



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**DEISE DA SILVA MONTEIRO**

**FATORES ASSOCIADOS À IDEACÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES ESCOLARES  
COM TRANSTORNO MENTAL COMUM**

**SALVADOR  
2023**

**DEISE DA SILVA MONTEIRO**

**FATORES ASSOCIADOS À IDEIAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES ESCOLARES  
COM TRANSTORNO MENTAL COMUM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção de grau de doutora em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos”,

**Orientadora:** Profa. Dra. Ridalva Dias Martins

**Co-orientadora:** Profa. Dra. Maria Enoy  
Neves Gusmão

SALVADOR  
2023

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S237 Monteiro, Deise da Silva  
Fatores associados à ideação suicida em adolescentes escolares com transtorno mental comum/Deise da Silva Monteiro. – Salvador, 2023.  
116 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Ridalva Dias Martins; Coorientadora:  
Profa. Dra. Maria Enoy Neves Gusmão.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2023.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde Mental. 2. Estresse Psicológico. 3. Adolescente.  
4. Enfermagem. 5. Ideação Suicida.. I. Martins,  
Ridalva Dias. II. Gusmão, Maria Enoy Neves.  
III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 616-083:657.471

**DEISE DA SILVA MONTEIRO**

**FATORES ASSOCIADOS À IDEIAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES ESCOLARES  
COM TRANSTORNO MENTAL COMUM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos”.

**Aprovada em 31 de julho de 2023**

**BANCA EXAMINADORA**

**Ridalva Dias Martins**

*Ridalva Dias Martins*

Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Rita de Cássia Maskelli Rapold**

*Rita Rapold*

Doutora em Psicologia da Educação. Docente em Psicologia da Universidade Estadual da Bahia

**Rosana Santos Mota**

*Rosana Santos Mota*

Doutora em Enfermagem. Complexo Universitário Professor Edgar Santos

**Carla Cristina Oliveira de Jesus Lima**

*Carla Cristina Lima*

Doutora em Enfermagem. Hospital Manoel Vitorino

**Telmara Menezes Couto**

*Telmara Menezes Couto*

Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Josinete Gonçalves dos Santos**

*Josinete Gonçalves dos Santos*

Doutora em Enfermagem. Hospital Geral Roberto Santos

## **DEDICATÓRIA**

Aos adolescentes que compartilharam suas histórias e serviram de inspiração para construção desse estudo.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que me sustenta a cada dia com resiliência, fé e força. “O Senhor é o meu pastor; nada me faltará. Ele me faz repousar em pastos verdejantes. Leva-me para junto das águas de descanso; refrigera-me a alma. Guia-me pelas veredas da justiça por amor do seu nome.”. Salmos 23:1-3.

À minha família: Em especial a minha mãe, **Roquelina**, que tem me amparado em minhas situações de ansiedade e desânimo, me fazendo reconhecer a cada dia que sou capaz e que nenhuma adversidade pode ser vencida sem fé e sabedoria. Pelo amor incondicional e cumplicidade que me dão a certeza de um eterno e lindo porto seguro. Ao meu pai, **Dagoberto**, que tem se aproximado a cada dia com singelas demonstrações de amor, cuidado e por ser minha referência de luta, defesa dos meus direitos, resgate a minha ancestralidade, empoderamento como mulher negra e conquista pessoal. Aos meus queridos irmãos, **Dalton e Dantas**; ao meu padastro, **Sérgio Salles**; à minha cunhada **Hellen** e aos meus sobrinhos, **Vinicius, Sophie, Davi, Enzo, Enrico e Thyana**, que tanto alegram os meus dias, me dando força para seguir.

À minha querida orientadora **Ridalva Martins**, com grande afeto, agradeço a oportunidade de tanto crescimento, sensibilidade e acolhimento em minha trajetória inicial no mestrado com a turbulência de uma separação conjugal e sinais de depressão moderada e no doutorado com o de diagnóstico do TDAH aos 40 anos. Sensibilidade de alguém que percebe o indivíduo em cada detalhe e, com muita sutileza, traz as palavras adequadas para cada momento. Agradeço pelas inúmeras vezes que me disse “Parabéns, Deise!” trazendo um incentivo especial associado a carinho e compreensão diante das minhas dificuldades. Obrigada pelo aprendizado, delicadeza e pelo cuidado sensível prestado em cada momento desse processo. Agradeço também por me enxergar como uma pesquisadora com limites, possibilidades e habilidades diante de todas as adversidades. Uma alma perfumada! Obrigada por ter demonstrado para a comunidade acadêmica que os orientadores respeitam limites e acreditam que no tempo de cada um podemos alcançar as metas fora dos padrões tradicionais estabelecidos.

À minha Coorientadora, **Maria Enoy Neves Gusmão**, com quem dividi quase todas as etapas dessa tese em um curto período de tempo e que tornou muito mais prazerosa essa caminhada com a sua disposição, incentivo, otimismo, paciência e leveza. Muita admiração pela senhora e gratidão por acolher na fase final do doutorado. Obrigada por toda a colaboração,

leitura e correção do projeto e artigos dessa tese em prazos curtos muitas vezes reduzindo o seu tempo de descanso, lazer e atenção aos seus familiares.

À minha amada coordenadora e professora **Nadirlene Gomes**, uma pessoa ímpar de palavras firmes, agradeço pela dedicação desprendida nessa jornada, por ir e voltar quantas vezes fossem necessárias, por acolher minhas lágrimas, mediar conflitos com uma sabedoria indescritível, não soltar minha mão quando pensei em desistir, por me ensinar a trabalhar em grupo, a definir o que é prioridade, a valorizar a família, não enfatizar o problema e sim as soluções e a perceber que podemos superar nossas dificuldades sendo racional além de sensível. Obrigada pelas tantas vezes que me fez refletir sobre o meu estudo, sobre minha vida pessoal e por me ensinar a não me vitimizar diante das circunstâncias. Obrigada pela generosidade e pela lição de vida. Ah! e não menos importante te agradeço pelo empoderamento pois sou uma mulher negra que agora sei me posicionar no que diz respeito a vulnerabilidade de outras meninas e mulheres.

A participação das minhas especiais **Rosana Mota e Carla Lima**, grandes colaboradoras, que, com muita paciência e independente do horário, me acolheram em suas casas, no seu trabalho e em sua vida. Dois exemplos de mulheres, enfermeiras, pesquisadoras, mães, amigas e pessoas de fé.

Às professoras **Rita de Cássia Maskelli Rapold, Telmara Couto, Josinete Gonçalves, e Melissa Almeida**, por aceitarem participar da banca de qualificação/ defesa desta tese e pelas importantes contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho.

**Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem** da Universidade Federal da Bahia pela oportunidade de realização do curso de Doutorado e, em especial, às docentes por contribuírem com momentos de crescimento e discussão.

Aos integrantes do Grupo de Estudos de Saúde da Criança e do Adolescente (**CRESCER**) e do Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (**VID@**) pelo apoio fundamental e pela construção conjunta dessa pesquisa.

Às minhas coordenadoras da UPA Nelson Barros e amigos, **Jandinir Campos, Anaildes Ribeiro, Tânia Nascimento e Marcelo (mãos negras)** que foram apoiadores, incentivadores, dividindo momentos de compreensão no exercício das atividades e em nosso processo de trabalho, suportando momentos de desgaste físico e emocional.

Às ex- alunas, bolsistas do VID@, colegas do doutorado que se aproximaram e muito contribuíram para que esse momento tão idealizado chegasse. Agradeço, sobretudo, a **Keile Silva, Marimeire Moraes, Selton Diniz, Joseli Bruce, Naiara Nascimento, Nadjane Gomes,**

**Luciano Albuquerque, Bárbara Ferreira, Michele Ferreira, Flávia Macedo e Lunara Rodrigues.**

Às amigas **Helena Oliveira, Taiana Campello, Tapuya Mascarenhas, Andressa Oliveira, Sonia Sacramento, Daiane Barreto e Priscila Salles** por serem minhas companheiras de longas datas da Saúde Mental contribuindo para me apoiar em todas as decisões, acertos e frustrações. Amo vocês.

Enfim, **muito obrigada a todas** que acreditaram em mim e que colaboraram direta ou indiretamente para que hoje eu chegasse até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

## RESUMO

MONTEIRO, Deise da Silva. **Fatores Associados a Ideação Suicida em Adolescentes Escolares com Transtorno Mental Comum**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023. 116p

Esta pesquisa tem o objetivo de verificar a associação entre os fatores sociodemográficos, sexuais/reprodutivos e ideação suicida em adolescentes escolares com TMC de uma escola pública em Salvador. Trata-se de um estudo transversal realizado na cidade de Salvador, Ba Brasil, com 120 escolares com idade entre 10 a 19 anos. Utilizou-se como instrumentos um formulário contendo variáveis e escala avaliativa de Transtorno Mental Comum. Os dados foram processados com auxílio do *Stata* versão 12. Foi estimada a razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança a 95% e valor de  $p \leq 0,05$  para verificar a associação. Obteve-se uma prevalência de ideação suicida entre os adolescentes com TMC de 58%. Quanto aos dados sociodemográficos, na análise bivariada verificou-se associação positiva estatisticamente significativa para o sexo feminino (RP = 2,65;  $p = 0,02$ ), não conviver com os pais (RP = 1,63;  $p = 0,20$ ), escolaridade de 6º/7º anos de estudo (RP = 1,72;  $p = 0,15$ ) e o desfecho Ideação Suicida entre adolescentes com TMC. Referente às variáveis sexuais/reprodutivas, identificou-se associação positiva estatisticamente significativa entre ser homossexual/ bissexual (RP = 3,09 e  $p=0,13$ ), ter namorado (RP = 1,84 e  $p=0,13$ ) e ter iniciação sexual (RP = 1,89 e  $p=0,07$ ) e Ideação Suicida. Adolescentes com TMC do sexo feminino, com menor escolaridade entre 6º/7º ano, que não convivem com os pais, declarados homossexuais ou bissexuais, com namorado e vida sexual ativa estão mais propensos a apresentarem ideação suicida, enquanto ser de raça/cor branca, comportou-se como fator de proteção para o agravo.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental. Estresse Psicológico. Adolescente. Enfermagem. Ideação Suicida.

## ABSTRACT

MONTEIRO, Deise da Silva. **Factors Associated with Suicidal Ideation in School Adolescents with Mental Disorder**. Thesis (Nursing Doctorate) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2023. 116p

To verify the association between sociodemographic, sexual/reproductive factors and suicidal ideation in adolescent students with CMD from a public school in Salvador. Cross-sectional study carried out in the city of Salvador, Ba Brazil, with 120 schoolchildren aged between 10 and 19 years. A form containing variables and an evaluative scale of Common Mental Disorder was used as instruments. Data were processed using Stata version 12. The prevalence ratio (PR) and 95% confidence interval and p value  $\leq 0.05$  were estimated to verify the association. There was a prevalence of suicidal ideation of 58% among adolescents with CMD. As for sociodemographic data, the bivariate analysis showed a statistically significant positive association for females (PR = 2.65; p = 0.02), not living with parents (PR = 1.63; p = 0.20 ), education of 6th/7th years of study (PR = 1.72; p = 0.15) and the outcome Suicidal Ideation among adolescents with CMD. Regarding the sexual/reproductive variables, a statistically significant positive association was identified between being homosexual/bisexual (PR = 3.09 and p=0.13), having a boyfriend (PR = 1.84 and p=0.13) and having sexual initiation (RP = 1.89 and p=0.07) and Suicidal Ideation. Female adolescents with CMD, with less education between the 6th/7th grade, who do not live with their parents, declared homosexuals or bisexuals, with a boyfriend and an active sex life are more likely to present suicidal ideation, while being of race /white, behaved as a protective factor for the injury.

**Keywords:** Mental Health. Psychological stress. Adolescent. Nursing. Suicidal Ideation.

## RESUMEN

MONTEIRO, Deise da Silva. **Factores asociados a la ideación suicida en adolescentes escolares con trastorno mental.** Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahia, Salvador, 2023. 116p

Verificar la asociación entre factores sociodemográficos, sexuales/reproductivos e ideación suicida en estudiantes adolescentes con TMC de una escuela pública de Salvador. Estudio transversal realizado en la ciudad de Salvador, Ba Brasil, con 120 escolares con edades entre 10 y 19 años. Se utilizó como instrumentos un formulario con variables y una escala evaluativa de Trastorno Mental Común. Los datos fueron procesados con Stata versión 12. Se estimó la razón de prevalencia (RP) y el intervalo de confianza del 95% y el valor de  $p \leq 0,05$  para verificar la asociación. Hubo una prevalencia de ideación suicida del 58% entre los adolescentes con TMC. En cuanto a los datos sociodemográficos, en el análisis bivariado se encontró asociación positiva estadísticamente significativa para sexo femenino (RP = 2,65;  $p = 0,02$ ), no convivencia con los padres (RP = 1,63;  $p = 0,20$ ), escolaridad de 6°/7° año de estudio (RP = 1,72;  $p = 0,15$ ) y el resultado Ideación suicida entre adolescentes con TMC. En cuanto a las variables sexuales/reproductivas, se identificó una asociación positiva estadísticamente significativa entre ser homosexual/bisexual (RP = 3,09 y  $p=0,13$ ), tener novio (RP = 1,84 y  $p=0,13$ ) y tener iniciación sexual (RP = 1,89 y  $p=0,13$ ).  $p=0,07$ ) e Ideación Suicida. Las adolescentes con TMC, con menor escolaridad entre el 6°/7° grado, que no viven con sus padres, declaradas homosexuales o bisexuales, con novio y vida sexual activa tienen mayor probabilidad de presentar ideación suicida, siendo de raza /blanco, se comportó como factor protector de la lesión.

**Palabras-clave:** Salud Mental. Estrés psicológico. Adolescente. Enfermería. Ideación suicida.

## LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

<b>Metodologia</b>	<b>Tabela 1</b> Distribuição do n° de escolares matriculados por turno e turma. Salvador, Bahia, Brasil, 2019. (n=614)	<b>51</b>
<b>Metodologia</b>	<b>Figura 1</b> Fluxograma da Amostragem	<b>52</b>
<b>Artigo 1</b>	<b>Tabela 1</b> Caracterização sociodemográfica de adolescentes escolares com transtorno mental comum (TMC) .Salvador, Bahia, Brasil, 2019. (n=120)	<b>64</b>
<b>Artigo 1</b>	<b>Tabela 2</b> Associação entre variáveis sociodemográficas e ideação suicida em adolescentes escolares com transtorno mental comum (TMC). Salvador, Bahia, Brasil, 2019. (n=120)	<b>65</b>
<b>Artigo 2</b>	<b>Tabela 1</b> Caracterização sexual/reprodutiva em adolescentes escolares com transtorno mental comum (TMC). Salvador, Bahia, Brasil, 2019. (n=120)	<b>80</b>
<b>Artigo 2</b>	<b>Tabela 2</b> Associação entre variáveis sexuais/reprodutivas e ideação suicida em adolescentes escolares com transtorno mental comum (TMC). Salvador, Bahia, Brasil, 2019. (n=120)	<b>80</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAPS I</b>	Centro de Atenção Psicossocial da Infância
<b>CBCL</b>	Children Behavior Checklist
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ESF</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>EMBASE</b>	Base de dados de informações biomédicas e farmacologia
<b>FAPESB</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDEB</b>	Índice de Desenvolvimento da Atenção Básica
<b>IC</b>	Intervalo de Confiança
<b>INEP</b>	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>PDE</b>	Plano de Desenvolvimento da Escola
<b>PSE</b>	Programa de Saúde na Escola
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PSYCINFO</b>	Base de dados de resumos de literatura no campo da psicologia
<b>PENSE</b>	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
<b>PROSAD</b>	Programa de Saúde do Adolescente
<b>PUBMED</b>	Base de dados que indexa artigos, revistas e livros de ciências da vida
<b>RP</b>	Razão de Prevalência
<b>SDQ</b>	Questionário de Capacidades e Dificuldades
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TALE</b>	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

**TMC** Transtorno Mental Comum  
**UFBA** Universidade Federal da Bahia  
**UNICEF** Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 REFERENCIAL TEORICO.....</b>	<b>22</b>
2.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTOJUVENIL.....	22
2.2 SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	29
<b>2.2.1 Saúde mental na infância e adolescência.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2.2 Transtornos Mentais Comuns na adolescência.....</b>	<b>32</b>
2.3 IDEIAÇÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA.....	40
<b>2.3.1 Comportamento suicida na adolescência.....</b>	<b>40</b>
<b>2.3.2 Ideação de suicídio entre adolescentes.....</b>	<b>42</b>
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO AOS ADOLESCENTES.....	45
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>51</b>
3.1 DESENHO DE ESTUDO.....	51
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	51
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	52
3.4 AMOSTRA.....	52
3.5 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS.....	53
<b>3.5.1 Instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>54</b>
<b>3.5.2 Operacionalização da coleta.....</b>	<b>55</b>
<b>3.5.3 Variáveis do estudo.....</b>	<b>56</b>
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	57
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
4.1 ARTIGO 1 - Fatores associados a ideação suicida em adolescentes escolares com TMC.....	60
4.2 ARTIGO 2 - Adolescentes Escolares com TMC: associação entre características Sexuais/Reprodutivas e Ideação Suicida.....	78
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE A</b> – Instrumento de coleta de dados.....	<b>103</b>
<b>APÊNDICE B</b> – Manual do entrevistador.....	<b>108</b>
<b>APÊNDICE C</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	<b>109</b>
<b>APÊNDICE D</b> – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	<b>110</b>

<b>APÊNDICE E</b> – Fluxograma da população do estudo.....	111
<b>APÊNDICE F</b> – Representação dos resultados do artigo I.....	112
<b>APÊNDICE G</b> – Representação dos resultados do artigo II.....	113
<b>ANEXO A</b> – Parecer consubstanciado do CEP.....	114

## **APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA**

A escolha desta escola que situada na Fazenda Grande do Retiro para cenário do estudo em questão perpassou por uma aproximação prévia da pesquisadora, que desde nascida residiu neste bairro até a adolescência, quando seus pais, preocupados com a marginalidade e violência após a morte de alguns jovens da comunidade, resolveram se mudar em busca de um lugar mais tranquilo que possibilitasse uma socialização e interação dos filhos. Em 1994, realizamos a mudança do lugar de moradia, mas minha genitora permaneceu presente nesta escola devido ao seu vínculo de funcionária estatutária. Participávamos das atividades culturais e festivas promovidas pela escola, além de interagir com frequência com funcionários e alunos.

Em 2014, estava inserida numa intuição de ensino superior (Centro Universitário Estácio da Bahia) como professora do curso de Serviço Social e sugeri que as atividades de estágio fossem desenvolvidas nessa escola, corroborando com o projeto de lei que estava em tramitação e foi publicada em diário oficial da União sob número 13.935, que se configura em uma conquista para educação básica com a inserção de assistentes sociais e psicólogos nas escolas públicas. Após o estabelecimento do convênio de estágio com a escola em questão, comecei a realizar as atividades de preceptoria com inserção de seis alunos semestralmente em estágio supervisionado I ao IV que teve dois anos de duração. Essas atividades realizadas no estágio curricular se constituem em pré-requisito básico para a formação dos assistentes sociais correlacionando o conteúdo teórico à intervenção profissional.

Nesta atividade de preceptoria, durante os primeiros seis meses, o discente realizava atividades como a observação participante, a caracterização da instituição, o mapeamento da rede socioassistencial e um breve diagnóstico da comunidade. Em seguida, entre seis meses a um ano, iniciávamos os atendimentos individuais e atendimentos familiares supervisionados pela preceptora, bem como o levantamento das principais demandas para a elaboração e execução do projeto de intervenção que ocorria até um ano e meio de inserção no campo de estágio. Por fim, era apresentado um relatório final que detalhava a execução do projeto, a exemplo da avaliação das atividades propostas realizadas ou não.

Ainda na qualidade de preceptora, foi possível estabelecer uma parceria com o Laboratório de Estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida (Lab Vid@), por intermédio da participação na coleta de dados da então doutoranda Rosana Santos Mota, que desenvolvia sua pesquisa intitulada “Fatores Associados à Violência Doméstica Intrafamiliar e Escolar”. Essa experiência profissional promoveu uma maior vinculação com os estudantes, articulação com professores e funcionários, o que viabilizou o desenvolvimento da pesquisa do meu mestrado e agora do doutorado.

Ainda mediante a parceria com o Laboratório de Estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida (LabVid@) e ao Grupo de Estudos de Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER) foi possível participar de uma atividade curricular em comunidade (ACCS) em 2018.2 que proporcionou a realização de uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar dos problemas associados a violência.

Por meio dessas inserções na escola, vinculações com alunos e relatos de professores e funcionários, conseguimos desnudar algumas situações de marginalidade, pobreza, violência, desestruturação familiar e vulnerabilidade social que impactavam diretamente sobre o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente. Era notório que essa realidade reverberava sobre o processo de aprendizagem do aluno, necessitando de intervenções imediatas na instituição e comunidade. Considerando que a escola se encontra inserida numa comunidade com grande vulnerabilidade social, que interfere não apenas no setor de educação, necessário se faz a articulação de ações intersetoriais que promova aos alunos bem-estar e melhorias a saúde física, psicológica, mental e emocional. Essa vulnerabilidade e as situações de risco para a adolescência norteavam a escolha desta escola, especialmente pelo interesse e motivação de cuidar da saúde infantojuvenil.

## 1 INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é um grave problema de saúde pública que tem registrado elevada prevalência na população jovem, ocasionando diversos prejuízos sociais. Tal situação desperta a necessidade da compreensão dos seus aspectos, das ações de prevenção ao suicídio e de educação em saúde no ambiente escolar.

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, permeada de alterações físicas e emocionais, que vulnerabilizam o adolescente a ser acometido de problemas mentais. Nesse contexto, o suicídio é uma das principais causas de morte entre os adolescentes, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020). Esse índice tem crescido entre os adolescentes ao longo dos anos, de acordo com dados coletados por meio do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) com 74.589 alunos de 12 a 17 anos, existe uma prevalência geral de 17%, sendo o (TMC) elevado nessa população. Corroborando, o boletim epidemiológico estima que 6.588 adolescentes brasileiros cometeram suicídio no período de 2016 a 2021 incluindo o período da pandemia.

Um estudo realizado com adolescentes estudantes do ensino fundamental e médio da cidade João Pessoa-PB apresentou prevalência de 22,2% para ideação suicida (Araújo, cols., 2010), resultado próximo aos encontrados em estudos realizados na Colômbia, Chile, Peru e Uganda (CARVAJAL, & CARO, 2009; BARROILHET, & COLS., 2012; CANO, & COLS., 2009; RUDATSIKIRA, MUULA, SIZIYA, & TWA-TWA, 2007), enfatizando assim que os transtornos mentais estão cada vez mais constantes nessa população.

De acordo com um relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a adolescência é uma fase crítica para o desenvolvimento e estima-se que 20% dos adolescentes apresentem pelo menos um transtorno mental. Essas estimativas têm aumentado constantemente ao longo dos anos. No Brasil, um estudo constatou que a prevalência de transtornos de ansiedade e depressivos na adolescência é de 30%, com uma maior ocorrência entre o sexo feminino e um aumento da prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em relação à idade dos participantes.

O TMC engloba principalmente a depressão e a ansiedade e são considerados comuns devido à sua alta prevalência na população. No entanto, esses transtornos afetam significativamente o humor e as emoções, e os sintomas podem variar em gravidade e duração. A prevalência desses transtornos tem aumentado, especialmente em países de baixa renda. No entanto, poucos estudos de base populacional com adolescentes abordam as questões sociais, econômicas e os jovens com TMC (TZOUVARA et al, 2023).

Pesquisas recentes mostram que os problemas mentais no ambiente escolar têm assumido uma dimensão alarmante, uma vez que adolescentes e jovens, tanto do sexo feminino quanto masculino, têm sido afetados por transtornos mentais e apresentam com maior frequência um desempenho escolar abaixo do esperado. Esses transtornos podem incluir ansiedade, depressão, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos alimentares, entre outros. Podem ter um impacto significativo no bem-estar psicológico dos jovens e afetar sua capacidade de concentração, motivação e aprendizado na escola (SILVA et al, 2019).

Os jovens que sofrem de transtornos mentais não só apresentam um desempenho escolar inferior, mas também correm o risco de evasão escolar e envolvimento em problemas ilegais. Estudos indicam que crianças que enfrentam problemas relacionados à saúde mental tendem a manter essas dificuldades durante o processo de desenvolvimento, o que pode prejudicar o desempenho em atividades e habilidades em fases posteriores do ciclo de vida. Além disso, aumenta a probabilidade de se tornar uma criança, adolescente ou jovem com problemas na comunicação, na expressão de sentimentos, com dificuldades relacionais e/ou até mesmo de desenvolver transtornos mentais mais graves na fase adulta (CID; MATSUKURA, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), alguns problemas de saúde mental são particularmente relevantes durante a adolescência, incluindo depressão, suicídio e psicoses. Além disso, também é importante considerar transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, abuso de substâncias, transtornos alimentares e condições médicas associadas, como diabetes e epilepsia. Para fornecer atendimento adequado a esses problemas, é necessário desenvolver estratégias focadas na saúde mental de crianças e adolescentes, que se baseiam na compreensão desses problemas, intervenção em situações identificadas e na elaboração de diretrizes políticas (BENETTI et al, 2007).

Devido às inúmeras interações e vulnerabilidades psicossociais que envolvem a adolescência, os fatores de saúde mental se destacam na análise desse período da vida. Vários estudos debatem sobre a grande probabilidade de suicídio e depressão na adolescência, com prevalência de sintomas depressivos nessa fase chegando a 20% em alguns países (AVANCI et al, 2007).

O Brasil, comparado aos países da Europa oriental e da Ásia, apresenta menores índices de suicídio nas diferentes faixas etárias, sendo que as taxas entre os adolescentes têm sido crescentes (BORGES; WERLANG, 2006). Vários estudos produziram dados epidemiológicos que mostram um aumento nas taxas de suicídio em toda a população do mundo. Os dados estatísticos podem estar subestimados sobre a tentativa e/ou suicídio consumado,

principalmente entre os adolescentes, pois seu comportamento autolesivo em algumas situações pode ser incompreendido, negado ou omitido pelos familiares, o que é alarmante (BAHIA, 2020)

Em um estudo realizado no Brasil com 691 adolescentes de 12 a 19 anos utilizando o Questionário da Juventude Brasileira, identificou-se, o índice de 35,7% de ideações suicidas ao longo da vida. Corroborando essa elevada incidência, outro estudo encontrou um índice de ideação suicida de 20,7% e de tentativa de suicídio de 7,5% (HERENIO; ZANINI, 2020).

O ideal é a identificação do transtorno mental no adolescente precocemente para melhores evoluções e prognósticos. O diagnóstico do risco de suicídio é feito em entrevista inicial e já existem protocolos para abordar essa questão. Durante a intervenção assistencial, o profissional de saúde mental pode criar um plano de tratamento para situações que gerem risco de suicídio.

Em síntese, a produção científica sobre saúde mental na faixa etária adolescente continua aumentando, indicando uma necessidade de ampliação da pesquisa e investigação sobre quadros psicopatológicos e fatores relacionados. Há um grande interesse em entender e identificar condições clínicas e desenhar estudos para tratar de assistência aos casos. Todavia, mesmo levando em consideração esses aspectos, uma produção epidemiológica nacional sobre saúde mental do adolescente requer maior investimento em planejamento para intervenção e prevenção. Essencialmente, o serviço está limitado aos casos mais necessários e não dispõe dos recursos necessários para aumentar o serviço (WEARE, NIND, 2011; PFAFF, et al, 2021).

A relevância acadêmica do tema e o declínio da produção empírica nacional sobre o assunto tornam pertinente, portanto, examinar no contexto urbano brasileiro os fatores associados que podem potencializar os problemas de saúde mental de adolescentes.

Assim, diante de um cenário mundial de crescimento do número de mortes por suicídio e da lacuna de informações acerca de ideação suicida em adolescentes com TMC, faz -se necessário desvelar a frequência desse fenômeno e os fatores associados na população adolescente para que seja possível perceber as vulnerabilidades e recomendar ações adequadas de prevenção. Diante disso, definiu-se como objetivo geral: Analisar fatores associados a ideação suicida em adolescentes escolares com TMC de uma escola pública em Salvador; e como específicos: Caracterizar os adolescentes escolares com TMC segundo os fatores sociodemográficos, sexuais/reprodutivos; Estimar a prevalência de ideação suicida entre esses adolescentes escolares com TMC; Verificar a associação entre os fatores sociodemográficos, sexuais/reprodutivos e ideação suicida em adolescentes escolares com TMC de uma escola pública em Salvador.

## 2 REFERENCIAL TEORICO

### 2.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTOJUVENIL

Na contemporaneidade, para entender a importância da infância é necessário compreender a história, para que então possamos falar com clareza sobre os dias atuais, onde as crianças recebem um olhar especial, deixando de ser vistas como adultos pequenos e têm um cuidado particular e individualizado.

Durante a idade média o termo criança não existia, o que diferenciava o adulto de uma criança era somente o tamanho e a força, porém todos eram tratados da mesma forma, usavam as mesmas vestes e trabalhavam nos mesmos lugares. Sendo assim, por não existirem distinções entre adultos e crianças, sobravam para elas terem que ajudar os adultos nos serviços fazendo as mesmas atividades, aprendendo tarefas do dia a dia. Logo após o período de amamentação a criança era retirada do seio familiar e colocada na companhia de outros adultos para aprender a servir e trabalhar, sendo criadas por outras famílias a fim de que pudessem aprender a desenvolver outras atividades (ARIÈS, 1978).

O pesquisador francês Philippe Ariès (1960), em sua obra *História Social da Criança e da Família*, publicada em 1960, ressalta a ideia de que a infância foi sendo historicamente estruturada e que a criança não foi entendida como um ser em crescimento, mas como adulto em miniatura. Assim, não existiam restrições para relação do adulto com a criança, elas participavam de reuniões, festas e danças, ficavam expostas às conversas vulgares, brincadeiras grosseiras e participação em jogos sexuais.

Durante esse período, o índice de infanticídio era alto e as crianças eram tidas como mercadorias, jogadas foras e substituídas por outras na intenção de encontrar uma espécie melhor, mais forte e mais apta para se encaixar nos padrões impostos pela sociedade e pelos próprios pais. Além disso, existia ausência da afetividade maternal e a família era vista apenas como uma instituição. Outra característica da época era entregar a criança para que outra família a educasse, elas voltavam quando completassem sete anos, se sobrevivesse. Assim, nesta idade estaria apta para ser inserida no seio familiar e na atividade laboral (ARIÈS, 1978).

No período colonial crianças eram obrigadas a aceitar abusos sexuais de marujos rudes e violentos. Crianças, mesmo na companhia dos pais, eram violentadas por pedófilos e as órfãs tinham que ser guardadas e vigiadas cuidadosamente a fim de manterem-se virgens, pelo menos, até que chegassem à Colônia (SOUZA, 2014).

Na educação existia distinção de classe social entre as crianças brancas e pretas. A criança da casa-grande recebia instruções nas escolas jesuítas, ou na própria casa, por meio de

preceptores contratados pela família, enquanto as crianças negras e escravas não tinham acesso à educação (KLEIN, 2016).

Existiam as crianças expostas, aquelas que foram abandonadas pela mãe, e eram provenientes das rodas de expostos. Normalmente essas crianças eram pobres, escravizadas, nascidas de relacionamentos ilícitos entre um membro da classe abastada com criados ou escravas (CORAZZA, 2000). Para reduzir o número de crianças em situação de abandono criou-se instituições acolhedoras assistenciais, que ficaram conhecidas como Roda dos Expostos. A roda tinha um formato de um tonel giratório que ligava a rua ao hospital (VANTI, 2004; MARCILIO, 2016). Essas instituições perduraram por muito tempo no Brasil, contudo, devido a elevada taxa de mortalidade relacionado aos precários cuidados de higiene e alimentação, essas instituições foram obrigadas a fechar e extinguir gradativamente (RIZINNI, 2004).

Ao decorrer do tempo emergiram diversos movimentos em prol da proteção dessas crianças e adolescentes, compreendendo-as como seres que precisam de cuidados especiais. Na atualidade, entende-se que toda criança e adolescente têm direitos e deveres que precisam ser respeitados, como os de brincar, estudar, acompanhamento de saúde, exercer relações sociais, entre outros. Essas ações são necessárias para que possam crescer e ter um desenvolvimento físico e mental totalmente saudável. Atualmente, o termo infância e adolescência são muito abordados e questionados, pois esta fase tem um papel fundamental para a vida adulta. Por mais que pareçam ser óbvias, os direitos supracitados nem sempre foram respeitados, surgindo a necessidade da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), resultado de uma longa luta da sociedade civil (BRASIL, 1990)

Dentre esses cuidados especiais para com os infantojuvenis, é fundamental acompanhar com continuidade o crescimento e desenvolvimento dessas crianças, pois, são indicadores importantes na atenção à saúde da criança, contribuindo de forma essencial para que elas possam atingir todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento. No que tange ao crescimento, este está mais relacionado ao aspecto físico, alterações no corpo da criança; já o desenvolvimento está voltado a um processo que envolve aquisição de novas funções, tais como as intelectuais e sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Diante disso, para avaliar e monitorar esse crescimento e desenvolvimento foram elaborados alguns instrumentos para auxiliar nesse processo. A análise antropométrica é uma ferramenta de investigação nutricional embasada na aferição das oscilações físicas de qualquer parte ou da composição corpórea total, é aceitável ao longo da vida e oportuniza a classificação de forma individual e coletiva (BRASIL, 2011).

Essa medida antropométrica é importante para analisar, interceder e monitorar a saúde coletiva e individual da população. Existem vários informativos usados para analisar o desenvolvimento da criança por intermédio de um conjunto de parâmetros antropométricos (FERREIRA, 2012). Eles foram elaborados no decorrer do tempo por organizações diferentes, agrupando os indicadores conforme uma delimitada população etária, abrangendo os neonatos prematuros extremos (<28 semanas de gravidez) e vários outros públicos que não foram incluídos pela curva de desenvolvimento ideal (FERREIRA, 2020).

Para garantir o crescimento e desenvolvimento normal da criança e do adolescente são avaliados na prática clínica o conjunto de informações em curvas de desenvolvimento. Tais curvas são reconhecidas de índices antropométricos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tornando-se modo proposto para explicação de sobrepeso, obesidade infantil e desnutrição. As fundamentais curvas aplicadas na classificação da população etária são: peso para idade (P/I), peso para estatura (P/E), estatura para idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para idade (IMC/I) (MONTARROYOS et al, 2013). Ao término da análise das crianças pelos índices de agregação do estado alimentar, ocorre a avaliação por faixas etárias, as quais determinam pontos de corte em Escore -Z ou em percentil (MOTA, 2011).

Entre os recursos utilizados, a avaliação antropométrica é um método muito empregado na apreciação do crescimento infantil, uma vez que é um procedimento de fácil entendimento, não invasivo, econômico, além disso, fundamental para identificação tanto de aumento de peso, como do risco de mortalidade na infância associado ao déficit nutricional (FERNANDES et al, 2022).

A fase do nascimento até o primeiro ano de vida é um período com elevados índices de morbimortalidade. A fim de reduzir esses indicadores, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD), que visa contribuir para a qualidade de vida na primeira infância. Com a implantação da ACD, que objetiva o reconhecimento e a intervenção precoce de situações que põem em risco a saúde infantil, constatou-se uma significativa redução entre 2000 e 2010, quando a taxa de mortalidade infantil diminuiu em 47,6% (JESUS et al, 2018). De tal maneira, as medidas antropométricas são muito utilizadas na avaliação do estado alimentar da criança desde o nascimento para detectar o risco nutricional ao desenvolvimento infantil. (LOPES et al, 2022).

Com uma comunidade infantil de quase 30 milhões de crianças (IBGE, 2015), o Brasil se destacou por reduzir a mortalidade infantil e a desnutrição crônica entre menores de 5 anos desde a década de 90. Todavia, esses declínios aconteceram de modo desproporcional entre as regiões do país, sendo que as regiões Norte, Nordeste e Sudeste acumulam as maiores

proporções de riscos nutricionais associado com as condições de vida dessas regiões (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Nos últimos dez anos, as modificações do padrão alimentar brasileiro vêm gerando um declínio na desnutrição e aumento significativo do sobrepeso e obesidade infantil. Desse modo, o aumento considerável de peso na infância e adolescência, tornou-se um problema de saúde pública, visto que as pesquisas mostram risco elevado de crianças e adolescentes com acúmulo excessivo de gordura corporal tornarem-se adultos obesos e conseqüentemente, desenvolverem doenças crônicas (LOPES et al, 2022).

Além dos índices antropométricos que apresenta indicadores do crescimento infantil, é fundamental entender também as etapas de desenvolvimento. Na segunda metade do século XX, foi desenvolvida pelo psicanalista Erik Erikson, uma das teorias mais populares e influentes do desenvolvimento: o desenvolvimento psicossocial. Ele não somente argumentava que era possível mudanças pessoais, como também mapeou esses estágios em 8 fases, pelas quais o ser humano passa, sendo a primeira Confiança x Desconfiança: até 2 anos. Nesse estágio, inicia-se os primeiros atos de socialização do bebê, que interage com seus cuidadores próximos, estabelecendo, assim, um sentimento de segurança que desenvolverá a confiança nas pessoas e no ambiente. O segundo estágio é Autonomia x Vergonha e Dúvida: entre 2 a 3 anos. Essa fase de aquisição da linguagem coincide com o senso de autonomia, a criança começa a entender que é um ser social e a aprender a manipular objetos (HALL, LINDZEY, CAMPBELL, 1998).

Posteriormente, é a Iniciativa x Culpa: entre 4–5 anos. Uma vez desenvolvida a autonomia, a criança parte para a iniciativa, aplicando suas capacidades físicas e mentais para expandir em outras áreas de forma criativa e social. Logo depois, é a Diligência x Inferioridade: entre 6–11 anos, na qual ocorre a liberação da criatividade, surgindo então, a necessidade de controlar a imaginação e direcionar o foco criativo para processos de socialização formal, principalmente a educação. A quinta fase, Identidade x Confusão de Identidade: entre 12 – 18 anos, já na adolescência, domina a demanda pela identidade. A tensão entre ser diferente e se adequar às normas de algum grupo para ser aceito pode gerar crise de identidade (KROGER, 1993).

Em seguida, vem a sexta fase Intimidade x Isolamento: entre 19 - 40 anos. Após estabelecer a identidade, a pessoa aproxima-se de outras que tenham valores, gostos e interesses semelhantes. A penúltima fase é a Generatividade x Estagnação: entre 40 - 60 anos. A socialização adulta anterior pode resultar em uma carreira, família ou amizades duradouras. Por fim, a última fase é Integridade x Desespero: entre 60 anos e o resto da vida, a pessoa madura

e reflete sua vida. Desta forma, a teoria psicossocial compreende que a identidade se desenvolve durante toda a vida (BEE, 2003).

No que tange ao desenvolvimento motor, este é um indicador eficaz de avaliação da saúde da criança. Dessa forma, é considerado o eixo norteador da assistência à saúde desta população com foco em fatores que podem interferir nesse processo para o alcance de melhor qualidade de vida (FILGUEIRAS et al., 2005; SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010; SUCUPIRA; BRASOLIN, 2003).

O desenvolvimento motor infantil é uma ação de aprendizado importante no primeiro ano de vida, em que o comportamento motor está relacionado com a faixa etária de idade, postura e movimento do indivíduo, que adquirem habilidades locomotoras como rolar, rastejar, engatinhar e andar. Esse processo é mutável e depende de inúmeros estímulos externos (GOMES; NUNES, 2006).

O atraso no desenvolvimento motor irá impactar futuramente o desempenho da criança. Assim, acompanhar e observar a qualidade dos movimentos é importante para identificar comportamento esperado para idade da criança. O diagnóstico precoce de alteração no desenvolvimento motor, prima por atuação precoce frente aos mesmos, mediante a criação de um desenho de intervenções direcionado para o tempo de prática de cada habilidade e as metas de desempenho da criança (SOARES; CESAR, VAZ, 2011).

O desenvolvimento psicomotor é uma ação contínua a proporção que ocorre a evolução da inteligência, da comunicação, da efetividade, do conhecimento e da civilidade de maneira integral e sincrônica. Ocorre por etapas e submete-se a maturação do sistema nervoso central, mas também do histórico cultural de cada indivíduo (VALENTINI et al, 2008). Nesse período o bebê desenvolve o processo adaptativo básico de tentar entender o ambiente em que vive. Absorve informações delimitando-se em etapas de esquemas sensório-motores e se acomodam baseados em suas vivências. Para Piaget, esse é o marco inicial do desenvolvimento da criança. Tal como o desenvolvimento das coordenações motoras, a criança aprende a distinguir os objetos do próprio corpo e as ideias das crianças estão vinculadas ao real. As habilidades vão se aperfeiçoando conforme lhe é ofertado e maturação do sistema nervoso central (VELEDA, 2011).

No decorrer dos dois primeiros anos de vida, o desenvolvimento da função motora e do psiquismo embarçam-se e sobrepõem-se por intermédio do desenvolvimento psicomotor. Nesse sentido, o desenvolvimento interpõe-se pelas condições genéticas, meio ambiente da criança e o sexo do bebê. Dessa forma, as condições genéticas mencionam-se tudo o que a criança herda dos progenitores. Por isso, é de grande relevância proporcionarmos a criança uma

ambiência animada com possibilidade de diversão e varredura, dessa forma oferecemos-lhe uma chance única de alcançar aprendizado velozmente. O sexo também influencia sobre a forma como um bebê vai se desenvolvendo. Exemplificando, as garotas são hereditariamente mais hábeis no desenvolvimento motor. Inicialmente o conhecimento é integral, isto é, o bebê entende de modo simultâneo a mover-se, a prestar atenção ao que lhe é dito, a estipular um vínculo com pessoa de apreço (SOARES; CESAR, VAZ, 2011).

Embora cada criança seja singular no momento que adquire as capacidades psicomotoras, mas de modo geral desenvolve hábitos típicos da idade, como: Recém nascidos - Reflexo subcorticais; 1 mês - Segue a luz; 2 mês - Sorri, balbucia; 3 mês Sustenta a cabeça; 4 mês - Agarra objetos; 5 mês - Gira sobre abdome; 6 mês - Mantém sentado; 7 mês - Preensão palmar; 8 mês - Pinça digital; 9 mês - Põe-se sentado; 10 meses - Engatinha; 11 meses - De pé, dá passos com apoio; 12 a 14 meses - Caminha só; 14 a 2 anos - Empurra carrinhos, carrega brinquedos e começa a correr, chuta bola (GOMES; NUNES, 2006).

Enquanto os primeiros anos de vida da criança são marcados pelo fortalecimento do vínculo afetivo familiar, a partir do segundo ano de vida as relações sociais começam a se intensificar favorecendo ao desenvolvimento moral, autoestima, autocontrole e desempenho social (BRASIL, 2012).

O cérebro da criança possui uma característica chamada neuroplasticidade. Essa característica confere ao cérebro a capacidade de desenvolver, a partir de estímulos recebidos, modificações na força e no número das conexões sinápticas. Trata-se de uma resposta às exposições que as crianças sofreram no seu ambiente de vivência. Diante dessa informação e da complexidade existente em torno do desenvolvimento infantil, o seu acompanhamento exige um olhar ampliado em todos os aspectos (SBP, 2016).

A adolescência compreende uma das etapas do ciclo vital, ao qual é caracterizada por um processo que envolve mudanças físicas, psicológicas e ambientais; sendo diretamente relacionadas ao contexto histórico, social e cultural em que se caracteriza o desenvolvimento (SIFUENTES, DESSEN, OLIVEIRA, 2007).

Os desenvolvimentos físicos/biológicos englobam as alterações do tamanho e forma do corpo, as quais provocam algumas dificuldades na autoimagem individual. De modo que, as características mais visíveis da adolescência e específicas da puberdade são as mudanças biológicas, avassaladoras e relativamente rápidas. Dentre estas mudanças encontram-se as alterações na forma do corpo como: o crescimento de pelos nas regiões pubianas, crescimento do pênis, aumento dos seios, dentre outras. Deste modo, inicia-se a sexualidade, onde hormônios que desencadeiam a atração sexual são liberados (SBP, 2016).

Além disso, podemos relatar o desenvolvimento emocional, ao qual está relacionado ao aumento da capacidade de sentir, entender e diferenciar as emoções, bem como a capacidade de autorregulá-las, para que o indivíduo possa adaptar-se ao ambiente em que vive. Nota-se a intrínseca relação entre o desenvolvimento social e o emocional na medida em que a partir das relações sociais, o indivíduo passa a compreender e a nomear as emoções básicas como a alegria, e as emoções morais tais como a vergonha e o orgulho (RUEDA; PAZ- ALONSO, 2013).

Destaca-se ainda o desenvolvimento cognitivo, em que o psicanalista Jean Piaget foi um dos grandes estudiosos. Ele parte do pressuposto de que o desenvolvimento mental não pode ser dissociado do crescimento físico e defende que há um paralelismo entre eles (BEE, 1997).

Piaget propôs quatro estágios do desenvolvimento cognitivo: (a) o sensório-motor (de 0 a 2 anos), em que o bebê entende o mundo a partir dos seus sentidos e das suas ações motoras; (b) o pré-operatório (de 2 a 6 anos), em que a criança passa a utilizar símbolos, classificar objetos e utilizar lógica simples; (c) o operatório concreto (de 7 a 11 anos), em que inicia o desenvolvimento de operações mentais como adição, subtração e inclusão de classes; e (d) o operatório formal (de 12 anos em diante), em que o adolescente organiza ideias, eventos e objetos, imaginando e pensando dedutivamente sobre eles (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Piaget acredita que os valores morais são construídos a partir da interação da criança/adolescente com os vários meios sociais e ocorre por meio de sua convivência diária, principalmente com o adulto, conseqüentemente construindo seus valores, princípios e normas morais. Assim sendo, diz que esse processo requer tempo (BECKER, 2011).

Levando em consideração os aspectos abordados, percebe-se que a infância e adolescência são marcados por indicadores de crescimento e desenvolvimento complexos. Tais marcadores são influenciados por fatores intrínsecos, que é a genética e fatores extrínsecos, como rede de suporte, nutrição, violência, aspectos sociodemográficos e socioeconômicos e acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, a exposição dos menores à esses fatores estão intrinsecamente relacionados ao crescimento e desenvolvimento saudável do indivíduo, podendo acarretar em doenças não apenas no âmbito físico, mas também no psíquico.

## 2.2 SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

### 2.2.1 Saúde mental na infância e adolescência

É possível perceber através das pesquisas e obras publicadas sobre a Saúde Mental Infantil no Brasil, que não houve nada estruturado ou mesmo construído até o século XIX no que tange a área de intervenção, estudo e cuidado desse público. O período colonial é descoberto de vastas referências de atenção à infância e adolescência, dessa forma, a abordagem desse período fica comprometida. Nota-se, que só a partir da criação do Hospital Psiquiátrico Brasileiro D. Pedro II e o surgimento das primeiras teses em psicologia e psiquiatria é que começaram a surgir estudos com abordagem infantil (RIBEIRO, 2006).

No entanto, isso se deu ainda em uma perspectiva de controle social, as propostas existentes em escolas especiais, hospitais psiquiátricos e abrigos eram autoritárias, opressoras e se voltavam para o controle de seus corpos, visando torná-los adultos subordinados e passivos. Desse modo, as políticas públicas visando assegurar os direitos de crianças e adolescentes nos destinavam ao controle do Estado e à construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização com o único intuito de garantir a proteção da ordem social (FERNANDES et al., 2022).

No fim do século XIX e início do XX, surgia uma nova mentalidade que se propunha a cuidar da população, educando e ensinando novos hábitos. Convencionou-se chamá-la de movimento higienista, um movimento forte de orientação positivista, composto por médicos que tinham como objetivo impor-se aos centros de decisão do Estado a fim de obter investimentos e intervir na regulamentação da saúde, e no ordenamento de muitas outras esferas da vida social (GÓIS, JUNIOR, 2022).

Das teses e debates sobre as causas da mortalidade infantil houve um aumento na produção de teses que defendiam a utilização de táticas médico-higiênicas na educação escolar, na pedagogia infantil e na orientação familiar. O colégio passou a ser visto como a instituição ideal, onde a infância e a juventude poderiam ser preservadas de qualquer mal, de qualquer influência perniciosa, e moldadas de acordo com os princípios higienistas (RIBEIRO, 2006).

Podemos reconhecer três marcos decisivos para os avanços na representação social e no consequente cuidado dirigido a crianças e adolescentes, todos eles possíveis a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988: a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Mental, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A redemocratização do Brasil após décadas de ditadura militar trouxe em sua base a inscrição das

reformulações advindas da Reforma Sanitária, consolidando a saúde como direito e não como mercadoria de acesso privilegiado e restrito (LIMA; SURJUS, 2016).

Em 2011, por meio da portaria nº 3.088, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada às pessoas de todas as idades com transtornos mentais e/ou que vivenciam dificuldades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Com a finalidade de criar, ampliar e articular os dispositivos de atenção à saúde na esfera do SUS (FERNANDES et al., 2022).

Apesar dos avanços na área da saúde mental, muito ainda precisa ser feito. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a necessidade urgente de transformar a saúde mental. Em seu relatório chama todos os países a acelerar a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030. A OMS faz várias recomendações de ação, agrupadas em três “caminhos para a transformação”, que são: aprofundar o valor e o compromisso que damos à saúde mental; reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc e reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços (OPAS, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), conceitua a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Essa definição foi proposta em 1946 e por um longo período foi norteador de políticas e conceituações sobre o que é e o fazer em saúde. Apesar deste conceito não estar totalmente errado, atualmente ele é considerado obsoleto por estar baseado num modelo inatingível de saúde e desconsiderar o perfil epidemiológico da população cada vez mais longevo, e, conseqüentemente, sem a plenitude da saúde física sem nem mesmo mencionarmos a saúde mental e social (GAINO, 2018).

Sob influência dos movimentos políticos e científicos mundiais, principalmente a eclosão dos movimentos sanitários da década de 70 e os ocorridos em 1990 com a Declaração de Caracas que influenciou o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, observou-se a necessidade de reavaliação do conceito de saúde mental e de suas estratégias de ação (BRASIL, 2005). A separação do indivíduo em “corpo” e “mente”, representa o distanciamento da visão universal da saúde, além de focar na doença e não no indivíduo. Para Franco Basaglia, a “doença” mental entre parênteses, como designada por ele, não representa a sua negação, mas sim, a ruptura da epistemologia direcionada à doença e não ao indivíduo (JUNQUEIRA, CARNIEL, 2012). Logo, com a difusão acerca da abordagem terapêutica tendo o indivíduo como o principal referencial, um novo conceito sobre Saúde Mental ganhou força no Brasil.

Aliando-se o novo conceito de Saúde e Saúde Mental, com o novo cenário epidemiológico mundial é que se justifica a grande preocupação acerca dos transtornos mentais. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, os Transtornos Mentais são caracterizados pela combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos anormais, que afetam o indivíduo em sua socialização e funcionalidade (OPAS, 2022). O indivíduo portador de transtorno mental possui uma visão distorcida de si mesmo ou do mundo que o impossibilita lidar com conflitos de forma efetiva (BRUNNER, SUDDARTH, 2009).

De acordo com a classificação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* da *American Psychiatric Association*, transtorno mental é definido como diversos sintomas, sejam eles psicológicos ou comportamentais, que desencadeiam sofrimento e pode acarretar no óbito (American Psychiatric Association, 2000).—Existem diversos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais e é com base neles que há uma grande preocupação frente ao cuidado em saúde mental. O transtorno mental pode acometer qualquer pessoa, em qualquer idade, sexo e condição socioeconômica e em qualquer fase da vida (PORTUGAL, 2015).

A manifestação dos transtornos mentais sobre o indivíduo e tudo o que é percebido, é o sofrimento psíquico. Este, corresponde a uma inabilidade em adaptar-se diante das diversas situações às quais estamos expostos todos os dias. O sofrimento não pode ser classificado como doença, e diante dessa afirmação observamos o que se encontra no Caderno de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2010), onde relata que independente da causalidade, biológica, psicológica ou sociológica, as formas mais comuns de sofrimento mental se apresentam na vida de cada indivíduo de forma dinâmica e sob influência de vários fatores, sem que necessariamente sejam determinantes do transtorno mental. Entretanto, os sintomas de sofrimento psíquico como tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade e medo, assim como queixas como mudança no sono e apetite palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais, são fatores de risco para a prevalência das doenças e muitas vezes estão diretamente associadas a estas.

O sofrimento psíquico ou transtorno psiquiátrico menor pode ser caracterizado como mal estar não especificado com impactos fisiológicos e psicológicos no indivíduo. Ao depender da intensidade e cronicidade, pode desencadear transtornos mentais e/ou manifestações psicopatológicas. Os sintomas iniciam normalmente como problemas, que não necessitam de intervenção imediata, impactando sutilmente o pensamento, as emoções, o comportamento e as relações do portador afetando sua qualidade de vida (SÁ, 2013).

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (OGURA, 2016)

Importante diferenciar que o sofrimento psíquico surge inicialmente com sintomas comuns da adolescência como dor de cabeça, dor de estômago, mal estar, enjoos, insônia, medo, angústia, agressividade e ansiedade. Tais sinais e sintomas podem se tornar recorrentes, de modo a impactar nas suas relações sociais necessitando de uma intervenção profissional para tratar de transtornos mentais comuns (CAMARA, 2014).

### **2.2.2 Transtornos Mentais Comuns na adolescência**

A adolescência é permeada por muitas mudanças e/ou descobertas no cotidiano do indivíduo. Diariamente são encontradas situações novas, desafiadoras e conflituosas que estimulam o indivíduo a se expressar e fazer escolhas de acordo com suas vivências e subjetividades. Tomar decisões ou não pode gerar conflitos internos ou desencadear vulnerabilidades (ROSVALL; NILSSON, 2016).

Tornar-se vulnerável em um momento de alterações hormonais, físicas e psicológicas pode acentuar sintomas esperados como alterações de humor, mudanças de comportamento, conflitos de opiniões e envolvimento em situações de risco (ORES *et al.*, 2012). Entre a adolescência e a fase adulta, o adolescente fica suscetível a uma sobrecarga de emoções, angústias e conflitos internos que podem levá-lo ao sofrimento psíquico (MOREIRA; BASTOS, 2015).

Segundo Tavares *et al* (2013), em um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), cerca de 19,48% (579) do total de atendimentos entre os realizados (2.972), são destinados a queixas referente a saúde mental, desses 43% estão associados ao sofrimento psíquico e 34,7% aos transtornos mentais graves impactando nas relações sociais e qualidade de vida dos usuários e família. Em outro estudo, realizado com pacientes pediátricos e adolescentes em Santa Catarina, a prevalência de transtorno mental foi de 45,8% considerando os pacientes com algum diagnóstico identificado (n = 60). Os diagnósticos mais prevalentes foram Transtorno Depressivo (26,7%), Transtornos Fóbico e Ansiosos (26,7%) e por fim Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (25%) (GOULART, 2016).

Trazer dados epidemiológicos referente ao sofrimento psíquico na adolescência torna-se um desafio por inúmeros motivos sendo eles, a possibilidade do paciente estar ingressando ou se vinculando ao serviço, aderindo ao tratamento, ser um perfil que se enquadra em busca ativa, não ter um diagnóstico definido, confusão entre os termos sofrimento psíquico e transtorno mental na literatura além da compreensão ou entendimento da equipe técnica acolhedora.

Ressalta-se ainda que a percepção do sofrimento psíquico torna-se ainda mais desafiador na adolescência devido às próprias características psicossociais da idade como medo, oscilações hormonais, alteração de humor, dificuldade em expressão de sentimentos/emoções, vergonha, ansiedade, não compreensão do seu “funcionamento”, limites e estratégias para lidar com o novo, não percepção do processo de repetição de padrões, recorrência de comportamentos disfuncionais, escassez de espaço de escuta/acolhimento/vinculação e relações pouco dialógica com os pais e/ou responsáveis (GASPARINI, 2022).

A percepção dos pais e responsáveis pode ficar comprometida devido ao próprio adolescente tentar mascarar situações ao se isolar em quartos, evitar reuniões sociais, priorizar atividades escolares em detrimento de outras atividades, criar comportamentos ansiosos como compulsões, não demonstrar sentimentos de culpa, tristeza, solidão, ansiedade, dificuldade de concentração, desmotivação em atividades rotineiras e até mesmo violência autoprovocada como automutilações escondidas com a utilização de casacos (ANTUNES; CAMPOS, 2007).

Na adolescência, por si só, ocorrem alterações na dinâmica familiar, uma vez que as normas e relações precisam ser reajustadas frente às novas demandas e à crescente autonomia do jovem. Estudos evidenciam que essa reconfiguração familiar e os conflitos, bem como, medidas muito impositivas e inflexíveis muitas vezes estão associadas a problemas de saúde mental entre os adolescentes. Nas famílias em que as relações conflituosas pré existem, o surgimento da doença na criança ou adolescente faz com que a teia de problemas se intensifique, agravando o processo de adoecimento (SANTOS, 2020).

A depressão e ansiedade são apontadas como os principais acometimentos desta fase da vida, o suicídio como a terceira causa de morte, além dos impactos que estas condições trazem em seus cotidianos. Mesmo diante desses apontamentos da literatura, há, também, indicações de que essa população não recebe, ainda, a atenção adequada e que estas situações que não são atendidas poderão reverberar até a vida adulta, sendo necessário o avanço nesta atenção (LOPES, et al., 2016; MORAIS et al., 2012).

Ao realizar uma busca para melhor compreensão desse fenômeno é perceptível a ausência de estudos sobre o sofrimento psíquico com esse público. Com a pandemia e o aumento das queixas dos adolescentes e familiares no âmbito escolar e nos estabelecimentos de saúde percebe-se uma iniciativa de trazer notoriedade por meio de pesquisas e conseqüentemente um aumento de estudos relacionados à saúde mental das crianças e dos adolescentes.

Embora nem sempre as realizações das políticas públicas de saúde abordem a problemática psíquica das relações familiares, elas têm sido sensibilizadas para esta direção. É necessário, no entanto, a implantação de trabalhos que privilegiam uma aproximação entre pais e filhos, que levem em conta as impossibilidades dos pais de assumirem suas funções e a possibilidade de transformar tal condição (PASSOS, 2011).

De acordo com a OMS, muitos fatores podem ser determinantes da saúde mental do adolescente como influência da mídia e redes sociais, contexto familiar, problemas socioeconômicos, vulnerabilidade a violência e *bullying*, discriminação ou exclusão, falta de acesso aos serviços, gravidez na adolescência, órfãos, minorias étnicas e raciais são reconhecidas riscos ao adoecimento psíquico (OPAS, 2022).

Os transtornos mentais são bastante variados, dependem de múltiplos fatores e podem ser tratados de diferentes maneiras. Quando falamos em transtornos, nos referimos a uma trajetória diagnóstica que varia bastante de pessoa para pessoa, multifatoriais e com diversas formas de tratamento (NETO et al., 2020).

Levando a crer que o adoecimento psicossocial é multifatorial, um estudo de coorte realizado na Dinamarca entre 2018 e 2019, com 1251 adolescentes, 39 (6%) foram diagnosticados com transtorno mental antes dos 17 anos de idade. Esse estudo mostra também que o sofrimento psíquico em crianças e adolescentes tem sido associado ao baixo rendimento escolar e traz repercussões para a vida adulta (DALSGAARD, 2020). Em Salvador foi realizado um estudo transversal com 230 escolares de uma escola pública, com idade entre 10 a 19 anos, com prevalência de 52,2% de transtorno mental, sendo que o sexo feminino, raça negra, ter namorado e ter fumado cigarros podem aumentar as chances dos adolescentes desenvolverem o transtorno mental comum (MONTEIRO, 2020).

Nos últimos anos, a literatura científica tem chamado a atenção para a ocorrência de transtornos depressivos em crianças e adolescentes. Estimativas brasileiras apontam que 0,4% a 3% das crianças apresentam quadros de depressão. Já em estudos americanos, a prevalência entre crianças e adolescentes varia de 3% a 5%. Os transtornos mentais mais prevalentes entre crianças e adolescentes são depressão, transtornos de ansiedade, TDAH, por uso de substâncias

e transtorno de conduta, associados principalmente com fatores biológicos, genéticos e ambientais, tais como sexo masculino, histórico familiar de transtorno mental, violência familiar e comunitária e configuração familiar (THIENGO, CAVALCANTE E LOVISI, 2014).

Na esfera familiar, a violência psicológica é o fator que mais se associa. Aqueles que viveram mais humilhações, em que alguém significativo para o adolescente reduziu suas qualidades, capacidades, é possível encontrar mais transtornos psiquiátricos menores em relação àqueles que não sofrem essa forma de violência. Quanto à competência escolar, representada pela participação em sala de aula, aqueles com fraca participação em sala de aula apresentam 2,45 vezes mais chances de apresentar transtornos desejos e emoções, além de cobrá-lo excessivamente, apresentam 4,17 vezes mais chance de apresentar transtornos psiquiátricos menores do que os que dizem ter uma participação mais ativa em sala de aula (AVANCI et al., 2007)

A adolescência é uma categoria sociocultural historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem as dimensões biopsicológica, cronológica e social. O adolescente passa por uma desorganização dos aspectos de sua personalidade para organizar sua identidade, pois, nesse período, ele não é considerado socialmente uma criança, muito menos um adulto, ocasionando, dessa forma, conflitos e vulnerável a várias patologias, entre elas a instalação da sintomatologia depressiva (RIBEIRO et al., 2012)

Na literatura já foram identificados os sintomas de ansiedade, sintomas depressivos, hiperatividade, problemas de conduta, problemas de internalização, e problemas de externalização.

Os adolescentes se deparam com várias situações novas e pressões sociais, favorecendo condições próprias para que apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento. Alguns, entretanto, mais sensíveis e sentimentais, podem desenvolver quadros francamente depressivos com notáveis sintomas de descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia (CRIVELATTI, DURMAN, HOFSTATTER, 2006).

O adoecimento psíquico é uma realidade vivenciada por crianças e adolescentes de todo o mundo. Embora os estudos versem sobre as mais diversas expressões deste fenômeno, que vão desde sintomatologias de depressão ou ansiedade até os transtornos mais graves, importante um olhar atento por parte dos profissionais de saúde e da educação para a prevenção deste agravo, o que pode se dar a partir da identificação precoce de sintomas internalizantes e externalizantes (MONTEIRO et al., 2020)

Em meio a todas essas mudanças, o adolescente também pode enfrentar problemas de cunho emocional, assim como em qualquer outra fase da vida. Estima-se que cerca de 20% dos

adolescentes em todo o mundo apresentam problemas de saúde mental (RIBEIRO et al, 2020; AULER, 2019), enquanto que a estimativa de prevalência de TMC na população geral está em torno de 20,0 a 30,0% (LOPES et al, 2016). Esse é um dado alarmante tendo em vista que a presença de transtornos neuropsiquiátricos compromete a capacidade do indivíduo durante muitos anos de sua vida (AULER, 2019).

Apesar da escassez de estudos de base populacional sobre o tema, as pesquisas encontradas se utilizaram de diversos métodos que vão desde a análise de prontuários com diagnóstico médico como verificamos na dissertação de Mestrado de Vargas (2014) até a aplicação de questionários baseados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM – IV e da Classificação Internacional de Doenças – CID -10 como no Artigo de Orellana et al, (2020). Verificamos, também, a utilização do *General Health Questionnaire* (GHQ – 12) versão de 12 itens na publicação de Lopes *et al* (2016). Todos os métodos encontrados e utilizados pelos autores pesquisados apresentaram resultados semelhantes permitindo a catalogação dos achados fundamentais.

Com base no que foi averiguado, os dois principais sintomas que caracterizam os TMC estão àqueles contidos na categoria de sintomas depressivos e de ansiedade. Recebem a denominação “comum” por serem muito prevalentes na população geral. Além disso, possuem diversidade de duração e gravidade, e em relação aos adolescentes, podem causar prejuízos nas relações sociais (LOPES, 2019). A prevalência de TMC em adolescentes tem se mostrado um fator gerador de preocupação, visto que o surgimento desses sintomas na infância e adolescência aumenta em sete vezes a chance de ocorrência de depressão aos 18 anos, além de predizer o adoecimento na fase adulta (RIBEIRO et al, 2020).

Observou-se, que as meninas, em todos os cenários apresentados pelos pesquisadores, são as mais afetadas pelos TMC, sobretudo na faixa etária mais alta, que fica entre 15 e 19 anos. (LOPES et al, 2019; RIBEIRO et al, 2020; ORELLANA et al, 2020; AULER, 2019). Lopes *et al* (2019) em seu estudo sobre a prevalência de TMC em adolescentes brasileiros verificou a prevalência de 38,4% de TMC em meninas, enquanto os garotos alcançaram 21,6%, com IC95%.

Em outro estudo apresentado por Orellana et al (2020) que descreve dados a respeito de cinco Coortes de nascimentos em três cidades brasileiras – Ribeirão Preto (São Paulo), Pelotas (Rio Grande do Sul) e São Luís (Maranhão). Os dados demonstrados abordam outras faixas etárias, porém focaremos apenas nas informações acerca da fase da adolescência. Nessa pesquisa verificamos a prevalência de episódio depressivo maior atual, risco de suicídio, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada, e os resultados observaram uma maior

prevalência de episódio depressivo maior atual em indivíduos de 18 e 19 anos de São Luís (15,8%). Além disso, o risco de suicídio foi semelhante entre adolescentes de São Luís (13,5%) e de Pelotas (12,9%). Chama a atenção o fato de que a prevalência de risco de suicídio foi maior entre adolescentes de São Luís quando suas mães tinham 12 anos ou mais de estudos.

Alguns autores abordam questões socioeconômicas como fatores agravantes para o desenvolvimento de TMC em adolescentes. Auler (2019) considerou que adolescentes em famílias monoparentais e ocupantes de espaços sociais desorganizados e de status socioeconômicos deficitários, possuem maior incidência de TMC. Seguindo a mesma linha de pesquisa com abordagem sobre a condição socioeconômica na prevalência de TMC em adolescentes, Ribeiro *et al* (2020) chegaram a uma conclusão, de certa forma, inusitada. Em sua pesquisa evidenciou que a prevalência de TMC em meninas foi de 23,3% tendo como variáveis a idade (15 a 17 anos), estudantes de escola privada e ter empregada doméstica. A prevalência de TMC em meninos ficou em torno de 11,1% na mesma faixa etária registrada acima, com maior chance quando possuíam empregada doméstica em casa. A pesquisa também evidenciou que para ambos os sexos, o trabalho não remunerado contribui para uma boa saúde mental dos adolescentes. Diante disso, apesar de outros estudos demonstrarem uma maior incidência de TMC em adolescentes de classes sociais menos favorecidas, a pesquisa de Ribeiro *et al* (2020) expõe a vulnerabilidade à qual todos os adolescentes estão sujeitos quanto à ocorrência de TMC.

Os problemas de comportamento internalizantes se caracterizam como disfunções pessoais, a saber, ansiedade, isolamento, queixas somáticas sem causas aparentes, depressão e sentimento de inferioridade (ACHENBACH *et al.*, 2008). São escassos os estudos encontrados na literatura sobre os comportamentos internalizantes, distintamente são sub detectados e subtratados, gerando impactos desfavoráveis à saúde mental infantil.

Verifica-se, num estudo transversal realizado em São Paulo com 64 crianças, que mais de 50% dos infantojuvenis com problemas internalizantes não apresentavam problemas do ponto de vista das professoras. Essa informação se alinha com as considerações de Flett e Hewitt (2013), quanto à baixa detecção do problema pelos adultos (BOLSONI; SILVA, 2016).

Hess e Falcke (2013), em seu estudo trazem evidências de associações de comportamentos internalizantes com estilos parentais caracterizados por baixos níveis de cuidado e altos níveis de proteção com altos níveis de sintomas internalizantes. Além disso, sintomas depressivos maternos, comportamento dos filhos, timidez, uso de substâncias, transtornos físicos e/ou mentais dos adolescentes também foram associados a esse tipo de comportamento.

Os problemas externalizantes são manifestações comportamentais que se voltam contra o ambiente. Por essa característica, as dificuldades externalizantes podem ser mais facilmente identificadas por observadores externos, como pais, professores ou cuidadores (LINS et al., 2012).

A categoria comportamentos externalizantes classifica um conjunto de reações impulsivas que são exteriorizadas pela criança ou adolescente de modo a proporcionar conflitos com o ambiente, tais como inquietude, desobediência, desatenção, agressividade, contestação, provocação, ruptura de regras etc (ACHENBACH, 2017). Tais comportamentos em um padrão repetitivo e persistente são tomados como base para o diagnóstico de pelo menos três transtornos psiquiátricos chamados de transtornos externalizantes por diversos autores: o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), o Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) e o Transtorno de Conduta (TC) (GUIMARÃES, SILVA, 2021).

De modo geral, os problemas externalizantes apresentam elevada prevalência em comparação a outras dificuldades comportamentais. Anselmi, Piccinini, Barros e Lopes (2004), em um estudo longitudinal sobre problemas de comportamentos em pré-escolares, encontraram uma prevalência de 31,8% para os problemas externalizantes (LINS et al, 2012).

Um estudo longitudinal realizado com 100 adolescentes espanhóis por Oliva e Cols, (2009), demonstrou que a qualidade da relação entre pais e adolescentes mostrou-se um fator protetivo para o desenvolvimento de sintomatologia externalizante, ante a experiência de eventos estressores de vida na adolescência (HESS, FALCKE, 2013).

Com o advento da Reforma Sanitária em conjunto com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988 diretamente impulsionados pelo retorno da democracia após o período da ditadura militar, as discussões sobre Saúde Mental no Brasil ganharam importante disposição. Já em 1991, foi publicada a Portaria SAS/MS nº 189 que promoveu alterações na tabela de procedimentos do SUS e em 29 de janeiro de 1992, foi instituída a Portaria SAS/MS nº 224 que representou um passo determinante no estabelecimento das unidades de atendimento em saúde mental configuradas pelo modelo assistencial desinstitucionalizado que estavam em acordo com o pensamento reformista (GARCIA, 2011). Esses dois movimentos foram precursores do financiamento e da alocação de recursos em saúde mental no Brasil.

Quase uma década depois, em 06 de abril de 2001, foi sancionada a lei nº 10.216 intitulada de Política Nacional de Saúde Mental que deliberava “*sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais*” além de direcionar o modelo assistencial para estes usuários (BRASIL, 2001 – Lei 10.216??). Ainda segundo Garcia (2011) assim como Guimarães e Rosa (2019), um dos grandes marcos do financiamento em saúde mental ocorreu

em 2006, onde os gastos extra hospitalares superaram, pela primeira vez, os gastos hospitalares, apesar de ainda existir um subfinanciamento da saúde mental no Brasil. Também em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Pacto da Saúde que definia, dentre outras coisas, as responsabilidades e metas sanitárias de estados e municípios, valorização da saúde assim como o novo financiamento para os serviços e ações de saúde (BRASIL, 2006).

A partir de meados de 2010, opositores ao Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), sob pretextos diversos, iniciaram ataques ao modelo de atenção em saúde mental. As motivações eram pautadas por interesses financeiros direcionados pelo pensamento mercantilista de financiamento da saúde, assim como pelo suposto distanciamento da figura do psiquiatra (GUIMARÃES, ROSA, 2019). As Comunidades Terapêuticas (CT) – consideradas como estabelecimentos de saúde a partir de 2016 - intimamente associadas a grupos religiosos reforçavam a oposição com o intuito tomarem para si o recurso público destinado à pessoa com transtorno mental, como evidenciamos com a publicação da Portaria de nº 3.588 9, de 21 de dezembro de 2017. Por intermédio dessa portaria, o Hospital-Dia foi reintroduzido no cenário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como também instituiu o CAPS AD IV que favoreceu as práticas de isolamento e desrespeito individual (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Todo o contexto histórico e legislativo resumidamente aqui abordado, juntamente com as perspectivas sobre o acometimento da saúde mental da população mundial, demonstra a grande necessidade de investimento financeiro nessa área. Entretanto, é necessário também se pensar no direcionamento das linhas de gastos com saúde mental tendo em vista a modalidade de atenção. Segundo Guimarães e Rosa (2019), a atual situação do financiamento em saúde mental no país, corrobora para uma retomada ao modelo institucionalizado diante do aumento dos valores investidos nas CT e Hospitais Especializados em decorrência da precarização das RAPS. A exemplo disso, as autoras listam um investimento de 87 milhões a estas CT, além de reajustes e incentivos financeiros aos hospitais que mantêm internamentos superiores a 90 dias. Em contrapartida, houve a suspensão do repasse financeiro de R\$ 1.077.141,12 mensais destinados às RAPS sob a justificativa de baixa produtividade. Trapé e Onocko Campos (2017) já haviam sinalizado sobre o aumento em 30% do financiamento do Ministério da Saúde para os CAPS III e 25% para o CAPS AD III demonstrando o subfinanciamento da atenção ambulatorial.

Além do baixo financiamento em saúde mental, associado ao congelamento dos investimentos em saúde por 20 anos mediante da Emenda Constitucional nº 95/2016, alguns autores abordados relataram grande dificuldade na obtenção e na transparência das informações sobre os gastos públicos em saúde mental no Brasil, principalmente após o ano de 2015

(ONOCKO-CAMPOS, 2019; OLIVEIRA, 2017; GUIMARÃES E ROSA, 2018). A Equipe Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde produziu por 10 anos o informativo *Saúde Mental em Dados*, sendo o último a ser publicado no ano de 2015. Nele contém informações sobre o financiamento em Saúde Mental, série histórica dos indicadores em saúde mental, informação sobre ampliação da rede CAPS, alterações de perfis hospitalares, gastos em saúde mental dentre outros dados de grande importância para o controle social e gestão em saúde (BRASIL, 2015).

Diante desse cenário, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no cuidado à saúde mental. Este cuidado pode ocorrer por meio de prevenção, com o desenvolvimento de atividades nos serviços de saúde e nas escolas junto com os adolescentes que visem propor estratégias de cuidado por meio de oficinas, rodas de conversas, jogos e brincadeiras que tratem sobre a importância de cuidar da saúde mental e conversar com profissionais. Além disso, é essencial se pensar em ações com os pais e professores da instituição, haja vista que são atores importantes no processo de identificação de sinais e sintomas de adoecimento psíquico nos juvenis (OLIVEIRA, 2017).

Somado às atividades de prevenção do adoecimento mental, é fundamental que os profissionais de saúde também estejam preparados para a reabilitação dos adolescentes que já se encontram doentes. Esse cuidado se dá no âmbito da atenção básica e também nas situações de emergência. No Brasil, foi instituída a Política de Acolhimento, que visa propor uma abordagem de cuidado que acolhe as demandas do paciente, buscando compreender suas subjetividades ao invés de julgar suas condutas e distanciar esse paciente do serviço de saúde (BRASIL, 2015).

## 2.3 IDEIAÇÃO SUICIDA NA ADOLESCENCIA

### 2.3.1 Comportamento suicida na adolescência

O suicídio é um problema de saúde pública global com números crescentes de tentativas de suicídio e mortes. Atualmente é a segunda causa de morte de pessoas de 15 a 29 anos no mundo. No Brasil, de 2002 a 2012, as mortes por suicídio na população geral aumentaram 33,6% e entre os jovens 15,3% (SOUSA, 2020). A alta taxa de suicídio na adolescência é causada pelo estresse psicológico vivenciado pelos adolescentes nessa fase. Muitos deles acreditavam que o suicídio era a única forma de aliviar o sofrimento (BARBOSA, 2016).

O Ministério da Saúde classifica o suicídio como um fenômeno complexo e multifatorial que pode afetar indivíduos de diferentes origens, faixas etárias, condições socioeconômicas, orientações sexuais e identidades de gênero. Sendo uma ação resoluta do indivíduo tirar a própria vida, com desfecho fatal, por vezes ainda é um tema cercado por tabus e como um problema de cunho individual e não social, o que representa num ponto de vista técnico o desconhecimento por parte da população sobre um assunto relevante e que carece da atuação e articulação de diferentes setores da sociedade.

Segundo dados gerados pelo Ministério da Saúde, metade de todas as doenças mentais começa aos 14 anos, mas a maioria dos casos passa despercebida. O suicídio é considerado a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, e a depressão é a doença do século. Os jovens se autoflagelam em momentos de solidão, dor e tensão interior, sentimentos com os quais não foram capazes de lidar até agora. Dessa forma, eles tentam substituir esses comportamentos por dores que não podem expressar de outras maneiras mais saudáveis (BRASIL, 2021; OMS, 2017).

Os autores destacam as diferenças existentes no comportamento suicida, que podem ser compreendidas em três categorias: ideação, tentativa e conclusão. Vale a pena notar que a consideração é o primeiro sinal de suicídio e que isso pode se tornar um ato completo. Ao reconhecer a presença de ideação suicida, medidas preventivas podem ser tomadas. A tentativa foi caracterizada por atos de autodestruição, mas não houve ferimentos fatais (MAGNANI, 2018). A Organização Mundial da Saúde (2006) lembra a importância do cuidado e atenção pessoal após uma tentativa de suicídio, pois esse comportamento tende a se repetir, e para isso, deve-se ativar a rede de saúde e o núcleo familiar dos sujeitos de risco.

O comportamento suicida é multifatorial, considerando o período da adolescência dentre os quais, temos traços formadores de personalidade, autoestima, fatores relacionais e sociais, dos quais o contato da família, amigos e outras pessoas pode ser personalizado por cada indivíduo. Quando a comunicação e o afeto são principalmente negativos e, portanto, não podem ser efetivamente reforçados os indivíduos têm que enfrentar dificuldades na vida diária, como tolerância muito baixa para contratempos, uma certa incompetência para superar conflitos e perdas que possam surgir (OLIVEIRA, 2019).

Os jovens estão cercados por padrões pré-estabelecidos e pressões sociais que, se as emoções negativas não forem reconhecidas ou não tratadas, podem levar cada vez mais à doença mental. Além dos problemas escolares e sociais cotidianos, a pandemia de Covid-19 afetou gravemente crianças e adolescentes com o surgimento ou agravamento de automutilação e ideação suicida (MILIAUSKAS, 2020).

Alguns adolescentes falam sobre a morte e querem morrer ou cometer suicídio, e podem pesquisar métodos de suicídio ou comprar armas, facas ou até drogas para acabar com suas próprias vidas (DA SILVA, 2021).

Entre adolescentes é uma realidade fatídica e assombrosa que assola comunidades em todo o mundo. A cada ano, inúmeras vidas jovens são perdidas prematuramente para esse ato devastador. De acordo com o relatório "Suicide worldwide in 2019", publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é crucial entender a gravidade desse problema e buscar soluções efetivas para prevenir essa tragédia. Neste texto, os dados apresentados são alarmantes, e destaca-se as principais causas e fatores de risco associados ao suicídio entre adolescentes, além da importância de um esforço coletivo e mundial para reverter essa tendência.

### **2.3.2 Ideação de suicídio entre adolescentes**

A adolescência é um período de desenvolvimento complexo durante o qual os indivíduos podem adotar uma variedade de hábitos considerados de risco, incluindo o comportamento suicida, que inclui ideação suicida, tentativas de suicídio e o próprio suicídio (ALVES, 2015; MONTEIRO, 2015). É importante ressaltar que o suicídio é uma das principais causas de suicídio na faixa etária de 15 a 19 anos (MOREIRA, 2015). Entre os adolescentes, os fatores identificados na literatura como contribuintes para o comportamento suicida incluem: pobreza, violência, disparidade econômica, turbulência familiar, uso de substâncias psicoativas, falta de apoio social, decepção amorosa, homossexualidade, solidão, história familiar de comportamento suicida, passado de tentativas e ideação suicida (SOUSA, 2020).

A solidão, a ausência dos pais, a influência de amigos e o uso de álcool e drogas são particularmente proeminentes como fatores de risco para o suicídio na adolescência (ULBRICH, 2017). Além disso, conflitos familiares, problemas escolares, bullying, impulsividade e sintomas depressivos também têm sido associados ao suicídio na adolescência (SOUSA., 2017). No entanto, a correlação entre bullying e ideação suicida, em grande parte devido às circunstâncias e experiências proporcionadas durante esse período de desenvolvimento, e a intensidade com que esses efeitos são vivenciados, pode levar a desfechos autolesivos. Portanto, é necessário reduzir esse índice, prevenindo as diferentes formas de detecção do bullying (HOLT, 2015).

Além do próprio fenômeno do suicídio, a ideia de comportamento suicida é um grande desafio e ameaça à saúde dos adolescentes (SOUSA, 2020). Em um estudo com estudantes de

13 a 17 anos de 32 países das Américas, a prevalência de ideação suicida foi de 16,2% entre as mulheres e 12,2% entre os homens (SANTOS, 2014). Com relação à prevalência de ideação suicida, estudos com adolescentes no Brasil (WHO, 2019) e no Canadá (MCKINNON, 2016) encontraram prevalência de ideação suicida de 7,7% e 10,8%, respectivamente, indicando que o problema faz parte de uma realidade nacional e internacional.

Apesar de pouco explorado na literatura, o abuso sexual está fortemente associado à ideação suicida em adolescentes (WAISELFISZ, 2014; BRASIL, 2016). Dependendo das circunstâncias em que ocorreu a violência sexual (idade da vítima, perpetrador, tempo de abuso, local e vínculo afetivo), suas consequências podem produzir distúrbios psicológicos considerados importantes preditores do desenvolvimento de ideação suicida (WAISELFISZ, 2014; GOMES, 2019).

Os pensamentos suicidas podem ser impulsivos ou podem estar associados a sentimentos de desesperança e solidão. Enquanto eles estão pensando em suicídio, nem sempre é bem-sucedido, mas já é um grande sinal de alerta (CASSORLA, 2017). Portanto, o apoio familiar é importante para manter a saúde mental de jovens e adolescentes em risco de suicídio. Portanto, os pais devem estar sempre atentos a sinais e fatores de risco: por exemplo, uso de álcool/drogas (SIMÕES, 2022).

O relatório de 2019 da OMS aponta também que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens com idades entre 15 e 19 anos em todo o mundo. Aproximadamente 77% das mortes por suicídio ocorrem em países de baixa e média renda, destacando a necessidade de recursos e apoio adequados para essas regiões. Além disso, foi constatado que o suicídio é mais prevalente em meninos do que em meninas nessa faixa etária. Demonstrando a necessidade da prevenção do suicídio entre adolescentes é uma questão de extrema importância que exige a atenção e ação imediatas das políticas públicas de saúde. De acordo com o artigo "Prevenção do suicídio: um imperativo global" publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014, é essencial priorizar a abordagem efetiva dessa problemática. Além da importância de programas de prevenção do suicídio que envolvam a família, a comunidade e os profissionais de saúde. As famílias devem ser capacitadas a reconhecer os sinais de alerta e a buscar ajuda quando necessário. As comunidades devem criar redes de apoio que ofereçam um ambiente seguro e acolhedor para os jovens, incentivando a busca de ajuda sem estigma (OMS, 2014)

Uma rede é a relação entre pessoas, sistemas e instituições, com diferentes funções e foram desenvolvidos para facilitar cotidiano das pessoas e de suas comunidades. Eles também ajudam quais caminhos as pessoas podem seguir e quais ferramentas (pessoas e/ou serviços)

podem ser contadas em um ambiente comunitário. Uma rede de apoio social é definida por pessoas que formam vínculos relacionais (DIAS, 2018).

O apoio social e emocional que os adolescentes têm é vivendo em seu meio social, suas orientações sobre o assunto e estratégias para construir conexões e relacionamentos, cuidado e apoio familiar e as contribuições da comunidade ajudam a superar as situações que podem ocorrer ao longo de seu desenvolvimento, às vezes traumático (SILVA, 2019). As tentativas de suicídio na adolescência estão ligadas ao fracasso no crescimento. É nesta fase da vida que os adolescentes enfrentam muitos problemas e mudanças físicas, psicológicas e nas relações com os pais e pares (SIMÕES, 2022).

No sistema brasileiro os casos de suicídio são registrados na seção das Causas Externas da Classificação Internacional de Doenças-décima edição (CID10). As informações de mortalidade por causas externas registram eventos letais não decorrentes de doenças biológicas, monitorando, sobretudo as mortes resultantes de acidentes fatais e violências autoprovocadas, ou seja, lesões ou envenenamento auto-infligidos intencionalmente.

Segundo o Boletim Epidemiológico, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2021) chama a atenção o acelerado aumento das taxas de suicídio de adolescentes e jovens no Brasil, ainda mais que a literatura tem apontado a adolescência e o início da fase adulta como os principais estágios da vida para o início de comportamentos suicidas. Sendo destacado que há uma conjunção de fatores relacionados ao comportamento suicida na juventude, dentre eles os sentimentos de tristeza, desesperança e a depressão, dentre outros. O que deve ser uma preocupação para os diversos atores envolvidos no cuidado e atenção a adolescentes, com vistas a prevenir que ele alcance a vida adulta sem os pragmatismos de estágios anteriores.

Nesse aspecto, sobre as taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária e região geográfica brasileira, quando se analisa os dados relativos à faixa etária de 15 a 19 anos, observou-se que em 2019 o Centro-Oeste teve maior incidência 9,8% quando comparada com a outras regiões, seguido da região Norte com 9,7%, Sul com 9%, Sudeste com 5,1% e Nordeste com 4,7%. As Regiões Sul, Norte e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade de adolescentes de 15 a 19 anos, as mesmas regiões que apresentaram o maior incremento percentual das taxas de suicídio entre 2010 e 2019, respectivamente 99%, 90% e 99. Nesse cenário, a Região Norte, apresentou o maior risco de morte por suicídio entre jovens de 15 a 19 anos (9,7 por 100 mil) quando comparada com as outras faixas etárias.

Os estudos de Cicogna et al (2019) sobre mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil apontam que o suicídio é pouco frequente antes dos 15 anos de idade, porém a sua

prevalência aumenta na adolescência, quando os indivíduos do sexo masculino têm maior probabilidade de morrer por suicídio do que os do sexo feminino, sendo a taxa entre os meninos de 15 a 19 anos duas a seis vezes mais alta do que a taxa em meninas da mesma idade. Entre a população feminina, representa a principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos e a terceira em meninos na mesma faixa etária.

A prevenção do suicídio em adolescentes deve ser considerada uma prioridade entre as políticas públicas de saúde, como ressaltado pelas Estimativas Globais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com a OMS, "a prevenção do suicídio entre adolescentes é essencial e exige ações imediatas e abrangentes por parte dos governos e das autoridades de saúde" (Estimativas Globais de Saúde, OMS). Esse documento enfatiza a necessidade urgente de abordar o suicídio entre os jovens como uma preocupação central, priorizando a implementação de medidas preventivas efetivas para proteger a saúde e o bem-estar dos adolescentes em todo o mundo.

A literatura consultada demonstrou que a mortalidade de adolescentes por suicídio no Brasil apresentou tendência de crescimento nos últimos anos, a importância de que profissionais da saúde se informem sobre esses dados, com o intuito de intervir mais cedo no cuidado do suicídio em adolescentes, bem como que conhecer e estudar o fenômeno é importante para a elaboração de políticas públicas que permitam o correto enfrentamento do problema e da sua prevenção.

## 2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO AOS ADOLESCENTES

A elaboração e implementação de políticas públicas na área da saúde em diversos países, entre eles o Brasil, tem como marco a Carta de Ottawa, a qual enfatiza que "A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que aponta os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas".

A ideia de promoção da saúde, ou seja, processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, como preconizado na Carta de Ottawa, é um direcionador das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e culminou com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que objetiva a promoção da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidade e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Para tanto, o Ministério da Saúde (2002) define que "A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de

uma vida mais saudável para todos e para cada um”. Nesse quesito, a escola, enquanto espaço social coletivo de múltiplas vivências, que tem como finalidade além de transmitir conhecimentos, educar e despertar valores e posturas críticas com relação à realidade social e aos modos de vida, deve tornar possível, com a aquisição de habilidades a autonomia para a Promoção da Saúde (PS) e estimular a construção de espaços saudáveis.

Além Carta de Ottawa, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), foi sancionada a Lei nº 8.069 cujo conteúdo garantia os direitos da criança e do adolescente e foi denominado Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O Estatuto da Criança e do Adolescente é um conjunto de normas, cujo objetivo principal é a proteção de crianças e adolescentes. Este estatuto é dividido em dois livros, o primeiro refere-se aos direitos fundamentais da pessoa em desenvolvimento e o segundo aos órgãos protetivos, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente em diversos setores. Logo, o ECA é fundamental para garantir os direitos dos infantojuvenis à vida, saúde, educação, lazer, esporte, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária. Respalda pelo jurídico, passa a ser responsabilidade do estado, da família e sociedade cumprir com o que consta no estatuto, respeitando os direitos e deveres (BRASIL, 1990).

Seguindo a consideração do ECA, podemos definir como criança a faixa etária desde o nascimento até os 11 anos de idade completos, e adolescente a partir dos 12 até 18 anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), podem ser classificadas como crianças desde o nascimento até aos 9 anos de idade, e a adolescência como dos 10 aos 19 anos de idade (BRASIL, 2021).

Nesse interim de cuidado e proteção as crianças/adolescentes, o Programa Saúde na Escola (PSE), foi criado em 2007 com o objetivo de contribuir na formação integral dos estudantes por meio de atividades de promoção, prevenção e atenção à saúde, visando ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Destaca-se como principais ações o combate ao mosquito *Aedes aegypti*; promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas; prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas (BRASIL, 2007).

O Decreto Nº 6.286/2007 instituiu no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

O normativo indica, ainda, “que a operacionalização do Programa deve ocorrer baseada em eixos de ações, agrupados em cinco componentes: i) avaliação clínica e psicossocial dos estudantes; ii) ações de PS e prevenção de doenças e agravos; iii) educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE; iv) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e v) monitoramento e avaliação do PSE.

Deste modo, o PSE contribui de forma significativa para promoção da saúde e qualidade de vida dos alunos e professores na educação, reforçando a prevenção dos agravos à saúde, fortalecendo o enfrentamento às vulnerabilidades, no campo da saúde, aos quais podem comprometer o desenvolvimento escolar. Mostra-se como uma importante ferramenta de transformação social capaz de auxiliar na superação dos agravos de saúde e demais problemas vivenciados no decorrer de todo processo educativo (BRASIL, 2009).

Estudo recente de SGANZERLA (2021), destacou que dentre os locais de ocorrência dos casos de tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas, a escola aparece como um dos cenários dessas ações e que a escola tem um papel fundamental na prevenção e na identificação desses indivíduos potenciais. Tal estudo, evidenciou “a necessidade de se criar estratégias de prevenção para o risco de suicídio no contexto escolar, uma vez que é um tema imprescindível de ser trabalhado tanto com os jovens, quanto com suas famílias e com os profissionais da Educação que atuam diretamente com esse público”.

As políticas de saúde mental no Brasil têm evoluído ao longo dos anos, buscando promover o cuidado e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. De acordo com a Lei nº 10.216/2001, “a política de saúde mental tem como princípios a atenção integral à saúde, a promoção de ações de prevenção, o tratamento e a reabilitação das pessoas com transtornos mentais”. O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel fundamental nesse contexto, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde mental.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), “o Brasil tem avançado na promoção da saúde mental, com a expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a implementação de ações voltadas à desinstitucionalização”. Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem como objetivo principal humanizar o cuidado em saúde mental, fortalecendo a autonomia e a participação social dos usuários. Como destacado por Paulo Amarante, “a luta antimanicomial é uma das bases da reforma psiquiátrica brasileira, buscando substituir o modelo hospitalocêntrico por práticas comunitárias”.

No entanto, ainda existem desafios a serem enfrentados, como a redução do estigma e da discriminação em relação às pessoas com transtornos mentais. Assim, as políticas de saúde

mental no Brasil visam promover a equidade, a dignidade e a qualidade de vida das pessoas, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos.

A Política de Saúde Mental, com foco no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil, é um campo essencial para promover o bem-estar emocional e o desenvolvimento saudável das crianças. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), "a saúde mental na infância e na adolescência é fundamental para o pleno crescimento e desenvolvimento humano".

Nesse sentido, o CAPS Infantil tem como objetivo proporcionar um ambiente acolhedor e terapêutico, onde as crianças possam expressar suas emoções e receber apoio psicossocial adequado. A abordagem centrada na criança é fundamental, como enfatizado por Brinda Jegatheesan: "É importante lembrar que a saúde mental da criança é moldada por suas experiências, relações e ambientes".

O CAPS Infantil também atua na prevenção de transtornos mentais, buscando promover uma cultura de cuidado e respeito, conforme destacado por Geraldine Strathdee: "Uma abordagem de cuidado centrada na comunidade pode prevenir o sofrimento desnecessário das crianças e promover a saúde mental". Dessa forma, a política de saúde mental, por meio dos CAPS Infantis, busca garantir que todas as crianças tenham acesso a serviços de qualidade, apoio emocional e psicoterapia adequada, visando seu bem-estar e desenvolvimento pleno.

Demonstrando a importância do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil na prevenção do suicídio é indiscutível. Como destacado por Katherine Ludwig, "a saúde mental na infância é um fator crucial na prevenção do suicídio". O CAPS Infantil desempenha um papel fundamental nesse contexto, fornecendo um ambiente seguro e acolhedor para crianças em situação de vulnerabilidade emocional. Através de abordagens terapêuticas e apoio psicossocial, o CAPS Infantil trabalha na identificação precoce de sinais de alerta e no fortalecimento dos recursos emocionais das crianças.

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), "a intervenção precoce e o suporte emocional são fundamentais para reduzir o risco de suicídio na infância". Além disso, o trabalho em rede e a integração com outros serviços de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras, são essenciais para um cuidado abrangente e eficaz. Conforme ressalta David Shaffer, "a prevenção do suicídio requer uma abordagem multidisciplinar e um sistema de apoio integrado". O CAPS Infantil, ao oferecer um espaço de escuta e cuidado adequado, contribui para a prevenção do suicídio, promovendo a saúde mental e o bem-estar das crianças, além de fornecer suporte essencial às famílias nesse processo.

Nas últimas décadas, o comportamento suicida na adolescência tem tomado proporções maiores para a saúde pública. E esse tema tem ocupado centros e locais de discussões cada vez mais complexos em variados contextos nacionais e internacionais incluindo profissionais de saúde, educação e assistência social corroborando com a transversalidade de políticas públicas voltadas para atenção ao adolescente em situação de risco a vida.

Em situações de risco a vida de adolescentes associadas a extrema vulnerabilidade social podemos contar inicialmente com a observação, identificação de sinais e vigilância em conjunto com a família, escola e a comunidade. A Constituição federal prevê que:

*Art. 227. 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).*

Observa-se que, a partir da Constituição Federal e do ECA, diversas políticas públicas de proteção ao adolescente foram elaboradas e alcançamos uma maior maturidade e o engajamento por parte da sociedade brasileira em termos de direitos (FONSECA, 2013). No entanto, precisam de alinhamento e articulação em apoio ao setor de saúde e educação para aumento de efetividade.

Destaca-se como um projeto de grande relevância, o Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF). Trata-se de um programa setorial, que disponibiliza serviços ofertados na rede de proteção da Assistência Social (AS), instituído pelo decreto presidencial nº 5.085, no ano de 2004 (BRASIL, 2012).

O serviço é desenvolvido pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e voltado para um trabalho social com famílias com finalidade de fortalecer os vínculos familiares e comunitários por meio de ações preventivas. Entre as propostas do PAIF, destaca-se a definição do trabalho social com as famílias:

*Conjunto de procedimentos efetuados a partir de pressupostos éticos, conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo, com a finalidade de contribuir para a convivência, reconhecimento de direitos e possibilidades de intervenção na vida social de um conjunto de pessoas, unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade – que se constitui em um espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, com o objetivo de proteger seus direitos, apoiá-las no desempenho da sua função de proteção e socialização de seus membros, bem como assegurar o convívio familiar e comunitário, a partir do reconhecimento do papel do Estado na proteção às famílias e aos seus membros mais vulneráveis. Tal objetivo materializa-se a partir do desenvolvimento de ações de caráter “preventivo, protetivo e*

*proativo”, reconhecendo as famílias e seus membros como sujeitos de direitos e tendo por foco as potencialidades e vulnerabilidades presentes no seu território de vivência. (BRASIL, 2012)*

A adolescência associada ao processo de adoecimento por transtornos mentais comuns já apresenta uma condição vulnerabilidade pessoal e social que necessita de ações preventivas e protetivas tanto para o indivíduo e seus familiares.

A recomendação do PAIF é de um trabalho conjunto com os profissionais para atendimento integral a família contemplando ações como acolhida, oficinas com famílias, ações comunitárias, ações particularizadas e encaminhamentos. (BRASIL, 2012)

Essas ações compõem o nível de proteção social básica do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e podem ser alcançados através de demanda espontânea, encaminhamentos do Conselho Tutelar e da escola. Em se tratando especialmente do público adolescente, esse programa pode ajuda-los com o fortalecimento de vínculos familiares, protagonismo como sujeito de direitos, superação em situações de fragilidade social, inserção na rede de proteção social incluindo benefícios sociais. (OLIVEIRA, 2020)

As ações de apoio em caso de situações de vulnerabilidade pessoal e social são desenvolvidas pelo CRAS por intermédio do PAIF e em caso de violação de direitos como violência, cumprimento de medidas socioeducativas, medidas de proteção, abandono, trabalho/exploração infantil, discriminação por raça e/ou orientação sexual devem ser assistidos pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) amparados pelo Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). (BRASIL, 2012)

Quanto a violação de direitos, a proteção social especial, prevê que alguns grupos são particularmente vulneráveis à vivência destas situações, tais como crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, populações LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), mulheres e suas famílias. (BRASIL, 2012)

Atentando para os grupos mais vulneráveis, a proteção social especial de alta complexidade, por sua vez, assegura proteção integral aos sujeitos atendidos, garantindo atendimento personalizado de forma respeitosa com a orientação sexual, ciclos de vida, gênero, religião e raça).

Levando em consideração os determinantes e condicionantes a condição de saúde dos adolescentes, as políticas públicas são fortes aliadas no enfrentamento aos diversos aspectos que permeiam a adolescência, em prevenção de vulnerabilidades e redução de agravos.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo corte transversal. Os estudos quantitativos enaltecem a racionalidade, a objetividade e se baseiam em atributos mensuráveis (MARQUES, 2017). Inserido nesse grupo de pesquisa, os estudos transversais têm como objetivo analisar o fator de exposição e o agravo/doença em determinado espaço de tempo além de verificar a associação entre os fatores de exposição e o desfecho (ROUQUAYROL, 2013).

Neste sentido, essa modalidade de estudo nos permite conhecer os fatores associados a ideação suicida em adolescentes escolares com TMC no município de Salvador e responder aos objetivos previstos na pesquisa que está vinculada ao Grupo de Estudos de Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER) e ao Violência, Saúde e Qualidade de Vida (Vid@), ambos lotados na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

#### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma escola estadual que oferta o ensino fundamental II, localizada em um bairro periférico de Salvador, Bahia, Brasil. De acordo com os registros, nesta escola foram realizadas 614 matrículas em 2019, ano em que os dados foram coletados. Destas matrículas, 200 escolares frequentavam o turno matutino, 193 o turno vespertino e 221 o turno noturno.

**Tabela 1** - Distribuição do n° de escolares matriculados por turno e turma. Salvador, Bahia, Brasil, 2019. (n=614)

<b>MATUTINO</b>	<b>VESPERTINO</b>	<b>NOTURNO</b>
7° A = 29	6° A = 35	EIXO 4A = 32
7° B = 36	7° A = 32	EIXO 4B = 28
7° C = 28	7° B = 28	EIXO 4C = TEMPO JUVENIL 5° e 6° = 32
8° A = 31	8° A = 25	EIXO 5A = 33
8° B = 27	8° B = 26	EIXO 5B = 32
9° A = 27	9° A = 25	EIXO 5C = 30

9° B = 22	9° B = 22	EIXO 5D = TEMPO JUVENIL 7° e 8° =34
7° A = 29	6° A = 35	EIXO 4A = 32
7° B = 36	7° A = 32	EIXO 4B = 28
200	193	221

Fonte: Diretoria da Escola.

### 3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por 230 adolescentes escolares, com idade compreendida entre 10 e 19 anos, conforme critérios adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os quais definem que a fase da adolescência se inicia aos 10 anos de idade e seu término ocorre aos 19 anos completos (BRASIL, 2017). Com base nas normas e padrões adotados pela que a OMS, os critérios de inclusão englobavam adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos completos e frequentando a escola; e os critérios de exclusão foram: não estar presente na escola para realização do encontro ou não comparecer ao mesmo, após três tentativas. E o estudante que demonstre labilidade emocional, também conhecida como condição de instabilidade emocional, relacionada a mudanças repentinas de humor ou emoções desproporcionais à situação submetida como sorriso ou choro imotivado e/ou descontrolado.

### 3.4 AMOSTRA

Foi realizada uma amostragem aleatória considerando o número total de adolescentes na faixa etária de 10 e 19 anos de idade (n= 614), de acordo com a figura 1. A seleção dos alunos para a participação da coleta aconteceu de forma simples, utilizando a lista de presença dos alunos que frequentavam a escola, sendo esta cedida pela secretaria da instituição.

Para realização do cálculo amostral, considerou-se dados da literatura nacional e internacional com estimativa de prevalência de TMC nesse público infantojuvenil em torno de 20% (JAISOORYA *et al.*, 2016; HOARE *et al.*, 2017). Ainda foram considerados uma margem de erro de 5% e nível de significância 5%, bem como reposição de 20%. O estudo inicial teve uma amostra totalizando 230 adolescentes escolares que frequentavam a escola, distribuídos respectivamente nos turnos da manhã (107) e tarde (103). No entanto foram entrevistados 230, nos dois turnos. Salientamos que o cálculo referido foi realizado por intermédio do pacote estatístico R, versão 3.3.1.

**Figura 1.** Fluxograma do processo de amostragem levando em conta a população de base/referência (614 escolares)



Neste estudo foram incluídos 120 adolescentes dos 230 entrevistados, que apresentaram escore positivo para TMC, sendo sete ou mais itens para sexo masculino, e oito ou mais para o sexo feminino, preconizado no SQR-20.

### 3.5 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida pela equipe com os adolescentes escolares, por meio de uma entrevista guiada por formulário estruturado constituído de três blocos de questões.

O primeiro referente a condição sociodemográfica; o segundo, concernente a dados clínicos; o terceiro com quesitos referente à saúde mental. Por fim foi utilizada uma escala denominada *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) para avaliar os transtornos mentais comuns.

#### 3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados, contou com a entrevista guiada por uma escala, utilizada para avaliar o TMC, e um formulário sistematizado, a fim de que fossem identificados os aspectos sociodemográficos (sexo, idade, religião, cor/raça, ter namorado, escolaridade do adolescente, pessoas que dependem da mesma renda, contribuição financeira para o sustento, convívio familiar, responsável, escolaridade do responsável, moradia, quantidade de cômodos, pessoas residem na mesma casa, benefícios sociais, internet, carro); sexuais/reprodutivos (identidade gênero, orientação sexual, iniciação sexual, idade da primeira relação sexual, uso de preservativo, número de filhos, aborto), uso de álcool/drogas (alguma vez na vida e no último mês) e história de violência. Quanto a escala, esta constitui-se em um instrumento de rastreamento sobre saúde mental intitulado *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), preconizado para estudos em comunidades e na atenção básica pela OMS (Apêndice A).

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu SRQ-20 que foi adaptado para a versão brasileira da SRQ-20 por Busnello e cols. (1983) e validada por Mari e Williams (1985), sendo composta por 20 itens (sim/não), baseado em um estudo desenvolvido com pacientes de clínicas de atenção primária de São Paulo. Serão considerados casos aqueles do sexo masculino que foram positivos em sete ou mais itens, e oito ou mais para os do sexo feminino, conforme proposto pelo autor original. (AVANCI, 2007; JACINTO; TOLFO, 2017)

O SRQ-20 é a versão de 20 itens derivada do SRQ-30 para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. Cada resposta afirmativa (sim) equivale ao valor 1 e irá compor o escore final por meio da soma destes pontos. Os escores computados estão diretamente relacionados com a chance de presença de transtorno mental comum, variando de 0 (remota probabilidade) a 20 (máxima probabilidade) (GONÇALVES, 2008)

A escala Self-Reported Questionnaire) possibilitará a estimar a prevalência de transtorno mental comum em adolescentes escolares à medida que rastreia sintomas: 1) psicossomáticos (cefaleia, indigestão e sensações desagradáveis no estômago; 2) depressivos (tristeza, choro fácil, falta de apetite, apatia, sentimento de inutilidade e sem valor, ideação suicida, cansaço, dificuldade de pensar com clareza e de realizar com satisfação atividades diárias); 3) ansiosos (insônia, assustar-se com facilidade, tremores na mão, nervosismo/tensão/agitação, dificuldade para tomar decisões, dificuldades na escola – item adaptado do original o qual afere dificuldades no trabalho).

Essa escala já é bem estabelecida e amplamente empregada em trabalhos internacionais e nacionais, inclusive com amostra adolescente (BENER; TEWFIK, 2006; FEIJÓ; COLS, 1997; BOLSONI, 2015; OEHLSSCHLAEGER, PINHEIRO, HORTA, GELATTI,

SANT’TANA, 2004). A avaliação psicométrica, realizada por meio de dados de estudo piloto (210 adolescentes) e feita por intermédio de confiabilidade teste-reteste, mostrou ICC (Intraclass Correlation Coefficient) de 0,85 e alpha de Cronbach de 0,75 (AVANCI, 2007)

### **3.5.2 Operacionalização da coleta**

O Instrumento de coleta de dados foi testado, previamente, em graduandas bolsistas e voluntárias do grupo de estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida”. De acordo com Marconi e Lakatos (2010), o pré-teste do instrumento de coleta pode ser usado numa amostra aleatória representativa ou intencional, sendo estes parâmetros delineados pelo pesquisador.

Após a realização do ajustamento do instrumento, foi criado o manual de orientação aos entrevistadores que norteou o trabalho in loco, e forneceu instruções para aplicação do formulário com precisão e fidedignidade (APÊNDICE B).

O Treinamento ocorreu em três momentos consecutivos realizados nas reuniões dos grupos de pesquisa. Nesses espaços disponibilizados foram contemplados a apresentação do projeto, exposição do instrumento e aplicação dos questionários e sendo exauridas todas as dúvidas dos entrevistadores.

No cenário de pesquisa, após seleção dos adolescentes elegíveis para participar do estudo, será realizado o encaminhamento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para a residência do responsável/aluno dando as devidas orientações e solicitado que o termo seja recolhido no dia seguinte contendo ou não as assinaturas. Concomitantemente, os adolescentes serão recrutados para receberem as informações referente a pesquisa mediante o termo de assentimento livre e esclarecido. Após a apresentação do termo de assentimento e assinatura do termo de consentimento, prosseguirá a entrevista sociodemografica/clínica e em seguida será aplicada a escala SRQ-20 (Self-Reported Questionnaire).

A Aplicação dos instrumentos de pesquisa será realizada por graduandas em Enfermagem da UFBA, bolsistas de iniciação científica e voluntários vinculadas ao grupo de estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida”. Ocorrerá de forma individualizada e reservada em local indicado pela direção da escola visando garantir a privacidade e respeitar o sigilo neste estudo que envolve seres humanos.

### **3.5.3 Variáveis de estudo**

### **Variável de desfecho**

A Variável de desfecho utilizada foi a ideação suicida. Essa informação foi obtida por intermédio dos escores das escalas do SRQ -20.

### **Variáveis de exposição**

Foram incluídos dados sociodemográficos e saúde sexual/ reprodutiva. Os dados sociodemográficos contemplados foram a idade do adolescente computada em anos completos; sexo descrito como masculino ou feminino, cor/raça- considerou-se a cor da pele autodeclarada em branca, preta, parda ou outra; Religião - terá as seguintes opções Católica, Evangélica, Budista e Candomblé. Quanto ao estado civil – o adolescente descreveu sua situação como tendo companheiro (a), já teve companheira ou nunca teve companheiro; Escolaridade do adolescente - Foi observado se o responsável possui ensino fundamental completo ou incompleto (1° ao 9° ano), nível médio completo ou incompleto (1° ao 3° ano) e superior completo ou incompleto; Número de pessoas que dependem da Renda Familiar – baseado no somatório do de cada integrante da família; Sustento Familiar – o adolescente descreveu se contribuía para o sustento da família e quais os outros familiares que colaboravam com a renda familiar. Sendo eles, pai, mãe, irmãos, padrasto, madrasta, avós, tios, companheiro(a), outros; Grupo Familiar que reside na mesma casa - pai, mãe, irmãos, padrasto, madrasta, avós, tios, companheiro(a), sogro(a), outros parentes;

Quanto aos aspectos relacionados à Saúde Sexual/Reprodutiva, uso de substâncias psicoativas e história de violência foram contempladas orientação sexual – Heterossexual, Homossexual e Bissexual; Relações sexuais – qual a idade em que ocorreu a primeira vez e com quem foi? – Namorado, Amigo, Parente, Desconhecido e Outro; Uso de preservativos – Sim ou Não; Se possui filhos – quantidade (Nenhum, Um, dois, Três e Mais de três); Aborto - Sim ou Não;

### **3.6 ANÁLISE DOS DADOS**

Após a coleta de dados, estes foram armazenados em um banco de dados através da base Data Analysis and Statistical (Software STATA). Inicialmente foi efetuada a análise descritiva, foram calculadas as frequências absoluta e relativa que são variáveis categóricas, e medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, desvio padrão, amplitude mínima e máxima) para as variáveis contínuas.

Para verificar a associação entre o desfecho (ideação suicida) e a exposição, foi realizada uma análise bivariada a partir do teste Qui –quadrado e teste exato de Fisher considerando um valor de  $p \leq 0,20$  para associação estatisticamente significativa. Para análise bivariada foi utilizada uma razão de prevalência com um intervalo de confiança de 95%.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa se encontra inserida em um Projeto Matriz que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPEE/UFBA), sob o parecer consubstanciado de nº 384208 (ANEXO A). A pesquisa foi realizada seguindo as normas adotadas pelas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

O estudo respeitou as questões éticas da pesquisa que envolvem seres humanos e levou-se em consideração os seguintes princípios da bioética (beneficência, não -maleficência, justiça e autonomia). Nas pesquisas científicas devem prevalecer o bem-estar e o interesse do usuário e os benefícios podem ser avaliados como saúde emocional, bem-estar físico e até custos para as diferentes partes interessadas que podem ser os usuários, os familiares, a comunidade acadêmica e a sociedade (BEAUCHAMP, 2001; KINSINGER, 2010).

O estudo apresentou pretensão de contribuir com o bem-estar da população infantojuvenil evidenciando os fatores associados a ideação suicida em adolescentes escolares com transtorno mental comum. Inicialmente esse grupo foi beneficiado com as ações realizadas pelo ACCS que possibilitou com contato prévio com as turmas em atividades lúdicas e educativas que promoviam reflexão sobre sexualidade, orientação em primeiros socorros e desenvolvimento de estratégias em situações de violência.

No contexto de aproximação com a instituição, esses adolescentes foram beneficiados com atendimentos individualizados realizados pela equipe do Serviço Social encaminhados por professores e com demanda espontânea. O plantão funcionava dias de terças e quintas de 13 às 17 horas com a presença de Assistentes Sociais voluntários e vinculados a Centro Universitário Estácio FIB e Universidade Federal da Bahia.

O plantão do Serviço Social possibilitou os atendimentos individuais ao discente, atendimento familiar, atendimentos em grupos, abordagens junto a diretoria da escola e encaminhamento para outros serviços da rede socioassistencial. Eram utilizadas estratégias para compreensão das expressões da questão social que permeava a realidade social de cada adolescente como situações de exclusão social, violência, atitudes discriminatórias, de gênero, de etnia, de classe social, de sexo, reprovações, evasão escolar, baixo rendimento escolar,

agressividade, desinteresse pela sala de aula e aprendizado, dificuldade com regras, vulnerabilidade a drogas.

Com o plantão foi possível trabalhar com ações educativas e aumentar a participação familiar na comunidade escolar de modo a atingir diretamente o adolescente de forma integral correlacionando a família em intervenções e melhorando a vinculação do discente – escola - família.

Quanto ao princípio da não maleficência, cabe aos pesquisadores realizar a proteção dos usuários durante as etapas do estudo objetivando não os prejudicar ou gerar situações e/ou danos desnecessários (MONTEIRO, 2019). Para não gerar danos imediatos, exposições e comprometimento da saúde psicoemocional, utilizamos de um ambiente reservado e privado, e os entrevistadores foram capacitados para uma melhor abordagem junto aos adolescentes, sobretudo, orientados para interromper a entrevista ao perceber sinais e sintomas de labilidade emocional como choro, agitação, tristeza, medo, mudanças repentinas de humor, emoções desproporcionais a situação, vergonha, inquietação e sinais de agressões que podem desencadear desconforto.

Nessas situações, as(os) entrevistadores de imediato interromperam a pesquisa para ofertar uma escuta qualificada e acolhimento para um melhor controle das emoções, equilíbrio dos sentimentos e bem-estar dos adolescentes escolares além de encaminhar para o atendimento de profissionais de Serviço Social que realizaram acolhimento após a interrupção da entrevista. e permaneciam disponíveis durante todo o processo de coleta na escola.

O Terceiro princípio da bioética a ser considerado é o da justiça. Este vem desvelar que a justiça deverá prevalecer de modo imparcial na distribuição de riscos e benefícios. O pesquisador deverá ser justo em atender as necessidades de cada um levando em consideração as individualidades, particularidades e potencialidades em pesquisas e para isso utilizaremos um segundo conceito ao conceito de justiça: o conceito de equidade que considera que devermos tratar desigualmente os desiguais (BRASIL, 1988)

O estudo privilegiou os adolescentes escolares de escola pública com condições sociais desfavoráveis e maior vulnerabilidade que desfavorece a chance de identificação de ideação suicida ao apresentarem transtornos mentais comuns além da dificuldade em acesso aos serviços, ao cuidado e a prevenção.

E o último princípio utilizado no estudo é a autonomia. Esse princípio da autonomia permite aos adolescentes a escolha em participar ou não do estudo, assim como a possibilidade de desistência de fazer parte da pesquisa a qualquer tempo. Os adolescentes que participaram do projeto de pesquisa receberam e assinaram os Termos de Assentimento Livre Esclarecido

(TALE) em sala de aula após apresentação da pesquisa e os que desejaram levaram os termos para os responsáveis legais assinarem. Esse Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) autorizava os filhos a participarem do estudo de forma voluntária. A pesquisa também obedeceu às recomendações acerca da resolução que garante o anonimato dos entrevistados e ainda o sigilo da informação.

## 4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados na forma de dois artigos respondendo aos objetivos da tese e que deverão atender as normas dos periódicos escolhidos para submissão. O primeiro manuscrito, intitulado “Fatores associados a ideação suicida em adolescentes escolares com TMC ”; o segundo manuscrito, denominado “Adolescentes Escolares com TMC: associação entre características Sexuais/Reprodutivas e Ideação Suicida”.

### 4.1 ARTIGO 1- Fatores associados a ideação suicida em adolescentes escolares com TMC

#### **Resumo**

**Objetivo:** Verificar a associação entre os fatores sociodemográficos, e ideação suicida em adolescentes escolares com TMC de uma escola pública em Salvador. **Método:** Estudo transversal realizado na cidade de Salvador, Ba, Brasil, com 120 escolares com idade entre 10 a 19 anos. Utilizou-se como instrumentos um formulário contendo variáveis e escala avaliativa de Transtorno Mental Comum. Os dados foram processados com auxílio do *Stata* versão 12. Foi estimada a razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança a 95% e valor de  $p \leq 0,05$  para verificar a associação. **Resultados: obteve-se** uma prevalência de ideação suicida entre os adolescentes com TMC de 58%. Quanto aos dados sociodemográficos, na análise bivariada verificou-se associação positiva estatisticamente significativa para o sexo feminino (RP = 2,65;  $p = 0,02$ ), não conviver com os pais (RP = 1,63;  $p = 0,20$ ), escolaridade de 6º/7º anos de estudo (RP = 1,72;  $p = 0,15$ ) e o desfecho Ideação Suicida entre adolescentes com TMC **Conclusão:** Adolescentes com TMC do sexo feminino, com menor escolaridade entre 6º/7º ano, que não convivem com os pais, estão mais propensos a apresentarem ideação suicida, enquanto ser de raça/cor branca, comportou-se como fator de proteção para o agravo.

**Descritores:** Saúde Mental. Estresse Psicológico. Adolescente. Enfermagem. Ideação Suicida

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que o Transtorno Mental Comum (TMC) teve incremento em todo o mundo na última década (WHO, 2022; AUERBACH et al, 2018). Há tendência ao aumento das taxas deste agravo na população jovem, com destaque para

o grupo de adolescentes precoces, ou seja, aqueles com idade entre 10 e 14 anos (WHO, 2022). Este cenário preocupa pesquisadores, organizações governamentais e não governamentais.

Estudos realizados nos continentes europeu, norte americano, africano e asiático revelam taxas alarmantes, superiores a 31% de TMC na população adolescente (AUERBACH et al, 2018; SILVA, 2023). Pesquisa nacional cuja prevalência de TMC em 74.589 adolescentes estudados foi de 17% (RIBEIRO et al, 2020) e outros estudos que revelam taxas de 33,2% a 52,2%% entre adolescentes no Rio de Janeiro e na Bahia, respectivamente, corroboram tal achado (MONTEIRO et al, 2020). As notificações deste agravo nessa faixa etária são consideradas importantes dados epidemiológicos, posto que os TMCs são classificados como transtornos psiquiátricos menores (WHO, 2022).

Vale salientar que o TMC gera elevado grau de sofrimento às pessoas acometidas e sua subnotificação é latente, afinal, o não tratamento dos sintomas gera agravamento de quadro clínico com impactos consideráveis no âmbito da saúde, da educação e da segurança pública (CAMAN; STURUP; HOWNER, 2022). Entretanto, o TMC em adolescentes ainda vem sendo pouco investigado (RIBEIRO et al, 2020). Soma-se o fato de os profissionais terem dificuldades em diagnosticar este agravo, o que é conceituado como um estado mental que antecede agravos psíquicos complexos como transtornos depressivos, ansiedade e transtornos alimentares e suicídio (WHO, 2022).

Acerca do suicídio, na América do Norte, Central e do Sul, somente no ano de 2019, 97.339 pessoas morreram por suicídio, dados que estimam que as tentativas de suicídio superam 20 vezes esse total (WHO, 2022). Estudos nacionais e internacionais demonstram associação entre violência autoprovocada, suicídio e ideação suicida, processo de adoecimento mental no qual o indivíduo tem pensamentos que podem predizer (ou não) o planejamento de como pretende se suicidar (RODRIGUES, 2022). Estudos confirmam que tentativas de suicídio e o suicídio são precedidos de ideação suicida (SAMPASA-KANYINGA; HAMILTON; CHAPUT, 2018).

Enquanto problema de saúde pública, o comportamento suicida afeta adolescentes em todo o mundo. A OMS aponta que 800 mil pessoas entre 15 a 29 anos morrem anualmente por suicídio no mundo, um quadro grave que é acompanhado por dados nacionais, onde são registradas 12 mil mortes por ano para os brasileiros nessa mesma faixa etária. Na Bahia, foram 5.160 notificações de suicídio para as idades de retratadas entre os anos de 2010 e 2019 (OMS, 2020a). Devido a este cenário, os estudos sobre suicídio em adolescentes ganham destaque na atualidade, ensejam intervenções e políticas públicas de proteção para adolescentes em situação de vulnerabilidade (SGANZERLA, 2021).

Sobre isso, a OMS (2020b) recomenda, por meio do programa “Live life”, uma série de intervenções para prevenir o suicídio como: restringir o acesso de adolescentes aos meios de suicídio; buscar apoio da mídia em campanhas para fomentar as discussões sobre o suicídio; desenvolver nos adolescentes habilidades socioemocionais para a vida; identificar, avaliar, gerenciar e acompanhar precocemente qualquer pessoa com comportamentos suicidas. Seguindo estas recomendações, desde 2022, tramita no Senado Federal o Projeto de lei nº 1773, que, caso aprovado, dará origem à Política Nacional de Combate ao Suicídio de Crianças e Adolescentes, cujo objetivo é “assegurar a oferta, pelo poder público, dos cuidados voltados para a saúde mental de crianças e adolescentes.” (BRASIL, 2021b).

Para aplicação destas e outras ações de prevenção e cuidado à saúde mental do público infanto-juvenil, importante a identificação do grupo mais susceptível à TMC, com fins de reduzir as chances de agravamento do quadro para comportamento suicida e tentativa de suicídio. Nesse sentido, o estudo tem por **objetivo** verificar a associação entre fatores sociodemográficos e ideação suicida em adolescentes escolares com TMC.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado em uma escola pública de um bairro periférico em Salvador, Bahia. Esta pesquisa foi conduzida pela ferramenta STROBE e ocorreu no período de novembro de 2019.

Participaram do estudo 230 estudantes com faixa etária entre 10 e 19 anos, conforme determinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para esse cálculo amostral foi utilizado o pacote estatístico R, versão 3.3.1, considerada uma margem de erro de 5%, nível de significância 5%, bem como reposição de 20%.

Foram adotados como critérios de inclusão estar matriculado e frequentando a escola, sendo excluídos os que apresentavam dificuldade cognitiva para responder as questões e/ou que não compareceram após três marcações. Para todos os participantes foi encaminhado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os seus responsáveis. Após a assinatura desses termos, iniciou-se o processo de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por dois formulários padronizados. O primeiro é subdividido em variáveis sociodemográficas (sexo, idade, religião, raça, ter namorado, escolaridade, contribuição financeira para o sustento da família, convívio familiar e responsável). O segundo formulário é o Self Report Questionnaire (SRQ-20), instrumento que consta 20 itens (sim/não) com as seguintes variáveis: somáticas (má digestão, dor no estômago constante, cefaleia); depressivos (ansiedade, tristeza, falta de apetite, sensação de inutilidade,

de fracasso e sem valor, ideação suicida, dificuldade de pensar com clareza e de realizar atividades diárias com satisfação) e de ansiedade (se assusta facilmente, tensão, dorme mal, nervosismo, agitação, tremores nas mãos, dificuldade na escola e de decidir seus atos). Com os dados obtidos nesse questionário, foram identificados 120 adolescentes que apresentaram escore positivo para TMC, sendo o rastreamento positivo nos casos de sete ou mais itens para sexo masculino, e oito ou mais para o sexo feminino, conforme preconizado no SQR-20.

Esses formulários foram aplicados por pessoas das áreas de: enfermagem, assistência social e psicologia, todos devidamente treinados por pesquisadores com expertise na temática.

A análise de dados inicial se deu pelo armazenamento dos dados contidos nos questionários utilizando o software Excel 2007 da Microsoft e, em seguida, foram exportados para o software estatístico STATA versão 12 para as análises das frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, desvio padrão, amplitude mínima e máxima) para as variáveis contínuas. Com o objetivo de analisar a associação entre os fatores de exposição e a ideação suicida (desfecho), foi estimada a razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança a 95% e valor de  $p \leq 0,20$ .

O estudo respeitou os aspectos éticos regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução nº 466/2012, que direciona a ética na pesquisa com seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CEPEE/UFBA).

## **RESULTADOS**

A prevalência de ideação suicida entre os adolescentes com TMC foi 58,3 % (70/120). No que se refere às características sociodemográficas (Tabela 1), dos 120 adolescentes com TMC 70% (84/120) era do sexo feminino, 51,7% (62/120) com idade entre 15 a 19 anos, 57,5% (69/120) proferiram ter religião, 83,3% (100/120) autodeclararam-se negros, 59,1% (71/120) cursavam 6º/7º ano do ensino fundamental e 69,1% (83/120) não possuíam namorado. A maioria dos escolares não contribuía na renda familiar 95,0% (114/120). Com relação ao convívio familiar, 60% (72/120) referiram residir com os pais, 88,3% (106/120) tendo estes como responsáveis.

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos adolescentes com Transtorno Mental Comum (TMC). Salvador, Bahia, Brasil, 2019. (n=120)**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n = 120</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	36	30
Feminino	84	70
<b>IDADE</b>		
10 a 14	58	48,3
15 a 19	62	51,7
<b>RELIGIÃO</b>		
Sim	69	57,5
Não	51	42,5
<b>RAÇA</b>		
Negra	100	83,3
Não-negra	20	16,7
<b>NAMORADO(A)</b>		
Sim	37	30,9
Não	83	69,1
<b>ESCOLARIDADE</b>		
6º/7ºano	71	59,1
8º/9ºano	49	40,9
<b>CONTRIBUI FINANCEIRAMENTE PARA O SUSTENTO</b>		
Sim	6	5,0
Não	114	95,0
<b>CONVÍVIO FAMILIAR</b>		
Pais	72	60
Outros	48	40
<b>RESPONSÁVEL</b>		
Pais	106	88,3
Outros	14	11,7

**Tabela 2 - Associação entre variáveis sociodemográficas e ideação suicida em adolescentes escolares com TMC. Salvador, Bahia, 2019. (n = 120)**

VARIÁVEIS	N Total TMC	Ideação Suicida N (%)	Razão de Prevalência (PR)	IC (95%)	Valor de p
<b>SEXO</b>					0,02
Homem	36	41,60	1		
Mulher	84	64,29	2,65	1,19-5,91	
<b>IDADE</b>					0,38
10 a 14 anos	58	53,45	1		
15 a 19 anos	62	61,29	1,47	0,7-3,06	
<b>RAÇA</b>					0,80
Não Negra	100	60,00	0,92	0,34-2,44	
Negra	20	50,00	1		
<b>RELIGIÃO</b>					0,80
Sim	69	56,52	1		
Não	51	58,52	1,03	0,49-2,15	
<b>CONVÍVIO FAMILIAR</b>					0,20
Pais	72	52,78	1		
Outros	48	64,58	1,63	0,76-3,45	
<b>ESCOLARIDADE</b>					0,15
6º/7º	71	52,11	1,72	0,81-3,66	
8º/9º	49	65,31	1		
<b>CONTRIBUEM FINANCEIRAMENTE PARA O SUSTENTO</b>					0,64
Sim	6	83,33	1,45	0,25-8,26	
Não	114	57,02	1		
<b>RESPONSÁVEL</b>					0,97
Pais	106	57,55	1		
Outros	14	57,14	0,94	0,30-2,91	

Com a análise bivariada (Tabela 2) verificou-se que existe associação positiva estatisticamente significativa para o sexo feminino (RP = 2,65; p = 0,02), não conviver com os pais (RP = 1,63; p = 0,20), escolaridade de 6º/7º anos de estudo (RP = 1,72; p = 0,15) e o

desfecho Ideação Suicida entre adolescentes com TMC. Destacam-se outras variáveis associadas positivamente, embora não estatisticamente significantes, tais como: idade entre 15 a 19 anos (RP=1,47 e IC95%: 0,7 – 3,06), não possuir religião (RP =1,03 e IC95%:0,49-2,15) e contribuir financeiramente para o sustento da família (RP = 1,45 e IC95%:0,25-8,26).

## DISCUSSÃO

O estudo com 120 adolescentes com TMC aponta prevalência de 58% de ideação suicida, sendo que àqueles que apresentaram escolaridade entre 6° e 7° ano têm prevalência 1,72 vezes maior de desenvolver a ideação suicida comparado com o 8°/9° ano. Estudo brasileiro realizado no Piauí com 674 adolescentes de escola pública e privada aponta prevalência de 9,5% de ideação suicida nos estudantes de menor escolaridade comparado com prevalência de 6,1% nos estudantes de maior escolaridade (SOUSA et al., 2020). No cenário internacional também é possível observar tal realidade conforme estudo europeu com 6.643 adultos que revela a forte influência dos fatores sociodemográficos sobre o evento estudado, sendo que os de menor escolaridade apresentaram três vezes mais chances de ideação suicida comparado aos de maior escolaridade (EDWARDS et al., 2023).

Esse adoecimento mental do menor nível escolar pode estar associado ao fato do ensino fundamental ser o período mais longo da educação básica brasileira, que compreende a fase que vai do 1° ao 9° ano e agrega estudantes com idade desde 6 a 14 anos. O desenvolvimento dos anos finais do ensino fundamental, conhecido como ensino fundamental II, concentra o final da infância e o início da pré-adolescência. O grupo etário da adolescência, que mobiliza mais preocupações com os riscos à saúde devido as alterações físicas, mentais e sociais, consiste na pré-adolescência, ou adolescência precoce, correspondente a idade entre 10 a 14 anos (primeira idade) e a adolescência entre 15 a 19 anos (segunda idade).

Com relação a idade, em que pese sem significância estatística, escolares na faixa etária entre 15 a 19 anos apresentaram frequência 1,47 maior de ideação suicida comparado aos menores de 10 a 14 anos. Estudo brasileiro realizado no Macapá, com 60 adolescentes escolares do ensino público e privado com idade entre 15 a 17 anos, revelou prevalência de 46,7% de ideação suicida (ABREU; MARTINS, 2022). No âmbito internacional, dos 841 dinamarqueses com idade de 15 e 16 anos de duas tribos indígenas, quase 40% relataram pensamentos suicidas e 18% referiram tentativas de suicídio (GRANHEIM, 2021).

Contudo, embora sinalize para maior prevalência de ideação suicida entre adolescentes com idade de 15 a 19 anos, a análise do início do processo de adoecimento fica limitada, pois

necessita da realização do acompanhamento do adolescente desde o final da infância até o início da vida adulta para estimar se o transtorno mental comum iniciou ou intensificou-se em determinada fase (fator de exposição) culminando na ideação suicida (evento). Estudo observacional retrospectivo realizado no Norte da Itália, com 174 indivíduos de 8 a 18 anos de idade, concluiu a associação entre presença de problemas psicológicos gerais e a ideação suicida, enquanto hospitalizações anteriores, funcionamento de personalidade borderline e presença de transtornos afetivos foram significativamente associados a um resultado de tentativa de suicídio (RAFFAGNATO, 2022). Nesse interim, vale salientar que as manifestações de adoecimento podem vir atreladas a mudanças no aspecto físico, emocional e social, que comprometem o processo de crescimento e desenvolvimento. Isso mostra a importância de cuidado a adolescentes em todas as fases da vida, em especial mais novos a fim de identificar precocemente e evitar o agravamento e comprometimento maiores para a saúde mental e a vida.

Em que pese trate-se de uma população com legislações específicas sobre o trabalho do menor, o estudo mostrou associação positiva entre ideação suicida e contribuir financeiramente para o sustento, sendo que aqueles que contribuem têm 1,45 mais chances de ter ideação suicida comparado aos que não contribuem. Importante referir que o comprometimento com atividades incompatíveis a idade pode gerar ansiedade, insegurança, baixo rendimento escolar, redução de concentração/ criatividade, repetência, distorção de série e idade, envolvimento em atividades ilícitas e evasão escolar (THI; ZIMMERMAN; RANGANATHAN, 2023; CARVALHO; MELO, 2019). Segundo a Organização Internacional do Trabalho, outros danos relacionados ao trabalho doméstico infantil para os menores são: esforços físicos intensos; isolamento; posições antiergonômicas e movimentos repetitivos; tracionamento da coluna vertebral; sobrecarga muscular, contusões, fraturas, ferimentos, queimaduras até problemas psíquicos como ansiedade, alterações na vida familiar; transtornos do ciclo vigília-sono, síndrome do esgotamento profissional e neurose profissional e traumatismos e fobias (IOT, 2020).

Além disso, contribuir financeiramente para o sustento pode recair sob o trabalho infantil na medida que o adolescente é pressionado para ajudar financeiramente sofrendo todas implicações emocionais e físicas não compatíveis com seu período de crescimento e desenvolvimento. Assim sendo, as implicações socioemocionais podem estar associadas a preocupação precoce com atribuições que, em tese, não deveria recair para adolescentes. Frente a isso, é importante investir em ações que garantam o direito de crianças e adolescentes permanecerem em atividades compatíveis com a idade e/ou inseri-las em programas como o

menor aprendiz que desenvolve a inclusão produtiva de adolescentes em situação de vulnerabilidade social com acesso à educação simultaneamente (BRASIL, 2021a).

Nas meninas, essa responsabilização de atribuições de adultos para crianças e adolescentes se dá ainda mais expressiva, considerando as funções e responsabilidades imbuídas às mulheres, sobretudo no espaço do doméstico, que se iniciam desde tenra idade, contexto que também precipitam pressão e estresse emocional. Pesquisa etnográfica realizada em Minas Gerais com 100 infantes em duas escolas públicas retrata que especialmente nas camadas sociais menos privilegiadas, enquanto os genitores trabalham, as crianças/meninas com idade entre sete e 10 anos cuidam de seus irmãos mais novos, inclusive com responsabilidade de educá-los (FROIS, 2020). Corroborando, estudo qualitativo desenvolvido com nove adolescentes de 14 a 16 anos em Pernambuco, através de questionário e entrevista, aponta ainda ser predominantemente delegado aos indivíduos do sexo feminino as atribuições domésticas como: cozinhar/preparar alimentos, lavar e passar roupas, arrumar a casa, não obstante, meninas têm o compromisso de cumprir diariamente estas tarefas (CARVALHO; MELO, 2019).

No âmbito internacional, estudo com dados secundários realizado com 66.705 crianças e adolescentes de 5 a 17 anos em Bangladesh, evidencia que quase 40 mil infantes estão realizando trabalho infantil, sendo predominantemente concentrado para as meninas as atividades domésticas (THI; ZIMMERMAN; RANGANATHAN, 2023). Corroborando, nos Estados Unidos um estudo com 21.736 crianças e adolescentes retrata que as atividades de limpar o lar, organizar e guardar objetos da casa estão associadas as meninas (AHMED et al., 2022).

Essas atividades domésticas realizadas por muitas horas diárias e em condições prejudiciais ao crescimento e desenvolvimento são consideradas como trabalho infantil, sendo classificado entre os trabalhos perigosos que estão proibidos para menores de 18 anos, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2020). Apesar de ser proibido no Brasil através do decreto 6.481/2008, em 2011 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), registrou cerca de 258 mil crianças e adolescentes, entre cinco e 17 anos, que estavam ocupados no trabalho infantil doméstico (BRASIL, 2021a).

Tais circunstâncias violam o que é preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e nas diretrizes de organizações internacionais de proteção a esse público. Segundo o artigo nº 60 do ECA, o trabalho infantil é proibido para menores de 14 anos, sendo resguardado pelo artigo nº 71 o direito a cultura, lazer, esportes, diversão, informação, espetáculos e produtos e serviços que respeitem sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Essas

prerrogativas também são defendidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que enfatizam a importância de a criança/adolescente ter um crescimento e desenvolvimento saudável com lazer, educação e distante do trabalho (UNICEF, 2021; LUCAS, 2009).

Acerca da vulnerabilidade das meninas para ideação suicida, outro fator de significância estatística com a ideação suicida apontada pelo estudo foi ser do sexo feminino: as meninas têm 2,65 vezes mais chances a ter ideação suicida comparado aos meninos. Essa realidade também é evidenciada em pesquisa realizada em Teresina, Piauí, com 674 adolescentes escolares de 14 a 19 anos, que indica uma prevalência de 2,13 vezes mais chances de ideação suicida nas meninas à observada no sexo masculino (SANTOS et al., 2024). Outro estudo nacional realizado na região centro-oeste, em Goiás, com 240 adolescentes de 12 a 18 anos, aponta prevalência de 1,78 chances de ideação suicida para o sexo feminino em relação ao masculino (HERENIO; ZANINI, 2020).

Diversos estudos nacionais também sinalizam para maior vulnerabilidade de ideação suicida em meninas, como a pesquisa com 60 adolescentes de 15 a 17 anos no Amapá (ABREU, 2022) e o estudo com 674 estudantes de escolas públicas e privadas em Teresina, no Piauí relata que a maior frequência de ideação suicida exposta foi por estudantes meninas (SOUSA, 2020). Outro exemplo é a pesquisa observacional aplicada em um hospital público de São Paulo com 88 adolescentes tentantes de suicídio revela que 87% destes eram do sexo feminino (FOGAÇA, 20023). Pesquisa desenvolvida na cidade de Feira de Santana, interior do estado da Bahia, com 4.170 indivíduos, com idade igual ou superior a 15 anos, revela que a prevalência para o sexo masculino e ter ideação suicida é de 4,3% enquanto que no sexo feminino é de 7,6% (LIMA, 2022).

Pesquisas realizadas em países das américas, Europa e no sudeste asiático corroboram a maior prevalência de ideação suicida entre as meninas (GROSSBERG; RICE, 2023). Outra pesquisa, com 841 adolescentes indígenas de 15 e 16 anos na região ártica da América do Norte, ratifica que o comportamento suicida está vinculado ao sexo feminino (GRANHEIM et al., 2021).

Para além das questões referentes a crença de que meninas devem ser boas donas de casas, conforme já discutido, a maior susceptibilidade delas para ideação suicida pode estar atrelada ainda a ideia socialmente construída da mulher enquanto ser frágil e sensível. Isso porque dentro de um pensamento misógino, que se ancora na discriminação contra o sexo feminino, tudo o que é considerado “fraco” tem a ver com o “feminino”, desde a ausência - ou

diminuição - de atributos da considerada “força física”, até pensamentos mais conservadores como a convicção de que ela é desprovida ou possui pouca racionalidade e inteligência.

Assim sendo, a fragilidade e sensibilidade, naturalizadas como característica inerente às mulheres e por isso associada à natureza feminina, vem sendo apreendidas socialmente, de modo que meninas constroem suas identidades para se constituírem seres frágeis e dependentes de um homem, forte e emocionalmente equilibrado (SANTOS; VIEIRA; CAVALCANTI, 2024). Nesse sentido, a forma de “ser” frágil ou sensível é desenvolvida na pessoa ao longo da vida sofrendo influência nas relações mais ou menos assimétricas entre os gêneros.

Importante pontuar que a dicotomia de gênero, que exige o enquadramento de pessoas dentro de padrões, limita certos corpos a serem visitados com a possibilidade de estar neste rol de pessoas sensíveis ou não. Isso ocorre porque, pela ótica da binariedade (VERGUEIRO, 2018), ou se é mulher, vulnerável, fraca, defeituosa, parte de um todo que é o homem; ou se é do sexo masculino particularmente forte, cheio de postura racional, insensível e dotado do que a mulher precisa para ser e estar completa. Quando deixamos de lado uma visão dual, partimos para a fluidez e possível transicionalidade das características de alguém, possibilitando uma combinação de atributos considerados masculinos e femininos e assim o desvelar do indivíduo único e repleto de particularidades.

A reflexão acerca destes estereótipos de gênero encontra-se diretamente relacionada às questões de saúde mental visto que aspectos que destoam o esperado para homens e mulheres são questionados. Enquanto isto, o corpo, que somatiza expectativas em forma de adoecimentos, tenta enfrentá-las e sobreviver. Percebe-se, pois, que a não adequação aos padrões socialmente definidos compromete a saúde mental das pessoas.

Outra situação de pressão social experienciada por meninas, e que pode guardar relação com a maior vulnerabilidade feminina à ideia suicida, remete a gravidez na adolescência. Segundo estudo realizado na Eslováquia com 294 mães com idade menor ou igual a 19 anos, que deram à luz entre 2019-2020, as adolescentes grávidas são mais propícias a fumar, terem filhos com baixo peso, parto prematuro e complicações durante a gestação (DIABELKOVÀ et al., 2023).

Ancorada na vinculação de meninas às atividades de cuidado da casa e na preocupação de gravidez não planejada, a categoria gênero também nos possibilita análise quanto a maior prevalência de ideia suicida em meninas. Há escassez na literatura sobre as formas de tentativas de suicídio, entretanto dados governamentais evidenciam que as mortes masculinas tendem a ser mais violentas que as femininas, sendo que os homens apresentam maior risco de morte de suicídio do que as mulheres (BRASIL, 2021a). Assim, é importante ressaltar que em

que pese as mulheres tentarem mais vezes, os homens morrem mais por suicídio. Esse fenômeno é chamado de paradoxo do suicídio, podendo estar atrelado ao fato de que as mortes violentas estão mais atreladas ao mundo masculino, incluindo o acesso facilitado a meios mais letais enquanto que as mulheres, de maneira geral, permanecem mais tempo com ideias suicidas e tentativas de menor letalidade (DANTAS et al., 2023).

Outro aspecto com significância estatística com a ideação suicida em adolescentes remete a convivência com indivíduos que não sejam os pais, apresentando prevalência 1,63 de ideação suicida em relação aos que convivem com os pais. Estudo realizado no nordeste brasileiro com 674 adolescentes escolares aponta prevalência maior: os que não residem com os pais têm 2,27 vezes mais chances de ideação suicida comparado aos que moram com os pais (SOUSA et al., 2020).

Esses achados refletem a importância atribuída socialmente à família nuclear e a crença de que assim os menores são (mais) felizes (RINALDI, 2019). No entanto, a referência da figura materna e paterna pode e deve ser valorizada ainda que mães e pais não residam com os menores, conforme revela estudo de caso coletivo realizado no Rio Grande do Sul com três duplas parentais com o objetivo de compreender a experiência da coparentalidade de pais separados que possuíam a guarda compartilhada do(s) filho(s) e que evidencia ser possível preservar o exercício da parentalidade por ambos apesar dos conflitos que existem entre os casais (WEBER, MACHADO, PEREIRA, 2021).

Compreendendo a relevância do contexto familiar para assegurar o desenvolvimento saudável dos adolescentes, é imprescindível mencionar os múltiplos arranjos familiares que existem hodiernamente (RINALDI, 2019). Ao longo das últimas décadas, o conceito de família passou por diversas mudanças que se distanciam do modelo nuclear tradicional. Atualmente, a união homoafetiva pode ter direitos semelhantes aos casais heterossexuais quanto à reprodução medicamente assistida e adoção de crianças/adolescentes. Assim, diante das múltiplas configurações de famílias, vale referir que a figura materna e parte pode não necessariamente ser da mãe e pai biológico, podendo também ser estendida para outros indivíduos que se importam com os mesmos. Logo, para além da família nuclear, a fim de assegurar um crescimento saudável para os menores é essencial fornecer amor, respeito, alimentação, educação e lazer (SILVA et al, 2019).

Apesar de não ter apresentando significância estatística no presente estudo, a raça/cor se apresentou como um fator de proteção. Esses achados sugerem que a raça/cor branca tem 0,92 vezes menos chances risco de ter ideação suicida quando comparado com a raça/cor negra. Corroborando esses resultados, estudo ecológico retrospectivo desenvolvido no Mato-Grosso

no Brasil, com adolescentes de 10 a 19 anos, também aponta maior prevalência de suicídio entre os negros (MARTINS et al., 2023). Outro estudo nacional, conduzido no Distrito Federal com dados secundários, evidenciou que das 276 pessoas que foram a óbito por suicídio entre 2015 e 2016, 78 eram negras e 48 eram brancas (BAERE; ZANELLO, 2018). Corroborando, pesquisa realizada nos Estados Unidos com 437 participantes também revela que a prevalência de suicídio foi maior na população negra (SHANNONHOUSE et al., 2023). Ainda no cenário internacional, pesquisa secundária desenvolvida nos Estados Unidos que analisou a tendência de suicídio entre 1999 e 2020 de acordo com a raça e etnia, percebeu que a mortalidade entre os brancos diminuiu 3,8% ao ano e aumentou 6,1% ao ano para os negros (IBRAHEEM, 2022).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo mostrou que adolescentes com TMC do sexo feminino, com menor escolaridade entre 6º e 7º ano, que não convivem com os pais estão mais expostos a apresentarem ideação suicida, ao contrário da raça branca, que se mostrou fator protetivo para o agravo.

Por tratar-se de uma pesquisa de corte transversal, o estudo limita-se por não identificar em que momento da vida esses adolescentes iniciaram o adoecimento, podendo tal evento ter sido precipitado ainda com menor idade e agravado ao longo do tempo. Diante o exposto, é necessário um olhar precoce diferenciado na assistência de crianças e adolescentes para reconhecer indícios de adoecimento mental e quadros psicopatológicos associados, incluindo a ideação e comportamento suicida, para assim prevenir e promover o cuidado que assegurem a esse público atingirem seu potencial de desenvolvimento humano.

Por meio desse estudo podemos perceber a importância de revisitar estratégias em áreas de ações prioritárias no Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) como crescimento e desenvolvimento, saúde mental, saúde escolar do adolescente e família. Essas estratégias servirão de incentivo a práticas locais que ampare a promoção, identificação de adolescentes vulneráveis ao comportamento suicida em decorrência de adoecimento prévio, detecção precoce de situações de risco ainda na infância, acompanhamento/ tratamento adequado de forma integral, intersetorial e interdisciplinar.

Além das ações voltadas para saúde física e mental do adolescente que envolvem a atenção básica e especializada devem ser pensadas conjuntamente maneiras de fortalecer vínculos familiares com a política de assistência, ações de intercâmbio de informações sobre a

adolescência, ações afirmativas e inclusivas, discussões intersetoriais, estímulo ao protagonismo do adolescente em espaços diferenciados, treinamento de equipes de assistência a adolescência, acompanhamento do adolescente por equipes intersetoriais com periodicidade estabelecida, inserção de equipes destinadas para realização de rastreamento de TMC, incluir o acompanhamento psicossocial do adolescente, além da frequência escolar como condição necessária para permanecer em programas de transferência de renda.

## REFERÊNCIAS

ABREU, T. B. de.; MARTINS, M. das G.T. A presença de ideação suicida em adolescentes e terapia cognitivo-comportamental na intervenção: um estudo de campo. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação**. São Paulo, v. 8, n. 5, p. 1341–1362, 2022. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5525>.

ALMEIDA, C.S. de. Feminismos negros: resistências, ativismos e efetivação de direitos fundamentais no Brasil. **Revista Destaques Acadêmicos**. Lajeado, v. 14, n. 2, 2022. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/3161/1992>.

ASSIS, T. de S.C. et al. Reincidência de gravidez na adolescência: fatores associados e desfechos maternos e neonatais. **Ciênc saúde coletiva [Internet]. Rio de Janeiro**, v. 27, n. 8, p. 3261–71, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.00292022>

AHMED, S.F. et al. Desenvolvimento da memória de trabalho desde a primeira infância até a adolescência usando duas amostras representativas nacionalmente. **Psicologia do desenvolvimento**. Pernambuco, v. 58, n. 10, p. 1962-1973, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/dev0001396>

AUERBACH, R. P. et al. World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. **J Abnorm Psychol**. v. 127, n. 7, p. :623-638, 2018. doi: 10.1037/abn0000362.

BAERE, F. de; ZANELLO, V. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. **Estud. psicol (Natal)**. Natal, v. 23, n. 2, p. 168-

178, jun, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180017>. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. O que é o trabalho infantil doméstico e quais prejuízos pode acarretar para crianças e adolescentes. **Governo do Tocantins**, 2021a Disponível em: <https://www.to.gov.br/cidadaniaejustica/noticias/o-que-e-o-trabalho-infantil-domestico-e-quais-prejuizos-pode-acarretar-para-criancas-e-adolescentes/7ewt1lrwex5r>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Gov.br**. Boletim Epidemiológico: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021b. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_3\\_3\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_3_3_final.pdf)

CAMAN S.; STURUP J.; HOWNER K. Mental Disorders and Intimate Partner Femicide: Clinical Characteristics in Perpetrators of Intimate Partner Femicide and Male-to-Male **Homicide**. *Front Psychiatry*. v. 21, n. 13, e844807, 2022. doi: 10.3389/fpsy.2022.844807. PMID: 35386515; PMCID: PMC8977448.

CARVALHO, J.B.; MELO, M.C.; A família e os papéis de gênero na adolescência. **Psicol Soc [Internet]**. Santa Catarina, v. 31, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v311168505>

DANTAS, E.S.O. et al. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. **Ciênc saúde coletiva [Internet]**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1469–77, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>

DIABELKOVÀ, J. et al. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. **Int J Environ Res Public Health**. Suíça, v. 20, n. 5, 2023. Disponível em: doi:10.3390/ijerph20054113

EDWARDS et al. Risco multifacetado de automutilação não suicida apenas versus tentativa de suicídio em uma coorte de base populacional de adultos. **Jornal de Distúrbios Afetivos. Estados Unidos**, v. 333, p. 474-481, jul 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.040>

FOGAÇA, V. D. et al.. Suicide attempts by adolescents assisted in an emergency department: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 2, p. e20220137, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0137>

FROIS, É.S. A construção da expressão de gênero na infância: do gesto à palavra. **Pesqui. prá. Psicossociais**. São João del-Rei, v. 15, n. 2, p. 1-15, jun. 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200006).

Acesso em: 02 jul. 2023.

GRANHEIM, I. P. H. et al. Socio-demographic, psychosocial and environmental factors associated with suicidal behaviour in Indigenous Sami and Greenlandic Inuit adolescents; the WBYG and NAAHS studies. **International journal of circumpolar health**. Estados Unidos, v. 80, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/22423982.2021.1913939>.

GROSSBERG, A.; RICE, T. Depression and Suicidal Behavior in Adolescents. **Med Clin North Am**. v. 107, n. 1, p:169-182, 2023. doi: 10.1016/j.mcna.2022.04.005.

HERENIO, A.C.B.; ZANINI, D.S. Ideação e tentativa de suicídio em adolescentes. **Psicol. Am. Lat.** México, n. 34, p. 233-243, dez, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2020000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 jul 2023.

IBRAHEEM,M.K. Differential trends in US suicide rates, 1999–2020: Emerging racial and ethnic disparities. **Preventive Medicine**. Estados Unidos, v.159, jun 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107064>

LERNER, C. A construção do gênero no discurso conservador: uma análise de comentários em rede social. **Perspectivas em Diálogo: Revista de Educação e Sociedade**. Mato Grosso do Sul, v. 10, n. 23, p. 145-160, 17 jun. 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/persdia/article/view/16895/12673>.

LUCAS, M.A.OF. A influência do UNICEF e da UNESCO na educação infantil brasileira contemporânea. **Rev. HISTEDBR On-line**, Campinas, n. 35, p.126-140, set. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/rho.v9i35.8639618>

LIMA, S. S.; GOMES, A. S. **Fatores associados a ideação suicida na população urbana de feira de santana,2018-2019**. Xxvi seminário de iniciação científica da UEFS semana nacional de ciência e tecnologia – 2022. Disponível em:

<https://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/9560/7942>

MARTINS, P.B. et al. Predição de suicídio entre adolescentes a partir da última década pré-pandêmica em Mato Grosso. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama, v. 27, n. 2, p. 625-639, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i2.2023-00617>

RAFFAGNATO, A. et al. A Pre-Adolescent and Adolescent Clinical Sample Study about Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Self-Harming. **Eur J Investig Health Psychol Educ**. Suíça, v. 12, p. 1441-1462, 2022. Disponível em: 10.3390/ejihpe12100100.

MONTEIRO, D. da S. et al.. Factors associated with common mental disorder in school teenagers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190847, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0847>

OIT. Trabalho doméstico infantil. **Brasília-DF: OIT**, 2020 Disponível em: [https://www.ilo.org/brasil/temas/trabalho-domestico/WCMS\\_565969/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasil/temas/trabalho-domestico/WCMS_565969/lang--pt/index.htm)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Suicídio é a terceira causa de morte de jovens brasileiros entre 15 a 29 anos**. 2020a. Disponível em:

<https://www.saude.ba.gov.br/2020/09/10/oms-alerta-suicidio-e-a-3a-causa-de-morte-de-jovens-brasileiros-entre-15-e-29-anos/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes sobre atividade física e sedentarismo**. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-11-2020-oms-lanca-novas-diretrizes-sobre-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario>

RIBEIRO, Isabel Batista da Silva; CORREA, Marcia Mara; OLIVEIRA, Gabriela; CADE, Nágela Valadão. Common mental disorders and socioeconomic status in adolescents of ERICA. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 54, p. 4, 2020. DOI: [10.11606/S1518-8787.2020054001197](https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001197).

RINALDI, A. de A. Novos arranjos familiares e os múltiplos sentidos da adoção. Antropolítica. **Revista Contemporânea De Antropologia**. Rio de Janeiro, v. 43, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/antropolitica2017.0i43.a41711>

RODRIGUES, D. da S. et al.. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em estudantes de uma universidade pública brasileira. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. e3305, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO252833051>

SAMPASA-KANYINGA, H.; HAMILTON, H. A.; CHAPUT, J. P. Sleep duration and consumption of sugar-sweetened beverages and energy drinks among adolescents. **Nutrition**. v. 48, p: 77-81, 2018. doi: 10.1016/j.nut.2017.11.013.

SGANZERLA, G. C.. Risco de suicídio em adolescentes: estratégias de prevenção primária no contexto escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 25, p. e226820, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/2175-35392021226820>

SHANNONHOUSE, L. et al. Racial Differences in the Relationship Between Pain and Suicide Desire in Older Adults. **Journal of Applied Gerontology**. Estados Unidos, v. 42, n. 5, p. 972–980. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/07334648221145854>

SANTOS, S. B.; VIEIRA, C. M. C.; CAVALCANTI, V. R. S. A relevância social e política da história das mulheres no Brasil. **Cadernos CEDES**, v. 44, n. 122, p. 6–16, jan. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/CC271171>

SILVA J.L. da. Planejamento para famílias homoafetivas: releitura da saúde pública brasileira. **Rev Bioét [Internet]**. Brasília, v. 27, n. 2, p. 276–80, 2019. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272310>

SILVA, M.F. da. **O dilema do cuidado: as masculinidades e os cuidados a saúde mental**. 2023. 31p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação de Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2023. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/22183>

SOUSA, C.M. de S.et al. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. **Revista de Saúde Pública [online]**. São Paulo, v. 54, n. 33. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001637>. Acessado em: 28 jun 2023.

THI, A.M.; ZIMMERMAN, C.; RANGANATHAN, M. Trabalho Infantil Perigoso, Funcionamento Psicossocial e Abandono Escolar entre Crianças em Bangladesh: Uma Análise Transversal das Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS) do UNICEF. **Crianças**. Suíça, v. 10, n. 6, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children10061021>

UNICEF. Trabalho infantil aumenta pela primeira vez em duas décadas e atinge um total de 160 milhões de crianças e adolescentes no mundo. **UNICEF: Brasil**, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/trabalho-infantil-aumenta-pela-primeira-vez-em-duas-decadas-e-atinge-um-total-de-160-milhoes-de-criancas-e-adolescentes-no-mundo>

VERGUEIRO, V. **Sou travestis: estudando a cisgeneridade como uma possibilidade decolonial**. 1ª ed., Brasília (Distrito Federal): Padê Editorial, 2018. 10 p.

VILAR, C.M.L.N. et al. Fatores da desigualdade social e a sua associação com a gravidez na adolescência: uma revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública do Paraná [Internet]**. Paraná, v. 5, n.3, p. 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.32811/25954482-2022v5n3.629>

WEBER, A.S.; MACHADO, M.S. PEREIRA, C.R.R.; A Experiência da Coparentalidade na Guarda Compartilhada. **Psicol cienc prof [Internet]**. Brasília, v. 41, p. 1-17, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221957>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Necessidade urgente de transformar saúde mental**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>

4.2 ARTIGO 2 - Adolescentes escolares com TMC: associação entre características sexuais/reprodutivas e ideação suicida

### **Resumo**

**Objetivo:** Verificar a associação entre os fatores sexuais/reprodutivos e ideação suicida em adolescentes escolares com TMC de uma escola pública em Salvador. **Métodos:** Estudo transversal realizado na cidade de Salvador, Ba Brasil, com 120 escolares com idade entre 10 a 19 anos. Utilizou-se como instrumentos um formulário contendo variáveis e escala avaliativa de Transtorno Mental Comum. Os dados foram processados com auxílio do *Stata* versão 12. Foi estimada a razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança a 95% e valor de  $p \leq 0,20$  para verificar a associação. **Resultados:** obteve-se uma prevalência de ideação suicida entre os adolescentes com TMC de 58,3%. Referente às variáveis sexuais/reprodutivas, identificou-se associação positiva estatisticamente significativa entre ser homossexual/ bissexual (RP = 3,09 e  $p=0,13$ ), ter namorado (RP = 1,84 e  $p=0,13$ ) e ter iniciação sexual (RP = 1,89 e  $p=0,07$ ) e Ideação Suicida. **Conclusão:** Adolescentes com TMC, declarados homossexuais ou bissexuais, com namorado e vida sexual ativa estão mais propensos a apresentarem ideação suicida.

**Palavras-chave:** Adolescente; Escola; Ideação Suicida.

## INTRODUÇÃO

Pesquisas apontam que a adolescência é um período de vulnerabilidade emocional e desenvolvimento da identidade, no qual os jovens enfrentam desafios significativos na transição para a idade adulta<sup>1</sup>. Neste contexto, o suicídio na adolescência tem sido uma preocupação crescente ao longo das últimas décadas. Desde 1980, observou-se um aumento progressivo no número de casos de suicídio entre os jovens, sendo a ideação suicida mais prevalente entre os jovens do que se pensava anteriormente<sup>2</sup>.

Dados epidemiológicos internacionais sobre suicídio na adolescência revelam uma realidade preocupante. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 19 anos em todo o mundo<sup>2</sup>. Estima-se que, a cada 40 segundos, ocorra uma morte por suicídio nessa faixa etária, totalizando mais de 100.000 casos por ano<sup>2</sup>. Aproximadamente 17% dos adolescentes relatam ter experimentado ideação suicida em algum momento de suas vidas e cerca de 30% dos que apresentam ideação suicida acabam tentando tirar suas próprias vidas<sup>3</sup>.

Esses números alarmantes revelam ser o comportamento suicida um problema sério requer atenção e destacam a necessidade urgente de ações efetivas de prevenção e intervenção para proteger a saúde mental e o bem-estar dos adolescentes globalmente<sup>2</sup>. Assim sendo, é fundamental que os profissionais de saúde, pais e educadores estejam cientes desses fatores e atentos aos sinais de alerta, como mudanças comportamentais, isolamento social e expressões de desesperança. Intervenções precoces, como a terapia cognitivo-comportamental, apoio emocional e acesso a serviços de saúde mental, são essenciais para ajudar a prevenir a progressão da ideação suicida para tentativas e evitar tragédias<sup>4</sup>.

A prevenção de comportamentos suicidas inclui a identificação precoce de fatores associados. Pesquisas mostram que a ideação suicida pode ser um preditor significativo de tentativas de suicídio e suicídio consumado<sup>3</sup>. Outros estudos assinalam que fatores de risco associados à ideação suicida em adolescentes abrangem ainda conflitos familiares, histórico familiar de suicídio, transtornos mentais, abuso de substâncias, exposição ao bullying, pressões acadêmicas e eventos traumáticos<sup>5-6</sup>. A disponibilidade de informações e exposição às redes sociais também pode ter um impacto negativo, influenciando a percepção distorcida de realidade e intensificando a sensação de isolamento e inadequação.

As características sexuais/reprodutivas, como a puberdade, identidade de gênero, orientação sexual e eventos relacionados à sexualidade, também desempenham um papel fundamental no desenvolvimento dos adolescentes e na sua saúde mental<sup>7</sup>. Na saúde mental

destaca-se o TMC como um importante fator de risco para a ideação suicida, tentativa de suicídio e ou suicídio consumado. Diante do exposto e considerando que tais aspectos podem influenciar sua autopercepção, interações sociais e enfrentamento dos desafios emocionais associados ao TMC, bem como a interface entre este o suicídio, este estudo tem como **objetivo** verificar a associação entre características sexuais/reprodutivas e ideação suicida em adolescentes escolares com TMC.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo corte transversal, oriundo do Projeto Matriz intitulado: “Universidade e Escola Pública: Busca de estratégias para enfrentar os fatores que interferem no processo ensino-aprendizagem”, desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA, no período de 2019. Realizado na Unidade Escolar (UE) estadual do ensino básico, em um bairro periférico da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. No qual a população em estudo foi composta por estudantes adolescentes, com faixa etária entre 10 a 19 anos, conforme critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define adolescência como um período entre os 10 anos e 19 anos completos<sup>8</sup>. Utilizando-se como critério de inclusão, adolescentes nesta faixa etária que estavam matriculados e frequentando a escola. Foram excluídos do estudo adolescentes com dificuldades cognitivas que os impossibilitavam responder às questões, ou que não eram encontrados, na sala de aula, após visita à escola por três dias distintos.

A população de referência foi composta por 614 estudantes, sendo a seleção destes realizada a partir da lista fornecida pela secretaria da Unidade Escolar. Para o cálculo amostral foi utilizado o pacote estatístico R, versão 3.3.1, considerando uma margem de erro e nível de significância de 5%, bem como, reposição de 20%, totalizando uma amostra de 230 estudantes.

Para coleta de dados foi aplicado como instrumento um formulário padronizado, subdividido em variáveis sexuais/reprodutivas e incluída a escala *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) para avaliar transtornos mentais comuns (TMC) entre os 230 estudantes. Assim, foram identificados 120 adolescentes, que apresentaram escore positivo para TMC, sendo sete ou mais itens para sexo masculino, e oito ou mais para o sexo feminino, preconizado no SQR-20. Foi considerada como variável de desfecho a ideação suicida e as variáveis de exposição foram representadas pela categoria - saúde sexual/reprodutiva (ter namorado, orientação sexual, relação sexual, idade da primeira relação, uso de preservativo, filhos e aborto).

Para a análise de dados, inicialmente, foi efetuado o armazenamento desses por meio do software Excel 2007 da Microsoft e, em seguida, exportados para o software estatístico STATA versão 12, para os cálculos das frequências absolutas e relativas. Com o objetivo de analisar a associação entre a ideação suicida (desfecho) e os fatores de exposição, foi estimada a razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC) a 95%. Foi adotado o valor de  $p \leq 0,20$  para verificar a significância estatística da associação entre os fatores de exposição e o desfecho.

O estudo respeitou os aspectos éticos regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução nº 466/2012, que direciona a ética na pesquisa com seres humanos. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CEPEE/UFBA) e os termos de assentimento assinados pelos adolescentes e de consentimento, pelos responsáveis.

## RESULTADOS:

Concernente às variáveis sexuais/reprodutivas (Tabela 1), 69,17% (83) não tem namorado, 91,67% (110) são heterossexuais, 40,83% (49) já tiveram a primeira experiência sexual, sendo que essa ocorreu em 71,43% (35) na faixa etária entre 7 a 14 anos. Deste grupo, 85,71% (49) referiram usar preservativo, 2,04% (1) possuem filhos e 4,08% (2) realizaram o aborto.

Tabela 1 - Caracterização sexual/reprodutiva dos adolescentes com Transtorno Mental Comum (TMC). Salvador, Bahia, Brasil, 2019. (n=120)

VARIÁVEIS	n = 120	Percentual (%)
<b>TER NAMORADO(A)</b>		
Sim	37	30,83
Não	83	69,17
<b>ORIENTAÇÃO SEXUAL</b>		
Heterossexual	110	91,67
Homossexual/Bissexual	10	8,33
<b>RELAÇÃO SEXUAL</b>		
Sim	49	40,83
Não	71	59,17
<b>IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL (n=49)</b>		
7 a 14	35	71,43
15 a 19	14	28,57
<b>USO DE PRESERVATIVO (n=49)</b>		

Sim	42	85,71
Não	7	14,29
<b>FILHOS</b>	<b>(n=49)</b>	
Sim	1	2,04
Não	48	97,96
<b>ABORTO</b>	<b>(n=49)</b>	
Sim	2	4,08
Não	47	95,92

Na análise bivariada verificou-se associação positiva, estatisticamente significativa ( $p \leq 0,20$ ) entre as variáveis - ser homossexual/bissexual (RP = 3,09;  $p=0,13$ ), ter namorado (RP = 1,84;  $p=0,13$ ) e ter iniciação sexual (RP = 1,89;  $p=0,07$ ) e Ideação Suicida (Tabela 2).

Tabela 2- Associação entre as variáveis sexuais/ reprodutivas e ideação suicida. Salvador, Bahia, 2019. (n=120)

VARIÁVEIS	N Total TMC	Ideação Suicida N (%)	Razão de Prevalência (PR)	IC (95%)	Valor de p
<b>ORIENTAÇÃO SEXUAL</b>					
Heterossexual	110	62 (56,36)	1	0,62-15,25	0,13
Homossexual/ Bissexual	10	8 (80,00)	3,09		
<b>TER NAMORADO(A)</b>					
Sim	37	25 (67,57)	1,84	0,81-4,15	0,13
Não	83	45 (53,01)	1		
<b>RELAÇÃO SEXUAL</b>					
Sim	49	33 (67,35)	1,89	0,88-4,04	0,07
Não	71	37 (50,70)	1		
<b>IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL</b>					
	(n=49)				
7- 14	33	21 (63,64)	0,52	0,12-2,28	0,38
15-19	16	10 (62,50)	1		
<b>USO PRESERVATIVO</b>					
	(n=49)				
Sim	41	29 (70,73)	1	0,10-2,84	0,47
Não	8	4 (50,00)	0,55		

## DISCUSSÃO

Neste estudo, foi evidenciada uma prevalência de 58% de ideação suicida entre 120 adolescentes escolares com transtorno mental comum, sendo que os homossexuais/bissexuais apresentaram três vezes mais probabilidade de ter ideação suicida comparado com os heterossexuais. Esse mesmo resultado foi verificado em revisão narrativa sobre os fatores relacionados a ideação suicida em adolescentes, que aponta uma prevalência três vezes maior desse desfecho em adolescentes homossexuais comparado com os heterossexuais<sup>9</sup>.

No âmbito internacional também é perceptível essa problemática. Estudo de coorte realizado no Canadá com 8.778 adultos, que foram acompanhados entre 2007 a 2017, aponta que os homens de minorias sexuais tiveram chances 2,18 vezes maiores de ideação suicida em comparação com seus colegas heterossexuais, enquanto mulheres de minorias sexuais tiveram chances 2,07 vezes maiores<sup>10</sup>. Da mesma forma, essa realidade é evidenciada em pesquisa chinesa, com 499 homens jovens que fazem sexo com homens, que destaca a chance de ideação suicida 2,27 vezes maior em comparação a homens que fazem sexo com mulheres<sup>11</sup>.

A maior prevalência de ideação suicida entre os homoafetivos pode estar associada ao modelo padrão heteronormativo presente na sociedade e que é reproduzido no âmbito escolar. Os adolescentes sentem a necessidade de estarem inseridos em grupos durante essa fase da vida por lhes transmitir conforto e segurança<sup>12</sup>. Logo, ao se assumirem como não heterossexuais, podem ser excluídos dos grupos escolares e sofrer retaliações de colegas e demais profissionais, sendo alvo de violência e zombaria. Nesse sentido, levantamento nacional, realizado através de rede social, com adolescentes de minorias sexuais estão expostos a LGBTfobia, caracterizada por rejeição, desqualificação moral e violências contra gêneros e sexualidades diversas ao padrão heteronormativo<sup>13</sup>.

Atrelado a isso, o ambiente familiar pode não oferecer suporte, ou mesmo diálogo ao adolescente para expressar sua orientação sexual, sendo esta compreensão e apoio essencial para o processo de desenvolvimento humano. Com 14.265 adolescentes franceses escolares de 13 a 20 anos, uma pesquisa aponta que o apoio de pais e amigos são fatores protetores para ideação suicida, embora também evidencie que os heterossexuais recebem um suporte 0,61 vezes maior que os homossexuais<sup>14</sup>. Isso ocorre diante a hegemonia do modelo de família nuclear, que reflete no ideário social dos pais de que seus filhos vão crescer e se relacionar com pessoas de outro sexo<sup>11</sup>, fortalecendo a imposição de condutas consideradas socialmente apropriadas para o sexo feminino e masculino<sup>13</sup>.

Em virtude dessas exigências sociais, existe o receio de assumir uma orientação sexual divergente do modelo padrão. Em abordagem qualitativa brasileira com jovens homossexuais e bissexuais de 18 a 24 anos, a adolescência se mostrou uma fase adoecedora quando ela é

marcada pelo medo de ser reconhecido como anormal, diferente, imoral e pecaminoso<sup>15</sup>. Essa situação é conhecida popularmente na sociedade como “estar dentro do armário”, representando uma analogia com lugar escuro e apertado, e, portanto, inseguro e adoecedor. Nos Estados Unidos, análise quantitativa com militares, em que a população foi dividida entre heterossexuais (n=2.491) e homossexuais (n=161), percebeu que parte do segundo grupo buscou espaços militares a fim de mascarar sua orientação sexual, apresentando o dobro de transtorno do estresse pós-traumático e o triplo de ideação suicida<sup>16</sup>. Dessa forma, há um constante estado de alerta para dissimular o comportamento de modo que se assemelhe aos seus pares.

Frente a esse contexto, quando as pessoas conseguem assumir sua sexualidade, muitas já estão adoecidas psicologicamente. A exemplo disso, o transtorno mental comum (TMC) foi evidenciado em estudo europeu 2,59 vezes maior entre adolescentes LGBTs em comparação a heterossexuais<sup>14</sup>. Corroborando, investigação da América do Norte com 92 adolescentes destacou que jovens de minorias sexuais têm 1,89 mais chances de apresentar ideação autolesiva suicida e não suicida, sofrimento afetivo e desregulação emocional<sup>12</sup>.

Diante disso, é essencial elaborar estratégias de cuidado e prevenção de transtornos mentais nessa população, sendo a identificação precoce de sinais e indícios de homossexualidade oportunidade de espaços de diálogos no sentido de apoiar profissionalmente as/os adolescentes no processo de autopercepção e orientação sexual. Nesse cenário, a escola urge como um importante aliado na promoção de ações e estratégias com crianças e adolescentes adoecidos para evitar possíveis agravos, de modo que a parceria entre os profissionais de saúde da atenção básica e professores é essencial para o trabalho com esse público.

Outro aspecto associado a ideação suicida em adolescentes escolares remete a ter namorado, apresentando prevalência de 1,84 em comparação aos que não tem namorado. Nesse sentido, estudo brasileiro realizado com dados secundários revela que a relação amorosa está associada a ideação suicida entre adolescentes, sendo muitas vezes provocada devido ao término do relacionamento, como forma de buscar mudança na realidade do namoro que vive<sup>9</sup>. Respalhando tais achados, duas revisões sistemáticas acerca das motivações de ideação suicida entre adolescentes apontam que os principais fatores são fragilidade de vínculos, carência afetiva, sentimento de solidão, tristeza, desamparo e desesperança<sup>17-18</sup>.

A ambivalência da relação do namoro com a ideação suicida entre os adolescentes pode estar associada ao nível de maturidade. A adolescência é compreendida como uma fase de transição entre a vida infantil e adulta, sendo marcada pelo processo de desenvolvimento, logo,

muitos não tem amadurecimento emocional para lidar com as responsabilidades de um relacionamento amoroso, desencadeando diversos conflitos<sup>19</sup>.

Além disso, esses vínculos amorosos precoces podem estar ancorados nos conflitos familiares, sendo o namoro uma fuga para tais situações. A respeito disso, três análises com metodologias diversas realizadas em âmbito nacional apontam que a maior parte dos adolescentes tem conflitos com pais e mães, o que desencadeia ansiedade e depressão; que sofrem com a inconsistência ou ausência de apoio paterno e conflitos familiares<sup>20-21</sup>. Somado a esses resultados, pesquisa no Mato Grosso revelou que 23,5% dos adolescentes estão insatisfeitos com o relacionamento paterno e materno<sup>22</sup>.

No cenário internacional também é perceptível essa realidade. Estudo realizado na Uganda com 133 adolescentes de 10 a 19 anos revela que namoro e casamento infantil muitas vezes ocorreram devido aos conflitos familiares<sup>23</sup>. Estudo coreano conduzido com 1.062 responsáveis por crianças e adolescentes aponta uma prevalência de 12% de conflitos e estresse dos pais<sup>24</sup>.

Tal necessidade de estar namorando pode expor os adolescentes as situações de violência. Na Espanha, uma pesquisa com 1.055 adolescentes, que estiveram em relacionamento amoroso, evidenciou a violência física e emocional no namoro, sendo mais frequente contra meninas<sup>19</sup>. Corroborando, pesquisa realizada em Chicago, com 4.464 adolescentes, aponta que 3.091 sofreram violência física e 2.337 sofreram violência psicológica no namoro<sup>25</sup>. É preciso que a família, a comunidade escolar e os profissionais de saúde estejam atentos a adolescentes que estão em relações íntimas, a fim de identificar os motivos atrelados à decisão de estarem nesses vínculos, bem como promover a prevenção de desfechos negativos atrelados ao relacionamento precoce.

Outra variável importante de destacar é a iniciação sexual entre os estudantes, que apresentou uma prevalência de 1,89 de ideação suicida entre aqueles que já tiveram relação sexual comparado aos que não tiveram. De forma similar, uma pesquisa do Peru com 1.191 estudantes de ensino médio mostrou a associação entre início da atividade sexual ao adoecimento mental<sup>26</sup>.

Essa realidade pode estar atrelada a imaturidade sexual decorrente do processo de crescimento e desenvolvimento. Durante a fase da adolescência ocorrem uma série de mudanças físicas e hormonais que despertam a atração sexual, contudo muitos ainda não conhecem o seu corpo<sup>27</sup>.

A maior chance de ideação suicida entre os adolescentes que fazem sexo pode também estar associada a limitação de informações acerca do sexo seguro entre os adolescentes. Por ser

considerado como tabu na sociedade, as estratégias de cuidado e prevenção de gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar não vem sendo discutidas dentro dos lares e nas escolas<sup>28</sup>. Tal realidade pode despertar o receio de infecção sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência.

Nessa seara, um estudo epidemiológico, com dados secundários, verificou que dentre as 738 notificações de casos de Hepatite B em adolescentes de 15 a 19 anos, 450 tiveram como fonte infecciosa a via sexual<sup>29</sup>. No que tange às infecções sexualmente transmissíveis de uma forma geral, um estudo com 68.944 adolescentes da África Subsaariana apresentou uma prevalência de 6,92% de ISTs entre os jovens, sendo que quanto mais precoce a coitarca, mais frequentes as ISTs<sup>30</sup>. A gravidez na adolescência foi investigada em estudo queniano, que apontou o fenômeno como algo de origem indesejada, fruto da desinformação sobre métodos anticoncepcionais<sup>27</sup>. Logo, a falta de conhecimento atrelada as inseguranças podem desencadear um adoecimento para esse público.

O fato de não sabermos as condições em que esses adolescentes iniciaram sua vida sexual e se houve consentimento para que houvesse a relação consiste em uma lacuna em nosso estudo, por se tratar de um estudo transversal e não longitudinal. Uma análise com 647 discentes de ensino médio do Piauí evidenciou que 43 estudantes foram violados sexualmente por pessoas de sua comunidade escolar, o que ocasionou prevalência três vezes maior de ideação suicida em relação aos jovens que não sofreram tal violência<sup>31</sup>. A esse respeito, uma investigação conduzida no Uruguai, por meio de estudo transversal, com 107 participantes de 12 a 19 anos, destaca que 46,2% sofreram abuso sexual e esta parcela apresentou uma frequência maior de ideação suicida<sup>28</sup>.

Diante desse cenário, é essencial que sejam desenvolvidas atividades de educação sexual nas escolas com o intuito de proporcionar informações pertinentes para esse público e consequentemente reduzir a incidência de gravidez indesejada durante a adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, abuso sexual e adoecimento mental. É importante ressaltar que essas atividades devem ser pensadas para relacionamentos heterossexuais, bissexuais e homossexuais, a fim de assegurar cuidado considerando as diversidades.

Diante a identificação de fatores associados a ideação suicida, torna-se essencial abordar essa questão de forma holística, com esforços conjuntos entre famílias, escolas, profissionais de saúde e comunidades para fornecer apoio, educação e recursos adequados, visando prevenir e tratar o suicídio na adolescência de forma eficaz<sup>2</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa apontam que adolescentes escolares homo e bissexuais, que namoram e já tiveram experiência sexual apresentam mais chances quanto a um desfecho de ideação suicida, quando comparados aos demais. Este estudo contribui para a comunidade no sentido de apontar a população mais vulnerável ao adoecimento mental e suicídio, o que requer ações estratégicas focadas para identificação e mitigação de agravos, incluindo espaços de atenção no âmbito da saúde, como hospitais, clínicas, unidades básicas de saúde.

Nesse ínterim, pontua-se a relevância da conduta ética por parte dos profissionais da saúde, da educação e outros cenários ao lidar com os adolescentes, de forma a respeitar a privacidade, autonomia e confidencialidade de assuntos, como iniciação e orientação sexual. O estudo sinaliza ainda para a necessidade de preencher uma lacuna no que tange ao cuidado a pessoas homossexuais e bissexuais, de modo que tais evidências científicas poderão subsidiar discussões e reflexões acerca da necessidade de ações específicas à comunidade de adolescentes com orientações homoeróticas/bioeróticas, bem como para despatologização na prática de pessoas que se relacionam com outras do mesmo sexo. Nesse sentido, a abordagem profissional poderá ser decisiva para aproximar ou afastar adolescentes favorecendo ou não a identificação precoce de sinais e sintomas sugestivos de adoecimento mental.

O intuito é produzir um local de respeito a diversidade, fomentando a dignidade e o respeito aos corpos, ideias e identidades. Dentro de uma comunidade escolar, podemos, em nível micro, desenvolver ações na área da educação, transversalizadas com o PSE e intercambiar as informações a vários setores, permitindo o acesso as necessidades do indivíduo - objetivando uma atenção integral, valorizando suas escolhas, fortalecendo a autoestima e gerando pessoas críticas e bem posicionadas que colaborem com uma estrutura protetiva a eventos de atitudes autodestrutivas, como o suicídio. Nesta perspectiva, a articulação entre os cenários e de saúde e educação, como o Programa Saúde na Escola, é essencial para promoção de cuidados aos adolescentes.

Para além disso, a parceria com universidades públicas urge como uma importante estratégia para o desenvolvimento de ações que visem o cuidado às crianças e adolescentes. Poderá ainda oferecer subsídios para a construção de uma base de conhecimento sobre a associação entre características sexuais/reprodutivas e ideação suicida em adolescentes escolares com TMC, auxiliando em futuras pesquisas e iniciativas de prevenção. Nesse sentido, destaca-se as atividades do Laboratório de Estudo Violência, Saúde e Qualidade de Vida da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que desenvolve projeto em uma

escola pública periférica na cidade de Salvador, Bahia. Este projeto visa um cuidado integral desses menores, inclusive a saúde mental, o que contribui para identificação e possíveis encaminhamentos.

## REFERÊNCIAS

1. Casey BJ, Jones RM. Neurobiology of the adolescent brain and behavior: Implications for substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2010; 49(12):1189–1201. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.017>.
2. World Health Organization (WHO). Suicide. WHO. Geneva: 2021. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
3. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Dec;52(12):1260-71. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.009.
4. Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA. Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2017;56(6), 506–514. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>
5. Gould RL, Coulson MC, Howard RJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2012; 60(2), 218–229. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03824.x>
6. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual review of clinical psychology*, 2016;12, 307–330. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes : orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016

8. Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal 1.<sup>a</sup> edição 1.<sup>a</sup> reimpressão série a. normas e manuais técnicos Brasília – DF. 2007 saúde, um direito de adolescentes. 2007. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf)
9. Santos LV, Levy BC, Resende BD, Lima CS de A, Alves DR, Santana GS, Ruela ML de O, Araújo JMM de, Alexandre T de AR, Machado EFA. Prevenção e fatores relacionados à ideação suicida em adolescentes nas entrelinhas de uma revisão narrativa. REAS [Internet]. 24set.2021 [citado 14jul.2023];13(9):e8112. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8112>
10. Nielsen A, Karanpreet KA, Chungah K, Gabriel JD, Antony C.  
Is the association between sexual minority status and suicide-related behaviours modified by rurality? A discrete-time survival analysis using longitudinal health administrative data. *Social Science & Medicine*, 2023; 325: 115896. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115896>
11. Zhai M, Yu B, Jiayu L, Xin L, Liang Y, Dan L, Huihao W, Hong Y.  
Relationship between adverse childhood experiences, depression and suicidal behaviors in adulthood among young men who have sex with men: A prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 2023;161: 455-460. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.038>.
12. Mereish E A, Jessica R. Peters, Leslie AD, Brick MA, Killam, SY. A Daily Diary Study of Minority Stressors, Suicidal Ideation, Non-Suicidal Self-Injury Ideation, and Affective Mechanisms among Sexual and Gender Minority Youth. *J Psychopathol Clin Sci*. 2023 May; 132(4): 372–384. doi: 10.1037/abn0000813
13. Oliveira ET de, Vedana KGG. Suicídio e depressão na população LGBT: postagens publicadas em blogs pessoais. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 31º de agosto de 2020 [citado 14º de abril de 2024];16(4):32-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168145>.
14. Wang XX, Cosquer M, Zhuang M, Ali M, Falissard B, Corruble E, Gressier F, Jousset C. The role of parents’ and friends’ support in preventing suicide attempts among French sexual minority adolescents. *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, 2023;71(3): 101594. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101594>.
15. Rosa R, Romanini M. Da culpa e do medo ao alívio e desejo de ser quem se é: a “saída do armário” de jovens homo e bissexuais para suas famílias. [Internet]. 15º de janeiro de 2021 [citado 14º de julho de 2023];8(2):414-37. Doi: <https://doi.org/10.14295/de.v8i2.11865>

16. Chang CJ, Fischer IC, Depp CA, Norman SB, Livingston NA, Pietrzak RH. A disproportionate burden: Prevalence of trauma and mental health difficulties among sexual minority versus heterosexual U.S. military veterans. *Journal of Psychiatric Research*, 2023;61: 477-482. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.042>.
17. Sander Bachega A, Pereira Tavares de Oliveira S, de Lucca A, Gabriel Valdes B, Dupas Gonçalves do Nascimento D, do Valle Leone de Oliveira SM, Otávio Maia Barreto J. Motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida de adolescentes brasileiros: uma síntese rápida de evidências qualitativas. *bis* [Internet]. 31º de dezembro de 2020 [citado 16º de julho de 2023];20(2):105-13. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34490>
18. Cardoso AS, Cecconello AM. Fatores de risco e proteção para o suicídio na adolescência: uma revisão de literatura. *Revista Científica Perspectiva Ciência e Saúde*, 2019;(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.29327/211045.4.2-5>
19. Valdivia-Salas S, Jiménez TI, Lombas AS, López-Crespo G. School Violence towards Peers and Teen Dating Violence: The Mediating Role of Personal Distress. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1):310. Published 2021 Jan 4. doi:10.3390/ijerph18010310
20. Mosmann CP, Machado MR, Schünke LK, Schneider MC, Pasinato L. Relações entre triangulação coparental, conflitos pais-filhos e ajustamento de adolescentes: Diferenças entre pais e mães. *Estud. psicol. (Natal)* [Internet]. 24º de março de 2023 [citado 16º de julho de 2023];27(2):155-66. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/epsic/article/view/23884>
21. Lachtim SA, Trapé CA, Pasquim HM, Soares CB. Dinâmica entre potenciais de fortalecimento e desgaste na vida de jovens da escola pública: pesquisa-ação com oficinas emancipatórias. *Saude soc* [Internet]. 2022;31(2):e210354pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210354pt>
22. Freitas LMF de, Souza DPO de. Prevalência do uso de drogas e relações familiares entre adolescentes escolares de Cuiabá, Mato Grosso: estudo transversal, 2015 . *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020;29(1):e2019118. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100020>
23. Schlecht J, Rowley E, Babirye J. Relacionamentos iniciais e casamento em cenários de conflito e pós-conflito: vulnerabilidade da juventude em Uganda, *Reproductive Health Matters*, 2013;21;(41):234-242, DOI: [10.1016/S0968-8080\(13\)41710-X](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(13)41710-X)

24. Kim RA, Tak YR. Validation of the Korean Version of the Maternal Postpartum Attachment Development Scale for Mothers of Children who were in a Neonatal Intensive Care Unit. *Korean Journal of Child Studies*.2018; 39(1):129.
25. GARTHE et al., 2021. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/147/4/e2020004317/180803/Dating-Violence-and-Peer-Victimization-Among-Male?autologincheck=redirected>
26. Samaniego Morales FM, Gómez Barria LI, Salas Suárez JC. Factores socioafectivos y su influencia en la actividad sexual de adolescentes. *Rev Cienc Salud*. 2023;21(1):1-15. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10375>
27. Afkera DAK, Casmir E, Oluoch L. "I was just concerned about getting pregnant": Attitudes toward pregnancy and contraceptive use among adolescent girls and young women in Thika, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):493. Published 2023 Jul 4. doi:10.1186/s12884-023-05802-3
28. Delfino M, D'Acosta L, Pérez R, Larrobla C, Machado K, Pérez C. Factores de riesgo y protección de conducta suicida en adolescentes. Encuesta en primer nivel público *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2022 Dic [citado 2023 Jul 17]; 93(2): e206. Doi: <https://doi.org/10.31134/ap.93.2.23>.
29. Gomes de Lima Alexandre, Silva Lima da Costa Rut, Sores Ferreira Bortolini Cristiane, Pinho de Assis Pereira Roque Carolina, Ferreira Beatriz, Leocadio de Oliveira Vitor Hugo et al . Epidemiological approach and bioethical considerations on hepatitis b virus infection in children and adolescents in the state of Acre, Brazi. *Acta bioeth.* [Internet]. 2023 June [cited 2023 July 17]; 29( 1 ): 101-112. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2023000100101>.
30. Dadzie LK, Agbaglo E, Okyere J, et al. Self-reported sexually transmitted infections among adolescent girls and young women in sub-Saharan Africa. *Int Health*. 2022;14(6):545-553. doi:10.1093/inthealth/ihab088
31. Sousa CM de S, Mascarenhas MDM, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Miranda CES, Frota K de MG. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020;54:33. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001637>

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo mostrou que adolescentes com TMC do sexo feminino, com menor escolaridade entre 6º e 7º ano, que não convivem com os pais, que são homossexual/bissexual, tem namorado e iniciaram a vida sexual estão mais expostos a apresentarem ideação suicida, ao contrário da raça branca, que se mostrou fator protetivo para o agravo. Este estudo contribui para a comunidade no sentido de apontar a população mais vulnerável ao adoecimento mental

e suicídio, o que requer ações estratégicas focadas para identificação e mitigação de agravos, incluindo espaços de atenção no âmbito da saúde, como hospitais, clínicas, unidades básicas de saúde.

Por tratar-se de uma pesquisa de corte transversal, o estudo limita-se por não identificar em que momento da vida esses adolescentes iniciaram o adoecimento, podendo tal evento ter sido precipitado ainda com menor idade e agravado ao longo do tempo. Diante o exposto, é necessário um olhar precoce diferenciado na assistência de crianças e adolescentes para reconhecer indícios de adoecimento mental e quadros psicopatológicos associados, incluindo a ideação e comportamento suicida, para assim prevenir e promover o cuidado que assegurem a esse público atingirem seu potencial de desenvolvimento humano.

Por meio desse estudo podemos perceber a importância de revisitar estratégias em áreas de ações prioritárias no Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) como crescimento e desenvolvimento, saúde mental, saúde escolar do adolescente e família. Essas estratégias servirão de incentivo a práticas locais que ampare a promoção, identificação de adolescentes vulneráveis ao comportamento suicida em decorrência de adoecimento prévio, detecção precoce de situações de risco ainda na infância, acompanhamento/ tratamento adequado de forma integral, intersetorial e interdisciplinar.

Além das ações voltadas para saúde física e mental do adolescente que envolvem a atenção básica e especializada, deverão ser pensadas conjuntamente maneiras de fortalecer vínculos familiares com a política de assistência, ações de intercâmbio de informações sobre a adolescência, ações afirmativas e inclusivas, discussões intersetoriais, estímulo ao protagonismo do adolescente em espaços diferenciados, treinamento de equipes de assistência a adolescência, acompanhamento do adolescente por equipes intersetoriais com periodicidade estabelecida, inserção de equipes destinadas para realização de rastreamento de TMC. Ainda, incluir o acompanhamento psicossocial do adolescente, além da frequência escolar como condição necessária para permanecer em programas de transferência de renda.

Nesse sentido, a articulação entre os cenários e de saúde e educação, como o Programa Saúde na Escola, é essencial para promoção de cuidados aos adolescentes. Para além disso, a parceria com universidades públicas urge como uma importante estratégia para o desenvolvimento de ações que visem o cuidado às crianças e adolescentes. Poderá ainda oferecer subsídios para a construção de uma base de conhecimento sobre a associação entre características sexuais/reprodutivas e ideação suicida em adolescentes escolares com TMC, auxiliando em futuras pesquisas e iniciativas de prevenção.

Nesse sentido, destaca-se as atividades do Laboratório de Estudo Violência, Saúde e Qualidade de Vida da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que desenvolve projeto em uma escola pública periférica na cidade de Salvador, Bahia. Este projeto visa um cuidado integral desses menores, inclusive a saúde mental, o que contribui para identificação e possíveis encaminhamentos.

## REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M. et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Germany, v. 49, n. 3, p. 251-275, mar. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>

ALMEIDA, I.L. de L. et al. Social isolation and its impact on child and adolescent development: a systematic review. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 40, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020385>.

ANTUNES, H.M.; CAMPOS, C.J.G. Pais e responsáveis do adolescente deprimido: buscando conhecer experiências que levaram à procura de atendimento especializado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], São Paulo, v. 41, n. 2. P 205-212, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200005>.

ARAÚJO, L.C.; VIEIRA, K.F.L.; COUTINHO, M.P.L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986, 141 p.

AULER, Mayara Monteiro: **Desordem do espaço urbano e transtornos mentais comuns na adolescência**. 2019. 144 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

AVANCI, J.Q. et al. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. Brasília, v. 23, n. 3, p. 287-294, set, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000300007>>.

BAHIA, C.A.; AVANCI, J.Q.; PINTO, L.W.; MINAYO, M.C. de S. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 29, n. 2, p. 2019060, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006>.

BARROILHET, S.; et al. Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. **Revista Médica de Chile**. Santiago, v. 140, n. 7, p. 873-881, jul, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000700007>

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J.F.; **Princípios de Ética Biomédica**. 7.ed. Oxford: OUP, 2013.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J.F. **Beneficence**. In: **Princípios de ética biomédica**. 5. ed. Oxford (Reino Unido), 2001. 166-170p.

BECKER, F. **O caminho da aprendizagem em Jean Piaget e Paulo Freire: da ação à operação**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 296p.

BEE, H. **Teorias do desenvolvimento**. In: **A criança em desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Editora Artmed, 1997.

BENETTI, S.P. da C. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, jun, 2007 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600003>>.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S.R.; MARTURANO, E.M. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p.

111-120, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.20806>. Acesso em: 13 out. 2019.

BOLSONI, L. M.; ZUARDI, A. W. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo v. 64, n 1, p. 63-69, jan, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000058>

BORGES, V.R.; WERLANG, B.S.G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia [online]**. Natal, v. 11, n. 3, pp. 345-351, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>>. Acessado em: 30 Outubro 202.

BRASIL. Boletins epidemiológicos. **Gov.br**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção Básica 34** – Saúde Mental. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>

CAMARA, Y.M.R.; AMARAL, J.J.F. do.; CAMARA, Y.R.. A criança portadora de sofrimento psíquico enquanto sujeito de pesquisa do seu processo de adoecer. **Rev. Subj**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 373-382, dez, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2359-0769201400030000](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2359-0769201400030000). Acesso em: 26 out 2022.

CANO, P.; GUTIÉRREZ, C.; NIZAMA, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima (Peru), v. 26, n. 2, p. 175-181, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000200007&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000200007&script=sci_abstract)

CARVAJAL, G.; CARO, C.V. Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. **Colombia Médica**, Cali, v. 42, n. 2, p. 45-56, jun, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600197>

CARVALHO W.R; SANTOS F.E; GUERRA-JÚNIOR G. A idade da menarca está diminuindo? **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 76-81. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038920014>

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo [online]**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 471-477, dez, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300015>>. Acessado em: 26 jul 2022.

CID, M.F.B; MATSUKURA, T. S. (2014). Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. **Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p1-10>

COHEN, S. A. lógica da interação entre beneficência e respeito pela autonomia. **Med Health Care and Philos**, v. 22, p. 297–304, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9876-4>

CRISOSTOMO, A. L. et al. **Ética**. Porto Alegre: SAGAH, 2018.

CRIVELATTI, M.M.B.; DURMAN, S.; HOFSTATTER, L.M. Sofrimento psíquico na adolescência. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. Florianópolis, 2006, v. 15, p. 64-70, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500007>>. Acessado em: 26 out 2022

DALSGAARD S., et al. Association of Mental Disorder in Childhood and Adolescence With Subsequent Educational Achievement. **JAMA Psychiatry**. Ottawa, v. 1, n. 77, p. 797-805, aug, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32211833/>

FERNANDES, A.D.S.A. et al. A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]**. São Carlos/SP, v. 30, n. 3102, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO23473102>>.

HESS, A.R.B.; FALCKE, D. Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: uma revisão sistemática da literatura. **Psico-USF [online]**. São Paulo, v. 18, n. 2, pp. 263-276, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200010>>. Acessado em: 26 out 2022.

GAINO, L.V. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762018000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jul. 2022.

GHANDOUR, R. M.; KOGAN, M. D.; BLUMBERG, S. J.; PERRY, D. F. Prevalence and correlates of internalizing mental health symptoms among CSHCN. **Pediatrics**. Estados Unidos, v. 125, n. 2, p. 269-277, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-0622>

GÓIS, E.J. Movimento Higienista na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. **Saúde. Rev. Cient. UNINOVE** - São Paulo, v. 1, p. 47-52, 2022.

GOULART, A. P.; et al. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de psiquiatria no sul do Brasil no período de 2004 a 2012. **Arquivos Catarinenses De Medicina**. Santa Catarina, v. 45, n. 3, p. 17–34, 2012. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/108>

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.380-390, fev, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>

GUIMARÃES, A.; SILVA, L.A.V. da. A Saúde Coletiva e a Criança com Comportamentos Externalizantes: uma revisão de literatura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. Rio

de Janeiro, v. 31, n. 4, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310424>>. Acessado em: 26 out 2022.

HALL, C., LINDZEV, G.; CAMPBELL, J. **Teorias da personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

HERENIO, A.C.B; ZANINI, D.S. Ideação e tentativa de suicídio em adolescentes. **Psicol. Am. Lat.** México, n. 34, p. 233-243, dez. 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1870-350X2020000200013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-350X2020000200013). Acesso em: 30 out. 2022.

JACINTO, A.; TOLFO, S. da R. Fatores psicossociais de risco no trabalho e Transtorno Mental Comum: uma revisão sistemática de estudos que utilizaram os instrumentos JCQ, JSS e SRQ-20. **Rev. Psicol. IMED.** Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 107-124, dez 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1432>. Acesso em: 08 abr. 2023.

JUNQUEIRA, A.M.G.; CARNIEL, I.C. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. **Rev. SPAGESP.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 12-22, 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702012000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200003). Acesso em: 26 jul. 2022.

KINSINGER, F.S. Beneficência e imperativo moral do profissional. **J Chiropr Humanit.** Canadá, v. 16, n. 1, p. 44-46. Disponível em: 10.1016 / j.echu.2010.02.006

LINS, T. et al. Problemas externalizantes e agressividade infantil: uma revisão de estudos brasileiros. **Arq. bras. psicol.** Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, p. 59-75, dez, 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672012000300005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000300005). Acesso em: 26 out. 2022.

LOPES, C. S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública, [online]**. São Paulo, v. 50, n. 1, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006690>. Acesso em 03 de agosto de 2021.

LOVISI, G. M. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro. v. 31, p. 86-93, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/x7987JHsK6HpNdZn9qkrVtQ/?format=pdf>

MONTEIRO (2019) SAGAA. Livro bioética disponível em <https://catalogo.grupoa.education/login>

MONTEIRO D.D.S. et al. Factors associated with common mental disorder in school teenagers. **Rev Bras Enferm.** v. 73, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0847>

MORAIS, C. A. et al. Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. **Estudos em Psicologia**, Natal, v. 17, n. 3, p. 369-379, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/h7Fgn3d7GPSP3jhJqptHsnB/?lang=pt>. Acesso em: 10 de dez de 2021.

MOREIRA, L.C. de O.; BASTOS, P.R.H. de O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional [online]**.

São Paulo, v. 19, n. 3, pp. 445-453, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>>.

NOGUEIRA, Z.D.; MENDES, C.M.C.; BOA-SORTE, N.C.A. Alterações antropométricas em crianças com doença falciforme. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 13, n. 3, set./dez. 2014. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/arquivos/acervo-cehmob/artigos/Alteracoes-antropometricas-em-criancas-com-doenca-falciforme.pdf>

Nora Pfaff, Audrey DaSilva, Elizabeth Ozer, Sunitha Kaiser; Triagem de Comportamentos de Risco em Adolescentes e Intervenções em Ambientes Hospitalares: Uma Revisão de Escopo. *Pediatrics* abril de 2021; 147 (4): e2020020610. 10.1542/peds.2020-020610

RIBEIRO, I.B.S. Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 54, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001197>

OLIVEIRA, K. R. S. de; AQUINO, F. de S. B.; SALOMÃO, N. M. R. El desarrollo del lenguaje en la primera infancia y estilos lingüísticos de los educadores. **Avances en Psicología Latinoamericana**. Bogotá, v. 34, n. 3, p. 457-472, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12804/apl34.3.2016.02> Acesso em: 26 nov. 2022.

OPAS - OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. **OMS**. 17 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>

ORELLANA, J.D.Y. et al. Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). **Cadernos de Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00154319>>. Acesso em: 15 ago 2022.

ORES, L. C. Risco de Suicídio e Comportamento de Risco à Saúde em Jovens de 18 a 24 anos: Um Estudo Descritivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 305-312. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2012000200009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2012000200009&script=sci_arttext&tlng=pt)

Organización Mundial de la Salud; **Prevención de la conducta suicida**. Washington, DC : OPS, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PASSOS, M.C. Família, laços e sofrimento psíquico. **Rev. Mal-Estar Subj**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 1013-1031, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011001300005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011001300005). Acesso em: 29 out. 2022.

RIBEIRO, I.B.S. Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 54, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001197>

RIBEIRO, K.C.S. et al. Representações sociais e sofrimento psíquico de adolescentes com sintomatologia depressiva. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 18-33, dez. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872012000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 out. 2022.

RIBEIRO, P.R.M. História da Saúde Mental Infantil no Brasil: A criança Brasileira da Colônia a República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, p. 29-38, jan/abr. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100004>

ROSSI, L.M. et al. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018>>. Acessado em: 30 Out 2022.

ROSVALL, P. A; NILSSON, S. Gender-based generalisations in school nurses' appraisals of and interventions addressing students' mental health. **BMC Health Services Research**, Reino Unido, v. 16, n. 1. 2016. Disponível em: [10.1186/s12913-016-1710-1](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1710-1).

RUDATSIKIRA, E. Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda. **BioMed Central Psychiatry**. Reino Unido, v. 7, n. 67, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-67>

SÁ, M. S. B. Avaliação do sofrimento psíquico: Transtorno psiquiátrico menor em adolescentes da localidade de Ururaí. **Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas**. Campos dos Goytacazes, v. 3, n. 6, 15 abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.25242/887636201355>

SANTOS et al. Percepção da família acerca do suporte profissional recebido em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. Minas Gerais, v. 8, n. 1, p. 512-523, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497964427008/497964427008.pdf>

SIFUENTES, T.Reis; DESSEN, M.A.; OLIVEIRA, M.C.S.L de. Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 23, n.4, p. 379-385, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000400003>

SILVA, G.V. da et al. Promoção de saúde mental para adolescente em uma escola de ensino médio - Um relato de experiência. **Rev. NUFEN**. Belém, v. 11, n. 2, p. 133-148, ago 2019. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S217525912019000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217525912019000200009&lng=pt&nrm=iso)>.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Saúde Mental Infanto Juvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **CAD. Ter. Ocup**, São Carlos, v. 23, n.2, p. 439-447, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>

TAVARES ALB, S. A.; SOUZA, A.R.; PONTES R.J.S. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 35-42. 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)492](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(26)492)

THIENGO, D.L.; CAVALCANTE, M.T.; LOVISI, G.M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]**. Rio de Janeiro, v. 63, n. 4. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>

TONETTO, N.; CARLOTTO, M.S. Fatores de risco e proteção aos transtornos mentais comuns em estudantes adolescentes. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.** São Paulo, v. 41, n. 101, p. 217-228, dez. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1415-711X2021000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2021000200008)

TZOUVARA, V. et al. Adverse childhood experiences, mental health, and social functioning: A scoping review of the literature. **Child abuse & neglect**. Estados Unidos, v. 139. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106092>

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2011). Adolescência: Uma fase de oportunidades. Situação Mundial da Infância 2011. **Ministério Público do Paraná**. Estados Unidos, UNICEF, 2011. Disponível em: [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef\\_sowc/sit\\_mund\\_inf\\_2011\\_adolescencia.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2011_adolescencia.pdf)

VARGAS, C.M. **Perfil Epidemiológicos dos Transtornos Psiquiátricos de Crianças e Adolescentes internados em Hospital de Referência**; 2014, 99 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás.

WEARE, K.; NIND, M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? **Health Promotion International**. Londres, v. 26, n.1, p. 29-69, dez 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

## ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Iniciais do Adolescente: \_\_\_\_\_

Nome completo (à lápis): \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_

**I. Dados Sociodemográficos**

1. Idade da Adolescente:	
2. Sexo:	Homem  1  Mulher  2
3. Cor/ Raça:	Branca  1  Preta  2  Amarela  3  Parda  4  Indígena  5
4. Religião:	Sem Religião  1  Protestante ou Evangélica  2  Católica  3  Espírita  4  Umbanda  5  Candomblé  6  Budista  7  Outras  7  Qual?
5. Estado civil:	Tem companheiro (a)  1  Sem companheiro (a)  2  Nunca teve companheiro  3
6. Escolaridade da Adolescente:	6º ano  1  7º ano  2  8º ano  3  9º ano  4
7. Nº de indivíduos que dependem da renda familiar:	
8. Quais dessas pessoas contribuem financeiramente para o sustento da sua família?	Eu  1  Pai  2  Mãe  3  Irmãos  4  Padrasto  5  Madrasta  6  Avós  7  Tios (as)  8  Companheiro(a)  9  Outros  10  Quem?
9. Reside com quem?	Mãe  1  Pai  2  Companheiro (a)  3  Irmãos  4  Avós  5  Tia(o)  6  Filhos  7  Madrasta/Padrasto  8



	<b>Em caso negativo, pular para o quesito 29</b>
23. Que idade você tinha quando teve a 1ª relação sexual?	_____ anos
24. Com quem foi a sua primeira relação sexual?	Namorado 1  Amigo 2  Desconhecido  3  Parente  4  Outro  5  Quem? Se parente, qual o vínculo e a idade dele(a)? _____
25. Você usa preservativo?	Nunca 1  Quase Nunca  2  Às vezes  3  Quase sempre  4  Sempre  5
26. Você tem filhos?	Sim  1  Não  2  <b>Em caso negativo, pular para o quesito 28</b>
27. Quantos Filhos você tem?	01  1  02  2  03  3  04 ou mais  4
28. Você ou alguém que engravidou de você já abortou?	Sim  1  Não  2
29. Fez uso de álcool alguma vez na vida?	Sim  1  Não  2
30. Fez uso de álcool no último mês?	Sim  1  Não  2
31. Fez uso de cigarro alguma vez na vida?	Sim  1  Não  2
32. Fez uso de cigarro no último mês?	Sim  1  Não  2
33. Fez uso de drogas ilícitas alguma vez na vida?	Sim  1  Não  2  <b>Se sim, qual ou quais?</b> Maconha 1  Crack 2  Cocaína  3  Outras  4  Qual?
34. Você já presenciou alguma dessas coisas entre os membros da sua família?	Xingamentos/humilhação  1  <b>Quem fez? Quem recebeu?</b>
35. Você já presenciou alguma dessas coisas entre os membros da sua família?	Beliscão/ Tapa  1  Chute/ Murro  2  Facada  3  Tiro  4  Queimadura  5  <b>Quem fez? Quem recebeu?</b>
36. Você já presenciou alguma dessas coisas entre os membros da sua família?	Mexeu no corpo (seios ou genitália)  1  Fazer sexo sem a vontade da pessoa  2  <b>Quem fez? Quem recebeu?</b>

37. Alguém da sua família já fez algumas dessas coisas com você?	Xingamentos/humilhação 1  <b>Quem?</b>
38. Alguém da sua família já fez algumas dessas coisas com você?	Beliscão/ Tapa 1  Chute/ Murro 2  Facada 3  Queimadura 4  Tiro 5  <b>Quem?</b>
39. Alguém da sua família já fez algumas dessas coisas com você?	Mexeu no seu corpo (seios ou genitália)  1  Fez sexo com você sem a sua vontade 2  <b>Quem?</b>



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESCALA – SRQ 20

**III. Instrumento de Rastreamento de TMC – SRQ 20 – Versão para língua portuguesa**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Tem dores de cabeça frequentes?		
2. Tem falta de apetite?		
3. Dorme mal?		
4. Assusta-se com facilidade?		
5. Tem tremores nas mãos?		
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)?		
7. Tem má digestão?		
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?		
9. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que o costume?		

11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12. Tem dificuldades para tomar decisões?		
13. Tem dificuldades na escola? (Sua atividade escolar lhe causa sofrimento)		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15. Tem perdido interesse pelas coisas?		
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17. Tem tido ideias de acabar com a vida?		
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. Você se cansa com facilidade?		

**Score realizado:** \_\_\_\_\_



### ORIENTAÇÕES PARA AS (OS) ENTREVISTADORAS (ES)

#### □ ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. Use uma vestimenta adequada (calça, blusa sem decote);
2. Tenha lápis, borracha e caneta em mãos;
3. Informe-se antes da entrevista sobre qual sala estará sendo entrevistada neste dia/turno;
4. Coletar-se-á os dados de todas (o) as (os) adolescentes da escola, independente de faixa etária;
5. As marcações no instrumento devem ser feitas à caneta, apenas o campo 'Nome' deve ser marcado à lápis e de forma suave, para possibilitar apagamento posterior.
6. Antes de iniciar a entrevista, apresente-se e seja agradável
7. Explique cada opção para a (o) adolescente e leia todas as opções possíveis, inclusive o campo 'outros', a fim de facilitar o entendimento;
8. Caso perceba que a (o) adolescente demonstrou desconforto ou emoção demasiada no momento da entrevista, pare, converse com ela (e), e se ainda assim a comoção for grande, leve o caso à direção;

#### □ ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Garanta o anonimato e a privacidade da (o) adolescente, observando um local onde as pessoas não ouçam as suas respostas, principalmente a partir do quesito 20;
2. Sobre o instrumento de entrevista sociodemográfica e clínica, observar:

<b>Quesito 1</b>	A idade deverá ser redigida apenas em anos.
<b>Quesito 3</b>	É autodeclarado, por isso, mesmo que não concorde, marque aquilo que a (o) adolescente referir.
<b>Quesito 5</b>	Companheiro refere-se a alguém que more com a (o) adolescente; caso a (o) adolescente refira que não tem companheiro, lembre-se de questionar se ela (e) já teve.
<b>Quesito 8</b>	Neste quesito cabe mais de uma marcação de resposta.
<b>Quesito 9</b>	Neste quesito cabe mais de uma marcação de resposta.
<b>Quesito 13</b>	Conta-se todos os cômodos da casa, inclusive banheiros e aqueles separados por cortinas ou outras divisórias.
<b>Quesito 15</b>	Neste quesito cabe mais de uma marcação de resposta.
<b>Quesito 20</b>	Neste quesito cabe mais de uma marcação de resposta.
<b>Quesito 21</b>	Cisgênero é aquela pessoa que se expressa conforme o seu sexo biológico. Transgênero é aquela que não se expressa conforme o seu sexo biológico.

<b>Quesito 24</b>	Caso a adolescente refira ter tido sua primeira relação sexual com um parente, é de suma importância que você registre o vínculo que ela tem com este, e a idade (real ou a que a adolescente presume) deste no momento da primeira relação
<b>Quesitos 34, 35 e 36</b>	É de suma importância que você registre quem cometeu o ato e quem recebeu o ato.
<b>Quesitos 37, 38 e 39</b>	Perceba as reações da (o) adolescente durante essas perguntas, seja sensível, atencioso e ofereça um ambiente acolhedor e sem julgamentos. Caso haja mobilização emocional demasiado da (o) adolescente, procure ajuda de um profissional qualificado.

□ **ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS - INSTRUMENTO DE RASTREAMENTO DE TMC – SRQ 20**

1. Leia cada quesito já o explicando;
2. Cada resposta ‘sim’ conta como 1 ponto;
3. Ao final, conte todos os pontos e escreva o score realizado.

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro para fins e direitos que após ter sido esclarecido(a) sobre o conteúdo da pesquisa intitulada “**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES**

**SOCIODEMOGRÁFICOS, SEXUAIS/REPRODUTIVOS E ALCOOL/DROGAS EM ESCOLARES**” e os seus respectivos objetivos, riscos e benefícios, concordo que meu filho(a) ou menor sob minha responsabilidade participe do estudo respondendo as perguntas da entrevista. Reafirmo que a minha autorização é voluntária, meu consentimento para meu filho(a) ou menor sob minha responsabilidade participar da pesquisa foi uma decisão livre, não sofrendo qualquer interferência das pesquisadoras e que não estou sendo remunerado (a) por este ato, podendo retirar meu consentimento do presente estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalização à minha pessoa. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados, que estes poderão ser apresentados para publicação em congressos e/ou revistas científicas, desde que assegurado o sigilo da identidade e que as pesquisadoras estarão à disposição para elucidar quaisquer dúvidas que possam me ocorrer antes, durante e após a pesquisa.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são a mestranda Deise da Silva Monteiro e Profa. Dra. Ridalva Dias Martins Felzemburgh vinculadas a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e com elas poderei manter contato pelos **através** dos telefones (71) 992619184/982138175 ou mandar email para enfadiseufba@gmail.com e ridalva@gmail.com

Em caso de dúvidas éticas sobre este estudo devo realizar contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA através do endereço: Rua Basílio da Gama S/N Campus do Canela CEP 40110060, mandar um *email* para cepee.ufba@ufba.br ou ligar para (71) 3283 -7615.



Polegar Direito

---

Assinatura do (a) responsável pelo adolescente

---

Deise da Silva Monteiro

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

## **APÊNDICE D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido**

### **Informações ao(a) adolescente**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, SEXUAIS/REPRODUTIVOS E ALCOOL/DROGAS EM ESCOLARES**”, que tem como objetivo: Investigar se existe associação entre os fatores sociodemográficos e o Transtorno Mental Comum em escolares da rede pública no município de Salvador, Bahia, Brasil.

Sua participação será através de entrevista. Ela é voluntária, isto é, você deve decidir se participará ou não do estudo e tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, a qualquer momento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora, como também no local em que estuda.

As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, assegurando sua privacidade uma vez que o nome será substituído por um codinome. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os dados serão guardados por cinco (05) anos nos arquivos virtuais do Grupo de Estudos “Saúde da Criança e do Adolescente – CRESCER”, podendo ser utilizado para estudos vinculados ao grupo, no caso de aprovação do CEP.

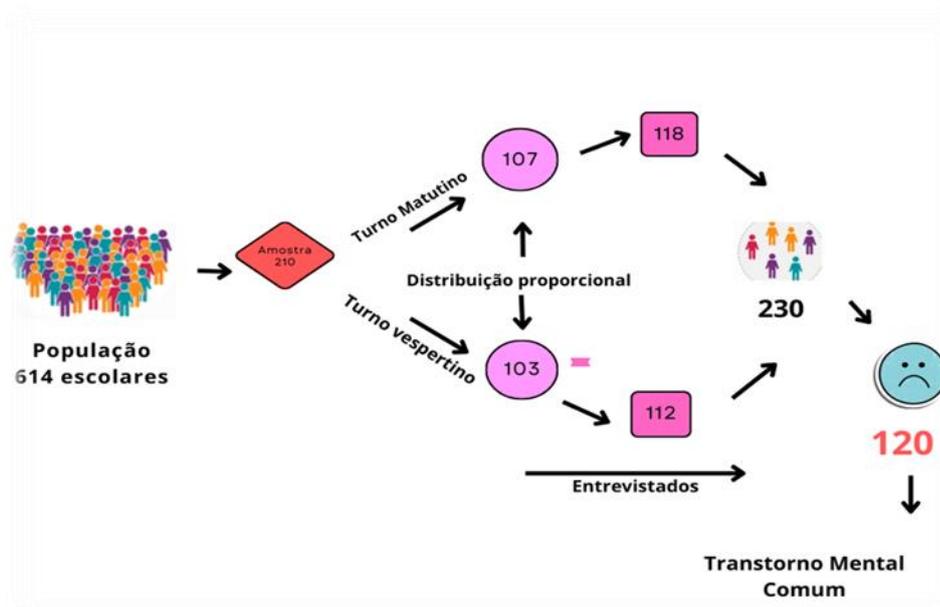
Você não terá qualquer custo pela participação ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos oferecidos pela pesquisa são baixos, considerando o desconforto que poderá sentir ao compartilhar sua vivência/experiência. Como benéfico, o estudo contribuirá para o conhecimento das vulnerabilidades que os adolescentes vivenciam e assim buscar estratégias de prevenção e controle.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e email para contato com a pesquisadora e com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

---

Deise da Silva Monteiro (pesquisadora)

## APÊNDICE E – Fluxograma da população do estudo



**APÊNDICE F** – Representação dos resultados do artigo 1

Artigo 1

**Título:** Fatores associados à ideação suicida em adolescentes escolares com transtorno mental comum (TMC)

Adolescentes com TMC

Idade (15 – 19 anos )  
Menor Escolaridade 6º/7º ano  
Ser Menina  
Não Conviver com os pais  
Ser branco é fator de proteção  
Contribuir financeiramente para o sustento

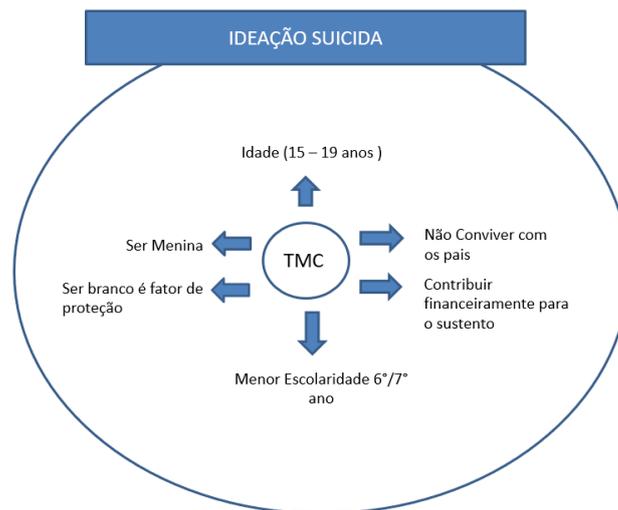


Ideação Suicida

**Objetivo :** Identificar associação da ideação suicida eos fatores sociodemográficos em adolescentes escolares com TMC de uma escola pública de Salvador

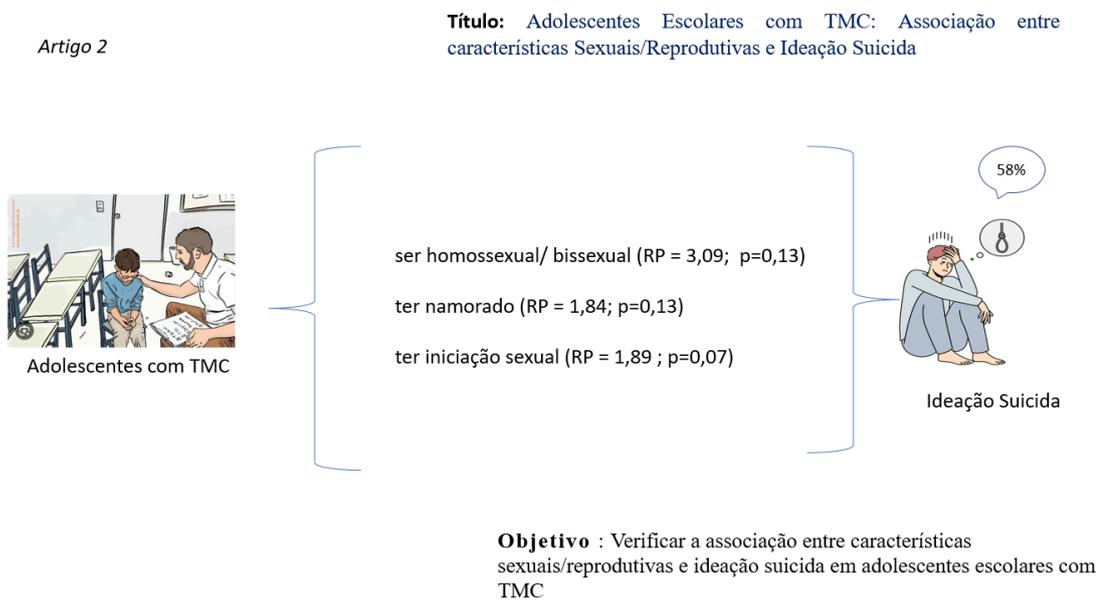
Artigo 1

**Título:** Fatores associados à ideação suicida em adolescentes escolares com transtorno mental comum



**Objetivo :** Identificar associação da ideação suicida aos fatores sociodemográficos em adolescentes escolares com TMC de uma escola pública de Salvador

## APÊNDICE G – Representação dos resultados do artigo II



## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ASSOCIAÇÃO ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS EM ESCOLARES

**Pesquisador:** Ridalva Dias Martins Felzemburgh

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10831419.0.0000.5531

**Instituição Proponente:** Universidade Federal da Bahia - UFBA

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal da Bahia - UFBA

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.374.232

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e saúde. Será um estudo de abordagem quantitativa (corte transversal), que terá como população, adolescentes escolares. O estudo será desenvolvido em uma escola pública no Município de Salvador, Bahia

**Objetivo da Pesquisa:**

-Geral: Investigar se existe associação entre o sofrimento psíquico e os fatores sócio demográficos,sexuais/reprodutivos, álcool/drogas, vivência de violência intrafamiliar e pensamento suicida em escolares da rede pública em Salvador /Bahia.

-Específico: Caracterizar os aspectos sócio demográficos, sexuais/reprodutivos, álcool/drogas, vivência de violência intrafamiliar e pensamento suicida em adolescentes escolares da rede pública; Estimar prevalência do sofrimento psíquico nesses adolescentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora relata os riscos e benefícios da pesquisa, tais como:

-Riscos: "A realização deste estudo com adolescentes gera risco psicológico por recordar situações desconfortáveis ou desagradáveis, além do desconforto em respostas, por detalhar comportamento que podem ser considerados inadequados, situações de desestruturação familiar ou outras circunstâncias que podem gerar um dano eventual imediato e até comprometer o estado

Continuação do Parecer: 3.374.232

emocional e psicológico do familiar ou do adolescente entrevistado. No entanto, esse risco é justificado pelo benefício esperado. Pensando nesse aspecto ético, o estudo conta com a participação de uma psicóloga que será orientadora da pesquisa e os casos de sofrimento psíquico grave serão encaminhados para o serviço de psicologia do Município e/ou CAPSia."

-Benefícios: "Como benéfico, o estudo contribuirá para o conhecimento das vulnerabilidades que os adolescentes vivenciam e assim buscar estratégias de prevenção e controle."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de extrema relevância, principalmente pelo olhar na saúde mental com adolescentes escolares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos obrigatórios

**Recomendações:**

Sem recomendações. Atendeu todos os critérios solicitados no Parecer: 3.313.488

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1313624.pdf	21/05/2019 14:15:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURANOVO.pdf	21/05/2019 14:14:41	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALENOVO.pdf	21/05/2019 14:10:00	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENOVO.pdf	21/05/2019 14:09:35	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Declaração de	DECLARACAO2.pdf	02/04/2019	Ridalva Dias	Aceito

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.374.232

Pesquisadores	DECLARACAO2.pdf	00:30:11	Martins Felzemburgh	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SOLICITACAODECAMPO.pdf	02/04/2019 00:25:41	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA2.docx	02/04/2019 00:24:37	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	18/03/2019 20:27:41	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	14/03/2019 10:53:34	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	13/03/2019 14:36:43	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSODOPEQUI SADOR.pdf	13/03/2019 14:36:23	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODEAUTORIZACAOPROPONEN TE.pdf	13/03/2019 14:36:03	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEAUTORIZACAODAINSTITUI CAOCOPARTICIPANTE.pdf	13/03/2019 14:34:29	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECONCORDANCIA.pdf	13/03/2019 14:32:47	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIADOCAMPO.pdf	13/03/2019 14:29:02	Ridalva Dias Martins Felzemburgh	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 06 de Junho de 2019

Assinado por:  
Maria Carolina Ortiz Whitaker  
(Coordenador(a))