prevenção <i>Communities That Care (CTC)</i> reduziu os níveis de risco e comportamentos problemáticos dos adolescentes em toda a comunidade 6 anos após instalação do CTC e 1 ano após os recursos fornecidos pelo estudo terminarem.</p>	<p>N= 4.407 jovens. Longitudinal. Pesquisa quantitativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os níveis médios de riscos direcionados aumentaram menos rapidamente entre as séries 5 e 10 em CTC que nas comunidades controle no décimo ano. • A incidência de comportamento delinquente, uso de álcool, e uso de cigarro, e a prevalência do uso atual de cigarro, delinquência no ano anterior e comportamento violento foram significativamente mais baixos no CTC que em comunidades controle na 10ª série.
<p>20 Spoth et al. (2011)</p>	<p>Examinar as descobertas a longo prazo de um Ensaio Clínico Randomizado de um modelo de parceria comunidade- universidade projetado para prevenir o uso indevido de substâncias e problemas relacionados.</p>	<p>N = 11.960 alunos participaram no início do estudo. Longitudinal. Pesquisa quantitativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados mostraram uso de substâncias significativamente menor no grupo de intervenção para 12 dos 15 desfechos pontuais, com reduções relativas de até 51,8%. • As análises de trajetória de crescimento mostraram um crescimento significativamente mais lento no grupo de intervenção para 14 de 15 resultados.

Fonte: Desenvolvido pela autora. 2020. * “N” significa número de participantes; ** termos como “adolescente”, “jovem”, “aluno”, “estudante”, variam conforme abordagem dos(as) autores(as).

APÊNDICE C - Questionário utilizado para coleta de dados

Gostaríamos ainda de fazer algumas perguntas que permitam melhor caracterizar o grupo de pessoas com as quais falamos nesta pesquisa. Lembramos que todas as suas declarações serão tratadas de maneira confidencial.

1. Idade (anos completos): _____
2. Gênero? Feminino Masculino
3. Ano Escolar: 1ºEM 2ºEM 3ºEM
Turno: Matutino Vespertino Noturno
4. Qual a sua escola?
 EEB Nossa Senhora EEB Norberto Teodoro Melo
5. Você considera que a sua cor/raça é:
 Branca Preta Amarela Parda Indígena
 Outra: _____
6. Em relação à religião, você diria que é:
 Ateísta Agnóstico Católico Protestante ou Evangélico
 Espírita Umbanda ou candomblé Outro. Qual? _____
7. Em qual bairro você mora? _____
8. Sempre morou na cidade de Angelina?
 Sim, e sempre morei no mesmo bairro.
 Sim, e já morei em outros bairros. Quais _____
 Não, já morei em outras cidades. Quais _____
9. No geral, como você avalia o bairro onde você mora?
 Muito bom
 Bom
 Regular
 Ruim
 Péssimo
10. Você mora em uma casa:
 Própria Alugada Cedida Outra situação _____
11. Com quem você mora (mais de uma opção pode ser marcada)?
 Pais
 Irmãos (ãs)
 Esposo (a)/ Companheiro(a)
 Filhos (as)
 Outros (as) parentes _____
 Amigos (as)
 Moro sozinho
 Outra situação _____

12. Quantas pessoas ao todo moram na casa (incluindo você)? _____
13. Quantos cômodos servindo de dormitório existem na casa? _____
14. Como você avalia o relacionamento com os seus pais/ responsáveis?
 Muito bom
 Bom
 Regular
 Ruim
 Péssimo
15. Você trabalha? Sim Não

Se sim:

- a) Qual é a sua ocupação principal? _____
- b) Quantos anos você tinha quando começou a trabalhar? _____
- c) Quantas horas por dia você trabalha? _____
- d) Em relação a sua contribuição na renda familiar, você:
 Trabalha e não contribui para a renda da família
 Trabalha e contribui parcialmente para a renda da família
 Trabalha e é o principal responsável pela renda da família
 Outra situação _____
16. Quantas pessoas (contando com você, se for o caso) contribuem para a renda da sua família?
 Uma
 Duas
 Três
 Quatro
 Cinco
 Mais de cinco. Quantas? _____
17. Qual a renda familiar mensal (considerando a soma da renda daqueles que moram e contribuem para o sustento da casa)? Considere que um salário mínimo corresponde a R\$1100,00.
 Até 1 salário mínimo
 Mais de 1 salário até 4 salários mínimos
 Mais de 5 salários até 10 salários mínimos
 Mais de 10 salários mínimos
 Não sei
18. A família produz uma parte dos alimentos que consome?
 sim não
19. Em relação à escola:
- a) Você cursou até o momento:
 Toda em escola pública
 Maior parte em escola pública
 Maior parte em escola particular
- b) Já teve reprovação na escola?
 Não, nunca
 Sim, uma vez
 Sim, duas vezes

- Sim, três vezes
 Mais de três vezes. Quantas vezes? _____

c) Como você avalia seu desempenho escolar?

- Muito bom
 Bom
 Regular
 Ruim
 Péssimo

Por quê? _____

20. Qual o grau máximo de escolaridade do seu pai?

- Não frequentou a escola
 De 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário completo)
 De 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio completo)
 Ensino médio completo
 Ensino superior completo
 Pós-graduação completo
 Não sei

21. Qual o grau máximo de escolaridade da sua mãe?

- Não frequentou a escola
 De 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário completo)
 De 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio completo)
 Ensino médio completo
 Ensino superior completo
 Pós-graduação completo
 Não sei

22. Você já conversou com seus pais e/ou familiares acerca do seu futuro?

- sim não

Se sim, seus pais ou familiares opinaram sobre a sua profissão no futuro? sim não

Se sim, qual profissão eles gostariam que você seguisse? _____

E qual profissão você gostaria de seguir (se souber)? _____

23. Você tem pessoas com quem compartilhar coisas importantes? sim não.

Se sim, quem são as principais pessoas? _____

24. Você considera que está:

- Solteiro
 Em relacionamento aberto
 Namorando
 Casado
 Outro _____

25. Você tem vida sexual ativa?

- Sim Não

26. Tem filhos(as)?

Sim Não

Se sim, Quantos? _____

27. Em relação à sua orientação sexual, você se considera:

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

Outro _____

28. Você tem algum tipo de problema de saúde?

Sim Não

Se sim:

a) Qual? _____

b) Faz algum tipo de tratamento? Sim Não

c) Faz uso de medicação? Sim Não

29. Você faz atividade física?

Não faço

1 a 2 vezes na semana

3 a 4 vezes na semana

5 a 6 vezes na semana

Todos os dias

30. Como você avalia o seu sono?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Péssimo

31. Você já fez uso de bebida alcoólica? Com que frequência você utiliza?

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Sempre

32. Você já usou algum outro tipo de droga? Com que frequência você utiliza?

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Sempre

Em relação à pandemia:

33. Você percebe que a pandemia afetou a sua saúde mental?

Sim, de forma negativa.

Sim, de forma positiva.

Não afetou.

Se sim, e caso se sinta à vontade, explique como afetou: _____

-
34. Você pertence ao grupo de risco para COVID-19 (hipertensão arterial, diabetes, doença respiratória crônica, doença cardiovascular, obesidade, outras síndromes)?
 Não
 Sim. Motivo: _____
 Não sei
35. Você mora com pessoas do grupo de risco para COVID-19 (idosos, hipertensão arterial, diabetes, doença respiratória crônica, doença cardiovascular, obesidade, outras síndromes)?
 Não
 Sim. Motivo: _____
 Não sei
36. Você foi infectado pela COVID-19?
 Não tive qualquer sintoma da doença
 Suspeito que tive, mas não fui testado
 Fiz o teste e o resultado do exame foi negativo
 Fiz o teste e o resultado do exame foi positivo.
37. Você conhece alguém, pessoalmente, que foi infectado pela COVID-19?
 Sim Não Não sei
38. Você perdeu alguém próximo devido à COVID-19 (incluindo complicações decorrentes da doença)?
 Sim Não Não sei
39. No seu dia-a-dia, como você se protege contra a COVID-19? _____
40. A pandemia afetou a renda da sua família?
 Afetou negativamente
 Afetou positivamente
 Não afetou

Se afetou, por favor, diga de que maneira: _____

41. Sobre o isolamento social, você considera que:
 Realizou integralmente – não saiu de casa.
 Realizou parcialmente – maior parte do tempo em casa, saindo apenas para atividades essenciais.
 Realizou parcialmente – maior parte do tempo em casa, mas saiu quando desejou.
 Não realizou – manteve rotina anterior à pandemia
 Outro _____
42. Você tinha/tem acesso à internet em casa durante a pandemia?
 Sempre
 Na maior parte do tempo
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
43. Em caso positivo, de onde você acessa (mais de uma opção pode ser marcada):
 Computador de mesa
 Notebook

- Celular
 - Tablet
44. O que você achou de estudar em casa?
- Muito bom
 - Bom
 - Regular
 - Ruim
 - Péssimo

45. Durante esse período da pandemia, você manteve contato com amigos?

- Sim Não

Se sim, de que forma: _____

Se desejar, deixe aqui qualquer outra consideração:

Obrigada pela sua valiosa colaboração!

Data: __/__/____.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Larissa Lehmkuhl, acadêmica do curso de Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da prof^a Aline M. A. Belaunde, estou realizando uma pesquisa chamada “**Saúde mental de estudantes adolescentes: um estudo em Angelina/SC**”, cujo objetivo é observar a presença ou não de sintomas relacionados a transtornos mentais em adolescentes do Ensino Médio e de que forma este resultado está relacionado ao perfil sociodemográfico e de saúde dos estudantes. A intenção de realizar a pesquisa se justifica pelo aumento dos atendimentos em Psicologia no município para esses adolescentes, então é importante observar se há risco de adoecimento mental para que a psicóloga, junto à Equipe de Saúde, possa preparar ações de saúde para esse público. As principais formas de informações serão um questionário, com 20 perguntas sobre como tem se sentido nos últimos 30 dias, e outro questionário com 45 perguntas envolvendo aspectos sociodemográficos e de saúde mental. Gostaria de **convidá-lo/a** a autorizar o adolescente que você é responsável a participar desta pesquisa para a ampliação do conhecimento no campo da Saúde Coletiva. Esta pesquisa respeitará a legislação vigente do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); além disso, em conformidade ao estabelecido pelas normas éticas, que regulam as pesquisas envolvendo seres humanos em nosso país, especialmente a Resolução 466/12, posso garantir-lhe: liberdade de adesão ou recusa de autorização da participação na pesquisa; liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento, bastando contatar a pesquisadora pelo telefone abaixo assinalado; e sigilo das informações que forem dadas durante a pesquisa e relativa à sua identidade. Cabe, ainda, esclarecer, que as informações coletadas nesta pesquisa serão guardadas em local de acesso somente pela pesquisadora e serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa. Informo, ainda, que as publicações que resultarem da investigação, manterão a garantia de sigilo e, portanto, preservarão a identidade e a privacidade dos participantes. Como riscos relacionados à participação do(a) adolescente, menciona-se a possibilidade de ser gerado cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários ou ainda algum desconforto em relação aos sintomas percebidos durante e depois do preenchimento. Vale reconhecer o risco da quebra de sigilo não intencional e involuntária. Como providências para tais riscos, caso o adolescente sinta desconforto em qualquer momento da pesquisa, pode ser acolhido através de assistência psicológica gratuita. Além disso, diante de eventual prejuízo em função da participação do adolescente, você poderá solicitar indenização, para compensar eventuais danos morais ou materiais, conforme a legislação vigente. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela participação do adolescente na pesquisa. Caso ocorra alguma despesa pessoal para a participação, como, por exemplo, transporte e alimentação, haverá ressarcimento, assim que comunicar à pesquisadora. Coloco-me disponível para contato pelo telefone (48) 984646525 e e-mail: lari.lehmkuhl@gmail.com. Você também pode me encontrar na Unidade Básica de Saúde Hélio Anjos Ortiz, que fica no endereço Rua Manoel Lino Koerich, 69 - Centro, Angelina - SC. A professora orientadora Aline Megumi Arakawa Belaunde e o coorientador Lucio

José Botelho podem ser encontrados na Universidade Federal de Santa Catarina, no Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública, que fica no endereço Rua Delfino Conti, S/N - Trindade, Florianópolis – SC. Este termo foi elaborado em duas vias, rubricadas e assinadas, conforme item IV.5.d da res. 466/12.

Professora Aline Megumi Arakawa Belaunde
Orientadora

Larissa Lehmkuhl
Pesquisadora

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC): Endereço: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis - SC. Contato: 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO:

Eu, _____, portador do R.G.:
_____ abaixo assinado, declaro estar de acordo com participação de do/a
adolescente o/a qual sou responsável de nome _____ na presente
pesquisa e ter recebido uma via deste documento assinada pela pesquisadora.

Responsável pelo participante do estudo

Angelina, _____ de _____ de 2021.

APÊNDICE E -Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Larissa Lehmkuhl, acadêmica do curso de Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, gostaria de **convidá-lo(a)** a participar da pesquisa chamada **“Saúde mental de estudantes adolescentes: um estudo em Angelina/SC”**, cujo objetivo é observar a presença ou não de sintomas relacionados a transtornos mentais em adolescentes do Ensino Médio e de que forma este resultado está relacionado ao perfil sociodemográfico e de saúde dos estudantes. A intenção de realizar a pesquisa se justifica pelo aumento dos atendimentos em Psicologia no município para os(as) adolescentes, então é importante observar se há risco de adoecimento mental para que a psicóloga, junto à Equipe de Saúde, possa preparar ações de saúde para esse público. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir a qualquer momento. Os participantes serão adolescentes do Ensino Médio. A pesquisa será respondida em casa; serão aplicados dois questionários, um com 20 perguntas sobre como tem se sentido nos últimos 30 dias, e outro com 45 perguntas envolvendo aspectos sociodemográficos e de saúde mental. Estes procedimentos são seguros, porém, caso aconteça algo errado, você pode me procurar. Existe a possibilidade de você se sentir incomodado com algumas perguntas dos questionários, mas também a possibilidade de contar com o apoio da psicóloga e equipe de saúde caso perceba que algo de errado está acontecendo com você nos últimos 30 dias. Seus dados serão sigilosos, e em nenhum momento serão divulgados individualmente, nem mesmo para os seus pais/ responsáveis; apenas os professores responsáveis pela pesquisa e eu teremos acesso a estas informações. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em meu trabalho de conclusão de curso e em possíveis artigos científicos, mas sem identificar quem participou. Esta pesquisa respeita o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Resolução 466/12. Diante de eventual prejuízo em função da sua participação, você poderá solicitar indenização, para compensar eventuais danos morais ou materiais, conforme a legislação vigente. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela participação na pesquisa. Caso ocorra alguma despesa pessoal para a participação, como, por exemplo, transporte e alimentação, haverá ressarcimento, assim que comunicar à pesquisadora. Se você tiver alguma dúvida sobre o trabalho que será realizado, entre em contato comigo pessoalmente, na Unidade Básica de Saúde Hélio dos Anjos Ortiz, que fica no endereço Rua Manoel Lino Koerich, 69 - Centro, Angelina – SC, ou pelo telefone (48)984646525. Você pode tirar dúvidas a qualquer momento da pesquisa. Este termo foi elaborado em duas vias, rubricadas e assinadas, conforme item IV.5.d da Resolução 466/12.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC): Endereço: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis - SC. Contato: 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO:

Eu _____ aceito participar da pesquisa **“Saúde mental de estudantes adolescentes: um estudo em Angelina/SC”**.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir.

A pesquisadora tirou minhas dúvidas e pediu autorização para os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

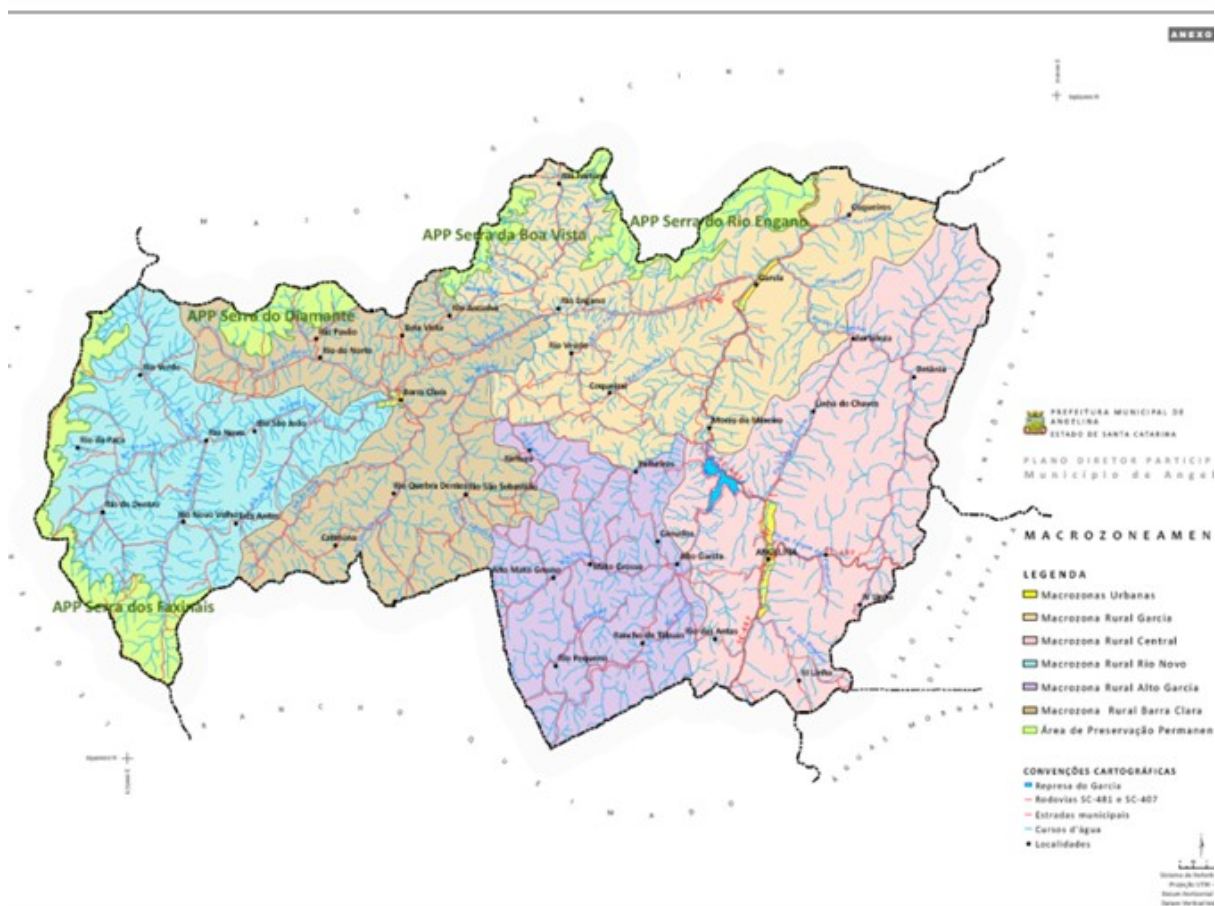
Angelina, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) adolescente _____

Assinatura da pesquisadora _____

ANEXOS

ANEXO A- Mapa de macrozoneamento do município de Angelina



Fonte: Plano Diretor e Participativo do município de Angelina. Angelina, 2008.

ANEXO B- SQR-20 adaptado

**SRQ (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE) – QUESTIONÁRIO DE
AUTORRELATO**

Por favor, leia toda a instrução antes de preencher o questionário. É muito importante que todos os participantes do questionário sigam as mesmas instruções.

As perguntas a seguir estão relacionadas a certas dores e problemas, que podem ter incomodado você nos últimos 30 dias. Se você acha que a pergunta se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda sim. Por outro lado, se a pergunta não se aplicar a você e você não tiver o problema nos últimos 30 dias, responda que não.

Por favor, não discuta a questão com ninguém ao responder o questionário. Se você não tem certeza sobre como responder uma pergunta, dê a melhor resposta possível.

Gostaríamos de assegurar que as respostas que você vai fornecer aqui são *confidenciais*.

SINTOMA	
1. Tem dores de cabeça frequentes?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
2. Tem falta de apetite?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
3. Dorme mal?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
4. Assusta-se com facilidade?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
5. Tem tremores de mão?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
6. Sente-se nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
7. Tem má digestão?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
10. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
13. Tem dificuldades na escola (é penoso, causa sofrimento)?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

17. Tem tido ideias de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
20. Cansa-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

ANEXO C- Parecer do CEP SH**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES ADOLESCENTES

Pesquisador: Lucio José Botelho

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 26198819.9.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.593.317

Apresentação do Projeto:

Emenda:

Venho por meio deste solicitar autorização para alteração do projeto inicial, em virtude da pandemia do Covid-19 e as orientações da Organização Mundial de Saúde-OMS. Optou-se por realizar a aplicação de mais um questionário (disponível nos apêndices do projeto anexado)-ao invés de realização de grupos focais-, que serão entregues para preenchimento na residência, e não mais de forma presencial. Tais mudanças impactaram na alteração do público alvo (adolescentes do Ensino Médio, ao invés dos adolescentes do Ensino Fundamental). Além disso, solicito extensão de prazo do projeto, vide cronograma adaptado, tendo em vista que a coleta de dados não pôde ser realizada no ano de 2020. Outrossim, informo que diante da necessidade de adequações para início da coleta de dados, a mesma iniciará somente após a aprovação deste comitê de ética mantendo o cronograma de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar um diagnóstico situacional dos sintomas relacionados a transtornos mentais comuns em adolescentes de um município de pequeno porte.

Objetivo Secundário:

Continuação do Parecer: 4.593.317

- a. Identificar quais os sinais e sintomas de transtornos mentais comuns mais frequentes.
- b. Identificar os determinantes sociais possivelmente envolvidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário ou ainda algum desconforto em relação aos sintomas percebidos durante e depois do preenchimento ou relacionado às discussões nos grupos. Benefícios:

Identificação de risco para adoecimento mental. Evolução de formas de atenção para a Saúde Mental dos adolescentes escolares e subsídio para uma política de saúde mental em um município de pequeno porte.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e uma vez obtido os dados conclusivos, possibilitará um aprofundamento na temática proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP SH – UFSC dá ciência do novo cronograma apresentado na Folha da Plataforma Brasil, das alterações no TALE e TCLE não havendo inadequações ou impedimentos à realização da pesquisa.

Considerações Finais e Criação do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_170245_E1.pdf	04/03/2021 14:26:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_adaptado.pdf	04/03/2021 14:26:15	LARISSA LEHMKUHL	Aceito

Continua.

Continuação do Parecer: 4.593.317

Ausência	TCLE_adaptado.pdf	04/03/2021 14:26:15	LARISSA LEHMKUHL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_adaptado.pdf	04/03/2021 14:26:03	LARISSA LEHMKU HL	Aceito
Outros	RESPOSTA.docx	04/03/2021 14:25:41	LARISSA LEHMKUHL	Aceito
Outros	QuestionarioComplementar.pdf	16/02/2021 20:44:09	LARISSA LEHMKUHL	Aceito
Outros	Oficio.docx	16/02/2021 20:41:06	LARISSA LEHMKUHL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_alterado.pdf	16/02/2021 20:40:53	LARISSA LEHMKU HL	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_convertido.pdf	09/01/2020 12:01:21	Lucio José Botelho	Aceito
Outros	BarraClara.jpeg	22/11/2019 09:24:23	Lucio José Botelho	Aceito
Outros	NossaSenhora.pdf	22/11/2019 09:23:53	Lucio José Botelho	Aceito
Outros	Questionario.docx	18/11/2019 21:08:31	Lucio José Botelho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 16 de
Março de 2021

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))