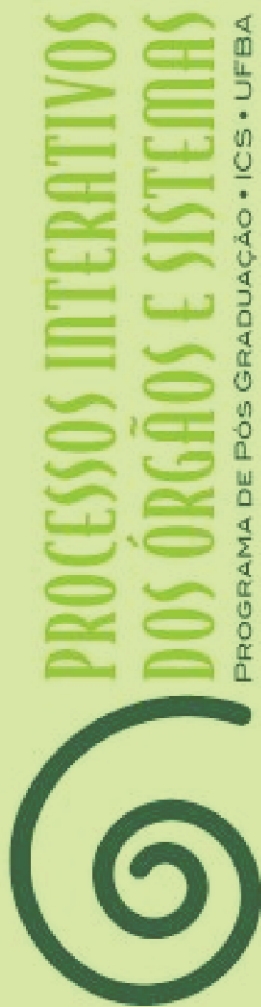


UFBA

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Ciências da Saúde

NINA SANTOS SOUZA MAIA DE VASCONCELOS



**SATISFAÇÃO COM A VIDA, MAUS-TRATOS NA
INFÂNCIA E SINTOMAS DEPRESSIVOS:
UM ESTUDO COM ADOLESCENTES**

**Salvador
2017**



**PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

NINA SANTOS SOUZA MAIA DE VASCONCELOS

**SATISFAÇÃO COM A VIDA, MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA
E SINTOMAS DEPRESSIVOS: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES**

Salvador
2017

NINA SANTOS SOUZA MAIA DE VASCONCELOS

**SATISFAÇÃO COM A VIDA, MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA
E SINTOMAS DEPRESSIVOS: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, pelo Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador

2017

Vasconcelos, Nina Santos Souza Maia de

Satisfação com a vida, maus-tratos na infância e sintomas depressivos: um estudo com adolescentes./ [Manuscrito]. Nina Santos Souza Maia de Vasconcelos. - Salvador, 2017.

107f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2017.

1. Adolescência. 2. Maus-tratos Infantis. 3. Satisfação com a Vida. 4. Sintomas Depressivos. I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título

CDD – 362.76 21. ed.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO

DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO

NINA SANTOS MAIA DE VASCONCELOS

Satisfação com a vida, maus tratos sofridos na infância, e sintomas depressivos: um estudo com adolescentes

Salvador, Bahia, 13 de dezembro de 2017

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Irismar Reis De Oliveira – Universidade Federal da Bahia

Prof.ª Dr.ª Martha Moreira Cavalcante Castro – Universidade Federal da Bahia

Prof.ª Dr.ª Marina Monzani da Rocha – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Porque a vida, a vida, a vida, a vida só é possível reinventada.

Cecília Meireles

Dedico este trabalho a minha família que eu tanto amo, especialmente a meu marido, Matheus; a meus filhos, Pedro e Marina; a meus pais, Jorge e Ivone, e à minha irmã, Nani.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Irismar, pela honra de ter sido sua orientanda. Não há dúvidas de que conhecê-lo representou um marco na minha trajetória como psicóloga. Seus ensinamentos e contribuições foram muito além do âmbito acadêmico e me proporcionaram um grande crescimento pessoal e profissional, na prática como psicoterapeuta. Eterna gratidão.

A Mônica Ribeiro, pelo apoio constante e pelo exemplo de dedicação à pesquisa científica. À Professora Camila Seixas e ao Professor Eduardo Pondé, por terem participado da banca de qualificação e terem contribuído com críticas e sugestões fundamentais para a concretização deste trabalho.

À Professora Martha Castro, pela oportunidade de lhe acompanhar nas aulas da disciplina Psicologia aplicada à Fisioterapia, para efeito do tirocínio docente, e por ter aceitado o convite de participar da banca final.

À Professora Marina Monzani também por ter avaliado o meu trabalho na banca final e ter contribuído com importantes sugestões para o seu aprimoramento.

A todos os professores do programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas que, generosamente, compartilharam os seus conhecimentos. Ao Professor Roberto Paulo Araújo, por coordenar com tanto afinco e dedicação este Programa.

Aos colegas que tornaram estes dois anos de muito trabalho mais leves e divertidos, especialmente os colegas psicólogos: Ana Cristina Botelho, Isabela Couto, Dagoberto Bonavides e Daniela Reis.

A meu marido, Matheus, pelo companheirismo, compreensão, incentivo e carinho. Aos meus filhos, Pedro e Marina, que apesar de ainda serem crianças, na maioria das vezes, compreenderam a minha ausência e me ajudaram a enfrentar as dificuldades com momentos de descontração e realização maternal. A meus pais, Jorge e Ivone, pelo incentivo e pela torcida incondicionais. A Nani, minha irmã e melhor amiga, por sempre ter estado disponível para me ouvir e me ajudar nos momentos de dúvida e inquietação.

Aos familiares e amigos queridos que compreenderam a minha falta em algumas ocasiões e também incentivaram esta conquista.

Aos adolescentes que participaram do estudo: sem eles este trabalho não teria sido possível.

VASCONCELOS, N. M. **Satisfação com a vida, maus-tratos na infância e sintomas depressivos: um estudo com adolescentes.** 107 f. 2017. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

Introdução: A adolescência é uma fase de vulnerabilidade para o surgimento de episódios depressivos. Diversos estudos evidenciam que ter sofrido maus-tratos na infância aumenta a probabilidade do desenvolvimento de sintomas depressivos e que a satisfação com a vida está associada negativamente com a depressão. **Objetivos:** Avaliar as associações entre a satisfação com a vida, maus-tratos sofridos na infância e sintomas depressivos; investigar a satisfação com a vida como elemento mediador na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos. **Metodologia:** A amostra foi constituída por 342 adolescentes, com idades entre 11 e 17 anos (M=13,3; desvio padrão=1,52 anos), alunos de uma escola pública em Salvador, Bahia, Brasil. Os participantes responderam a instrumentos para a avaliação de dados sociodemográficos, maus-tratos sofridos na infância, satisfação com a vida e sintomas depressivos. Os dados foram analisados mediante uso do pacote estatístico SPSS versão 21. Para avaliar o efeito mediador da satisfação com a vida, foi utilizada a Modelagem de Equações Estruturais. **Resultados:** Foram encontradas correlações negativas e significativas entre os maus-tratos sofridos na infância e a satisfação com a vida, correlação negativa e significativa entre a satisfação com a vida e os sintomas depressivos e correlação positiva e significativa dos maus-tratos com os sintomas depressivos. A satisfação com a vida mediou, ainda que parcialmente, a associação entre os maus-tratos e os sintomas depressivos. **Conclusões:** A satisfação com a vida exerce um importante papel de mediação na associação entre os maus-tratos sofridos na infância e os sintomas depressivos. Ressalta-se a necessidade de novas pesquisas que contribuam ainda mais para a compreensão de como a satisfação com a vida influencia na saúde mental dos adolescentes e que reforcem a atenção e o cuidado de que essa população necessita.

Palavras-chave: Adolescência. Maus-tratos infantis. Satisfação com a vida. Sintomas depressivos.

VASCONCELOS, N. M. **Life satisfaction, childhood maltreatment and depressive symptoms: a study with adolescents.** 107s. 2017. Dissertation (Masters) – Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a phase of vulnerability to the onset of depressive episodes. Several studies have shown that having suffered childhood maltreatment increases the probability of developing depressive symptoms and that life satisfaction is negatively associated with depression. **Objectives:** To evaluate the interrelationships between life satisfaction, childhood maltreatment and depressive symptoms; to investigate life satisfaction as a mediating element in the association between maltreatment and depressive symptoms. **Methodology:** The sample consisted of 342 adolescents aged 11 to 17 years ($M = 13.3$, standard deviation = 1.52 years) from a public school in Salvador, Brazil. Participants filled-out instruments for the evaluation of socio-demographic data, child maltreatment, life satisfaction, and depressive symptoms. The data were analyzed through the statistical package SPSS version 21. Structural Equations Modeling was used to evaluate the mediating effect of LS. **Results:** Evidence was found for the negative and significant correlation between childhood maltreatment and life satisfaction, for a negative and significant correlation between life satisfaction and depressive symptoms and for a positive and significant correlation between maltreatment and depressive symptoms. Life satisfaction mediated, albeit partially, the relationship between maltreatment and depressive symptoms. **Conclusions:** Life satisfaction plays an important mediating role in the relationship between maltreatment and depressive symptoms. Further research that brings more contribution to the understanding of how Life satisfaction influences adolescents' mental health and that reinforces the attention and care that this population needs is recommended.

Keywords: Adolescence. Maltreatment. Life satisfaction. Depressive symptoms.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sociodemográficos	45
Tabela 2	Médias e desvios-padrão observados na amostra	46
Tabela 3	Correlações entre traumas na infância, SV e sintomas depressivos	47
Tabela 4	Mediação da SV na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos	54
Tabela 5	Mediação dos domínios específicos da SV na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos	60
Tabela 6	Mediação dos domínios específicos da SV na associação entre negligência física e sintomas depressivos	64
Tabela 7	Mediação dos domínios específicos da SV na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Hipóteses testadas no presente estudo	17
Figura 2	Diagrama de trajetórias	41
Figura 3	Modelo 1 – Mediação da SV na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos	48
Figura 4	Modelo 2 – Mediação da SV na associação entre abuso emocional e sintomas depressivos	49
Figura 5	Modelo 3 – Mediação da SV na associação entre abuso físico e sintomas depressivos	50
Figura 6	Modelo 4 – Mediação da SV na associação entre abuso sexual e sintomas depressivos	51
Figura 7	Modelo 5 – Mediação da SV na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos	52
Figura 8	Modelo 6 – Mediação da SV na associação entre negligência física e sintomas depressivos	53
Figura 9	Modelo 7 – Mediação da satisfação com a família na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos	55
Figura 10	Modelo 8 – Mediação da satisfação com as amigas na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos	56
Figura 11	Modelo 9 – Mediação da satisfação com a escola na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos	57
Figura 12	Modelo 10 – Mediação da satisfação com o ambiente na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos	58
Figura 13	Modelo 11 – Mediação da satisfação com o <i>self</i> na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos	59
Figura 14	Modelo 12 – Mediação da satisfação com a família na associação entre negligência física e sintomas depressivos	61
Figura 15	Modelo 13 – Mediação da satisfação com as amigas na associação entre negligência física e sintomas depressivos	62

Figura 16	Modelo 14 – Mediação da satisfação com o <i>self</i> na associação entre negligência física e sintomas depressivos	63
Figura 17	Modelo 15 – Mediação da satisfação com a família na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos	65
Figura 18	Modelo 16 – Mediação da satisfação com as amigas na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos	66
Figura 19	Modelo 17 – Mediação da satisfação com a escola na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos	67
Figura 20	Modelo 18 – Mediação da satisfação com o ambiente na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos	68
Figura 21	Modelo 19 – Mediação da satisfação com o <i>self</i> na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais causas de morte entre adolescentes de 10 a 19 anos em 2015	22
Quadro 2	Sintomas do Transtorno Depressivo Maior	26
Quadro 3	Sintomas de depressão em adolescentes	26
Quadro 4	Distorções cognitivas	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CDI	Inventário de Depressão Infantil
DSM – 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – 5ª edição
EMSVE	Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes
MEE	Modelagem de Equações Estruturais
OMS	Organização Mundial de Saúde
QUESI	Questionário sobre Traumas na Infância
SV	Satisfação com a vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	Terapia Cognitiva Processual
TCP – G	Treinamento Cognitivo Processual em Grupo
TDM	Transtorno Depressivo Maior

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
	HIPÓTESES	17
	JUSTIFICATIVA	18
	OBJETIVOS	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	ADOLESCÊNCIA	21
2.2	SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA	23
2.2.1	Depressão na Adolescência	24
2.2.2	O modelo cognitivo da depressão	27
2.2.3	Tratamento da depressão na adolescência	28
2.3	SATISFAÇÃO COM A VIDA	30
2.4	MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA	32
3	MATERIAIS E MÉTODOS	37
3.1	DESENHO DO ESTUDO	37
3.2	PARTICIPANTES E CONTEXTO DA PESQUISA	37
3.2.1	Critérios de inclusão	37
3.2.2	Critérios de exclusão	38
3.3	PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS	38
3.4	INSTRUMENTOS	39
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
3.5.1	Modelagem de Equações Estruturais (MEE)	42
4	RESULTADOS	45
5	DISCUSSÃO	72
5.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	78
6	CONCLUSÕES	80
	REFERÊNCIAS	82
	ANEXOS	90

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A adolescência foi reconhecida como uma fase da vida com características próprias e, portanto, distinta da infância e da fase adulta, apenas em meados do século XX.¹ Atualmente, a literatura tem descrito essa etapa do ciclo vital como um período de grande desenvolvimento intelectual e social, mas também de vulnerabilidades^{2,3,4}, apresentando desafios para pais, professores, profissionais de saúde e, especialmente, para os próprios adolescentes.

A partir da adolescência, os jovens se tornam mais susceptíveis ao desenvolvimento de comportamentos de risco, que podem representar importantes ameaças à saúde^{3,5,6} e à apresentação de transtornos de humor e de ansiedade que tendem a persistir até a idade adulta.⁷ O suicídio também constitui um fator de preocupação para o período, sendo, na atualidade, a terceira causa de morte entre indivíduos de 15 a 19 anos.⁸

Apesar de ser notadamente reconhecida como uma fase de ameaças para a saúde mental, a adolescência não tem recebido a devida atenção dos sistemas de saúde pública, o que coloca os jovens em uma situação de vulnerabilidade ainda maior, especialmente aqueles pertencentes a classes econômicas menos favorecidas.³

A exemplo da presente pesquisa, alguns estudos que se dedicam a compreender a saúde mental dos adolescentes têm incluído em suas avaliações indicadores de bem-estar psicológico.² A satisfação com a vida (SV) constitui um desses indicadores e consiste na avaliação que o indivíduo faz da sua vida a partir dos próprios critérios, sendo, portanto, subjetiva.⁹ Avaliar a SV permite acessar dados referentes aos aspectos que contribuem para a saúde mental, não se limitando a entender os fatores que se associam ao desenvolvimento de psicopatologias.¹⁰ A literatura tem apontado que a SV se correlaciona negativamente com sintomas depressivos,¹¹ mas, por outro lado, pesquisas têm demonstrado que a SV pode ser um mediador entre situações adversas, como traumas e estresse, e sintomas depressivos, atuando como fator atenuante.^{12,13,14,15}

Diversos estudos evidenciam que ter sido vítima de abusos e negligências durante a infância aumenta a probabilidade de se apresentar problemas relacionados à saúde mental na fase adulta, havendo, portanto, uma correlação positiva entre a vivência de maus-tratos infantis e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.^{16,17,18,19} Apesar desta associação já ter sido demonstrada em diversas pesquisas, assim como da correlação negativa entre SV e sintomas depressivos já ter sido bem descrita na literatura, não foram encontrados estudos que tenham procurado compreender como os maus-tratos sofridos na infância, a SV e os sintomas depressivos estão relacionados.

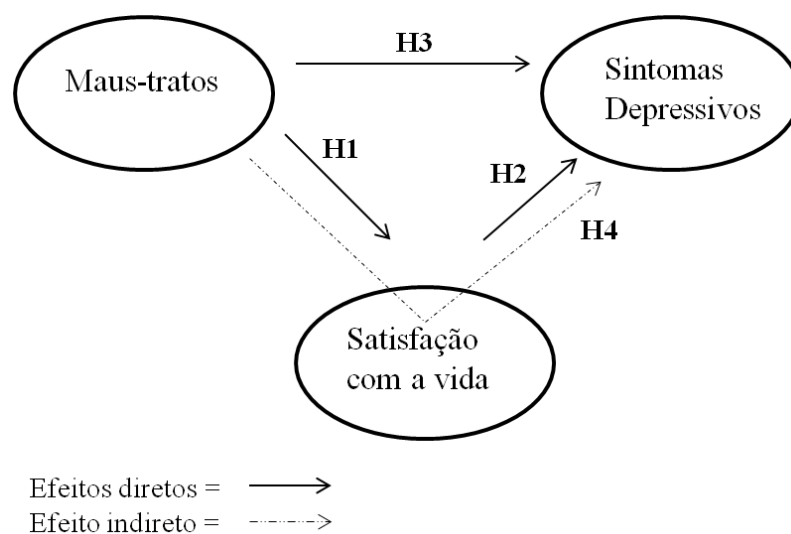
Desta forma, o presente trabalho dedicou-se a compreender as associações entre a SV, o sofrimento de maus-tratos na infância e sintomas depressivos em uma amostra de adolescentes, alunos de uma escola pública situada na cidade de Salvador, Brasil. Acredita-se que o conhecimento de como essas variáveis se relacionam contribuirá para uma melhor compreensão acerca da saúde mental na adolescência, sendo útil para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e intervenção que visem à promoção da saúde dessa população.

HIPÓTESES

Levando em consideração a literatura pesquisada, quatro hipóteses foram construídas para este estudo (Figura 1):

- H1:** Maus-tratos sofridos na infância estão negativamente correlacionados à SV;
- H2:** A SV está negativamente correlacionada aos sintomas depressivos.
- H3:** Os maus-tratos sofridos na infância estão positivamente correlacionados aos sintomas depressivos.
- H4:** A SV é um mediador na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos.

Figura 1 - Hipóteses testadas no presente estudo



Fonte: Adaptado de Mosksnes e colaboradores.⁵⁵

JUSTIFICATIVA

Apesar de constituir uma fase de grande vulnerabilidade e ao mesmo tempo oportuna para a construção de bases saudáveis para a vida adulta, a adolescência tem recebido pouca atenção das políticas públicas no que se refere à promoção da saúde mental. O acesso ao tratamento de transtornos psiquiátricos é de alcance limitado, deixando a maior parte da população desassistida, o que traz graves problemas para o desenvolvimento do jovem, além de sobrecarregar os sistemas públicos de saúde, uma vez que os transtornos psiquiátricos, quando não são devidamente tratados, tendem a persistir e a se agravar no futuro.

Diversos estudos demonstram a correlação positiva entre negligências e abusos sofridos na infância com o desenvolvimento de transtornos de humor, o que torna o adolescente vítima de maus-tratos infantis ainda mais vulnerável à apresentação de sintomas depressivos. Por outro lado, estudos recentes têm demonstrado que a SV exerce um papel chave no bem-estar psicológico de crianças e adolescentes, assim como na habilidade para enfrentar situações adversas, constituindo, portanto, uma fonte importante de recursos para o desenvolvimento da resiliência.

Nesse contexto, destaca-se que programas de prevenção de transtornos de humor e de ansiedade aplicados em escolas consistem em uma alternativa para lidar com a limitação na assistência em saúde mental para os adolescentes. Ressalta-se que esses programas, para serem bem sucedidos, necessitam estar embasados em conhecimentos sobre a população para a qual se destinam. Dessa forma, acredita-se que os resultados encontrados nesta investigação, especialmente aqueles referentes ao papel mediador da SV na associação entre os maus-tratos infantis e os sintomas de depressão, serão úteis para o desenvolvimento de ações preventivas e de tratamento psicológico, destinados aos adolescentes, e enriquecerão a literatura acerca da saúde mental nesse período tão sensível e peculiar do desenvolvimento humano.

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**

Avaliar as associações entre SV, maus-tratos sofridos na infância e sintomas depressivos em adolescentes, alunos de uma escola pública, situada na cidade de Salvador, Brasil.

- **Objetivo secundário:**

Investigar a SV como elemento mediador na associação entre os maus-tratos sofridos na infância e sintomas depressivos.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo discorre sobre aspectos conceituais relacionados à adolescência, à saúde mental e à satisfação com a vida nessa fase do ciclo vital, assim como a relação entre maus-tratos infantis e a apresentação de psicopatologias.

2.1 ADOLESCÊNCIA

A palavra adolescência tem sua origem na expressão latina *adelesco*, cujo significado é crescer.²¹ E a adolescência é, de fato, uma fase de crescimento, aprendizado e adaptações; é quando o jovem começa a estabelecer suas metas para o futuro²² e a adquirir habilidades importantes para a vida adulta.²³ Por outro lado, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴, as mudanças sociais e emocionais, inerentes ao período, podem aumentar os riscos para o desenvolvimento de problemas comportamentais.

A OMS^{24,25} considera como adolescentes aqueles indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, com a ressalva de que o critério cronológico é apenas uma forma conveniente de definição. Para a OMS,²⁵ a idade é uma das características que ajudam a descrever o estágio, sendo adotada por ser mais apropriada para avaliação das mudanças biológicas observadas no início da adolescência (puberdade), já que elas tendem a ser mais universais do que os marcadores sociais, que variam conforme aspectos culturais.

De acordo com Cole e Cole,²¹ Rousseau é considerado o primeiro grande estudioso da adolescência. Continuam atuais suas considerações de que essa é uma fase de instabilidades e conflitos relacionados ao processo de maturação sexual e de que as mudanças biológicas e sociais do período são refletidas em mudanças psicológicas. Hoje é consensual na literatura que a maturação dos órgãos sexuais que acontece na puberdade e marca o início da adolescência está associada às transformações nas interações sociais do jovem.²¹ Porém, é importante destacar que não há na literatura uma concepção única da adolescência, tratando-se de um fenômeno complexo que pode ser compreendido através de uma grande variedade de teorias.²⁶

Por exemplo, de acordo com Bock,²⁷ para a perspectiva sócio-histórica, a adolescência não deve ser vista como uma fase natural do desenvolvimento, situada entre a infância e a idade adulta, mas sim como uma construção social, cujos significados são produzidos pelo homem e apresentam repercussões na sua subjetividade. Para essa abordagem teórica, o fato

de a adolescência estar associada a marcas no corpo, oriundas do desenvolvimento biológico, não a torna um fenômeno natural. Neste contexto, Santos e colaboradores²⁶ salientam que, especialmente no que se refere às sociedades ocidentais urbanizadas e independentemente do viés adotado para compreender a adolescência, algumas questões como a formação da identidade adulta, a separação dos pais, o início da vida sexual e o possível envolvimento em comportamentos de risco estão atreladas a essa fase.

Os comportamentos de risco na adolescência, como o consumo abusivo de álcool e outras substâncias, a prática desprotegida de sexo e a direção irresponsável de automóvel, constituem ameaças para a saúde do jovem, aumentando a sua vulnerabilidade para um desenvolvimento disfuncional, além de apresentarem potencial para causar significativos prejuízos à saúde, podendo inclusive levar à morte.^{4,5,6} Corroborando essas informações, de acordo com a OMS,⁸ no ano de 2015, aproximadamente 1,2 milhões de adolescentes morreram por razões que poderiam ter sido evitadas ou tratadas, tendo sido a maioria dos óbitos causada por acidentes de carro (Quadro 1). Neste contexto, ressalta-se que os comportamentos de risco iniciados na adolescência, além de causarem prejuízos imediatos para o adolescente, também trazem implicações para a sua vida futura e até mesmo para os filhos que, porventura, ele venha a gerar.⁴

Quadro 1 - Principais causas de morte entre adolescentes de 10 a 19 anos em 2015

Causa da morte	Número de mortes
1. Acidente de carro	115.302
2. Infecções respiratórias inferiores	72.655
3. Suicídio	67.149
4. Doenças diarreicas	63.575
5. Afogamento	57.125

Fonte: World Health Organization⁸

O desequilíbrio no desenvolvimento de duas importantes áreas cerebrais – o sistema límbico, que amadurece mais cedo e é responsável pela regulação das emoções e pela busca de prazer e recompensas, e o córtex pré-frontal, que amadurece mais tarde e é responsável pelas tomadas de decisões com o uso da razão, pelo controle dos impulsos e pelo planejamento – tem sido considerado o substrato neuronal para os comportamentos de risco típicos da adolescência.^{19,28} Dessa forma, os adolescentes mais jovens tendem a ser ainda mais vulneráveis, pois além de suas habilidades racionais estarem pouco amadurecidas, é no início

da adolescência que eles começam a se separar dos pais, ficando mais tempo fora da supervisão familiar.²³

Portanto, é possível concluir que a adolescência constitui um período de crescimento e oportunidades, mas também de vulnerabilidades e desafios que podem apresentar consequências negativas.² Sendo assim, é imprescindível que as políticas públicas contemplem os adolescentes com medidas específicas, que levem em consideração as características e as profundas e significativas mudanças observadas nesse período do desenvolvimento.²⁹

2.2 SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

Além de ser uma fase de importantes descobertas, definições e desenvolvimento intelectual, a adolescência também constitui um período crucial da vida, no que se refere à construção das bases para a saúde na fase adulta,²⁸ o que inclui a saúde mental. Por exemplo, adolescentes que sofrem de depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada ou transtorno do pânico, apresentam risco aumentado de desenvolver esses transtornos no futuro.³⁰ Corroborando essa informação, autores afirmam que a depressão que tem início na adolescência tende a ser mais refratária do que aquela que se inicia em fases mais avançadas.³¹

Entre 10 e 20% das crianças e adolescentes em todo o mundo apresentam algum problema relacionado à saúde mental. Muitos desses problemas têm início entre o final da infância e o início da adolescência e podem trazer graves prejuízos para os jovens, como o abandono escolar, o que compromete o desenvolvimento.³ Ressalta-se ainda que os transtornos mentais que têm início na adolescência também comprometem a vida futura, uma vez que constituem importantes fatores de risco para o desenvolvimento de problemas psiquiátricos na fase adulta.⁷

O diagnóstico de transtornos mentais na adolescência apresenta desafios. Como a adolescência é tipicamente uma fase de oscilação de humor, pais e professores podem confundir sintomas de doenças psiquiátricas com comportamentos considerados normais para o período. De fato, é esperado que os adolescentes eventualmente se sintam deprimidos e que ocasionalmente experimentem alguma droga ilícita e até se envolvam em situações de risco, porém, esses comportamentos devem ser observados em relação à sua frequência, persistência e impactos negativos que provocam na vida no jovem.³²

Os transtornos de humor e de ansiedade são comuns entre os adolescentes e costumam ser persistentes. Além desses, outros transtornos considerados frequentes nesse período constituem: a fobia escolar, que se caracteriza por um medo irracional e persistente de ir para a escola, com a presença de sintomas de ansiedade quando o adolescente está próximo ou dentro do ambiente escolar; o Transtorno do *Deficit* de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que está relacionado com baixo rendimento escolar, problemas comportamentais, depressão e riscos mais elevados de envolvimento em acidentes; e os transtornos de conduta, que se caracterizam pela presença persistente de comportamentos que violam os direitos alheios e contrariam as leis.³²

2.2.1 Depressão na adolescência

Na transição da infância para a adolescência, as habilidades cognitivas do jovem, como a resolução de problemas, ainda estão em desenvolvimento. Por outro lado, as mudanças sociais inerentes ao período trazem importantes desafios. Esse descompasso entre as demandas sociais e a imaturidade do adolescente o coloca em situação de vulnerabilidade, o que pode ativar crenças de inadequação e desamparo, favorecendo o surgimento de episódios depressivos.^{2,33} Neste contexto, ressalta-se que o reconhecimento de que a depressão pode acometer crianças e adolescentes é recente na literatura. Até a década de 1970, acreditava-se que tal psicopatologia fosse muito rara ou até mesmo inexistente nessa população.³³ Hoje, diversos estudos epidemiológicos têm demonstrado que a depressão na infância e na adolescência é comum, que o seu início tem sido cada vez mais precoce e que o seu acometimento traz graves prejuízos para a vida da criança ou adolescente.³³

A probabilidade do desenvolvimento de um transtorno depressivo maior (TDM) aumenta significativamente com o início da puberdade.³⁴ Em média, o TDM surge entre os 13 e os 19 anos de idade e o primeiro episódio depressivo costuma durar entre 5 e 9 meses.³³ Atualmente, a doença é a principal causa de incapacitação na adolescência e o suicídio, sua consequência mais extrema, constitui a terceira causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos.²⁹

Estudos epidemiológicos sugerem que de 8 a 10% dos adolescentes apresentem depressão grave. Os riscos para o desenvolvimento da doença nessa fase estão relacionados, dentre outros fatores, a histórico familiar de depressão, luto ou conflito recente na família, abuso de substâncias, dificuldades de aprendizagem, apresentação de alguma doença crônica e ter sido vítima de abuso físico ou sexual.³²

Estudo realizado por Bahls³⁵ teve como objetivo avaliar a prevalência de sintomas depressivos em alunos de uma escola pública na cidade de Curitiba Paraná – Brasil. A amostra foi composta por 463 adolescentes, entre 10 e 17 anos. O instrumento utilizado para a avaliação dos sintomas foi o *Childrens' depression inventory* (CDI) e os resultados apontaram uma prevalência de 20,3% para o escore acima de 19 (*cut off*) e o escore médio foi de 13. Destaca-se que, apesar da alta prevalência de sintomas depressivos observada nessa população, a maioria dos adolescentes sintomáticos não se encontrava em tratamento, o que reforça a necessidade de promover a saúde mental na adolescência.

De acordo com a 5ª edição do *Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais* (DSM 5),³⁴ os critérios diagnósticos para os transtornos depressivos são os mesmos para crianças, adolescentes e adultos, com a ressalva de que nas crianças e adolescentes, para o diagnóstico do TDM, um dos critérios principais, o humor deprimido, pode se apresentar como humor irritável (Quadro 2). Os demais critérios para esse diagnóstico constituem a perda de interesse ou prazer nas atividades, a perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída de concentração e pensamentos recorrentes de morte. Para que o diagnóstico seja feito, é necessário que o paciente apresente o humor deprimido/irritável ou perda de prazer em atividades consideradas prazerosas anteriormente, durante o período de duas semanas; e mais, no mínimo, cinco sintomas dentre os supracitados.³⁴

Para Bahls³⁶ e em consonância com a American Psychiatric Association,³⁴ a depressão em adolescentes apresenta sintomas semelhantes àqueles observados nos adultos, sendo que os primeiros não se apresentam necessariamente tristes, mas principalmente irritáveis e susceptíveis a crises de raiva, o que, devido à proeminência de irritabilidade e às flutuações de humor observados na adolescência, pode dificultar o diagnóstico (Quadro 3). Outros fatores que podem dificultar a identificação da depressão no adolescente são a presença concomitante de sintomas físicos sem explicação, transtornos alimentares, ansiedade, recusa a frequentar a escola, declínio no rendimento escolar, abuso de substância ou problemas comportamentais.³⁷

Quadro 2 – Sintomas do transtorno depressivo maior

Humor deprimido ou irritável (no caso de crianças e adolescentes)
Perda de interesse ou prazer
Perda ou ganho significativo de peso, sem estar fazendo dieta
Insônia ou hipersonia quase todos os dias
Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias
Fadiga ou perda de energia quase todos os dias
Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias
Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar quase todos os dias
Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

Fonte: American Psychiatric Association³⁴

Quadro 3 – Sintomas de depressão em adolescentes

Irritabilidade e instabilidade
Humor deprimido
Perda de energia
Desmotivação e desinteresse importantes
Retardo psicomotor
Sentimentos de desesperança e/ou culpa
Alterações do sono
Isolamento
Dificuldade de concentração
Prejuízo no desempenho escolar
Baixa autoestima
Ideias e tentativas de suicídio
Problemas graves de comportamento

Fonte: Bahls³⁶

2.2.2 O modelo cognitivo da depressão

De acordo com Beck e colaboradores⁴¹, a depressão pode ser compreendida através de um modelo cognitivo fundamentado em três importantes pilares: a tríade cognitiva, os esquemas e os erros de pensamento. A tríade cognitiva corresponde à tendência que os pacientes deprimidos apresentam de fazer interpretações negativas acerca de si mesmos, do mundo e do futuro, ou seja, eles se veem como defeituosos, inadequados ou sem valor, costumam pensar que o mundo lhes apresenta obstáculos intransponíveis e enxergam o futuro com desesperança. O segundo componente do modelo cognitivo são os esquemas que consistem em padrões cognitivos estáveis que influenciam a forma pela qual as situações são interpretadas. Como na depressão os esquemas negativos e disfuncionais estão mais prevalentes, o paciente, visando uma consonância entre aquilo que vivencia e os esquemas que estão ativados, apresenta uma tendência sistemática negativa e equivocada de interpretar as situações. Esses erros de pensamento, também conhecidos como distorções cognitivas, constituem o terceiro pilar do modelo cognitivo da depressão.⁴¹ O Quadro 4 apresenta alguns tipos de distorções cognitivas.

Quadro 4 – Distorções cognitivas

Inferência arbitrária	Processo de extrair uma conclusão específica na ausência de evidências.
Abstração seletiva	Consiste em focalizar um detalhe extraído do contexto, ignorando outras características mais salientes da situação.
Maximização e minimização	Erros de avaliação referentes à importância ou magnitude de um evento.
Personalização	Propensão do paciente a relacionar eventos externos a si, quando não há qualquer base para o estabelecimento dessa conexão.
Hipergeneralização	Consiste no padrão de extrair uma regra geral com base em um ou em poucos incidentes isolados.
Pensamento dicotômico	Tendência a classificar as experiências em uma entre duas categorias opostas.

Fonte: Beck e colaboradores.⁴¹

Para Beck e colaboradores, as experiências iniciais da vida são a base para a construção da tríade cognitiva, dos esquemas e, conseqüentemente, das distorções cognitivas. Ou seja, a partir dessa teoria, é possível concluir que a vivência de experiências negativas na infância pode contribuir para a formação de padrões negativos de pensamento, com a ressalva de que estes podem permanecer latentes ou podem ser ativados a partir de situações específicas análogas às experiências negativas iniciais.

Beck e colaboradores⁴¹ observam que o enfrentamento de situações extremamente adversas, sem o desenvolvimento de episódios depressivos é possível. Neste caso, presume-se que o indivíduo não apresenta na sua organização cognitiva esquemas negativos, o que o leva a avaliar a situação potencialmente traumática de forma mais realista. Por outro lado, quando os esquemas negativos fazem parte da constituição cognitiva do indivíduo, eles tendem a ser ativados diante do enfrentamento de situações de adversidade, o que desencadeia um fluxo de pensamentos negativos que se generalizam para todos os âmbitos da vida. Porém, é importante ressaltar que as relações interpessoais positivas constituem fatores de proteção para o desenvolvimento pleno da depressão, pois são capazes de prover evidências de aceitação, respeito e afeto que contribuem para atenuar os efeitos dos esquemas de negatividade.⁴¹

2.2.3 Tratamento da depressão na adolescência

O tratamento para a depressão na adolescência deve contemplar a psicoterapia e, a depender da gravidade do transtorno e da idade do paciente, o uso de psicofármacos também é apropriado.^{3,38} Uma das abordagens de psicoterapia mais indicadas para o tratamento desses e outros transtornos psicológicos é a psicoterapia cognitivo-comportamental,³⁹ sendo as suas técnicas e o seu modelo teórico aplicados por um número cada vez maior de psicoterapeutas.⁴⁰ Essa abordagem de tratamento psicológico se caracteriza por ser diretiva, estruturada e de tempo limitado, e está fundamentada na teoria de que os comportamentos e as emoções são, em grande parte, mediados pela cognição.⁴¹

As técnicas terapêuticas empregadas na terapia cognitivo-comportamental estão fundamentadas na teoria cognitiva e visam identificar, testar e corrigir os esquemas disfuncionais que se manifestam através das distorções cognitivas. Para tanto, o terapeuta cognitivo-comportamental ensina o paciente a compreender a relação entre pensamento, emoção e comportamento; a monitorar os seus pensamentos, identificando possíveis

distorções cognitivas; a substituir os pensamentos distorcidos por pensamentos mais realistas e, por fim, a identificar e alterar os esquemas disfuncionais.⁴¹ A terapia cognitivo-comportamental foi adaptada para ser utilizada também com crianças e adolescentes. Testes empíricos para avaliação da sua eficácia têm sido realizados com crianças e adolescentes deprimidos e os resultados encontrados têm sido positivos.⁴⁰

Apesar de haver tratamentos eficazes para a depressão na adolescência, a sua disponibilidade é restrita, o que evidencia a importância de ações de prevenção primária para esta população, como, por exemplo, os programas de ansiedade e depressão aplicados em escolas. Nesse contexto, de acordo com Stallard e colaboradores⁴³, tem sido observado um movimento das intervenções preventivas, realizadas em ambientes essencialmente clínicos para ambientes comunitários, e a OMS considera que, por ocorrerem no ambiente onde as crianças e adolescentes socializam e passam a maior parte de seu tempo as escolas se tornaram um dos ambientes mais importantes para ações de promoção de saúde. De acordo com Rodgers e Dunsmuir,⁴² as intervenções desenvolvidas para serem aplicadas no contexto escolar também podem ser vantajosas para o enfrentamento de algumas das muitas dificuldades encontradas pelos sistemas de assistência em saúde mental, como a falta de comprometimento do paciente e de espaço físico inadequado, apresentando, portanto, importante potencial para fazer parte de políticas públicas.

Stallard e colaboradores⁴³ observam que os programas que apresentam evidências mais fortes de eficácia são aqueles que, além de serem fundamentados em uma abordagem teórica clara, como a psicoterapia cognitivo-comportamental, trabalham com multicomponentes, ou seja, objetivam ensinar diferentes habilidades, como relaxamento, resolução de problemas e consciência cognitiva e, de alguma forma, incluem a participação dos pais. No que se refere à participação dos pais, a OMS⁴⁴ salienta a importância de os programas de prevenção em saúde mental incluírem nos seus objetivos o fortalecimento da relação entre os adolescentes e as suas famílias.

Nos últimos anos, uma nova abordagem de psicoterapia, a Terapia Cognitiva Processual (TCP), vem sendo utilizada no tratamento de transtornos de ansiedade e depressão em adultos e estudos clínicos têm demonstrado sua eficácia.^{47,48,49} A TCP é uma derivação da psicoterapia cognitivo-comportamental de Beck e foi desenvolvida por De Oliveira na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Os fundamentos teóricos da TCP são os mesmos da terapia cognitivo-comportamental tradicional, porém, ela utiliza um modelo específico de conceituação cognitiva, além de técnicas próprias, especialmente no que se refere à modificação das crenças nucleares disfuncionais.⁵⁰

Considerando que os transtornos de ansiedade e depressão podem trazer graves consequências para a vida dos adolescentes, De Oliveira⁴⁶ desenvolveu o Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP - G). Esse modelo de treinamento tem como objetivo modificar as crenças nucleares disfuncionais dos adolescentes, atuando no âmbito preventivo e já vem sendo aplicado em escolas de Salvador, Brasil.⁴⁶

2.3 SATISFAÇÃO COM A VIDA

Alguns estudiosos, com o objetivo de compreender melhor os aspectos relacionados à saúde psíquica dos adolescentes, têm incluído em suas pesquisas indicadores de bem-estar psicológico.² Um desses indicadores refere-se à SV, que pode ser descrita como a avaliação global e subjetiva que um indivíduo faz sobre a sua vida a partir de critérios próprios.⁹ Ressalta-se que a SV constitui, ao lado dos afetos (emoções e estados de humor positivos ou negativos) um dos constructos de um fenômeno mais amplo, denominado bem-estar subjetivo.⁵¹ A relação negativa entre a SV e alguns transtornos psicológicos é bem descrita na literatura.⁵² Por exemplo, estudos realizados com crianças e adolescentes demonstraram haver uma forte correlação negativa entre depressão e SV nas suas amostras.¹¹

De acordo com Diener e Diener,⁵³ a SV é considerada um indicador chave do bem-estar subjetivo. Em geral, na literatura, as avaliações positivas da SV estão positivamente correlacionadas a emoções de bem-estar, enquanto que as negativas se associam com estados depressivos. Salienta-se que instrumentos que se propõem a avaliar a SV são sensíveis a todo o espectro do funcionamento psicológico, o que permite aferir tanto indicadores de bem-estar, quanto indicadores de sofrimento psíquico, sendo, portanto, mais completos do que as escalas que avaliam exclusivamente os sintomas psicopatológicos.¹⁰

Com o propósito de avaliar a SV em crianças e adolescentes, Huebner⁷⁹ desenvolveu a escala multidimensional de satisfação com a vida em estudantes. Estudo realizado por Gilman e colaboradores⁵⁴ teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas dessa escala em uma amostra composta por 515 adolescentes americanos, com média de idade de 16,14 anos. Além de terem considerado as propriedades psicométricas da escala adequadas, os autores também concluíram que a amostra apresentou níveis positivos de satisfação com a vida. As médias encontradas foram as seguintes: satisfação com a vida global – 4,35; satisfação com a família – 4,25; satisfação com as amizades – 5,12; satisfação com a escola – 3,74; satisfação com o ambiente – 3,68 e satisfação com o *self* – 5,14.

Diante do contexto de instabilidade em que vivem os adolescentes, pesquisas que avaliam a SV nessa população têm recebido crescente atenção dos estudiosos⁵⁴. De acordo com Mosksnes⁵⁵, para promover o funcionamento positivo na adolescência, é preciso, além de conhecer os problemas típicos da fase, focar também em fatores que possam constituir mediadores na relação com as adversidades. Por exemplo, a SV tem sido considerada um importante mediador na relação entre situações de estresse e o desenvolvimento de sintomas depressivos¹⁴.

Um estudo realizado por Veronese e colaboradores⁵⁶ teve como objetivo avaliar as interrelações entre a SV, o equilíbrio de afeto e sintomas de trauma em uma amostra de 1.276 crianças palestinas (M=8,8 anos) que viviam em contexto de guerra e estudavam em escolas primárias localizadas em campos de refúgio. Apenas as crianças que estiveram envolvidas diretamente em pelo menos um episódio de violência relacionado à guerra ou que haviam testemunhado atos de violência, até três meses antes do estudo, foram incluídas na investigação. Os dados foram coletados em 2012, dois meses após o final de uma operação militar israelense. Nessa ocasião, 1.500 localidades na Faixa de Gaza foram alvejadas; 840 palestinos ficaram feridos; e 174, dentre eles 43 crianças e 11 mulheres, foram mortos.

Os dados encontrados no estudo de Veronese⁵⁶ demonstraram que níveis mais altos de SV contribuíram para um melhor equilíbrio do afeto positivo nas crianças, o que por sua vez, contribuiu para atenuar os efeitos da exposição aos traumas. Os achados levaram os autores a concluir que a SV ajudou as crianças a amenizar as suas emoções negativas, a promover o afeto positivo e a apresentar menos sintomas relacionados ao trauma, como a evitação e os pensamentos intrusivos. Os pesquisadores também concluíram que os fatores individuais e contextuais que conferem satisfação com a vida, como a satisfação consigo mesmo (*self*), com os pares, com a família, com a escola e com as condições de vida, em conjunto com a habilidade da criança em ativar emoções positivas, constituem fatores-chave para o bem-estar subjetivo e para a capacidade de enfrentar situações traumáticas.

Dessa forma, é possível concluir que alguns indivíduos que sofrem adversidades graves, como traumas de guerra, podem demonstrar habilidades para lidar com elas, o que está em consonância com as ideias de Park e colaboradores¹² ao considerarem que os indivíduos mais satisfeitos com a vida apresentam mais recursos para enfrentar as situações de estresse. Sendo assim, é esperado que aquelas pessoas mais satisfeitas com a vida sejam menos propensas a desenvolver sintomas psicopatológicos ao enfrentar adversidades¹³.

Um estudo de corte transversal realizado na Noruega, por Mosksnes e colaboradores⁵⁵ teve como objetivo investigar as relações entre situações escolares estressantes (desempenho

escolar e interação com professores), SV e sintomas depressivos, assim como o potencial papel mediador da SV na associação do estresse escolar com os sintomas depressivos. A amostra foi de conveniência e 1.239 adolescentes, entre 13 e 18 anos, alunos de 12 escolas públicas, localizadas em áreas rurais do país escandinavo, participaram da pesquisa. Os resultados demonstraram associações de moderadas a fortes entre as três variáveis estudadas. O estresse escolar esteve positivamente correlacionado com os sintomas depressivos e inversamente correlacionado com a SV. A SV demonstrou mediar, ainda que parcialmente, a associação entre o estresse relacionado ao desempenho escolar e os sintomas depressivos⁵⁵.

Gao e colaboradores⁵⁷ também realizaram um estudo que envolveu a SV em estudantes. A amostra foi composta por 1.466 crianças e adolescentes entre 9 e 15 anos, residentes na cidade de Beijing, China. O objetivo da pesquisa foi comparar a saúde mental de três grupos de crianças: grupo 1 - crianças imigrantes, vindas de áreas rurais que estudavam em escolas públicas; grupo 2 - crianças imigrantes, também vindas de áreas rurais, mas que estudavam em escolas particulares, especiais para imigrantes; grupo 3 - crianças locais que estudavam em escolas públicas. Os resultados mostraram que as crianças imigrantes apresentaram mais problemas internalizantes e externalizantes e menor SV do que as crianças locais. Porém, estudar em escolas públicas constituiu um fator de proteção para a saúde mental das crianças imigrantes, já que o estado de saúde mental delas não foi diferente daquele observado nas crianças locais. De acordo com os autores do estudo, o fator de proteção da escola pública pode estar relacionado ao fato de que, na China, as escolas públicas oferecem recursos educacionais melhores do que as escolas particulares. Tal dado é relevante para a presente pesquisa, pois estudos têm demonstrado que o ambiente escolar exerce importante influência na saúde mental dos estudantes^{58,59} e, no Brasil, a maioria das escolas públicas enfrentam dificuldades.

2.4 MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA

Os maus-tratos sofridos na infância estão positivamente correlacionados com o desenvolvimento de psicopatologias na vida adulta.¹⁹ Por exemplo, indivíduos que sofreram traumas na infância, como algum tipo de abuso ou negligência, tendem a apresentar quadros graves e complexos de psicopatologia.¹⁸ De acordo com Bifulco e colaboradores¹⁶ há uma forte associação entre abuso emocional sofrido na infância e o desenvolvimento de depressão na fase adulta e, segundo Gibb¹⁷, há estudos longitudinais demonstrando a correlação entre esse tipo de abuso e o desenvolvimento de episódios depressivos.

Um estudo realizado em Londres teve como objetivo caracterizar os efeitos isolados, combinados e cumulativos de negligências e abusos ocorridos na infância na saúde mental de 204 jovens entre 16 e 24 anos (M=18.85) que estavam vivendo em situações de adversidade. Quando examinados individualmente, todos os tipos de maus-tratos estiveram significativamente associados com consequências na saúde mental, com efeitos maiores para o abuso emocional. Os dados encontrados também demonstraram que o efeito cumulativo dos maus-tratos sofridos repercute na gravidade dos sintomas apresentados⁶⁰.

Tanaka e colaboradores⁶¹ realizaram uma pesquisa com o objetivo de examinar a relação entre maus-tratos vividos na infância e a autocompaixão (aceitação positiva do *self*) em 117 adolescentes entre 16 e 20 anos, atendentes de um programa de proteção a crianças, na cidade de Ontário, Canadá. Os resultados demonstraram que níveis mais elevados de abusos emocional e físico e de negligência emocional estiveram significativamente associados com uma reduzida autocompaixão. Também ficou evidente que adolescentes com menores níveis de autocompaixão apresentaram maior probabilidade de apresentar problemas psicológicos, uso de álcool e tentativas de suicídio, demonstrando a correlação positiva entre a vivência de maus-tratos com danos para a saúde mental.

Considerando que um número substancial de pacientes não respondem ao tratamento para o transtorno depressivo maior (TDM), Harkness e colaboradores⁶² realizaram um ensaio clínico com o objetivo de investigar se a gravidade dos maus-tratos sofridos na infância seria um fator associado à resposta ao tratamento. O ensaio clínico comparou três tipos de tratamento: psicoterapia interpessoal, psicoterapia cognitivo-comportamental e medicação. Os resultados demonstraram que os pacientes que sofreram maus-tratos graves durante a infância responderam menos à psicoterapia interpessoal do que à psicoterapia cognitivo-comportamental e à medicação, enquanto que nenhuma diferença significativa entre os tratamentos foi observada nos pacientes que não tinham sofrido maus-tratos. Ressalta-se que, apesar da resposta ter sido mais positiva com a psicoterapia cognitivo-comportamental e com a medicação, os pacientes com histórico de maus-tratos infantis permaneceram vulneráveis à recorrência dos episódios depressivos, corroborando a ideia de que o efeito cumulativo dos maus-tratos sofridos tem impacto na intensidade dos sintomas.

A literatura também apresenta muitos estudos que relacionam os maus-tratos sofridos na infância com o desenvolvimento de problemas internalizantes, incluindo os sintomas depressivos, e/ou problemas externalizantes.^{63,64,65,66,67,68,69} Estudo longitudinal realizado por Egeland e colaboradores⁶⁵ teve como objetivo investigar o processo de desenvolvimento subjacente à já conhecida relação entre maus-tratos vividos na infância e o desenvolvimento

de comportamentos externalizantes, especificamente os comportamentos antissociais. A amostra foi constituída por 140 crianças vítimas de abusos físicos ou negligência emocional, acompanhadas pelo estudo até os 17 anos e meio de idade. Os resultados apontaram que o abuso físico, e não a negligência emocional, esteve relacionado a um comportamento de alienação social na pré-escola o que, por sua vez, foi preditor de início precoce de problemas externalizantes no ensino fundamental, resultando em comportamentos antissociais na adolescência.

Considerando que os indivíduos que foram vítimas de maus-tratos na infância são mais propensos a terem dificuldades na manutenção do bem-estar subjetivo,⁷⁰ Barnum e colaboradores⁷¹ realizaram um estudo com o objetivo de analisar a relação entre a intensidade dos abusos sexuais, o apego seguro, a autoestima sexual e o bem-estar subjetivo global em uma amostra de 213 estudantes universitários (sexo feminino=79,3%) com média de idade de 22 anos. Os resultados apontaram que níveis elevados de apego seguro e de autoestima sexual foram preditores de níveis elevados de bem-estar subjetivo; que a presença de trauma sexual na infância esteve associada a níveis mais baixos de autoestima sexual e, ainda, que a intensidade do trauma esteve inversamente correlacionada ao nível de bem-estar subjetivo.

Apesar dos efeitos negativos dos maus-tratos na infância para a saúde mental serem notórios e bem evidenciados na literatura, de acordo com Masten e Wright (apud Ungar),⁷² um crescente número de pesquisas tem demonstrado que muitas crianças vítimas de maus-tratos crônicos conseguem se desenvolver sem apresentar níveis de psicopatologia acima da média, o que representa um indicativo de resiliência. Nesse contexto, Ungar (apud Ungar)⁷² destaca que, embora a resiliência seja compreendida como uma interação entre fatores ecológicos sociais e fatores individuais, estudiosos da área têm dado pouca atenção à influência que o acesso a serviços de saúde exerce nesse complexo fenômeno. Dessa forma, Ungar⁷² defende que, além das características individuais, os determinantes econômicos e sociais de bem-estar e as políticas públicas também são fatores importantes a serem considerados em pesquisas que visem compreender a resiliência em crianças vítimas de maus-tratos.

Topitzes e colaboradores⁷³ realizaram um estudo que teve como objetivo investigar a relação entre maus-tratos sofridos até os 11 anos de idade e a resiliência em jovens com idades entre 16 e 24 anos. Os resultados demonstraram que os indivíduos que haviam sido vítimas de maus-tratos foram significativamente menos resilientes do que aqueles que não sofreram abusos ou negligências quando crianças. Dentre os participantes da amostra, apenas 20% dos indivíduos que haviam sido vítimas de maus-tratos quando crianças foram

considerados resilientes, de acordo com os critérios estabelecidos pelos pesquisadores envolvendo questões relacionadas ao desenvolvimento escolar/acadêmico, histórico criminal, renda mensal, abuso de substâncias, sintomas depressivos e expectativa no futuro. O estudo também trouxe evidências de que fatores como mudanças frequentes de residência, baixo desempenho na habilidade de leitura, comportamento antissocial, habilidades sociais pobres e baixo comprometimento escolar constituem importantes mediadores na relação negativa e significativa entre maus-tratos e resiliência.

Desta forma, conclui-se que crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos necessitam de atenção especial, o que reforça a necessidade da implementação de programas de prevenção em saúde mental para essa população⁷³. Assim, ressalta-se que investigar o possível papel mediador da SV na relação já bem estabelecida entre maus-tratos e saúde mental pode favorecer importantes contribuições para o planejamento de programas, assim como para o desenvolvimento de políticas públicas para essa população.

MATERIAIS E MÉTODOS

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este capítulo apresenta informações acerca do desenho do estudo, dos participantes da pesquisa e do contexto no qual ela foi realizada; dos procedimentos que foram utilizados; dos instrumentos aplicados e, por fim, descreve como foi feita a análise estatística dos dados coletados.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

A presente pesquisa consiste em um estudo transversal e faz parte de uma investigação científica mais ampla denominada *Estudo da eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP - G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado*. Observa-se que o TCP - G foi criado para ser aplicado em escolas e tem como objetivo modificar as crenças nucleares disfuncionais dos adolescentes, atuando no âmbito preventivo.⁴⁶

3.2 PARTICIPANTES E CONTEXTO DA PESQUISA

A amostra foi de conveniência e formada por 342 adolescentes entre 11 e 17 anos, alunos de uma escola pública municipal, localizada na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Participaram do estudo apenas alunos formalmente matriculados na instituição de ensino e que responderam ao questionário sociodemográfico e aos instrumentos referentes à avaliação da SV, à vivência de maus-tratos na infância e aos sintomas de depressão.

Ressalta-se que a escola em que os dados foram coletados está localizada em um bairro que apresenta graves problemas sociais relacionados ao tráfico de drogas, à violência e à falta de segurança pública. Além disso, a escola apresenta infraestrutura precária, espaço físico limitado com reduzida área para lazer e esportes, além de frequentes greves de professores, fatores que podem interferir no aprendizado e na qualidade de vida dos adolescentes.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Adolescentes alunos da escola participante do *Estudo da eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP - G) na prevenção de transtornos de ansiedade e*

depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado, na faixa etária entre 11 e 17 anos, que responderam ao questionário sociodemográfico e aos seguintes instrumentos: Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI), Inventário de Depressão na Infância (CDI) e Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes (EMSVE).

3.2.2 Critérios de Exclusão:

Foram excluídos da análise os sujeitos cujos questionários apresentaram erros no preenchimento.

3.3 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, o Secretário de Educação de Salvador foi contatado para indicar a escola que poderia participar do projeto de pesquisa - *Estudo da eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP - G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado*. Em seguida, o projeto foi devidamente apresentado ao diretor da escola selecionada e aos professores. Posteriormente, os pais dos alunos foram convidados para uma reunião de apresentação do projeto, com duração aproximada de 50 minutos. Os pais que não puderam comparecer à reunião foram contatados e o projeto foi explicado a eles de forma individual, ou em pequenos grupos, em datas alternativas. Os pais ou responsáveis que concordaram com a participação dos seus filhos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A). Após a apresentação aos pais, os alunos também foram informados acerca do projeto, em sala de aula, em apresentações que também duraram aproximadamente 50 minutos. Após a explicação do projeto, foi oferecida aos alunos a opção de participar da pesquisa. Todos os alunos concordaram com a participação e, desta forma, assinaram o Termo de Assentimento (Anexo B).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e recebeu parecer favorável sob o número 966.202, com emissão em 26 de fevereiro de 2015 (Anexo C). Para a realização do presente estudo, foi feita uma solicitação de adendo ao mesmo Comitê de Ética em Pesquisa, que também concedeu parecer favorável sob o número 2.104.221, com emissão em 7 de junho de 2017 (Anexo D).

Os dados foram coletados no início do primeiro e do segundo semestres letivos do ano de 2015. Os alunos responderam aos questionários em sala de aula, durante horário regular de aula, com duração em torno de 50 minutos. A aplicação foi realizada por pesquisadores treinados que deram todas as explicações necessárias e ressaltaram o caráter sigiloso do estudo.

3.4 INSTRUMENTOS

Questionário sociodemográfico

Para a presente pesquisa, foram utilizados os dados referentes ao gênero, idade e nível socioeconômico, coletados por meio de um amplo questionário sociodemográfico (Anexo E), desenvolvido para o *Estudo da eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado*. Ressalta-se que as condições de vida foram avaliadas a partir da adaptação do questionário *Critério Brasil de Classificação Econômica*, da Associação Nacional de Empresas e Pesquisas.⁷⁴

Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Este instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos (EUA) em 1992 e consiste em uma adaptação do *Inventário de Depressão de Beck* para adultos. O CDI é amplamente utilizado em pesquisas envolvendo a depressão infantil e o seu objetivo consiste em detectar a presença e o nível de gravidade de sintomas depressivos em crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos e a sua aplicação pode ser individual ou em grupo.⁷⁵

A versão original do CDI apresenta 27 itens que avaliam sintomas cognitivos, emocionais, somáticos e comportamentais. Para cada questão, há três alternativas e o respondente é orientado a marcar a alternativa que melhor descreve os seus sintomas. A versão brasileira do CDI teve o número de questões reduzido para 20 e foi adaptada para o uso no país por Gouveia e colaboradores⁷⁷ O estudo de adaptação foi realizado na cidade de João Pessoa (PB), em uma amostra de 305 crianças e adolescentes, entre 8 e 15 anos, alunos de escolas públicas e privadas. Os resultados da amostra brasileira confirmaram a estrutura unifatorial do instrumento, com cargas fatoriais superiores a 0,35; consistência interna de 0,81; *eigenvalue* de 3,73; e variância explicada igual a 13,5%.⁷⁷

Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI):

O QUESI consiste na versão brasileira do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), desenvolvido em 2003, por Bernstein e colaboradores.⁷⁶ Este instrumento é destinado a adolescentes e adultos e tem como objetivo a avaliação de maus-tratos ocorridos na infância. É composto por 28 assertivas, distribuídas em cinco subescalas: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional, e se apresenta em uma escala Likert de cinco pontos (nunca, poucas vezes, às vezes, muitas vezes e sempre). Os pontos marcados em cada assertiva são somados e os seus resultados variam de 5 a 25 para cada uma das subescalas.⁷⁸ No presente estudo, os coeficientes de Cronbach identificados foram os seguintes: 0,31 para negligência física; 0,61 para abuso físico; 0,68 para abuso sexual; 0,74 para negligência emocional e 0,78 para abuso emocional.

Escala Multidimensional de satisfação com a vida em estudantes (EMSVE).

A EMSVE foi desenvolvida com o objetivo de demonstrar o perfil de SV em crianças e adolescentes, em cinco domínios específicos (satisfação com a escola, satisfação com a família, satisfação com amizades, satisfação com o ambiente e satisfação com o *self*).⁷⁹ De acordo com Gilman e Huebner,¹⁰ o uso de instrumentos multidimensionais, como a EMSVE, permite maior sensibilidade às possíveis diferenças na SV nos domínios específicos que poderiam estar mascaradas por avaliações exclusivamente globais. Ressalta-se, porém, que o nível geral de SV também pode ser obtido por este instrumento pelo somatório dos valores encontrados em cada um dos domínios.⁷⁹

A EMSVE (Anexo F) foi adaptada à cultura brasileira em estudo realizado por Barros e colaboradores⁸⁰ em uma amostra de 49 estudantes, entre 12 e 18 anos, alunos de uma escola pública e de uma escola privada localizadas na cidade de Recife, Pernambuco. Os dados encontrados no estudo demonstraram uma consistência interna de 0,88 para a escola pública e de 0,79 para a escola privada. Análises comparativas do coeficiente de Cronbach para os cinco domínios demonstraram que o instrumento apresenta um alto nível de confiabilidade, sendo, portanto, uma opção confiável para avaliar a SV entre os adolescentes brasileiros.⁸⁰

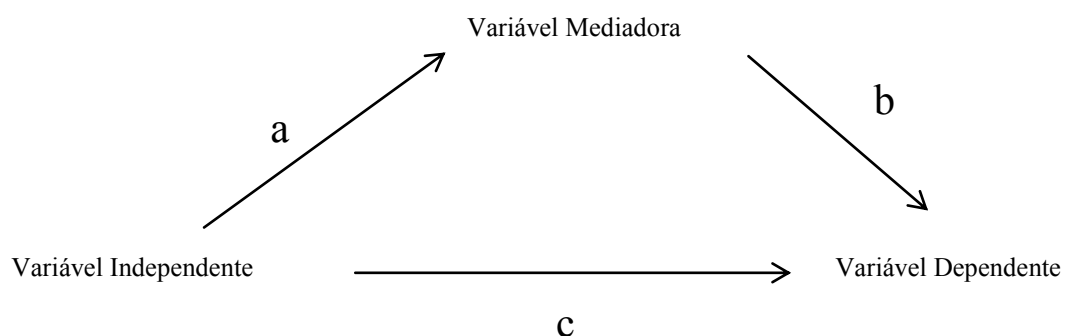
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha desenvolvida no programa Excel e posteriormente importados para o programa de análise estatística SPSS (versão 21), onde foram submetidos a análises bivariadas e multivariadas.

Para testar a associação direta entre os escores obtidos a partir das escalas aplicadas no estudo, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson (r). As relações que apresentaram r de Pearson entre 0 e 0,19 foram consideradas muito fracas; entre 0,20 e 0,39, fracas; entre 0,40 e 0,59, moderadas, entre 0,60 e 0,79 fortes e entre 0,80 e 1,00 muito fortes.⁸¹

O papel mediador da SV na relação entre os maus-tratos sofridos na infância e os sintomas depressivos (H4) foi testado por meio de uma técnica de regressão múltipla, denominada Modelagem de Equações Estruturais (MEE). De acordo com Baron e Keny,⁸² uma variável é considerada mediadora quando ela é capaz de influenciar a relação entre uma variável preditora e a variável dependente. A Figura 2 apresenta um diagrama de trajetórias envolvendo uma variável preditora (variável independente), uma variável mediadora e uma variável dependente. Neste diagrama, há duas trajetórias em direção à variável dependente: uma que ilustra o impacto direto da variável independente sobre ela (trajetória c) e outro que demonstra o impacto da variável mediadora sobre ela (trajetória b). Há ainda a trajetória que ilustra o efeito da variável independente sobre a variável mediadora (trajetória a).

Figura 2 - Diagrama de trajetórias



Fonte: Baron e Keny⁸²

Para Baron e Keny,⁸² as seguintes condições são necessárias para que uma variável exerça função de mediação total: 1) alterações na variável independente apresentam influência

significativa sobre a presumida variável mediadora (trajetória a); 2) variações na presumida variável mediadora apresentam influência significativa sobre a variável dependente (trajetória b); e 3) quando as trajetórias a e b são consideradas em conjunto, a relação direta entre a variável independente e a variável dependente (trajetória c) deixa de ser estatisticamente significativa. Importante observar que, quando a variável mediadora é incluída na análise e a trajetória c se reduz a zero, conclui-se que há forte evidência para a existência de apenas uma variável mediadora dominante; quando a trajetória c reduz, mas não chega a zero, presume-se a existência de múltiplos fatores de mediação. Neste contexto, Baron e Kenny⁸² destacam que, como os fenômenos estudados pela psicologia são multifatoriais, um objetivo mais realista em pesquisas nessa área seria o de buscar mediadores que reduzissem o impacto da variável preditora na variável dependente e não que o eliminassem completamente.

Ressalta-se que, para o presente estudo, os sintomas depressivos foram considerados a variável dependente e os maus-tratos e a SV foram consideradas as variáveis independentes, sendo que a SV também foi testada como variável mediadora. Nota-se ainda que os escores da EMSVE (SV) e do QUESI (maus tratos) foram analisados tanto nas suas formas gerais (SV - total e QUESI - total), como nos seus domínios específicos: satisfação com a família, satisfação com as amigas, satisfação com o ambiente, satisfação com o *self* e satisfação com a escola para a EMSVE e abuso físico, abuso emocional, abuso sexual e negligências física e emocional para o QUESI.

3.5.1 Modelagem de Equações Estruturais (MEE)

A MEE consiste em um método multivariado de análise estatística, utilizado especialmente para testar modelos teóricos complexos com múltiplas variáveis. A sua origem histórica é considerada híbrida, pois envolve diferentes métodos de análise das relações entre variáveis: regressão linear, análise fatorial e análise de trajetórias, de forma que várias vezes é descrita na literatura como uma mistura dessas técnicas⁸³. O seu desenvolvimento teve início entre o final da década de 1960 e início da década de 1970, com os trabalhos de Karl Joreskog, Ward Keesling e David Wiley, tendo sido inicialmente conhecida como Modelo JKW.⁸⁴

O uso da MEE tem se intensificado nos últimos anos em estudos na área da Psicologia e afins. Este incremento está relacionado à complexidade dos fenômenos psicológicos que exigem dos pesquisadores a utilização de técnicas multivariadas, capazes de proporcionar uma melhor compreensão dos seus objetos de estudo⁸³. Neste contexto, ressalta-se que a MEE

permite que muitas relações sejam avaliadas simultaneamente, sendo, desta forma, útil para testar modelos teóricos e para analisar relações entre fenômenos que envolvam variáveis latentes^{83,84}. De acordo com Baron e Kenny⁸², a MEE consiste em um método vantajoso e eficaz para estimar trajetórias de mediação, pois através dele é possível testar todas as trajetórias relevantes entre as variáveis estudadas, o que não é possível com outros métodos. Esta vantagem é corroborada por Dion⁸⁵ quando destaca que a partir da MEE é possível avaliar a significância e a força de uma relação específica dentro do modelo.

Ressalta-se que, no presente trabalho, a MEE foi utilizada com o propósito exclusivo de testar o potencial papel de mediação da variável independente SV.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

A amostra, composta por 342 participantes, apresentou a maioria de indivíduos do sexo masculino (52,92%). As idades variaram entre 11 e 17 anos ($M=13,3$; $DP=1,52$). Os adolescentes (45,91%), na sua maioria, afirmaram ser negros, seguidos de 36,84% que se identificaram como pardos. Os demais se identificaram como brancos (9,06%), amarelos (4,39%) ou indígenas (3,80%). Apenas 26,6% da amostra afirmaram que a família dispõe de pelo menos um carro, o que é indicativo de uma classe desfavorecida economicamente. Apesar do baixo poder aquisitivo identificado, a maioria dos participantes (83,04%) tem no mínimo um computador em casa. Por outro lado, 16,08% não conta com uma cama para uso exclusivo (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos

Variáveis Sociodemográficas	Frequência
Sexo	
Feminino	47,08%
Masculino	52,92%
Etnia	
Negro	45,91%
Branco	9,06%
Amarelo	4,39%
Pardo	36,84%
Indígena	3,80%
Número de automóveis na família	
Não há	73,39%
Um automóvel	26,02%
Mais de uma automóvel	0,58%
Número de computadores na família	
Nenhum	16,96%
Um computador	55,26%
Dois computadores	18,42%
Três ou mais computadores	9,36%
Cama própria	
Possuem uma cama só para si	83,92%
Dividem a cama com outro (s) membro (s) da família	16,08%

Fonte: Dados do estudo.

As médias e os desvios-padrão referentes aos sintomas depressivos (CDI), maus-tratos (QUESI) e SV (EMSVE) estão apresentados na Tabela 2. A média encontrada para os sintomas depressivos foi de 5,94; a satisfação global apresentou média de 4,63; e a média encontrada para os maus-tratos (global) foi de 44,68.

Tabela 2 – Médias e desvios-padrão observadas na amostra

Variável	Média	Desvio Padrão
Sintomas depressivos	5,94	5,73
Satisfação com a vida (global)	4,63	0,73
Satisfação com a família	4,75	1,15
Satisfação com as amigas	4,90	0,84
Satisfação com a escola	4,52	1,05
Satisfação com o ambiente	4,09	0,97
Satisfação com o <i>self</i>	5,11	1,05
Maus-tratos (global)	44,68	11,63
Negligência física	7,20	2,73
Negligência emocional	10,04	4,99
Abuso sexual	5,32	1,36
Abuso físico	6,15	2,15
Abuso emocional	8,27	4,07

Fonte: Dados do estudo

Legenda: N=342

A Tabela 3 demonstra que houve correlações significativas entre praticamente todas as variáveis pesquisadas; apenas as associações entre negligência física e SV, no domínio específico escola, e negligência física e SV, no domínio específico ambiente, não foram significativas. O grau de correlação entre as variáveis, medido através do coeficiente de correlação de Pearson (r), variou de fraco a forte para todas as relações significativas, tendo sido o menor deles observado na relação entre o domínio específico ambiente da SV e abuso sexual (r de Pearson = 0,114), e o maior, entre a SV (EMSVE- total) e sintomas depressivos (CDI-total), que apresentou $r = 0,637$. Ressalta-se ainda que todas as correlações ocorreram nas direções esperadas: os maus-tratos estiveram positivamente correlacionados com sintomas depressivos e inversamente correlacionados com a SV e os sintomas depressivos estiveram correlacionados inversamente com a SV.

Tabela 3 – Correlações entre traumas na infância, SV e sintomas depressivos

		Maus-tratos QUESI Total	Maus-tratos QUESI Abuso físico	Maus-tratos QUESI Abuso emocional	Maus-tratos QUESI Abuso sexual	Maus-tratos QUESI Negl. Física	Maus-tratos QUESI Negl.Emocional	Sintomas Depressivos CDI - total
Sintomas Depressivos								
CDI - total	Perason's r	,56**	,43**	,56**	,38**	,18**	,32**	1
	p-valor	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	N	342	342	342	342	342	342	343
SV								
EMSVE - total	Perason's r	-,587**	-,381**	-,487**	-,263**	-,221**	-,424**	-,637**
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	342	342	342	342	342	342	342
SV								
EMSVE - família	Perason's r	-,630**	-,386**	-,505**	-,171**	-,238**	-,488**	-,575**
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000
	N	342	342	342	342	342	342	342
SV								
EMSVE - amizade	Perason's r	-,436**	-,257**	-,329**	-,200**	-,212**	-,326**	-,421**
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	342	342	342	342	342	342	342
SV								
EMSVE - escola	Perason's r	-,277**	-,246**	-,242**	-,200**	-0,073	-,168**	-,390**
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,179	0,002	0,000
	N	342	342	342	342	342	342	342
SV								
EMSVE - ambiente	Perason's r	-,352**	-,207**	-,382**	-,114*	-0,087	-,233**	-,379**
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,034	0,108	0,000	0,000
	N	342	342	342	342	342	342	342
SV								
EMSVE - self	Perason's r	-,426**	-,272**	-,245**	-,249**	-,239**	-,344**	-,535**
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	342	342	342	342	342	342	342

** Correlação significativa ao nível 0,01 (bicaudal)

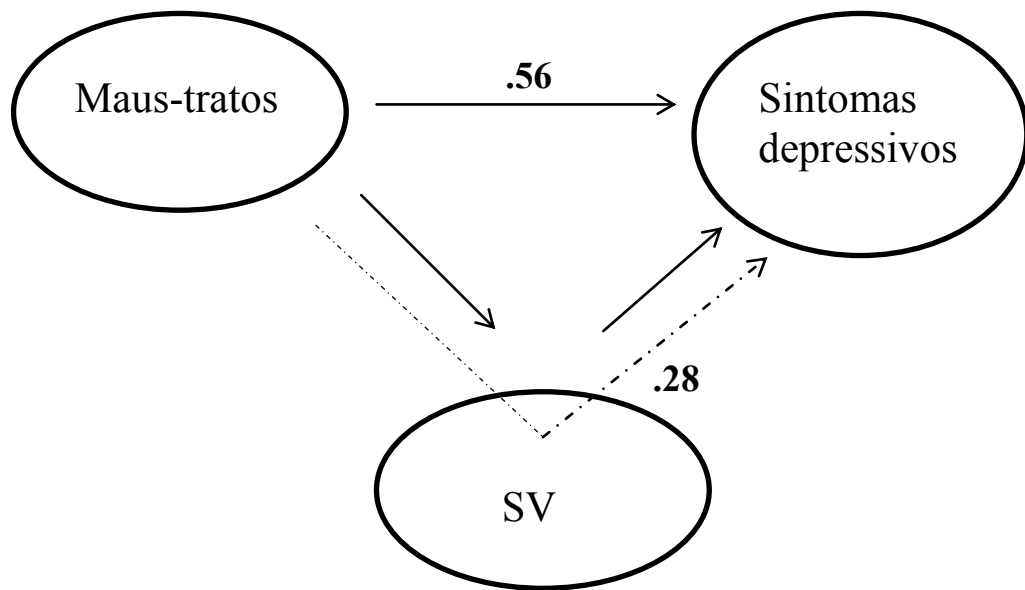
* Correlação significativa ao nível 0.05 (bicaudal)

Fonte: Dados do estudo.

Com o objetivo de avaliar o efeito mediador da SV na relação entre maus-tratos na infância e sintomas depressivos, 19 modelos foram testados através da MEE: o modelo 1 testou o efeito de mediação da SV (EMSVE - total) na relação entre os maus-tratos (QUESI - total) e os sintomas depressivos; os modelos de 2 a 6 testaram o efeito de mediação da SV (EMSVE - total) na relação entre cada um dos tipos de abuso e negligência (subescalas do QUESI) e os sintomas depressivos; os modelos de 7 a 11 testaram o efeito de mediação de cada domínio da EMSVE entre os maus-tratos (QUESI - total) e os sintomas depressivos; os modelos 12, 13 e 14 testaram o efeito mediador da satisfação com a família, satisfação com as amizades e satisfação com o *self* na relação entre a negligência física e os sintomas depressivos; os modelos 15 a 19 testaram o efeito mediador de cada domínio da EMSVE, na relação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos. Ressalta-se que a MEE foi aplicada para testar aquelas correlações cujas variáveis demonstraram um padrão linear de associação, sendo esta uma condição imprescindível para a sua utilização⁸³.

- **Modelo 1:** Neste modelo, foi testada a mediação da SV (EMSVE – total) na relação entre maus-tratos na infância (QUESI – total) e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta (coeficientes padronizados de regressão) que representam a força dessas associações estão demonstrados na Figura 3.

Figura 3- Modelo 1 – Mediação da SV na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos.



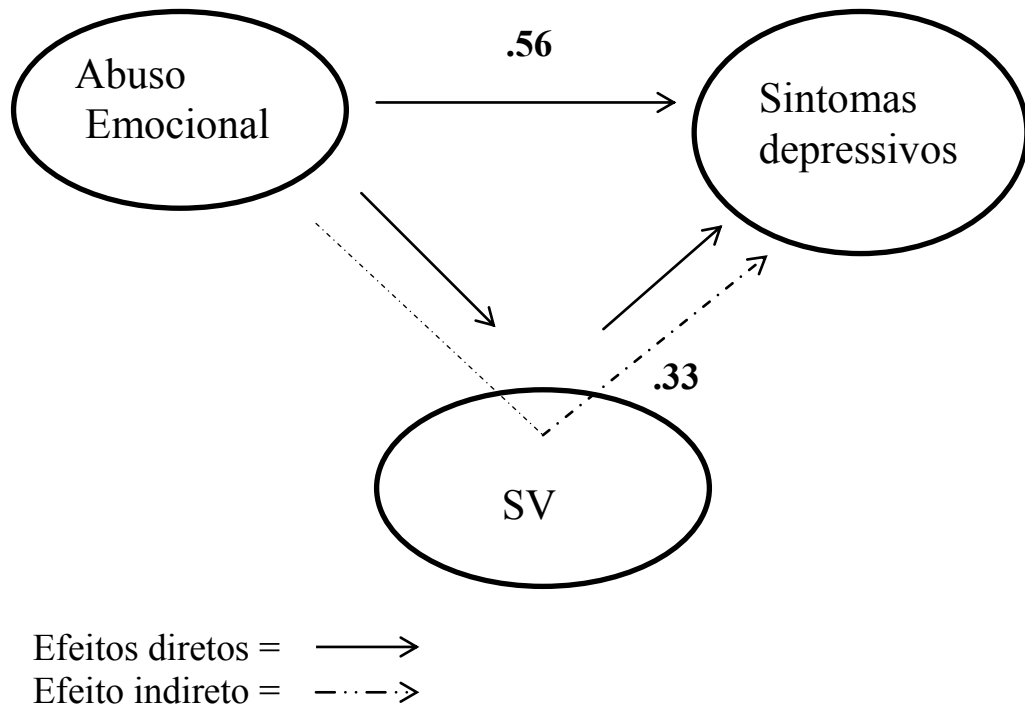
Efeitos diretos = ———>

Efeito indireto = - - - ->

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 2:** Neste modelo, foi testada a mediação da SV (EMSVE – total), na associação entre o abuso emocional e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 4.

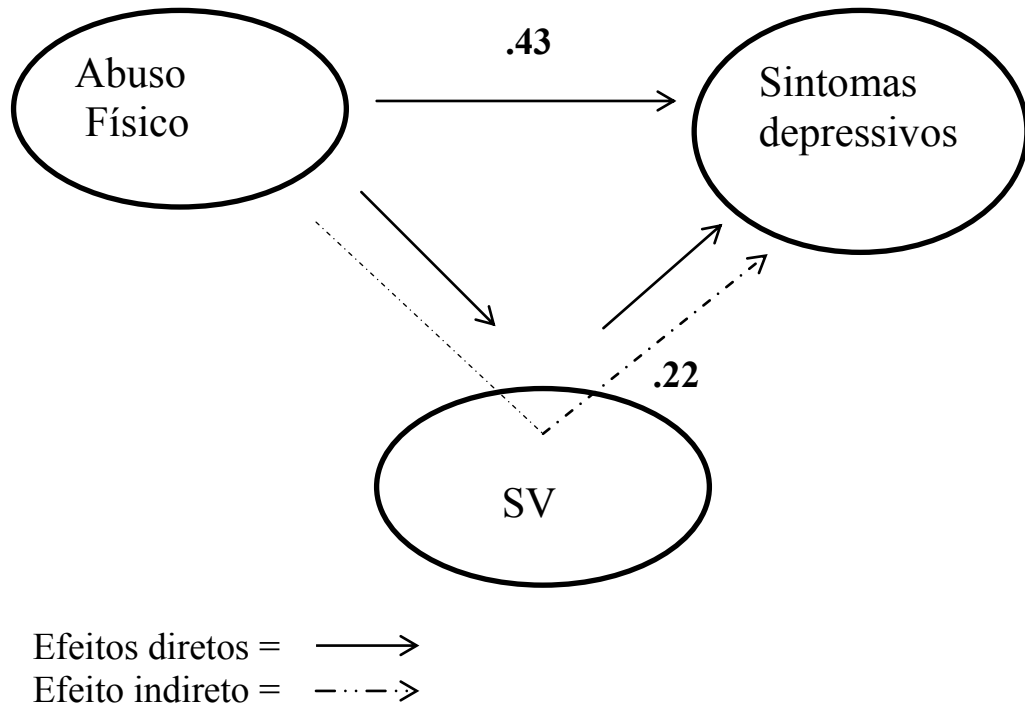
Figura 4 - Modelo 2 – Mediação da SV na associação entre abuso emocional e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 3:** Neste modelo, foi testada a mediação da SV (EMSVE – total), na associação entre o abuso físico e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão na Figura 5.

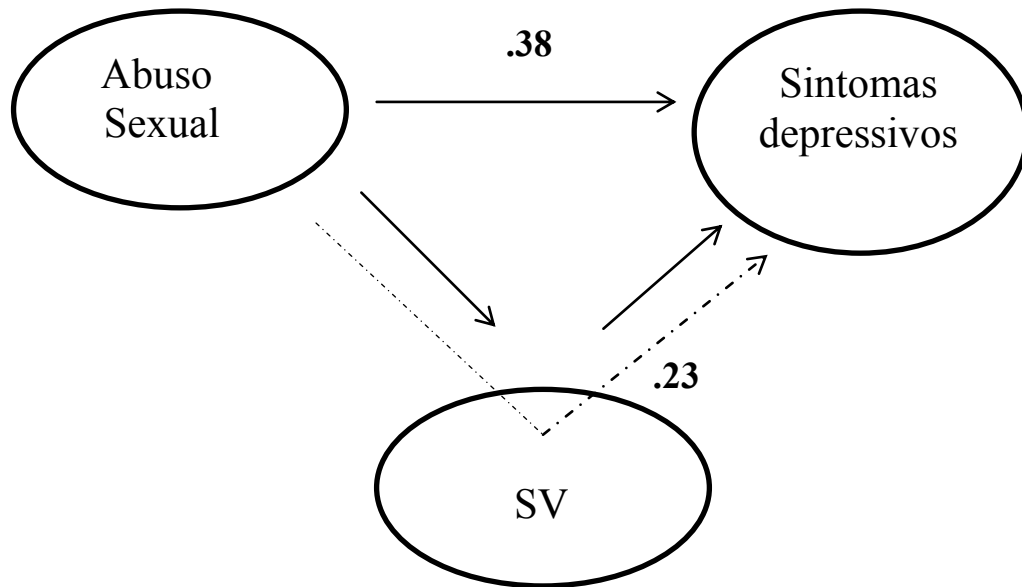
Figura 5 - Modelo 3 – Mediação da SV na associação entre abuso físico e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 4:** Neste modelo, foi testada a mediação da SV (EMSVE – total), na associação entre o abuso sexual e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 6.

Figura 6 - Modelo 4 – Mediação da SV na associação entre abuso sexual e sintomas depressivos.

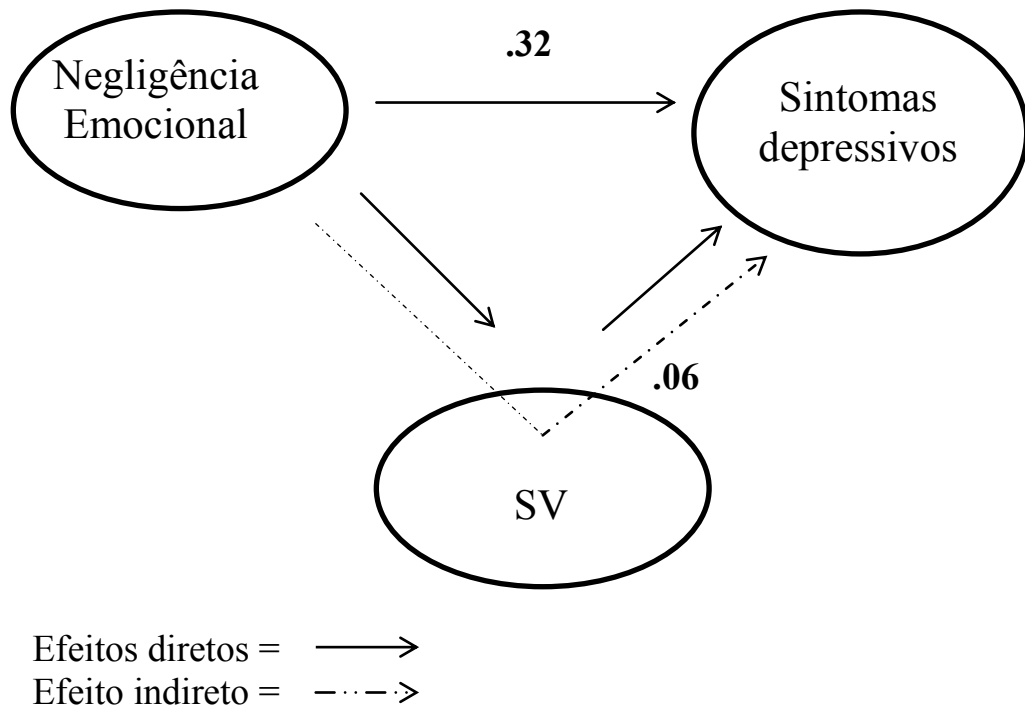


Efeitos diretos = ———>
Efeito indireto = - - - ->

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 5:** Neste modelo, foi testada a mediação da SV (EMSVE – total), na associação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 7.

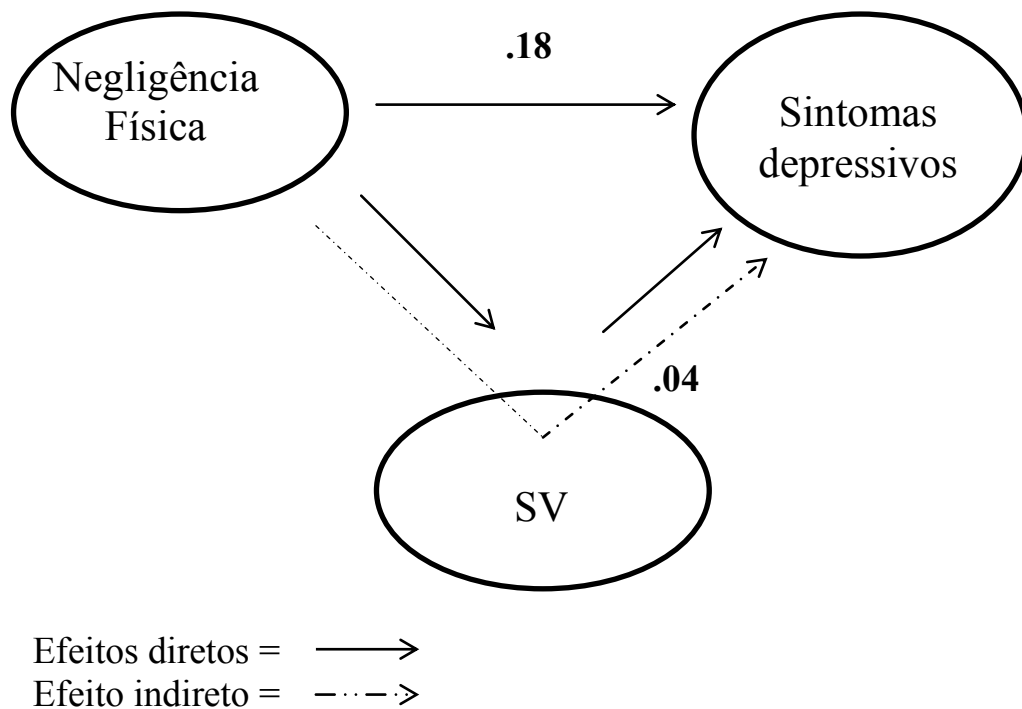
Figura 7 - Modelo 5 – Mediação da SV na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 6:** Neste modelo, foi testada a mediação da SV (EMSVE – total), na associação entre a negligência física e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 8.

Figura 8 - Modelo 6 – Mediação da SV na associação entre negligência física e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

Os modelos acima apresentam os valores dos coeficientes padronizados de regressão (valor de beta) encontrados nas associações entre as variáveis independentes (QUESEI – total e subescalas) e a variável dependente (sintomas depressivos), com e sem a mediação da variável SV (EMSVE - total). Em todos os modelos, os valores de beta foram significativos para a totalidade das associações diretas. Nos modelos 1, 2, 3 e 4, foi possível identificar que houve mediação parcial da variável independente SV (EMSVE - total), na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos, pois houve redução dos valores de beta de 0,56 para 0,28 no modelo 1, de 0,56 para 0,33 no modelo 2, de 0,43 para 0,22 no modelo 3 e de 0,38 para 0,23 no modelo 4, e em todos eles a significância estatística da associação direta entre maus-tratos e sintomas depressivos foi mantida, ou seja, apesar da inclusão da variável SV ter

reduzido o efeito dos maus-tratos sobre os sintomas de depressão, a correlação entre essas duas últimas variáveis ainda se manteve significativa.

Os modelos 5 e 6 demonstram que houve mediação total da variável SV na relação entre as negligências emocional e física e os sintomas depressivos. No modelo 5, o beta padronizado foi reduzido de 0,32 para 0,06 e no modelo 6 a redução foi de 0,18 para 0,04. Considera-se que a mediação foi total nesses modelos pois, além da redução ter sido grande, a inclusão da variável SV no modelo tornou a correlação direta entre os tipos de negligência e os sintomas depressivos não significativa estatisticamente.

Os dados referentes aos modelos 1 a 6 estão apresentados na Tabela 4, onde podem ser verificados os valores de beta, seus respectivos p-valores, além do tipo de mediação observada.

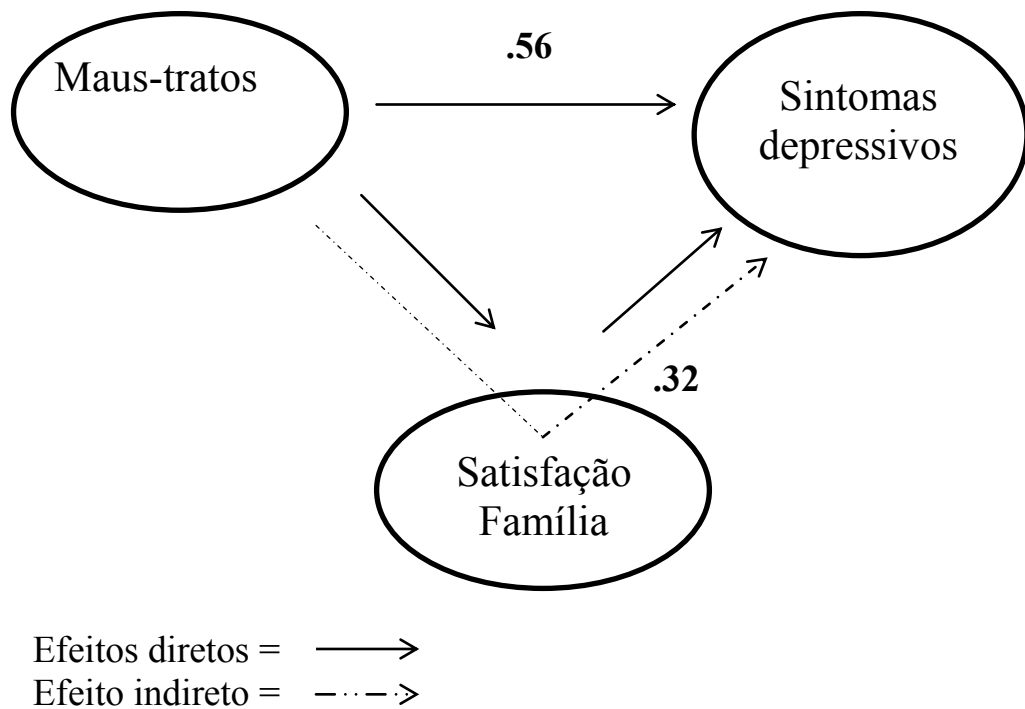
Tabela 4 – Mediação da SV na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos

	Correlação	Beta		Beta		Beta padronizado posterior - SV	Tipo de Mediação	
		padronizado anterior	p-valor	padronizado posterior	p-valor		Total	Parcial
Maus tratos (QUESI total)	.56**	.56	.000	.28	.000	-.48**		X
Abuso emocional	.56**	.56	.000	.33	.000	-.48**		X
Abuso físico	.43**	.43	.000	.22	.000	-.55**		X
Abuso sexual	.38**	.38	.000	.23	.000	-.58**		X
Negligência emocional	.32**	.32	.000	.06	.17	-.61**	X	
Negligência física	.18**	.18	.001	.04	.34	-.63**	X	

Fonte: Dados do estudo.

- **Modelo 7:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com a família, na associação entre os maus-tratos (QUESI total) e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 9.

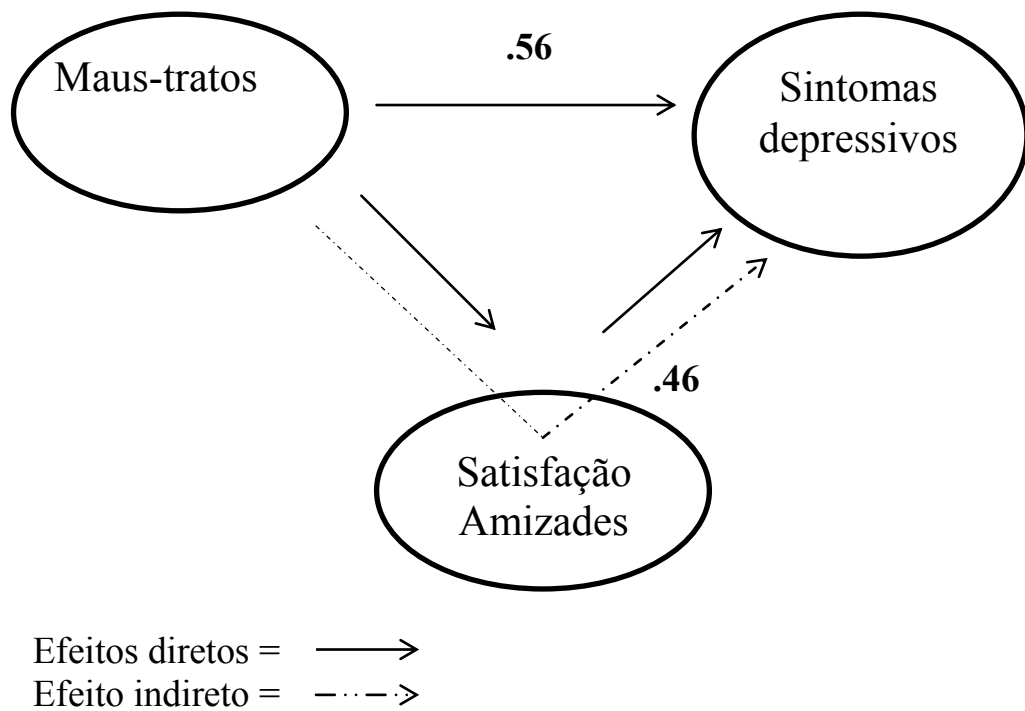
Figura 9- Modelo 7 – Mediação da satisfação com a família na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 8:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com as amizades, na associação entre os maus-tratos (QUESI total) e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 10.

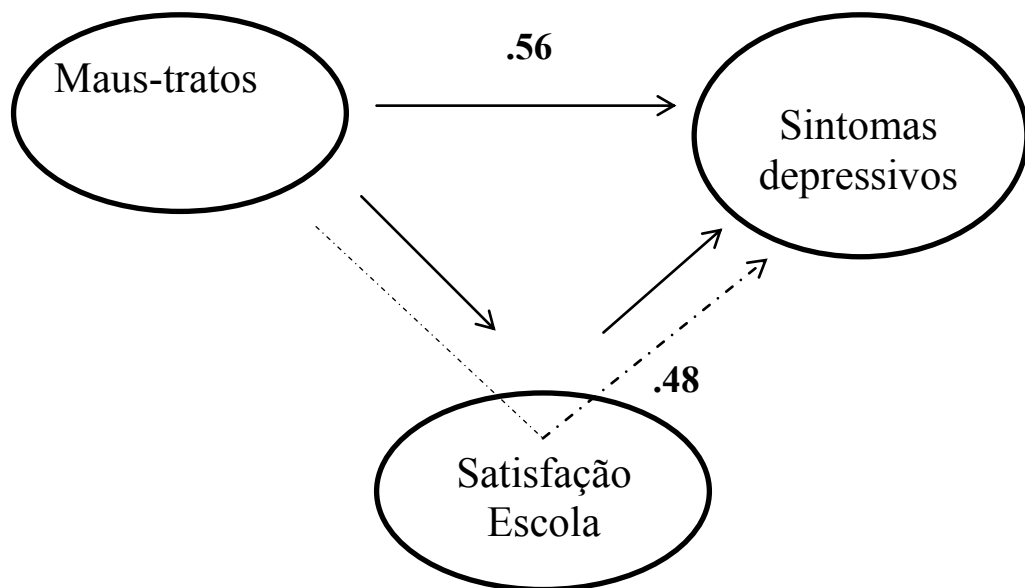
Figura 10 - Modelo 8 – Mediação da satisfação com as amizades na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 9:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com a escola, na associação entre os maus-tratos (QUESI total) e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 11.

Figura 11- Modelo 9 – Mediação da satisfação com a escola na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos.



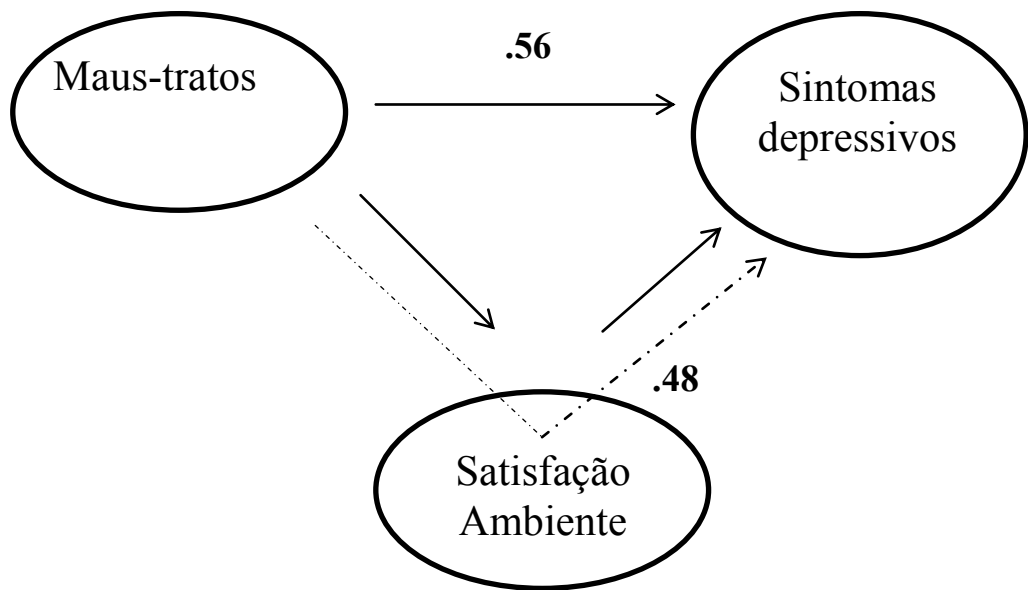
Efeitos diretos = ———>

Efeito indireto = - - - ->

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 10:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com o ambiente, na associação entre os maus-tratos (QUESI total) e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 12.

Figura 12 - Modelo 10 – Mediação da satisfação com o ambiente na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos.



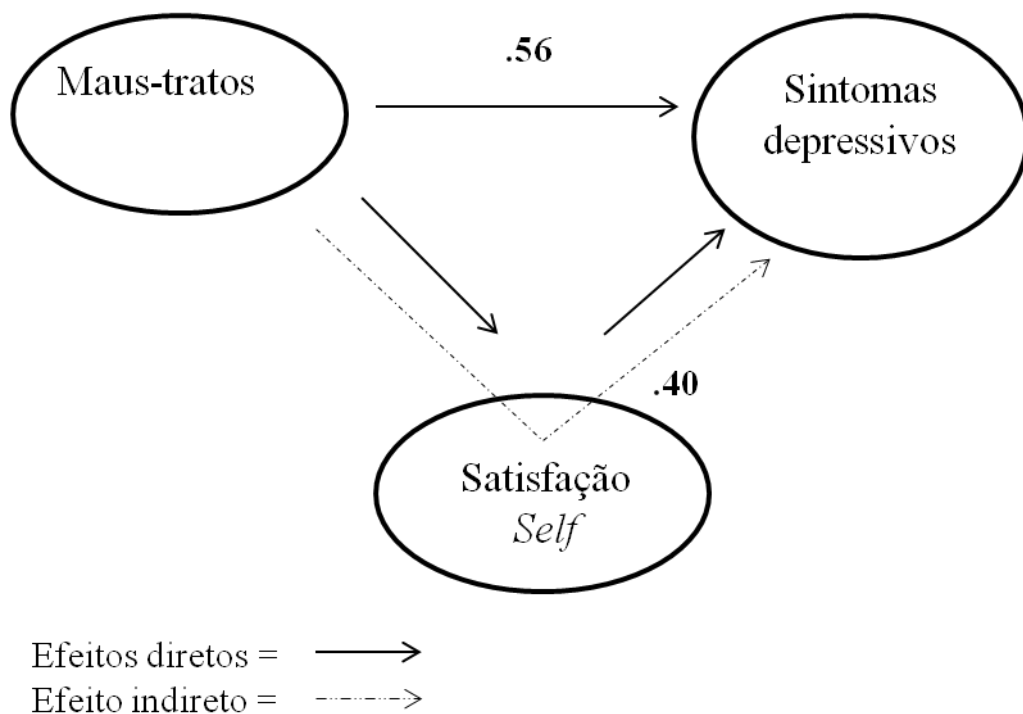
Efeitos diretos = ———>

Efeito indireto = - - - ->

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 11:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com o *self*, na associação entre os maus-tratos (QUESI total) e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 13.

Figura 13 - Modelo 11 – Mediação da satisfação com o self na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

Os modelos anteriores apresentam os valores dos coeficientes padronizados de regressão (valor de beta) encontrados nas associações entre os maus-tratos (QUESI - total) e a variável dependente (sintomas depressivos), com e sem a mediação das variáveis satisfação com a família, satisfação com amigos, satisfação com a escola, satisfação com ambiente e satisfação com o *self*. Em todos os modelos, os valores de beta foram significativos nas associações diretas entre maus-tratos e sintomas depressivos e também nas associações diretas entre cada tipo de satisfação e sintomas depressivos.

Mediações parciais dos domínios da SV foram observadas na relação entre os maus-tratos e os sintomas depressivos em todos os modelos. No modelo 7, que avaliou a mediação

da satisfação com a família, o valor de beta foi reduzido de 0,56 para 0,32; no modelo 8, que avaliou a mediação da satisfação com as amigas, o valor de beta foi reduzido de 0,56 para 0,46; no modelo 9, que avaliou a mediação da satisfação com a escola, o valor de beta foi reduzido de 0,56 para 0,48; no modelo 10, que avaliou a satisfação com o ambiente, a redução do valor de beta foi de 0,56 para 0,48 e no modelo 11, que avaliou a mediação do *self*, observou-se uma redução no valor de beta de 0,56 para 0,40. A significância estatística nas associações diretas entre maus-tratos e sintomas depressivos foi mantida em todos os modelos, ou seja, apesar da inclusão dos domínios da EMSVE como variáveis mediadoras ter reduzido o efeito da variável preditora (maus-tratos) sobre os sintomas de depressão, a correlação entre essas duas últimas variáveis ainda se manteve significativa.

Os dados referentes aos modelos 7 a 11 estão apresentados na Tabela 5, onde podem ser verificados os valores de beta, seus respectivos p-valores, além do tipo de mediação encontrada (Tabela 5).

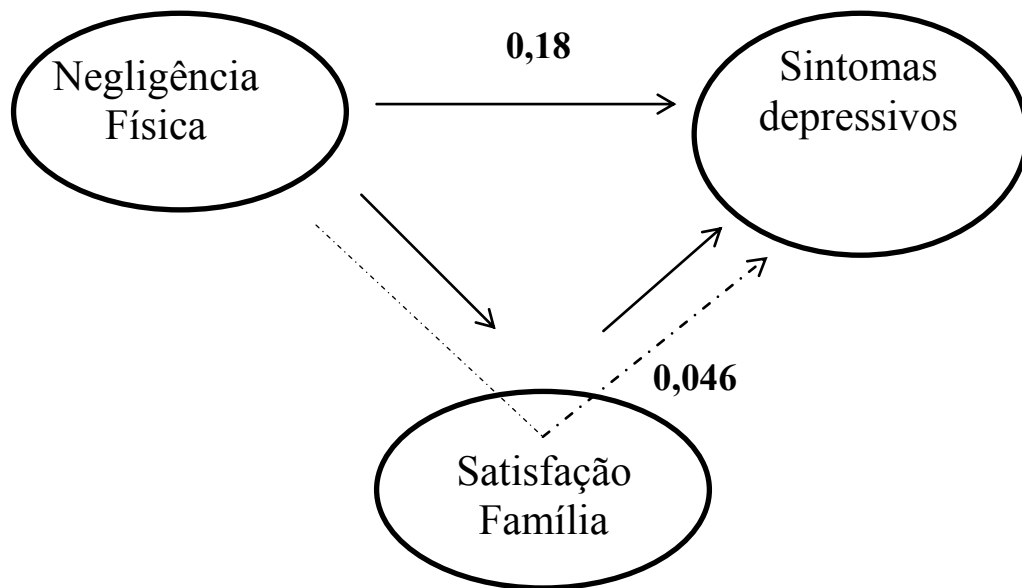
Tabela 5 - Mediação dos domínios específicos da SV na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos

	Correlação	Beta		Beta		Beta		Tipo de Mediação	
		padronizado anterior	p-valor	padronizado posterior	p-valor	padronizado posterior -	Total	Parcial	
Satisfação com a família	-0,63	0,56	0,000	0,32	0,000	-0,37		x	
Satisfação com amigas	-0,44	0,56	0,000	0,46	0,000	-0,22		x	
Satisfação com a escola	-0,28	0,56	0,000	0,48	0,000	-0,25		x	
Satisfação com o ambiente	-0,35	0,56	0,000	0,48	0,000	-0,21		x	
Satisfação com <i>self</i>	-0,43	0,56	0,000	0,40	0,000	-0,36		x	

Fonte: Dados do estudo.

- **Modelo 12:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com a família, na associação entre a negligência física e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 14.

Figura 14- Modelo 12 – Mediação da satisfação com a família na associação entre negligência física e sintomas depressivos.



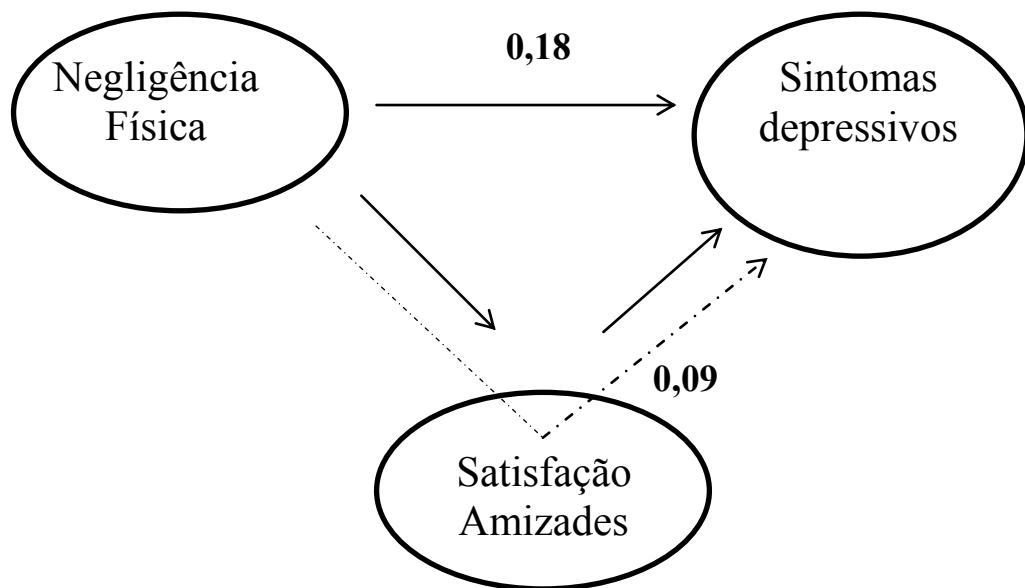
Efeitos diretos = ———>

Efeito indireto = - - - ->

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

-Modelo 13: Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com as amizades, na associação entre a negligência física e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 15.

Figura 15 - Modelo 13 – Mediação da satisfação com as amizades na associação entre negligência física e sintomas depressivos.



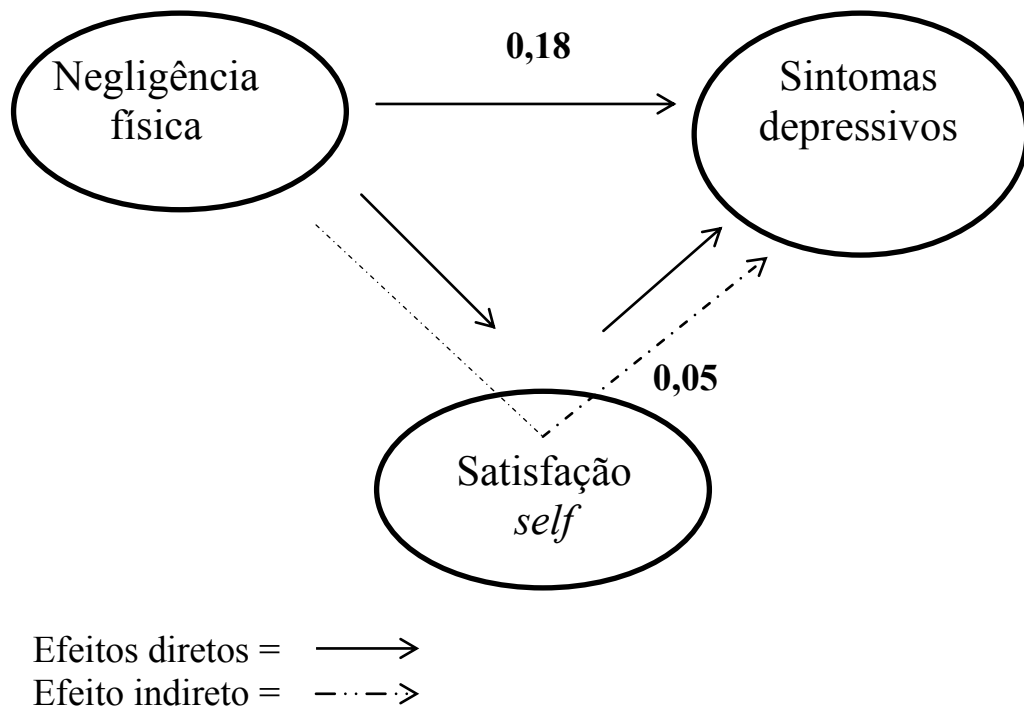
Efeitos diretos = ———>

Efeito indireto = - - - ->

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 14:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com o *self*, na associação entre a negligência física e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na figura 16.

Figura 16 - Modelo 14 – Mediação da satisfação com o *self* na associação entre negligência física e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

Os modelos anteriores apresentam os valores dos coeficientes padronizados de regressão (valor de beta), encontrados nas associações entre a variável independente (negligência física) e a variável dependente (sintomas depressivos), com e sem a inclusão das variáveis mediadoras (satisfação com a família, satisfação com amigos e satisfação com o *self*). Ressalta-se que o papel mediador das variáveis dependentes satisfação com a escola e satisfação com o ambiente não foi testado, pois não foram encontradas correlações significativas entre estas variáveis e a negligência física. Mediações totais dos três domínios da SV testados (satisfação com a família, amigos e *self*) foram observadas na associação entre os maus-tratos e os sintomas depressivos. No modelo 12, o valor do beta padronizado foi reduzido de 0,18 para 0,046; no modelo 13, a redução do beta foi de 0,18 para 0,09 e no

modelo 14 o beta foi reduzido de 0,18 para 0,05. Considera-se que houve mediação total nos três modelos testados, pois a correlação entre a negligência física e os sintomas de depressão deixou de ser significativa, após a inclusão das variáveis satisfação com a família, satisfação com amigos e satisfação com *self*, com respectivos p-valores de 0,32; 0,06 e 0,24.

Os dados referentes aos modelos 12, 13 e 14 estão apresentados na Tabela 6, onde podem ser verificados os valores de beta, seus respectivos p-valores, além do tipo de mediação observada.

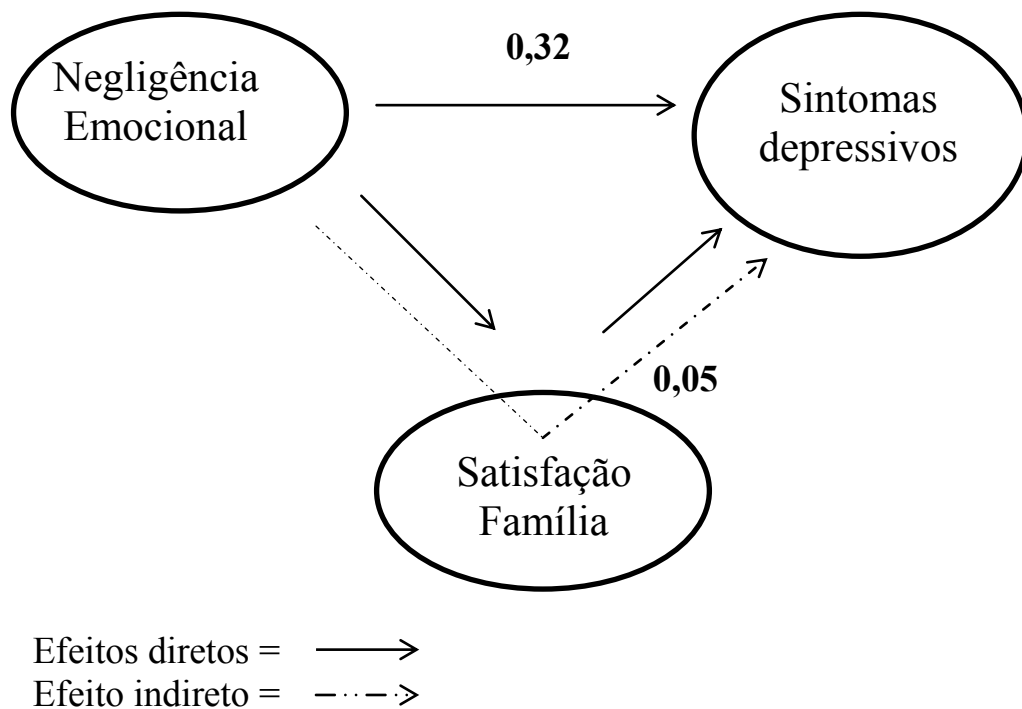
Tabela 6 - Mediação dos domínios da SV na associação entre negligência física e sintomas depressivos

	Correlação	Beta			Beta		Tipo de Mediação	
		padronizado anterior	p-valor	padronizado posterior	p-valor	padronizado posterior -	Total	Parcial
Satisfação com a família	-0,24	0,18	0,001	0,046	0,32	-0,56	x	
Satisfação com amigos	-0,21	0,18	0,001	0,09	0,06	-0,40	x	
Satisfação com <i>self</i>	-0,24	0,18	0,001	0,05	0,24	-0,52	x	

Fonte: Dados do estudo

- **Modelo 15:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com a família na associação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na figura 17.

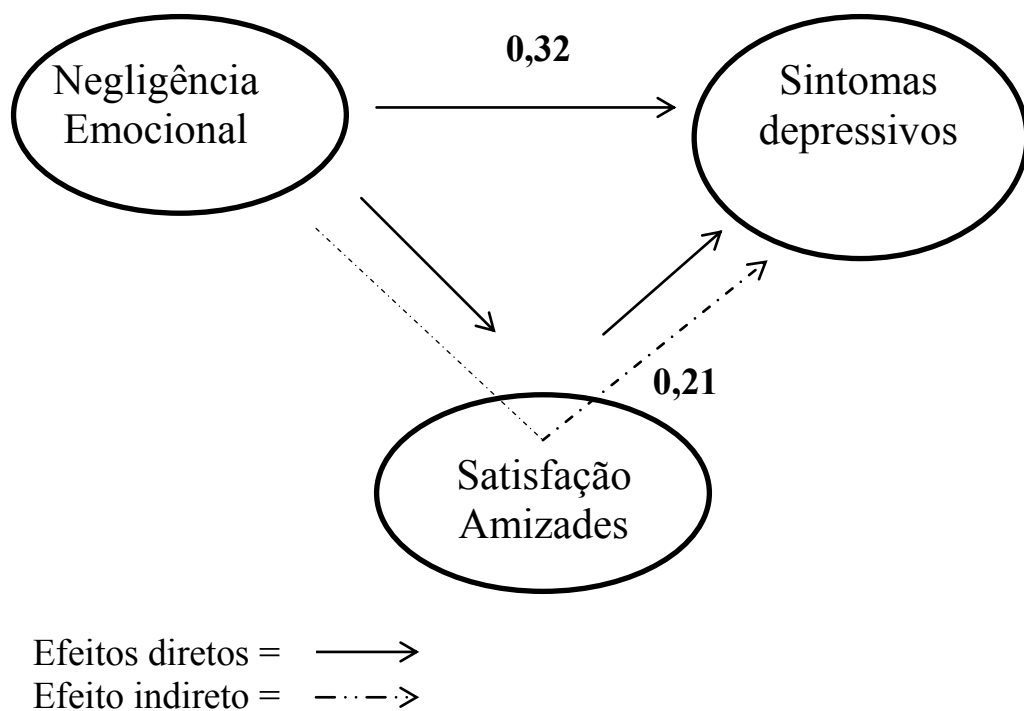
Figura 17 - Modelo 15 – Mediação da satisfação com a família na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 16:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com as amizades, na associação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na Figura 18.

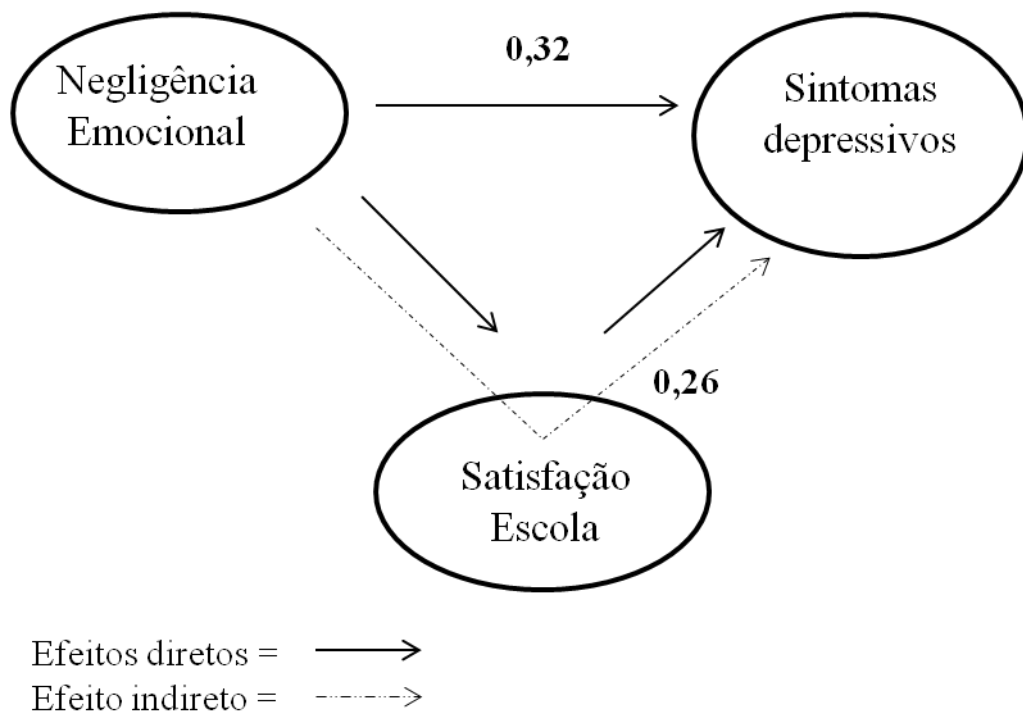
Figura 18 - Modelo 16 – Mediação da satisfação com as amizades na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

- **Modelo 17:** Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com a escola, na associação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na figura 19.

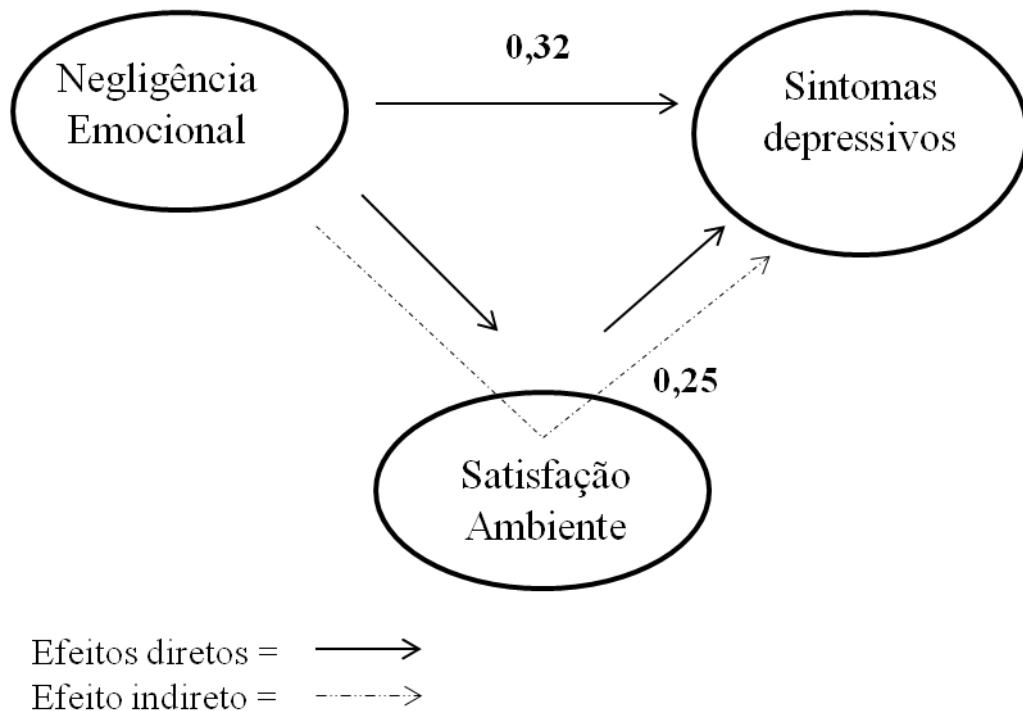
Figura 19 - Modelo 17 – Mediação da satisfação com a escola na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

Modelo 18: Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com o ambiente, na associação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na figura 20.

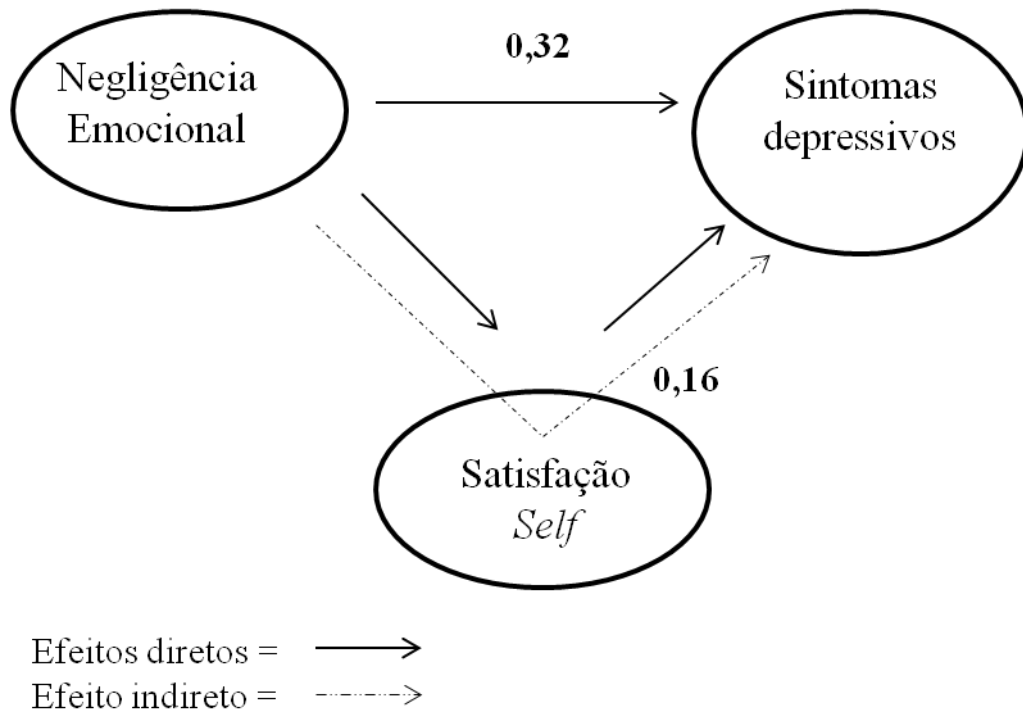
Figura 20 - Modelo 18 – Mediação da satisfação com o ambiente na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

Modelo 19: Neste modelo, foi testada a mediação da satisfação com o *self*, na associação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos (CDI-total). Os valores de beta estão demonstrados na figura 21.

Figura 21 - Modelo 19 – Mediação da satisfação com o *self* na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do estudo.

Os modelos anteriores apresentam os valores dos coeficientes padronizados de regressão (valor de beta), encontrados nas associações entre a variável independente (negligência emocional) e a variável dependente (sintomas depressivos), com e sem a inclusão das variáveis mediadoras (satisfação com a família, satisfação com amigos, satisfação com a escola, satisfação com o ambiente e satisfação com o *self*).

No modelo 15, foi observada mediação total da satisfação com a família na relação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos. Neste modelo, a redução do valor de beta foi de 0,32 para 0,05, com p-valor = 0,28, o que significa que, após a inclusão da variável satisfação com a família, a associação direta entre a negligência emocional e os sintomas depressivos deixou de ser significativa. Nos demais modelos, houve mediações parciais: no modelo 16, o beta foi reduzido de 0,32 para 0,21; no modelo 17, o beta foi reduzido de 0,32 para 0,26; no modelo 18, o beta foi reduzido de 0,32 para 0,25 e no modelo 19 a redução foi

de 0,32 para 0,16. Os dados referentes aos modelos 15 a 19 estão apresentados na Tabela 7, onde podem ser verificados os valores de beta, seus respectivos p-valores, além do tipo de mediação observada .

Tabela 7 - Mediação dos domínios específicos da SV na associação entre negligência emocional e sintomas depressivos

	Correlação	Beta		Beta		Beta		Tipo de Mediação	
		padronizado anterior	p-valor	padronizado posterior	p-valor	padronizado posterior -	Total	Parcial	
Satisfação com a família	-0,49	0,32	0,000	0,05	0,28	-0,55	x		
Satisfação com amigos	-0,33	0,32	0,000	0,21	0,000	-0,35		x	
Satisfação com a escola	-0,17	0,32	0,001	0,26	0,000	-0,35		x	
Satisfação com ambiente	-0,23	0,32	0,000	0,25	0,000	-0,32		x	
Satisfação com <i>self</i>	-0,34	0,32	0,000	0,16	0,001	-0,48		x	

Fonte: Dados do estudo.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O presente estudo foi desenvolvido para investigar as associações entre os maus-tratos sofridos na infância, a SV e os sintomas depressivos reportados na amostra, assim como o papel mediador da SV na associação entre os maus-tratos e os sintomas de depressão. Com base na literatura pesquisada, quatro hipóteses foram elaboradas: H1: Os maus-tratos sofridos na infância (abusos e negligências) estão negativamente correlacionados à SV; H2: A SV está negativamente correlacionada aos sintomas depressivos; H3: Os maus-tratos sofridos na infância estão positivamente correlacionados aos sintomas depressivos; e H4: A SV é um mediador na associação entre maus-tratos e sintomas depressivos.

A amostra apresentou poucos sintomas depressivos. A média para esses sintomas, verificada através do CDI, foi de 5,94. Em estudo realizado na cidade de Curitiba por Bahls³⁵, com adolescentes entre 10 e 17 anos, o escore médio verificado no CDI foi de 13,00. Também é possível concluir que a amostra apresentou níveis positivos de SV. A média encontrada para a SV (global) foi de 4,63. O domínio que apresentou a maior média foi a satisfação com o *self* (5,11), seguido da satisfação com as amigas (4,90), satisfação com a família (4,75), satisfação com a escola (4,52) e satisfação com o ambiente (4,09). Observa-se que tais médias são similares às encontradas em estudo realizado por Gilman e colaboradores⁵⁴: SV (global) – 4,35; satisfação com a família – 4,25; satisfação com as amigas – 5,12; satisfação com a escola – 3,74; satisfação com o ambiente – 3,68; e satisfação com o *self* – 5,14.

No que se refere aos maus-tratos sofridos na infância, nota-se que as médias encontradas no presente estudo (abuso emocional: 10,6; abuso físico: 6,3; abuso sexual: 5,6; negligência emocional: 9,2 e negligência física: 6,1) foram similares às obtidas no estudo de validação do QUESI, realizado por Bernstein e Fink⁵⁵ em uma amostra não clínica. As médias que mais se diferenciaram foram as referentes ao abuso emocional que, no presente estudo, foi 8,27 e, no estudo de validação, foi 10,60; e à negligência física que no presente estudo foi 7,20 e a obtida no estudo de validação foi de 6,10.

Em consonância com a primeira hipótese (H1), os resultados apontaram uma correlação negativa, significativa e moderada entre os maus-tratos (global) e SV (global), com *r* de Pearson de 0,587. A SV (global) esteve significativamente correlacionada com todos os tipos de maus-tratos, ainda que de forma fraca a moderada, sendo que a correlação entre a SV (global) e o abuso emocional foi a mais forte (*r* de Pearson=0,487) dentre as associações,

entre a SV (global) e os cinco tipos de maus-tratos investigados. Destaca-se que dentre as correlações diretas entre os domínios específicos da SV (global) com os maus-tratos, a correlação entre a satisfação com a família e os maus-tratos (QUESI - global) foi a mais forte (r de Pearson=0,630). Tal achado pode significar que os maus-tratos ainda acontecem ou pode ser um indicativo das consequências de abusos e negligências sofridos na infância nas relações familiares atuais. Destaca-se também que as relações entre a satisfação com a escola com a negligência física e a satisfação com o ambiente e a negligência física foram as únicas que não foram significativas dentre as pesquisadas, ou seja, ter sido vítima de negligência física parece não impactar na forma como os adolescentes da amostra avaliam a sua satisfação com a escola e com o ambiente onde vivem. Ressalta-se que a consistência interna para a subescala negligência física do QUESI, no presente estudo, foi baixa (α de Conbrach=0,31), o que sugere que esses dados sejam interpretados com cautela.

A hipótese 2 (H2) também foi confirmada, pois os dados obtidos demonstraram que a correlação da SV (EMSVE (global) com os sintomas depressivos foi forte, significativa e negativa (r de Pearson = - 0,637). Tais achados estão em consonância com outros estudos realizados com crianças e adolescentes que demonstraram a associação negativa entre depressão e SV.¹¹ Sobre a H2, destaca-se também que todos os domínios da SV estiveram negativamente correlacionados com os sintomas depressivos, sendo que a satisfação com a família (r de Pearson = - 0,575), seguida da satisfação com o *self* (r de Pearson = - 0,535) foram as que estiveram mais fortemente associadas com os sintomas de depressão. O fato de a satisfação com a família ter apresentado a correlação mais forte com os sintomas depressivos evidencia a importância das relações familiares para a saúde mental do adolescente.

O domínio satisfação com o *self* é avaliado na EMSVE através de questões como: “2. Eu sou uma pessoa agradável de se ter por perto; 10. Eu acho que eu tenho boa aparência e 14. Eu gosto de mim.” que investigam o quanto o adolescente está satisfeito consigo mesmo, avaliando, portanto, a autoestima. Neste sentido, ressalta-se que os programas de prevenção em saúde mental para os adolescentes, baseados na psicoterapia cognitivo-comportamental, a exemplo do TCP-G,⁴⁶ podem beneficiar os adolescentes, aumentando a sua SV no domínio *self*, já que, através das técnicas cognitivas de reestruturação de crenças que são aplicadas e ensinadas em intervenções neste tipo de abordagem, os participantes aprendem a ter uma visão mais realista de si, o que pode refletir na melhora da autoestima, das relações familiares e, conseqüentemente, da saúde mental.

Ainda acerca da H2, destaca-se que o domínio satisfação com a escola apresentou uma relação fraca, apesar de significativa, com os sintomas depressivos (r de Pearson =

0,390). Este dado merece ser observado com cuidado, já que alguns estudos^{58,59} têm demonstrado que o ambiente escolar exerce importante influência na saúde mental dos adolescentes. Ou seja, através desse achado, é possível questionar se uma maior satisfação com a escola teria um maior impacto nos sintomas depressivos observados na amostra. Uma forma de verificar esta questão seria a realização desse mesmo estudo em outras escolas, tanto públicas quanto privadas. Por exemplo, em estudo realizado na China por Gao e colaboradores⁵⁷, estudar em escola pública constituiu fator de proteção para a saúde mental de estudantes imigrantes. Os autores atribuíram esse achado ao fato de que na China as escolas públicas costumam oferecer recursos educacionais melhores do que as escolas particulares, o que no Brasil costuma acontecer de maneira inversa.

A terceira hipótese (H3) também foi constatada, pois, de acordo com os resultados encontrados, os maus-tratos sofridos na infância estiveram moderada e positivamente correlacionados com os sintomas depressivos (r de Pearson = 0,560). Tais achados estão em consonância com estudos que avaliaram a relação dos maus-tratos com o desenvolvimento de psicopatologias e de sintomas internalizantes e/ou externalizantes.^{19,63,64,65,66,67,68,69} Ressalta-se que, dentre os tipos de maus-tratos pesquisados, o abuso emocional foi o que esteve mais fortemente associado aos sintomas depressivos (r de Pearson = 0,560). Este achado está de acordo com o estudo realizado por Bifulco e colaboradores¹⁶ o qual concluiu haver uma forte associação entre o abuso emocional sofrido na infância e o desenvolvimento de depressão na idade adulta, e pelo estudo de Cecil⁶⁰ que detectou efeitos negativos maiores na saúde mental das vítimas de abuso emocional.

Os resultados encontrados também confirmaram a quarta hipótese (H4). Para testá-la, foram construídos 19 modelos. O modelo 1 testou a mediação da SV (EMSVE - global) na relação entre os maus-tratos (QUESI - global) e os sintomas depressivos. Os valores de beta encontrados demonstram uma mediação parcial da SV nessa relação (0,56 na relação direta e 0,28 após a inclusão da variável mediadora). Esses achados estão em linha com a ideia de que aqueles indivíduos mais satisfeitos com a vida são menos propensos a desenvolver sintomas psicopatológicos quando enfrentam adversidades.¹³ Ou seja, apesar da variável maus-tratos na infância ter se correlacionado positivamente com os sintomas de depressão, a partir da análise dos modelos construídos, é possível concluir que estar mais satisfeito com a vida pode atenuar o efeito dos maus-tratos, no que se refere à manifestação de sintomas depressivos.

Neste contexto, notam-se os estudos de Veronese e colaboradores⁵⁶ e de Mosksnes e colaboradores⁵⁵ Em sua pesquisa com crianças palestinas vivendo em contexto de guerra, Veronese e colaboradores⁵⁶ concluíram que a SV ajudou as crianças na redução dos sintomas

relacionados ao trauma. Mosksnes e colaboradores⁵⁵ por sua vez, demonstraram em sua investigação com estudantes, que a SV mediou parcialmente a relação entre o estresse na escola e os sintomas depressivos. Apesar dos estudos supracitados não se referirem a traumas sofridos na infância e sim a adversidades atuais, ambos demonstram que a SV é um importante indicador de bem-estar subjetivo e, assim como o presente estudo demonstrou, é capaz de exercer um papel atenuante na manifestação dos sintomas de depressão.

Os modelos 2, 3 e 4 avaliaram o papel mediador da SV na relação entre os abusos emocional, físico e sexual respectivamente e os sintomas depressivos. Assim como no modelo 1, uma mediação parcial da variável SV foi verificada nesses três modelos. Ter verificado mediações parciais nos modelos supracitados está em consonância com as ideias de Baron e Kenny.⁸² Estes autores observam que, devido ao fato dos fenômenos estudados pela ciência psicológica serem complexos e multifatoriais, é mais realista encontrar mediadores que não eliminem o impacto da variável preditora na variável dependente, mas que atenuem o seu efeito.⁸²

Os modelos 5 e 6, por sua vez, avaliaram o efeito mediador da SV na relação entre as negligências emocional e física, respectivamente, e os sintomas depressivos. Nestes modelos foi verificada a mediação total da SV, ou seja, após a inclusão da variável mediadora SV, as relações diretas entre as negligências física e emocional com os sintomas depressivos deixaram de ser estatisticamente significativas. Na associação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos o beta foi reduzido de 0,32 para 0,06 após a inclusão da variável mediadora SV. E na associação entre a negligência física e os sintomas depressivos o beta foi reduzido de 0,18 para 0,04 após a inclusão da SV no modelo. A mediação total da SV na associação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos evidencia o relevante papel que a SV pode exercer na saúde mental dos adolescentes, ou seja, ter sido privado de atenção emocional durante a infância pode não repercutir no desenvolvimento de sintomas depressivos, caso sejam criadas as condições para que o indivíduo esteja satisfeito com a sua vida.

No que se refere à mediação total da SV na associação entre a negligência física e os sintomas depressivos, destaca-se, mais uma vez, que a subescala de negligência física apresentou uma baixa consistência interna, indicando cautela nesta interpretação. Importante também considerar que, devido ao baixo nível socioeconômico verificado na amostra estudada, é possível que a negligência física que é avaliada pelo QUESI através de questões como “1. Eu não tive o suficiente para comer” e “6. Eu tive que usar roupas sujas”, tenha uma relação maior com dificuldades financeiras do que com privações intencionais.

Os modelos de 7 a 11 avaliaram, respectivamente, o papel mediador das variáveis satisfação com a família, satisfação com as amigas, satisfação com a escola, satisfação com o ambiente e satisfação com o *self* na relação entre os maus tratos (QUESI - global) e os sintomas depressivos. Em todos esses modelos foram observadas mediações parciais das variáveis mediadoras, sendo que a satisfação com a família (modelo 7) apresentou o maior efeito de mediação, com redução do valor de beta de 0,56 para 0,32. Este achado evidencia, mais uma vez, o importante papel que a família exerce na saúde emocional do jovem, indicando que, é possível, através de relações familiares positivas, atenuar os efeitos negativos de experiências negativas vividas na infância.

O modelo 8 que avaliou o efeito mediador da satisfação com as amigas apresentou redução do beta de 0,56 para 0,46; o modelo 9 que avaliou o efeito mediador da satisfação com a escola apresentou redução do beta de 0,56 para 0,48; o modelo 10 que avaliou o efeito mediador da satisfação com o ambiente apresentou redução do beta de 0,56 para 0,48 e por fim, o modelo 11, que avaliou o efeito mediador da satisfação com o *self* apresentou redução do beta de 0,56 para 0,40. Ressalta-se que o efeito mediador do *self* também se destacou dentre os demais, sendo um indicativo da importância de serem trabalhadas questões relacionadas à autoestima com os adolescentes.

Como os resultados encontrados apontaram mediações totais da SV (EMSVE - global) nas relações entre as negligências física e emocional com os sintomas depressivos, os efeitos mediadores da satisfação com a família, com as amigas e com o *self* também foram investigados e avaliados através dos modelos 12, 13 e 14, respectivamente. A satisfação com a escola e com o ambiente não foram avaliadas, pois não estiveram correlacionadas com a negligência física. Nos modelos 12 a 14 foram encontradas mediações totais das variáveis mediadoras pesquisadas. Estes achados indicam que ter sido vítima de negligência física durante a infância parece não ter efeito no desenvolvimento de sintomas depressivos na adolescência, caso o jovem esteja satisfeito com a sua vida familiar e/ou com as suas amigas e consigo mesmo.

Os últimos modelos desenvolvidos (modelos 15 a 19) tiveram como objetivo avaliar o efeito mediador da satisfação com a família, com as amigas, com a escola, como o ambiente e com o *self* na relação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos. A partir da avaliação destes modelos, destaca-se novamente o importante papel da satisfação com a família para a saúde mental dos adolescentes. No modelo 15 que avaliou o efeito mediador da satisfação com a família na relação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos, o valor de beta foi reduzido de 0,32 para 0,05, com valor de $p = 0,28$, indicando que a relação

direta entre a negligência emocional e os sintomas depressivos deixou de ser significativa, após a inclusão da variável mediadora, o que implica em uma mediação total. Nos demais modelos foram observadas mediações parciais: no modelo 16 que avaliou a mediação da satisfação com as amigas na relação entre a negligência emocional e os sintomas depressivos o valor de beta foi reduzido de 0,32 para 0,21; no modelo 17 que avaliou a mediação da satisfação com a escola o valor de beta foi reduzido de 0,32 para 0,26; no modelo 18 que avaliou a mediação da satisfação com o ambiente a redução do valor beta foi de 0,32 para 0,24 e no modelo 19 que avaliou a satisfação com o *self*, a redução do valor de beta foi de 0,32 para 0,16.

Considerando que a adolescência é uma fase de grande importância para o ciclo vital, pois, dentre outros fatores, é neste período que as bases para a saúde são construídas,³ conhecer o papel mediador que a SV pode exercer na saúde mental dos jovens e que foi demonstrado nesta investigação é de grande relevância. Tal achado pode ser útil no desenvolvimento de políticas públicas para os adolescentes, especialmente para aqueles que tenham sido vítimas de abusos ou negligências, na medida em que evidencia que, através de uma maior SV, é possível atenuar sintomas de depressão relacionados aos maus-tratos.

Ressalta-se que apesar da SV estar, em alguma medida, relacionada a fatores tangíveis como acesso à boa educação, infraestrutura, saúde e segurança pública, a forma como o indivíduo a avalia depende, especialmente, de fatores psicológicos. Neste contexto, nota-se o modelo cognitivo da depressão⁴¹, que postula que as experiências negativas da infância contribuem para a formação de padrões negativos de pensamento. Portanto, é possível considerar que ter sofrido maus-tratos na infância contribui para o desenvolvimento de esquemas negativos tornando os indivíduos que foram vítimas de abusos e/ou negligências mais vulneráveis à apresentação de sintomas depressivos.

Neste âmbito, destaca-se a importância dos programas de intervenção e prevenção desenvolvidos para serem aplicados em escolas,⁴² especialmente aqueles baseados na psicoterapia cognitivo-comportamental.⁴³ Estes programas, a exemplo do TCP – G,⁴⁶ ensinam técnicas cognitivas e comportamentais que permitem aos jovens modificar crenças distorcidas sobre si, melhorar relacionamentos e mudar comportamentos disfuncionais. Os seus resultados podem, portanto, ter impacto na satisfação que o adolescente tem consigo mesmo (*self*), e com as suas relações sociais e familiares, o que pode contribuir para a redução dos sintomas de depressão.

Com base nos achados obtidos, recomenda-se fortemente que programas de prevenção e intervenção em saúde mental destinados a adolescentes incluam em suas atividades,

questões referentes às relações familiares e a autoestima (*self*), já que a satisfação com a família e com o *self* foram os tipos de satisfação que estiveram mais associados aos sintomas depressivos. Tal recomendação está em linha com a orientação da OMS⁴⁴ para que programas de prevenção em saúde mental destinados a crianças e adolescentes incluam nos seus objetivos o fortalecimento das relações familiares.

4.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Duas importantes limitações devem ser consideradas para o presente estudo. A primeira delas refere-se ao fato de os dados terem sido coletados apenas em uma escola pública. Considerando que no Brasil há muitas diferenças entre as instituições públicas e privadas de ensino fundamental, o ideal seria ter incluído na amostra alunos de escolas particulares e de mais de uma escola pública. A outra limitação é referente à subescala de negligência física do instrumento QUESI que apresentou uma baixa consistência interna (α de Cronbach = 3,1). Ressalta-se que, considerando o contexto em que a presente investigação foi realizada, a baixa consistência observada para esta subescala pode estar relacionada ao fato de alguns dos seus itens serem mais indicativos de pobreza do que de atitudes intencionais de negligência.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

- Foram encontradas evidências para a correlação negativa e significativa entre os maus-tratos sofridos na infância (QUESI - total) e a SV (EMSVE - total); para a correlação negativa e significativa entre a SV (EMSVE - total) e os sintomas depressivos e para a correlação positiva e significativa dos maus-tratos (QUESI - total) com os sintomas depressivos;
- Com exceção das relações entre negligência física e satisfação com a escola e negligência física e satisfação com o ambiente, todas as variáveis pesquisadas estiveram significativamente correlacionadas;
- O estudo demonstrou que a SV (EMSVE - total) mediou, ainda que parcialmente, a relação entre os maus-tratos vividos na infância (QUESI - total) e os sintomas depressivos. Este achado significa que, apesar dos maus-tratos serem importantes preditores para o desenvolvimento dos sintomas de depressão, os seus efeitos podem ser atenuados através de uma SV positiva;
- A satisfação com a família foi a variável, dentre os demais domínios da EMSVE, que demonstrou o maior efeito de mediação na associação entre os maus-tratos e os sintomas depressivos;
- A SV (EMSVE - total) mediou totalmente a associação entre as negligências física e emocional e os sintomas depressivos;
- A SV exerce um importante papel de mediação na relação entre os maus-tratos sofridos na infância e os sintomas depressivos;
- Ressalta-se a necessidade de novas pesquisas que contribuam ainda mais para a compreensão de como a SV influencia na saúde mental dos adolescentes e que reforcem a atenção e o cuidado que esta população necessita.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Jensen FE, Nutt AE. O cérebro do adolescente: guia de sobrevivência para criar adolescentes e jovens adultos. Rio de Janeiro; Intrínseca; 2016.
2. Antaramian S, Kamble S, Huebner ES. Life satisfaction and coping in Hindu adolescents in India. *Journal of Happiness Studies*. 2008; 17:1703-17. DOI: 10.1007/s10902-015-9666-0.
3. World Health Organization. Adolescents and mental health. 2017. Acesso em: 16 jun. 2017. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/en/.
4. World Health Organization. Implications for health and behaviour. 2017a. Acesso em: 3 jun. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page6/implications-for-health-and-behaviour.html>.
5. Feijó RB, Oliveira EA. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2001 nov; 77 (supl. 2): S125-S34.
6. Engle PL, Castle S, Menon P. Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science & Medicine*. 1996; 43(5):621-35. DOI: 10.1016/0277-9536(96)00110-4.
7. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2009 Jul. 01; 66(7):764-72. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.85
8. World Health Organization. More than 1.2 million adolescents die every year, nearly all preventable. 2017b. Acesso em: 12 ago. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent-deaths/en/>.
9. Diener ED. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*. 1994; 31(2):103-57. DOI: 10.1007/BF01207052.
10. Gilman R, Huebner S. A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*. 2003; 18(2):192-205.
11. Gilman R, Huebner ES Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006; 35(3):293-301. DOI: 10.1007/s10964-006-9036-7.
12. Park N, Peterson C, Seligman M. Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004; 23(5): 603-19.
13. Suldo Sm, Huebner Es. Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *School Psychology Quarterly*. 2004; 19(2):.93-105. DOI: 10.1521/scpq.19.2.93.33313.

14. Wu A, Zumbo B. Understanding and using mediators and moderators. *Social Indicators Research*. 2008; 87(3):367-92. DOI: 10.1007/s11205-007-9143-1.
15. Veronese G, Castiglioni M, Barola G, Said. M. Living in the shadow of occupation: Life satisfaction and positive emotion as protective factors in a group of Palestinian school children. *Children and Youth Services Review*. 2011. DOI:10.1016/j.chidyouth.2011.10.002.
16. Bifulco A, Moran P, Rebecca B, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2001; 66(3): 241-58. DOI: abs101521bumc66324123366.
17. Gibb B, Alloy LB. A Prospective test of the hopelessness theory of depression in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2006; 35(2):264-74. DOI: 10.1207/s15374424jccp3502_10.
18. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski, MK. Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatric Services*. 2008 Sep; 59(9). ps.psychiatryonline.org
19. Konradt C, Jansen K, Magalhães PVS, Pinheiro, RT, Kapczinski, FP, Silva, RA Souza, LDM. Trauma precoce e transtornos de humos em jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2013; 40 (3): 93-6.
20. Rossiter A, Byrne F, Wota AP, Nisar Z, Ofuafor T, Murray I, Byrne C, Hallahan B. Childhood trauma levels in individuals attending adult mental health services: An evaluation of clinical records and structured measurement of childhood trauma. *Child Abuse & Neglect*. 2015; 44:36-45. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.01.001.
21. Cole M, Cole S. O desenvolvimento da criança e do adolescente. Porto Alegre: Artmed; 2003.
22. Crone E, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature reviews. Neuroscience*. 2012 Sep;13(9):636-50. DOI: 10.1038/nrn3313.
23. World Health Organization. Adolescence: psychological and social changes. 2017c. Acesso em: 10 jun. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page5/adolescence-psychological-and-social-changes.html>.
24. World Health Organization. Recognizing adolescence. 2017d. Acesso em: 3 jun. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>.
25. World Health Organization. Age – Not the whole story. 2017e. Acesso em: 12 ago. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page2/age-not-the-whole-story.html>.
26. Santos EC, Neto OC, Koller SH. Adolescentes e adolescências. In: *Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed: 2014.

27. Bock, AM. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 2007; 11(1), 63-76.
28. World Health Organization. Adolescent Development. 2017f. Acesso em: 10 jun. 2017. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/
29. World Health Organization. Who calls for stronger focus on adolescent health. 2014. Acesso em: 19 nov. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>.
30. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55 (1): 56-64.
31. Martin A, Cohen DJ. Adolescent depression: Window of (missed?) opportunity – Editorial. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(10):1549-51. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.10.1549.
32. Michaud P, Fombonne E. ABC of adolescence: Common mental health problems. *British Medical Journal*. 2005 Apr 9; 330(7495):835-38.
33. Besseghini VH. Depression and suicide in children and adolescents. *Annals New York Academy of Sciences*. 1997; 816:94-8.
34. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5, 5ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2014.
35. Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 002; 24 (2): 63-67. DOI: 10.1590/S1516-44462002000200005.
36. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. 2002a; 78:359-366.
37. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet*. 2012 17-23 Mar.; 379(9820):1056-67. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
38. Silva Filho O, Da-Silva M. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. *Adolescência e Saúde*. 2013;10(supl 3).
39. Chambless D, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P et al. Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*. 1998 Winter; 51(1).
40. Petersen CS, Wainer R. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes. In: *Terapias cognitivos-comportamentais para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
41. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed; 1997.

42. Rodgers A, Dunsmuir S. A controlled evaluation of the FRIENDS for life emotional resiliency programme on overall anxiety levels, anxiety subtype levels and school adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*. 2015; 20(1).
43. Stallard P, Taylor G, Anderson R, Simpson N, Philips R, Sryabina E. School-based intervention to reduce anxiety in children: study protocol for a randomized controlled trial (PACES). *Trials*. 2012; 13(227).
44. World Health Organization. Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Geneva: 2004. Acesso em: 20 abr. 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43027/1/924159215X_eng.pdf?ua=1.
45. Durlak J, Wells A. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*. 1997; 25(2).
46. De Oliveira IR, Matos AC, Ribeiro M, Velasquez M. Changing adolescent dysfunctional core beliefs with group trial-based cognitive training (G-TBCT): Proposal of a preventative approach in schools. *Current Psychiatry Reviews*. 2016; 12.
47. De Oliveira IR. Trial-based thought record (TBTR): Preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of an analogy to a trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30:12-18.
48. De Oliveira IR. Kafka's trial dilemma: proposal of a practical solution to Joseph K.'s unknown accusation. *Med Hypotheses*. 2011; 77:5-6.
49. De Oliveira IR, Powell V, Caldas M, Seixas C, Almeida C, Bomfim T et al. Efficacy of the trial-based thought record (TBTR), a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia: A randomized controlled study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutic*. 2012;37(3):328-34.
50. De Oliveira IR. *Terapia cognitiva processual, manual para clínicos*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
51. Diener ED, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999;125(2):276-302. DOI: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
52. Henning ER, Turk CL, Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG. Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*. 2007;24(5): 342-9. DOI: 10.1002/da.20249.
53. Diener ED, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 68(4): 653-63. DOI: 10.1037/0022-3514.68.4.653.

54. Gilman R, Huebner, E, Laughlin, J. A First Study of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with Adolescents. *Social Indicators Research*. 2000; 52(2):135-160. DOI: 10.1023/A:1007059227507
55. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire. A Retrospective Self-Report: Manual*. Minnesota: Pearson 1998.
56. Suldo Sm, Huebner Es. Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*. 2006; 78(2):179-203. DOI: 10.1007/s11205-005-8208-2.
57. Moksnes U, Lohre A, L Monica, Byrne D, Haugan G. The association between school stress, life satisfaction and depressive symptoms in adolescents: Life satisfaction as a potential mediator. *Social Indicators Research*. 2016; 125(1):339-57. DOI: 10.1007/s11205-014-0842-0.
58. Veronese G, Pepe A, Jaradah A, Al Muranak F, Hamdouna H. Modelling life satisfaction and adjustment to trauma in children exposed to ongoing military violence: An exploratory study in Palestine. *Child Abuse & Neglect*. 2017; 63:61-72. DOI:10.1016/j.chiabu.2016.11.018.
59. Gao Q, Li H, Zou H, Cross W, Bian R, Liu, Y. The mental health of children of migrant workers in Beijing: The protective role of public school attendance. *Journal of Psychology*. 2015 Aug; 56(4):384-90. DOI: 10.1111/sjop.12232.
60. Ruus Vr, Veisson M, Leino M, Ots L, Pallas L, Sarv Es, Veisson, A. Students'well-being, coping, academic success, and school climate. *Social Behavior and Personality*. 2007; 35(7): 919-36.
61. Virtanen M, Kivimaki M, Luopa P, Vahtera, J, Elovainio, M, Jokela J, Pietikainen, M. Staff reports of psychosocial climate at school and adolescents' health, truancy and health education in Finland. *The European Journal of Public Health*. 2009; 19(5):554-60. DOI: 10.1093/eurpub/ckp032.
62. Cecil C A M, Viding E, Fearon P, Glaser D, McCrory, EJ Disentangling the mental health impact of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 2017; 63: 106-19.
63. Tanaka M, Wekerle C, Schmuck MI, Paglia-Boak A. The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*. 2011;35(10):887-98. DOI:10.1016/j.chiabu.2011.07.003.
64. Harkness KL, Bagby MR, Kennedy SH. Childhood maltreatment and differential treatment response and recurrence in adult major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012;80(3):342-53. DOI: 10.1037/a0027665.
65. Bolger K, Patterson CJ. Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*. 2001;13(4):913-40.

66. Keiley MK, Howe TR, Dodge KA, Bates JE, Pettit, GS. The timing of child physical maltreatment: A cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and Psychopathology*. 2001;13(4):891-912.
67. Egeland B, Yates T, Appleyard K, van Dulmen, M. The long-term consequences of maltreatment in the early years: A developmental pathway model to antisocial behavior. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*. 2002;5(4):249-60.
68. Kim KJ, Conger RD, Elder JR, Glen H, Lorenz FO. Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child Development*. 2003 Feb.;74(1):127-43. DOI: 10.1111/1467-8624.00525.
69. Cicchetti D, Rogosch FA, Gunnar, MR, Toth SL. The differential impacts of early physical and sexual abuse and internalizing problems on daytime cortisol rhythm in school aged children. *Child Development*. 2010 Jan.;81(1):252-69. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2009.01393.x.
70. Kim J, Cicchetti D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology And Psychiatry*. 2010 Jun. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x.
71. Jones DJ, Lewis T, Litrownik A, Thompson R, Proctor LJ, Isbell P et al. Linking childhood sexual abuse and early adolescent risk behavior: The intervening role of internalizing and externalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2013; 41(1):139-50. DOI: 10.1007/s10802-012-9656-1.
72. Lent RW. Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*. 2004; 51(4):482-509.
73. Barnum EL, Perrone-McGovern KM. Attachment, self-esteem and subjective well-being among survivors of childhood sexual trauma. *Journal of Mental Health Counseling*. 2017; 39(1):39. DOI: 10.17744/mehc.39.1.04.
74. Ungar, M. Resilience after maltreatment: The importance of social services as facilitators of positive adaptation *Child Abuse & Neglect*. 2013;37(2-3):110-15. DOI:10.1016/j.chiabu.2012.08.004.
75. Topitzes J, Mersky JP, Dezen KA, Reynolds AJ. Adult resilience among maltreated children: A prospective investigation of main effect and mediating model. *Children and Youth Services Review*. 2013 Jun.;35(6):937-49. DOI: 10.1016/j.childyouth.2013.03.004.
76. Associação Nacional de Empresas e Pesquisas. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.abep.org>.
77. Gomes LP, Baron E, García Albornoz AC, Borsa JC. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiro. *Contextos Clínicos*,2013;16 (2):95-106. DOI: 10.4013/ctc.2013.62.03.
78. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma

questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. 2003; 27(2):169-90. DOI: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0.

79. Gouveia V, Barbosa G, Almeida H, Gaião A. Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995; 44:345-49.

80. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Child Trauma Questionnaire. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40:249-55.

81. Huebner E, Gilman R. An introduction to the multidimensional students' life satisfaction scale. *Social Indicators Research*. 2002; 60(1):115-22. DOI: 10.1023/A:1021252812882

82. Barros L, Petribú K, Sougey E, Huebner ES. Multidimensional students' life satisfaction scale: Translation into Brazilian portuguese and cross-cultural adaptation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2014; 36(1):102-3.

83. The British Medical Journal. Correlation and regression. Disponível em <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/statistics-square-one/11-correlation-and-regression>. Acesso em: 13 nov. 2017.

84. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;51(6):1173-82. DOI: 10.1037/0022-3514.51.6.1173.

85. Pilati R, Laros JA. Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2007 abr.;23(2):205-16.

86. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. 3rd. New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2010.

87. Dion P. Interpreting structural equation modeling Results: A reply to in and cullen. *Journal of Business Ethics*. 2008; 83(3):365-68. DOI: 10.1007/s10551-007-9634-7

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais/responsáveis, seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado,” com objetivo de saber se um novo programa de treinamento pode mudar o comportamento de seu filho (a) fazendo que ele possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle de impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas. Queremos saber se este treinamento pode ser positivo para o seu filho (a).

Esse programa faz parte de atividades de ensino, pesquisa e extensão, no intuito de formar profissionais qualificados para este tipo de intervenção voltada para a educação. Assim, as atividades visam, além de intervir nas dificuldades dos adolescentes, auxiliar na produção de conhecimentos. As informações destes encontros serão armazenadas com cuidado e vamos rever e publicar. Os dados pessoais de seu filho não serão revelados. Todos os dados serão guardados de forma segura. Qualquer publicação que venha a ser feita não incluirá nomes ou dados que identifiquem seu filho.

A participação de seu filho (a) é voluntária, e ele não terá nenhum custo. Seu filho (a) não receberá pagamento para participar. Caso não deseje que seu filho (a) participe, sinta-se à vontade para não assinar este documento. Além disso, você poderá retirar seu consentimento de participar deste projeto em qualquer momento, não havendo prejuízo para seu filho (a) ou para você, caso deseje fazê-lo.

Os riscos desta pesquisa para seu filho (a) são mínimos, podendo ele (a) se sentir cansado (a) durante o preenchimento dos formulários e do treinamento.

A pesquisa acontecerá em sala de aula e os encontros acontecerão uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres letivos e terão em média cinquenta minutos de duração. Ao todo, vão ser 18 encontros, de acordo com o sorteio, com dois encontros extras para a aplicação dos questionários necessários para a avaliação deste programa. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão do Dr. Irismar Reis de Oliveira, professor da Universidade Federal da Bahia.

Você e seu filho (a) serão convidados (as) a responder um conjunto de questionários para medir ansiedade, depressão, estresse, traumas e qualidade de vida. Caso tenha alguma dúvida, o Prof. Irismar Reis de Oliveira ou a Dra. Mônica Gonçalves Ribeiro, coordenadora de estudos, estarão à sua disposição para os esclarecimentos. Você também pode solicitar maiores informações durante os atendimentos através do telefone (71) 3241-7154, ou ainda via e-mail a irismar.oliveira@uol.com.br.

Se houver qualquer necessidade de mais esclarecimentos sobre o estudo ou sobre a equipe que está atendendo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, endereço: Rua do Limoeiro, nº 137-Nazaré- CEP 40055-150- Salvador-Bahia - Tel (71) 3283-9275 - email:cepmco@gmail.com.

Você vai receber uma cópia deste documento que explica o projeto e seus direitos.

Assinatura do Responsável

____/____/____
Data

Nome e assinatura da pessoa que realizou o processo de consentimento

____/____/____
Data

Papel no estudo

ANEXO B – Termo de Assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado,” Nesta pesquisa, vamos descobrir se um novo programa de treinamento pode mudar o seu comportamento fazendo com que você possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle sobre seus impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas.

A pesquisa vai acontecer em sala de aula uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres da escola. Estes encontros duram mais ou menos cinquenta minutos. Ao todo, vão ser 18 encontros e mais dois encontros extras para responder uns questionários sobre ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. Estes questionários são importantes para saber se o programa está dando certo. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não vai pagar ou receber dinheiro para participar desta pesquisa. Você pode tirar dúvidas a qualquer momento, está livre para parar de participar ou não participar deste treinamento. Se você quiser sair, não tem problema e isto não vai ter nota ou repreensão. O que você fizer ou responder só vai ficar com você e o pesquisador, ninguém mais vai saber o que você respondeu ou fez. Durante a pesquisa você pode ficar cansado (a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento, mas nós faremos o possível para que isto não aconteça.

Você vai receber uma cópia deste documento após ter tido a oportunidade de ler e esclarecer as suas dúvidas.

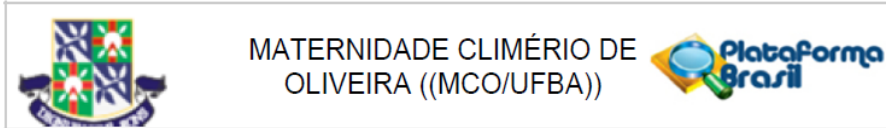
Assinatura do (a) menor

Nome e assinatura da pessoa que realizou o processo de consentimento

____/____/_____
Data

____/____/_____
Data

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da UFBA para o estudo principal



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Pesquisador: Irismar Reis de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42264315.0.0000.5543

Instituição Proponente: SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

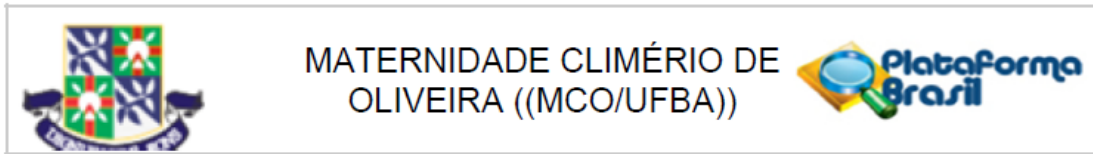
Número do Parecer: 966.202

Data da Relatoria: 27/02/2015

Apresentação do Projeto:

Transtornos de ansiedade (TA) e depressão são comuns entre crianças e adolescentes e os primeiros estão entre as condições psiquiátricas mais comuns na população pediátrica. Por outro lado, até 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação no mundo, atrás somente de doenças coronarianas isquêmicas. Classicamente o tratamento dos TA e da depressão pode ser realizado com psicoterapias e medicações. Dentre as psicoterapias, a terapia-cognitivo comportamental (TCC) é a modalidade com mais evidências que demonstram sua eficácia quando comparada a lista de espera e controle atencional nos TA de crianças e adolescentes. Estes autores estimam que aproximadamente 3 pacientes devem ser tratados com TCC para que 1 obtenha remissão nos TA. Estima-se que até 10% da população possa apresentar algum TA durante a infância ou adolescência. A identificação e o tratamento precoces podem evitar repercussões na vida da criança e do adolescente, tais como faltas constantes à escola e a consequente evasão escolar, utilização excessiva de atendimentos médicos por queixas somáticas associadas à ansiedade e, possivelmente, ocorrência de problemas psiquiátricos na vida adulta. Além da TCC, nos últimos 5 anos, uma modalidade derivada desta, a terapia cognitiva processual (TCP), vem sendo usada nos TA e depressão em adultos e mostrou-se eficaz em estudos clínicos. Embora os

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
 Bairro: Nazaré CEP: 40.005-150
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-9210 E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 966.202

resultados sejam promissores nos adultos, ainda não foi testada em adolescentes, sobretudo em programas de prevenção ou promoção de saúde.

Trata-se de um ensaio clínico randomizado por clusters cruzado envolvendo 200 crianças com intervenção e 200 sem intervenção e vice-versa na segunda fase. Será realizado na rede municipal de Salvador (2 escolas, carta de anuência anexadas), tendo como participantes escolares de 11 a 17 anos. Os dados serão coletados utilizando-se questionários padronizados e utilizados em estudos anteriores com instrumentos capazes de avaliar a presença de sintomas depressivos e ansiosos, bem como TDAH e qualidade de vida. Ambos os grupos serão avaliados semestralmente após a conclusão do treinamento por mais dois anos. Os treinamentos consistem em 18 encontros nas escolas com a turma em que haverá práticas de exercício e ensino de como processa pensamentos ações e julgamentos.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL:

Avaliar a eficácia do TCP-G na prevenção de TA e depressão medidos pelos escores da SCARED-C CDI em adolescentes em escolas públicas municipais de Salvador, tendo os escores destas escalas como desfechos primários.

Secundário

Avaliar qualidade de vida, sintomas de TDAH, autoestima, grau de sociabilidade, redução de bullying e performance escolar (notas) na população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

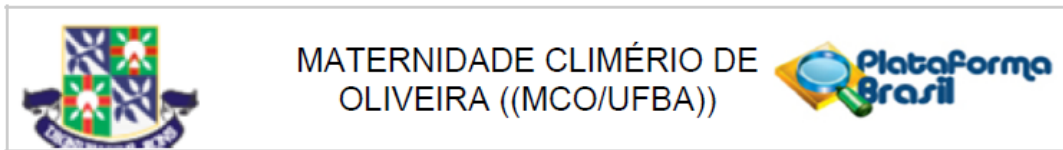
RISCOS:

"Os riscos são mínimos, podendo ele(a) se sentir cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento."

BENEFÍCIOS:

Auxiliar adolescentes em atividades como pensar cuidadosamente, fazer amizades, resolver problemas de relacionamento e ter autocontrole sobre seus comportamentos impulsivos.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137	CEP: 40.005-150
Bairro: Nazaré	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-9210	E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 966.202

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ensaio clínico randomizado cruzado envolvendo 400 participantes escolares de 11-17 anos que receberão treinamento cognitivo-processual em 2 escolas de Salvador. O estudo tem uma possibilidade relevante de trazer uma contribuição para o enfrentamento da epidemia de depressão entre os nossos jovens e adolescentes consequentemente fazendo adultos e uma sociedade mais saudável. Não há óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: dirigido aos pais ou responsáveis dos escolares. Contêm os elementos da RES466/12, em forma de convite, contém liberdade, privacidade e sigilo, objetivos e justificativa, oferece as duas cópias.

TERMO DE ASSENTIMENTO: adequado para a população, contendo os elementos da RES466/12.

ORÇAMENTO: R\$ 4260. Próprio dos investigadores; SEM a contrapartida anotada. ADEQUADO.

Cronograma: ADEQUADO.

Cartas de anuência das instituições que vai ser realizado o treinamento: anexadas, ADEQUADAS.

Recomendações:

- APESAR DE NÃO HAVER RELATOS DE EVENTOS ADVERSOS À TERAPIA COGNITIVO PROCESSUAL, COMO SE TRATA DE UM ESTUDO DE FASE IIB, BUSCANDO NOVAS POPULAÇÕES, É IMPORTANTE QUE O INVESTIGADOR E SUA EQUIPE DECLAREM QUE QUALQUER EVENTO TERÁ TRATAMENTO PRONTO E GRATUITO POR PARTE DA EQUIPE DE PESQUISA.

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA

Telefone: (71)3283-9210

Município: SALVADOR

CEP: 40.005-150

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 966.202

não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-MCO SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

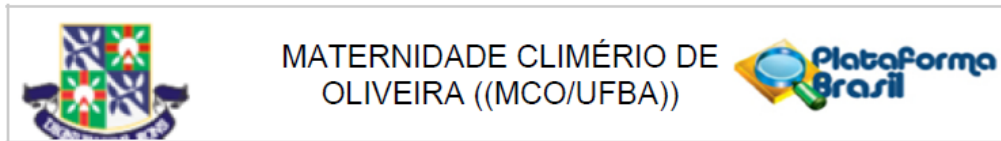
CEP: 40.005-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



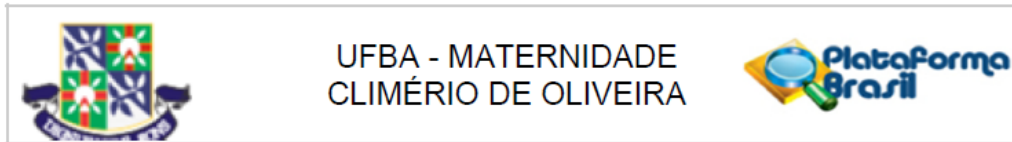
Continuação do Parecer: 966.202

SALVADOR, 26 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
Bairro: Nazaré CEP: 40.005-150
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-9210 E-mail: cepmco@ufba.br

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da UFBA para o presente estudo (adendo)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Pesquisador: Irismar Reis de Oliveira

Área Temática:

Versão: 10

CAAE: 42264315.0.0000.5543

Instituição Proponente: SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.104.221

Apresentação do Projeto:

O investigador informa que o projeto vai gerar uma tese de mestrado com o tema: "Satisfação com a vida, maus-tratos na infância e sintomas depressivos: um estudo com adolescentes" como parte do projeto onde informa mais que não houve qualquer mudança do projeto.

Neste dissertação a análise dos dados permitiu que o foco do trabalho tivesse como objetivo: avalia as interrelações entre a satisfação com a vida, traumas ocorridos na infância e sintomas depressivos em adolescentes alunos de duas escolas públicas municipais, situadas na cidade de Salvador-BA. e tem como objetivos secundários descrever a prevalência de maus tratos ocorridos na infância, sintomas depressivos, níveis gerais de satisfação com a vida entre os adolescente. Descrever a satisfação com a vida entre os adolescentes nos cinco domínios específicos: família, amizade, ambiente, self e escola e por fim investigar a satisfação com a vida como elemento mediador na associação entre vivência de traumas na infância e sintomas depressivos.

ADEQUADO

Objetivo da Pesquisa:

Permanecen.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

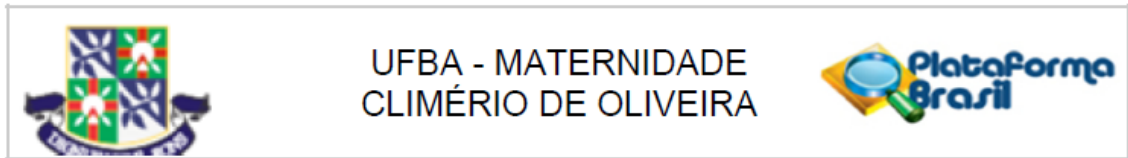
CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.104.221

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há mudança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O investigador submete emenda solicitando publicação de parte dos dados em forma de dissertação de mestrado de membro da equipe. Ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não mudam.

Recomendações:

Material publicado deve ser encaminhado para o CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

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_937358 E5.pdf	05/06/2017 16:15:37		Aceito
Outros	emenda6.pdf	05/06/2017 16:12:38	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartaanuenciapmvitoriadaconquista.pdf	03/03/2017 15:45:01	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartaanuenciapmsalvador.pdf	03/03/2017 15:42:34	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	tcpcadernopais.pdf	03/03/2017 14:49:10	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	tcpcadernoaluno.pdf	03/03/2017 14:48:51	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emendacpm.docx	03/03/2017 14:48:07	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emendacpm.jpg	03/03/2017 14:46:15	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	respostaparecerpendenciapaginadois.JPG	24/02/2017 15:47:46	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	respostaparecerpendenciapaginaum.JPG	24/02/2017 15:47:19	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartadeconfidencialidade.pdf	11/08/2016 17:12:03	Irismar Reis de Oliveira	Aceito

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



UFBA - MATERNIDADE
CLIMÉRIO DE OLIVEIRA



Continuação do Parecer: 2.104.221

Outros	oficiorespostaparecer.pdf	11/08/2016 17:10:19	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emenda4aoprotocolonovopesquisador.pdf	21/07/2016 08:36:05	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	27/06/2016 16:37:59	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	respostaparecer.pdf	27/06/2016 16:35:27	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	Emenda3aoprotocolo.pdf	06/06/2016 14:39:21	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	Emendaaoprotocolo.pdf	30/05/2016 10:02:14	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	Escala CBCL.pdf	26/02/2015 09:29:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	26/02/2015 09:28:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo tese.pdf	25/02/2015 15:11:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo tese.docx	25/02/2015 15:10:23		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO.pdf	25/02/2015 15:08:16		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO.docx	25/02/2015 15:08:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	25/02/2015 15:07:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	25/02/2015 15:07:26		Aceito
Outros	SCARED- Parental.pdf	25/02/2015 13:59:49		Aceito
Outros	SCARED-C.pdf	25/02/2015 13:58:53		Aceito
Outros	CTQ.pdf	25/02/2015 13:42:30		Aceito
Outros	CDI.pdf	25/02/2015 13:42:07		Aceito
Outros	Escala SNAP-MTA-IV.pdf	25/02/2015 13:41:01		Aceito
Outros	Declaração de anuência Escola Amélia Rodrigues.pdf	25/02/2015 13:30:32		Aceito
Outros	Declaração de anuência Escola	25/02/2015		Aceito

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

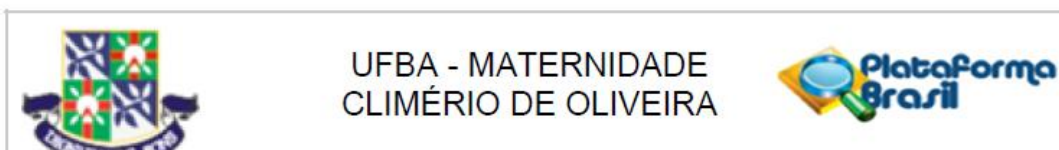
CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.104.221

Outros	Visconde de Cairu.pdf	13:30:05		Aceito
Outros	MSLSS Brazilian Version.pdf	25/02/2015 09:22:57		Aceito
Outros	Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest.pdf	25/02/2015 09:22:30		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 07 de Junho de 2017

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br

ANEXO E - Questionário sociodemográfico

Por favor, leia com atenção e responda todas as questões. Não mostre suas respostas a ninguém. Seja o mais sincero(a) que puder. Ninguém poderá ver suas respostas. Ao final, coloque suas respostas dentro do envelope. Só nós, os pesquisadores, teremos acesso a estas informações que serão guardadas confidencialmente e em segurança em nosso centro de pesquisas na universidade.

Não tenha pressa. Se tiver alguma dúvida ou não entender alguma palavra, um de nós terá muito prazer em ajudá-lo. Não tenha receio.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Sexo: () Feminino; () Masculino .

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone para contato: _____

Série que estuda: _____ Período: () Manhã; () Tarde.

Qual é sua cor ou raça?

1-() negra; 2-() branca; 3-() amarela; 4-() parda; 5-() indígena.

Com quem você mora? Por favor, marque o item que mostra com quem você mora a maior parte do tempo.

1-() Minha mãe e meu pai;

2-() Minha mãe e seu novo companheiro ou marido;

3-() Meu pai e sua nova companheira ou esposa;

4-() Minha mãe;

5-() Parentes ou amigos;

6-() Outro, por favor explique: _____

Quantos irmãos e irmãs você tem?

Tenho _____ irmãos;

Tenho _____ irmãs.

Seus pais possuem carro(s)?

0- () Não 1-() Sim, um; 2-() Sim, dois ou mais.

Quantos computadores sua família possui?

0-() Nenhum; 1-() Um; 2-() Dois; 3-() Três ou mais.

Você tem uma cama só para você?

() Sim; () Não.

As questões a seguir são sobre você e sua vida. As respostas são **confidenciais** e as informações não serão mostradas a ninguém, nem na escola, nem a seus pais, nem a qualquer outra pessoa que não sejam os pesquisadores.

Ferir-se a si mesmo

A. Você teve pensamentos sobre ferir-se, nos **últimos 6 meses**, mesmo que não tenha intenção de fazê-lo?

0- () Absolutamente não; 1-() Uma ou duas vezes; 2-() Três vezes ou mais

B. Você já se feriu de propósito de alguma forma (por exemplo, tomando superdosagem de comprimidos ou se cortando), **nos últimos 6 meses**?

0- () Absolutamente não; 1-() Uma vez; 2-() Duas vezes ou mais

Uso de álcool

C. Marque o item que descreve seu uso de álcool nos **últimos 6 meses**.

- 0-() Nunca tomei bebida alcoólica;
- 1-() Tomei bebida alcoólica uma ou duas vezes;
- 2-() Tomei bebida alcoólica mais de 2-4 vezes por mês;
- 3-() Tomei bebida alcoólica mais de uma vez por semana.

Uso de maconha

D. Marque o item que descreve seu uso de maconha nos **últimos 6 meses**.

- 0-() Nunca fumei maconha;
- 1-() Fumei maconha uma ou duas vezes;
- 2-() Fumei maconha mais de 2-4 vezes por mês;
- 3-() Fumei maconha mais de uma vez por semana.

Uso de outras drogas

E. Marque o item que descreve seu uso de outras drogas (por exemplo, anfetaminas, LSD, Ecstasy, cocaína, cola, crack, heroína, etc.) nos **últimos 6 meses**.

- 0- () Nunca usei nenhuma dessas drogas;
- 1- () Usei alguma dessas drogas uma ou duas vezes;
- 2- () Usei alguma dessas drogas mais de 2-4 vezes por mês;
- 3- () Usei alguma dessas drogas mais de uma vez por semana.

Bullying

F. No **último semestre escolar**, com que frequência você sofreu bullying (por exemplo, verbalmente como ter sofrido pirraça ou gozação; ou fisicamente como ter sido agredido ou ameaçado)?

- 0- () Não sofri bullying;
- 1- () Uma ou duas vezes;
- 2- () Duas ou três vezes por mês;
- 3- () Cerca de uma vez por semana;
- 4- () Várias vezes por semana.

G. No **último semestre escolar**, com que frequência você participou de bullying (verbal ou fisicamente) sobre outros estudantes?

- 0- () Não pratiquei bullying sobre outros estudantes;
- 1- () Uma ou duas vezes;
- 2- () Duas ou três vezes por mês;
- 3- () Cerca de uma vez por semana;
- 4- () Várias vezes por semana.

ANEXO F - Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes (EMSVE)

Gostaríamos de saber o que você tem pensado da vida nas últimas semanas. Pense sobre como você vive cada dia e depois pense sobre como a sua vida tem sido na maior parte do tempo.

Aqui estão algumas perguntas que pedem para que você indique a sua satisfação com a vida. Circule o número (de 1 a 6) junto de cada frase para mostrar o quanto você concorda ou discorda com cada frase. É importante saber o que você **REALMENTE** pensa então, por favor, responda às perguntas de acordo com o que você realmente sente, e não como você acha que deveria estar sentindo.

Isto **NÃO** é um teste. **NÃO** existem respostas certas ou erradas. Suas respostas **NÃO** vão mudar suas notas e ninguém vai saber as suas respostas.

Circule 1 se você **DISCORDA TOTALMENTE** da frase

Circule 2 se você **DISCORDA MODERADAMENTE** da frase

Circule 3 se você **DISCORDA UM POUCO** da frase

Circule 4 se você **CONCORDA UM POUCO** com a frase

Circule 5 se você **CONCORDA MODERADAMENTE** com a frase

Circule 6 se você **CONCORDA TOTALMENTE** com a frase

	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA MODERADA- MENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADA- MENTE	CONCORDA TOTAL- MENTE
1. Meus amigos são legais comigo	1	2	3	4	5	6
2. Eu sou uma pessoa agradável de se ter por perto	1	2	3	4	5	6
3. Eu me sinto mal na escola	1	2	3	4	5	6
4. Tenho momentos ruins com os meus amigos	1	2	3	4	5	6

	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA MODERADA- MENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADA- MENTE	CONCORDA TOTAL- MENTE
5. Existem muitas coisas que eu posso fazer bem	1	2	3	4	5	6
6. Eu aprendo muito na escola	1	2	3	4	5	6
7. Eu gosto de passar meu tempo com meus pais	1	2	3	4	5	6
8. Minha família é melhor do que a maioria	1	2	3	4	5	6
9. Existem muitas coisas na escola de que eu não gosto	1	2	3	4	5	6
10. Eu acho que eu tenho boa aparência	1	2	3	4	5	6
11. Meus amigos são ótimos	1	2	3	4	5	6
12. Meus amigos vão me ajudar se eu precisar	1	2	3	4	5	6
13. Eu gostaria de não precisar ir para a escola	1	2	3	4	5	6
14. Eu gosto de mim	1	2	3	4	5	6
15. Tem muitas coisas divertidas para fazer onde eu moro	1	2	3	4	5	6
16. Meus amigos me tratam bem	1	2	3	4	5	6
17. A maioria das pessoas gosta de mim	1	2	3	4	5	6
18. Eu gosto de estar em casa com a minha família	1	2	3	4	5	6
19. Minha família se dá bem	1	2	3	4	5	6
20. Eu aguardo ansiosamente para ir à escola	1	2	3	4	5	6
21. Meus pais me tratam com justiça (de forma justa)	1	2	3	4	5	6

	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA MODERADA- MENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADA- MENTE	CONCORDA TOTAL- MENTE
22. Eu gosto de estar na escola	1	2	3	4	5	6
23. Meus amigos são maus comigo	1	2	3	4	5	6
24. Eu gostaria de ter amigos diferentes dos que eu tenho	1	2	3	4	5	6
25. A escola é interessante	1	2	3	4	5	6
26. Eu tenho prazer nas atividades escolares	1	2	3	4	5	6
27. Eu gostaria de morar em uma casa diferente	1	2	3	4	5	6
28. Os membros da minha família conversam amavelmente uns com os outros	1	2	3	4	5	6
29. Eu me divirto muito com os meus amigos	1	2	3	4	5	6
30. Meus pais e eu fazemos coisas divertidas juntos	1	2	3	4	5	6
31. Eu gosto do meu bairro	1	2	3	4	5	6
32. Eu gostaria de morar em outro lugar	1	2	3	4	5	6
33. Eu sou uma pessoa agradável	1	2	3	4	5	6
34. Esta cidade está cheia de pessoas más	1	2	3	4	5	6
35. Eu gosto de experimentar coisas novas	1	2	3	4	5	6
36. A casa da minha família é agradável	1	2	3	4	5	6
37. Eu gosto dos meus vizinhos	1	2	3	4	5	6
38. Eu tenho uma quantidade suficiente de amigos	1	2	3	4	5	6

	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA MODERADA- MENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADA- MENTE	CONCORDA TOTAL- MENTE
39. Eu gostaria que houvesse pessoas diferentes na minha vizinhança	1	2	3	4	5	6
40. Eu gosto de onde eu moro	1	2	3	4	5	6



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>