



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

Priscila Carla Costa Luz

**PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES DE ESCOLA PÚBLICA E DE
ESCOLA PRIVADA NA CIDADE DE BELÉM-PA
ACERCA DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL**

Belém
2011



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

Priscila Carla Costa Luz

**PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES DE ESCOLA PÚBLICA E DE
ESCOLA PRIVADA NA CIDADE DE BELÉM-PA
ACERCA DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre sob orientação da Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira, parcialmente financiada pelo CNPq por meio de bolsa de Mestrado.

Belém
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –
Biblioteca do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, PA

Luz, Priscila Carla Costa

Percepções de adolescentes de escola pública e de escola privada na cidade de Belém-pa / Priscila Carla Costa Luz ; orientadora Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira. Belém. _ 2011

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

1. Saúde - doença mental. 2. Adolescentes – cuidadores e família. 3. Escolas públicas – privadas. I. . Ferreira, Eleonora Arnaud Pereira orient. II. Título.

CDD: 22. ed. 155.5

Percepções de adolescentes de escola pública e de escola privada na cidade de Belém-PA acerca de saúde e doença mental

Dissertação de Mestrado

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Autora: Priscila Carla Costa Luz

Data: 09/09/2011

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (FAPSI, NTPC, UFPA, Orientadora)

Prof. Dr. Janari da Silva Pedroso (FAPSI, PPGP, UFPA, Membro)

Prof. Dra. Ana Emília Vita Carvalho (CESUPA, Membro)

Prof. Dra. Lilia Ieda Chaves Cavalcante (PPGTPC, UFPA, Suplente)

À minha razão de viver, Fabíola Paixão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar por ter concedido a realização desse trabalho.

Aos meus avós, que sempre cuidaram de mim.

À minha filha, pela compreensão nos momentos de ausência.

Ao Fabiano, pelo companheirismo durante toda minha vida.

Aos meus irmãos, pelos bons momentos vividos no seio de nossa família.

Ao Prof. Dr. Fernando Pontes e Prof. Dra. Simone Silva, pela oportunidade de entrar no mestrado.

Ao prof. Olavo Galvão, por ter acreditado em meu potencial.

À Profa. Dra. Eleonora Ferreira, por toda incansável orientação. Sem sua ajuda certamente este trabalho não seria possível.

Ao Alex Santos, pela ajuda nas análises estatísticas e pelas palavras de carinho e incentivo nos momentos difíceis.

Às meninas da graduação Ludmila e Pâmela que me auxiliaram na coleta dos dados.

Às Profas. Dras. Silvia Koller e Deise Amparo, pelo compartilhamento nas informações e aceitação em seu grupo de pesquisa.

À Camila Moraes, por todo o apoio dado durante a realização do estudo.

Ao CNPq, pelo financiamento para a realização do trabalho.

Aos adolescentes e seus respectivos cuidadores, que concordaram em participar da pesquisa.

Aos diretores e coordenadores das escolas, que nos receberam de forma tão acolhedora.

Luz, P.C.C. (2011). *Percepções de adolescentes de escola pública e de escola privada na cidade de Belém-PA acerca de saúde e doença mental*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém: Universidade Federal do Pará.

RESUMO

Estudos sobre saúde mental na adolescência destacam este tema como questão relevante, pois essa faixa etária, além de constituir-se como uma grande parcela da população que precisa e não procura atendimento, é identificada como um grupo etário vulnerável e de risco. A família e a escola têm sido consideradas como fatores de proteção à saúde mental de adolescentes. Sendo assim, precisa-se pensar em formas de intervenção mais eficazes, considerando o contexto familiar, cultural e social destes indivíduos. O objetivo do estudo foi investigar percepções sobre saúde e doença mental de adolescentes de escola pública e de escola privada na cidade de Belém-PA, bem como as principais redes de apoio e estratégias de cuidado utilizadas pelos adolescentes. Realizou-se um estudo transversal, do tipo quantitativo, no qual participaram 60 adolescentes, de ambos os sexos, e seus cuidadores. Os adolescentes tinham idades entre 12 a 17 anos, sendo 30 alunos de escola pública, localizada em um bairro periférico, e 30 de escola privada, localizada em um bairro central, na cidade de Belém-PA. Os cuidadores eram do sexo feminino, com idade entre 25 a 57 anos. Como instrumentos foram utilizados: roteiro de entrevista familiar, roteiro de entrevista com os coordenadores das escolas e questionário sobre saúde e doença mental e sobre serviços de saúde (versão para adolescente). Os resultados dos questionários foram analisados preferencialmente pelo teste do Qui-quadrado e o teste G para amostras independentes. Todo o processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.2. Os resultados obtidos nas entrevistas permitiram a análise de aspectos socioeconômicos e de fatores de risco e de proteção na família dos adolescentes. Os resultados obtidos com os questionários revelaram que as percepções dos adolescentes da escola pública acerca da saúde mental estavam associadas a não ser tão sensível/frágil e a pensar positivo, ser otimista. Na escola privada, estavam associadas a sentir-se equilibrado e ser algo muito importante. Quanto às percepções de doença mental, na escola pública estavam relacionadas ao momento em que o corpo não está bem e a quando profissionais aconselham um tratamento; na escola privada, a ter sentimentos feridos e ser algo que não se percebe logo. Com relação à origem das ideias sobre saúde/doença mental, não houve real diferença entre os grupos. No que tange à religião, houve discordância apenas em relação a cura da doença mental. Como estratégia de enfrentamento, na escola pública esta esteve relacionada a falar com alguém sobre o problema enquanto na escola privada os adolescentes relataram que não procuravam ajuda. A mãe foi apontada como principal na busca de ajuda pelos adolescentes da escola pública; na escola particular, a principal referência foi o médico da família. A principal barreira para os adolescentes da escola pública no acesso ao serviço de saúde mental foi não saber o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele, e na escola privada foi não querer ser gozado/caçoado. Nos dois grupos, os principais problemas em saúde mental relatados foram problemas na escola e de comportamento. Os adolescentes de escola privada responderam que somente às vezes sentem-se sozinhos e felizes, enquanto na escola pública, os adolescentes afirmaram que sempre estiveram de bom humor e satisfeitos com a vida. Discute-se a necessidade de promover fatores de proteção à saúde mental de adolescentes.

Palavras-chave: saúde e doença mental, adolescentes, cuidadores e família, serviços de saúde, escola pública e privada.

Luz, P.C.C. (2011). *Percepções de adolescentes de escola pública e de escola privada na cidade de Belém-PA acerca de saúde e doença mental*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém: Universidade Federal do Pará.

ABSTRACT

From the analysis of studies on mental health in adolescence can be considered as a relevant issue, because this age group, and establish itself as a large portion of people who need and do not seek care, is identified as a vulnerable age group and risk. So, do you need to think of more effective forms of intervention, considering the family context, cultural and social these individuals. The purpose of this study was to investigate conceptions of adolescents and their caregivers about health and mental illness, including stereotypes and accessibility to mental health services offered in the city of Belém-PA, as well as major networks of support and care strategies used by adolescents. The study included 60 adolescents of both sexes, and their caregivers. The teenagers were aged between 12 and 17 years, 30 students from public school located in a suburb, and 30 private school located in a neighborhood considered noble in Belem-Para The caregivers were female, with aged 25 to 57 years. Of the total sample of 60 adolescents were interviewed families of diverse family configuration through home visits. The instruments were used: field diary, interview script familiar script of an interview with the coordinators of the schools and self-reported questionnaires on health and mental illness. The questionnaire results were analyzed preferably by Chi-Square and G test for independent samples. All statistical processing was carried out in BioEstat software version 5.2. For the field diary and interview scripts used the content analysis. The results showed these two instruments and socioeconomic risk factors and protection of teenagers in the family. The questionnaire results showed that perceptions of public school students about mental health were associated with not be as sensitive / fragile and think positive, be optimistic. While in private school was associated with balanced feel and be very important. As the conceptions of mental illness in the public school was related to when the body is not good and professional advise when a treatment in the private school was injured and have feelings is not something you notice right away. Regarding the origin of ideas there was no real difference between the groups. Regarding religion, there was disagreement only with respect to cure mental illness. As a coping strategy was associated in the public school to speak to someone about the problem while in the private school did not seek help. The mother was identified as the principal for help in public school, private school in the main reference was the family doctor. The main barrier to public school students access to mental health service was not knowing what the psychologist / psychiatrist will do with it, and in the private school was not wanting to be taken / mocked. In both groups the main problems were reported mental health problems in school and behavior. The private school adolescents responded that they only sometimes feel alone and happy, while in the public schools have always been in good spirits and satisfied with life.

Keywords: health and mental illness, health services, public and private schools, adolescents, carers and family.

LISTA DE TABELAS

Tabela. 1	Características sociodemográficas de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada	26
Tabela. 2	Características dos cuidadores principais de adolescentes de Escola Pública e de Escola Particular	27
Tabela. 3	Indicadores de nível socioeconômico de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada	28
Tabela. 4	Fatores de risco e de proteção identificados no ambiente familiar e no ambiente escolar de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada	29
Tabela. 5	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao significado de “Estar saudável mentalmente/emocionalmente” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	31
Tabela. 6	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao significado de “Estar doente mentalmente/emocionalmente” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	34
Tabela. 7	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas à ao significado da “Origem das ideias sobre saúde mental” na visão de adolescentes de Escolas Públicas (n=30) e de Escolas Privadas (n=30)	36
Tabela. 8	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas à ao significado da “Influência da Religião sobre a Saúde Mental” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	37
Tabela. 9	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Estratégias de Enfrentamento para Problemas de Saúde Mental” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	38
Tabela. 10	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas à “Busca de ajuda quando tem algum problema de Saúde Mental” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	41
Tabela. 11	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas aos “Estereótipos em Saúde Mental e Barreiras de acesso aos serviços” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	43
Tabela. 12	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas à “Experiência do tratamento e sobre quem procurou ajuda para o adolescente” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	46
Tabela. 13	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	49
Tabela. 14	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre si mesmos” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	51
Tabela. 15	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre como gostariam de ser” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	54
Tabela. 16	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre a própria mãe” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	56

Tabela. 17	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre o próprio pai” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	59
Tabela. 18	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre o avô” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	61
Tabela. 19	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao “Bem-estar e desempenho físico” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	64
Tabela. 20	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao “Sentimentos e estado de humor” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	65
Tabela. 21	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas à “Família e tempo livre” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	68
Tabela. 22	Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas a “Amigos, ambiente escolar e aprendizagem” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	70

LISTA DE FIGURAS

Figura. 1	Distribuição (%) das respostas aos itens 2 e 4 referentes a “Estar saudável mentalmente/emocionalmente” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)	32
Figura. 2	Distribuição (%) das respostas aos itens 20, 24, 29 e 30 referentes a “Estar doente mentalmente/emocionalmente” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30).	35
Figura. 3	Distribuição (%) das respostas aos itens 53, 57, 58, 59, 60 e 61 referentes às “Estratégias de enfrentamento de problemas de saúde mental” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30).	39
Figura. 4	Distribuição (%) das respostas aos itens 68, 71, 72, 73, 74 e 75 referentes à “Busca de ajuda quando tem algum problema de saúde mental” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30).	42
Figura. 5	Distribuição (%) das respostas aos itens 77, 78, 79 e 80 referentes aos “Estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso aos serviços” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre estudantes de Escola Pública (n=30) e Escola Privada (n=30).	44
Figura. 6	Distribuição (%) das respostas aos itens 102, 105, 108, 109 E 110 referentes às “Experiências de tratamento e quem buscou ajuda para o adolescente” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre estudantes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30).	47
Figura. 7	Distribuição (%) das respostas aos itens 113, 124 e 125 referentes às “Estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30).	50
Figura. 8	Distribuição (%) das respostas aos itens 127-1, 127-4, 127-6, 127-10 e 127-12 referentes às “Percepções dos adolescentes sobre si mesmos” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30).	52
Figura. 9	Distribuição (%) das respostas aos itens 128-1, 128-2, 128-4, 128-6, 128-7, 128-8, 128-9, 128-10, 128-11 e 128-12 referentes às “Percepções dos adolescentes sobre como gostariam de ser” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre estudantes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30).	55
Figura. 10	Distribuição (%) das respostas aos itens 129-2, 129-3 e 129-11 referentes às “Percepções sobre a própria mãe” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30).	57

- Figura. 11 Distribuição (%) das respostas aos itens 131-3, 131-4 e 131-12 referentes às “Percepções sobre o próprio pai” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). 60
- Figura. 12 Distribuição (%) das respostas aos itens 133-1, 133-3, 133-4, 133-5, 133-6, 133-8, 133-10, 133-11 e 133-12 referentes às “Percepções dos adolescentes sobre como é seu avô/avó” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). 62
- Figura. 13 Distribuição (%) das respostas aos itens 143, 146 e 147 referentes aos “Sentimentos e estado de humor” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). 66
- Figura. 14 Distribuição (%) das respostas aos itens 148, 150, 153 e 154 referentes a “Família e tempo livre” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). 69
- Figura. 15 Distribuição (%) das respostas aos itens 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161 e 162, referentes aos “Amigos, ambiente escolar e aprendizagem” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). 71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Itens do Questionário aplicado com os adolescentes e sua classificação	20
--	----

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Lista de Tabelas	vi
Lista de Figuras	viii
Lista de Quadros	ix
Sumário	x
Introdução	1
Fatores de risco e de proteção	3
A escola como contexto de desenvolvimento promotor de saúde	6
Saúde mental e adolescência	11
Método	16
Participantes	16
Instrumentos	17
Procedimentos	21
Procedimento de coleta de dados	21
Procedimento de análise dos dados	24
Resultados	25
Caracterização da amostra	25
Saúde	30
Percepções sobre Doença e Saúde Mental	30
Estratégias de enfrentamento	35
Busca de ajuda quando apresentavam problemas de saúde mental	40
Estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso aos serviços	42
Percepções acerca do tratamento para problemas de saúde mental	45
Família	48
Estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família	48
Percepções dos adolescentes sobre si mesmos	50
Percepções dos adolescentes sobre como gostariam de ser	53
Percepções dos adolescentes sobre a mãe	55
Percepções dos adolescentes sobre o pai	58
Percepções dos adolescentes sobre o avô/avó	60
Bem-estar	63
Condições gerais de saúde	63
Bem-estar e desempenho físico	63
Sentimentos e estado de humor	63
Família e tempo livre	67
Amigos, ambiente escolar e aprendizagem	69
Discussão	72
Considerações Finais	86
Referências	
Anexos	

Ao se abordar a temática da adolescência, deve-se obter um olhar não apenas das características individuais ou ambientais envolvidas, mas compreender o adolescente como um ser com características em constantes mudanças e que participa de diferentes contextos (Morais, 2008).

A importância da interação entre fatores hereditários e ambientais na determinação do desenvolvimento do indivíduo tem sido reconhecida por diversas áreas da psicologia contemporânea (Benetti, Ramires, Schneider, Rodrigues & Tremarin, 2007).

Na perspectiva interacionista, a adolescência é vista como um período de transição, de amadurecimento não só no aspecto orgânico/biológico, mas, emocional, psicológico e afetivo contextualmente e historicamente situados (Traverso-Yepez, 2001). Esses fatores agem no adolescente por intermédio de interações sociais, de suas funções cognitivas e de seus recursos subjetivos que são desenvolvidos no conjunto de seus relacionamentos.

Para Egry e Oliveira (1997), a concepção que identifica a adolescência como um fenômeno universal, resulta de uma visão unívoca e a-histórica dos adolescentes, definidos e identificados em função de seus atributos, com ênfase no caráter teleológico do desenvolvimento humano, que se completaria na idade adulta. A adolescência seria uma fase de transição entre o organismo infantil, incompleto e inacabado, para o adulto, esse sim pronto, acabado e socialmente ajustado (Corrêa & Ferriani, 2005). Nesta visão, o critério cronológico é privilegiado para distinguir essa etapa evolutiva em direção à maturidade. Entretanto, parece não existir critérios de demarcação para a adolescência, sendo esta fase caracterizada por limites imprecisos que questionam a possibilidade de

uma definição universal, genericamente aplicável a todos os adolescentes, independentemente do momento histórico e das sociedades de que façam parte.

A adolescência vista sob a ótica de uma construção histórico-social implica pensá-la como um conceito necessariamente plural, de tal forma que diferentes sociedades teriam conceitos diferentes e que, mesmo em uma dada sociedade, em um determinado momento histórico, haveria concepções diferenciadas de adolescente. Tais concepções podem ser geradas segundo a classe social, a religião, a etnia, o gênero - concepções essas em permanente transformação (Louro, 1996).

De todo modo, parece haver consenso na literatura de que a família é um contexto primordial para o desenvolvimento do indivíduo, cujas relações influenciam a trajetória a ser percorrida por este ao longo do ciclo de vida (Cole & Cole, 2003; Pratta & Santos, 2007). É no espaço familiar que as crianças experimentam as primeiras identificações e se apropriam de um modelo de família, iniciando um processo de apreensão de valores e significados que irão contribuir em seu desenvolvimento (Matos, 2008; Morais, 2008).

Contudo, além da família, outros contextos passam a ser significativos na adolescência, como a escola e o grupo de amigos, onde, na busca pela identidade e autonomia, em muitos casos o adolescente tem relações mais frequentes do que com sua família nuclear. A partir dessas relações, o adolescente passa a atuar como sujeito que desenvolve papéis e atividades podendo influenciar o meio ou ser influenciado por este (Morais, 2008). Dependendo das relações estabelecidas nesses contextos, os mesmos poderão influenciar o indivíduo positiva ou negativamente, tornando-se, em muitos casos, fatores de proteção ou de risco na adolescência.

A compreensão da adolescência como um momento de especial vulnerabilidade no desenvolvimento humano associa-se ao conceito de risco, ainda que se trate de uma dada ordem de vulnerabilidade, pois o adolescente é menos sujeito a agravos orgânicos que os demais grupos geracionais. Contraditoriamente, o risco é quase sempre reduzido à sua dimensão biológica, quando não ao “desajustamento” social. Assim, frequentemente a adolescência é tida como um período conturbado, problemático, um momento crítico no trajeto evolutivo do ser humano em direção à idade adulta (Aberastury & Knobel, 1981).

Fatores de Risco e de Proteção

O conceito de risco (ou fator de risco) inicialmente foi associado ao modelo biomédico, sendo frequentemente relacionado ao termo mortalidade (Sapienza & Pedromônico, 2005). Foi somente a partir da década de 1980, com a publicação de diversas pesquisas, que o termo foi associado aos estudos sobre desenvolvimento humano. Nessa época, os estudos procuravam definir e identificar os fatores de risco ou as adversidades, a fim de avaliar sua influência no desenvolvimento de crianças e adolescentes (Horowitz, 1992, citado por Sapienza & Pedromônico, 2005).

Na área de saúde, risco é um conceito definido pela epidemiologia, incluindo conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou de a coletividade ser acometida por doenças e agravos. Diz respeito a situações reais ou potenciais que produzem efeitos adversos e configuram algum tipo de exposição (Schenker & Minayo, 2005). Sobretudo ao se trabalhar com adolescentes, o conceito de risco definido pela

epidemiologia não é suficiente, uma vez que é entendido, apenas, segundo suas consequências negativas.

Fatores de risco se referem às variáveis ambientais ou contextuais que aumentam a probabilidade de que ocorra algum efeito indesejável no desenvolvimento (Sapienza & Pedromônico, 2005). Estes fatores podem ser de ordem individual e ambiental (Alves, Amparo, Brasil & Frajorge, 2006). No que diz respeito aos fatores de risco de ordem individual, estes se encontram relacionados às características como gênero, problemas genéticos, déficits em habilidades sociais, intelectuais e características psicológicas limitadas. São considerados fatores de risco de ordem ambiental, a violência, a ausência ou fragilidade de suporte social e afetivo e o baixo nível socioeconômico (Paludo & Koller, 2005).

No que se refere aos fatores de proteção, estes estão associados aos recursos individuais ou sociais que reduzem ou neutralizam o efeito do risco (Eisenstein & Souza, 1993, citado por Sapienza & Pedromônico, 2005). A relação entre estes fatores e o desenvolvimento se evidencia pelo fato de que alguns indivíduos, quando expostos a adversidades (risco), sofrendo ação de algum fator protetor pessoal ou ambiental, conseguem desenvolver-se adequadamente.

Para Moraes (2005), a vulnerabilidade dos adolescentes aos fatores de risco pode afetar negativamente o desenvolvimento dos mesmos, provocando mudanças, principalmente no comportamento e na qualidade das relações sociais. Essa mudança de comportamento se refere às ações que se caracterizam como ameaças ao desenvolvimento saudável que o adolescente poderia alcançar ao superar situações aversivas (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Os fatores de proteção podem melhor ser identificados se considerados os contextos diferenciados e complementares vividos pelos adolescentes, como: (a) no contexto individual, pelas atitudes e predisposições do adolescente; (b) na família, onde as relações familiares e atitudes parentais são estabelecidas; (c) na escola, que pode apresentar-se como um contexto seguro ou inseguro para os adolescentes; (d) na rede de amigos; (e) na sociedade, com suas tendências econômicas; e (f) na comunidade, que pode ser configurada como uma rede organizada ou desorganizada (Schenker & Minayo, 2005).

Entretanto, nenhuma variável isolada é fator de risco ou de proteção, uma vez que qualquer fator pode, potencialmente, ser de risco em uma situação e protetor em outra, dependendo justamente da relação estabelecida entre as variáveis individuais e o contexto socioambiental (Euzébios Filho & Guzzo, 2006). Estes fatores apresentam-se como de risco ou de proteção para o desenvolvimento humano quando permeiam a comunidade em que o sujeito está inserido (Marriel, Assis, Avanci & Oliveira, 2006; Schenker & Minayo, 2005).

O contexto escolar tem sido destacado, seja como agente transformador e promotor de desenvolvimento, seja como lócus propiciador do ambiente que exacerba as condições de vulnerabilidade dos adolescentes. Segundo Schenker e Minayo (2005), a escola é o espaço privilegiado de encontros e de interações entre jovens, mas que pode ser um local tanto de risco quanto de proteção ao desenvolvimento do adolescente.

A escola atua como fator de proteção à medida que é um poderoso agente de socialização do adolescente (Gallo & Williams, 2008). Por juntar em seu interior a comunidade de pares e por ter fortes instrumentos de promoção da autoestima e do desenvolvimento de seus alunos, o ambiente escolar pode ser um fator fundamental na

potencialização de resiliência dos adolescentes (Marriel et al., 2006; Schenker & Minayo, 2005), ou pode ser um fator de risco para o desenvolvimento destes adolescentes (Jesús & Ferriani, 2008).

Desse modo, não se pode pensar em fatores de risco ou de proteção de maneira isolada e fragmentada, pois a exposição do indivíduo a estes fatores ocorre de diferentes maneiras e em diferentes contextos, uma vez que o ambiente ecológico de desenvolvimento humano não é único e imediato.

Considerando todos esses aspectos, refletir sobre a saúde mental do adolescente alude pensar em diversos modos de viver a adolescência e a vida. Por sua vez, implicam em um movimento de reavaliar as práticas de saúde e de educação em saúde que se volta para esta parcela significativa da sociedade, os adolescentes.

A escola como contexto de desenvolvimento promotor de saúde

O mundo vive nas últimas décadas um período de grandes transformações, devido ao desenvolvimento social, econômico, político, ambiental, científico e tecnológico alcançado pela humanidade, o que promoveu melhorias nas condições de saúde e de qualidade de vida. No entanto, este desenvolvimento não é uniforme, existindo ainda grandes desigualdades entre países, regiões e grupos sociais (Harada, 2003).

Após a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) começaram a organizar conferências internacionais sobre promoção de saúde, como: Ottawa (Canadá) em 1986, Adelaide (Austrália) em 1988, Sunsvall em 1991, Santafé de Bogotá (Colômbia) em

1992 e Jacarta (Indonésia) em 1997 (Brasil, 2001; Oliveira, 2003). Em cada conferência, elaborou-se um documento, chamado de carta. A Carta de Ottawa, documento assinado por vários países na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, traz um novo paradigma que é a ênfase sobre a Promoção da Saúde. Ela reconhece como fundamentais para a saúde a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo (ou renda), um ecossistema estável, com a conservação dos recursos naturais (recursos sustentáveis), justiça social e a equidade (Carvalho, 2008).

Tratar a promoção de saúde no âmbito escolar significa inserir no processo pedagógico a abordagem de temas relevantes à situação de vida no cotidiano dos alunos (Oliveira, 2003). Entre as diversas estratégias que têm sido utilizadas mundialmente para a implantação de políticas de promoção de saúde, uma se destaca, a Escola Promotora de Saúde, adotada em vários países, estados e municípios (Harada, 2003).

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, a enorme rede escolar, com sua abrangência e penetração em todo o território, é estrategicamente significativa para a promoção de saúde (Brasil, 2002; Mello Jorge, 1994). Vale ressaltar que a educação para a saúde e a promoção da saúde estão estreitamente relacionadas, pois a educação é um dos mais fundamentais componentes no processo de promoção da saúde (Pereira, Penteadó, Owski, Elmor & Grazzelli, 2003).

A Educação em Saúde na escola foi oficialmente implantada nas escolas do Brasil em 1971, por meio de mudanças na legislação que tornava obrigatória a inclusão de Programas de Saúde nas grades curriculares. No entanto, nada foi proposto a respeito da introdução desta temática nos cursos de graduação em Educação e Licenciatura, o que significa que as mudanças não foram realizadas na prática (Carvalho, 2008).

A Educação em Saúde se define por sua responsabilidade social, pela definição dos problemas com um enfoque compreensivo e holístico do projeto de vida do homem,

visando à qualidade de vida nos aspectos objetivos e subjetivos da realidade (Pilón, 1990). Deve objetivar a formação ética; ser socializadora das informações a fim de torná-las acessíveis a todos; ser estimuladora da criatividade da população na busca de novos caminhos e analisar a realidade para o conhecimento dos fatores que interfiram na saúde da população (Focesi, 1992).

O papel da escola vem sofrendo mudanças de forma significativa nos últimos anos, ultrapassando a sua função acadêmica e passando a agregar a socialização, formação do caráter, comportamento e cidadania. Para isso, é importante que todos os seus atores estejam preparados para lidar com a multiplicidade de questões que envolvem o adolescente em uma sociedade que os torna tão vulneráveis (Liberal, Aires, Aires & Osório, 2005).

A escola saudável é aquela que possui um ambiente solidário e favorável ao aprendizado, devendo engajar-se no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e na estimulação da criação de entornos favorecedores à saúde, na proteção ao meio ambiente, na conservação de recursos naturais e na implicação cada vez maior da população em projetos de promoção da saúde (Aerts, Alves, La Salvia & Abegg, 2004).

Trabalhar a promoção da saúde no âmbito escolar significa abordar questões relevantes à qualidade de vida e criar debates sobre fatores desfavoráveis à saúde existentes na realidade dos alunos e da comunidade escolar (Oliveira, 2003; Pedroso, 2003).

A perspectiva da promoção de saúde como política de saúde foi formalmente estabelecida pelo Ministério da Saúde a partir de 1998, por meio do Projeto Promoção de Saúde, procurando reorientar o enfoque das ações e serviços de saúde, para construir uma cultura de saúde baseada nos princípios de solidariedade, equidade, ética e

cidadania. É neste projeto que aparece o conceito de Escola Promotora de Saúde, assim como o das Cidades Saudáveis e Empresas Saudáveis (Brasil, 2002).

A Escola Promotora de Saúde é aquela que tem uma visão integral do ser humano, que ao se pensar em educação em saúde não pode ser desconsiderado o contexto mais formal no qual acontece a educação: a escola. No presente estudo pretendeu-se observar a escola como promotora de saúde para os adolescentes, e como esse contexto pode influenciar as concepções e perspectivas dos alunos. Entende-se que, a escola que tem uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas, em especial as crianças e adolescentes, dentro dos seus ambientes familiares, comunitários e sociais, promove a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda a comunidade escolar (Goulart, 2006).

Na Escola Promotora de Saúde, os profissionais de saúde, os professores e os membros da comunidade escolar, fundamentais na tarefa da educação, constituem efetiva parceria, refletindo sobre esses temas e suas formas de abordagem com os alunos e familiares.

O Programa Escola Promotora de Saúde apresenta a proposta de um novo paradigma de saúde do escolar, baseado em uma visão integral e integrada, tendo como objetivos: (a) estimular o desenvolvimento de condutas e atitudes na comunidade escolar voltadas para a prática e conservação da saúde como bem-estar social e cultural; (b) identificar e prevenir os problemas e riscos para a saúde, que afetam o processo de aprendizagem; (c) contribuir para que a escola e seu entorno se tornem ambientes propícios ao desenvolvimento físico, mental e social dos escolares; e (d) incentivar a participação organizada da comunidade escolar e sociedade em geral na melhoria da saúde (Goulart, 2006).

A Escola Promotora de Saúde tem como ações prioritárias: (a) educação em saúde, efetivando-se em um trabalho interdisciplinar e abordando temas, como alimentação, violência, higiene, segurança, planejamento familiar, primeiros socorros etc.; (b) prevenção de fatores de risco: vacinação, acidentes, gravidez precoce; (c) diagnóstico: nutrição, obesidade, avaliação postural, visual e auditiva, anemia; (d) atenção médica e reabilitação: promoção de fatores de proteção e de ambiente saudável, incluindo o meio físico e o ambiente social (relações interpessoais); e (e) participação social: envolvimento das famílias nas ações educativas de identificação e cuidados com o meio ambiente e veiculação com movimentos comunitários (Goulart, 2006). É uma estratégia voltada para apoiar processos para melhorar a saúde da comunidade e para contribuir para a garantia dos direitos à saúde e à educação de meninos, meninas, adolescentes e jovens. A promoção de saúde no âmbito escolar é responsabilidade de todos e constitui um investimento inadiável (Goulart, 2006).

Iniciativas como o Programa Escola Promotora da Saúde vêm mobilizar as instituições governamentais, organizações não governamentais (ONGs), instituições de ensino e comunidade, no sentido de construção de políticas que, de fato, promovam a saúde das populações, focadas nas necessidades pontuadas e percebidas pela própria população. Nesse sentido, esse programa pretende contribuir significativamente para uma melhor compreensão e até acompanhamento de problemas mentais mais incidentes no período da adolescência. No entanto, precisa-se conhecer um pouco mais sobre saúde mental e características do período da adolescência.

Saúde Mental e Adolescência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como perfeito bem-estar físico, mental e social. No entanto, esse conceito já vem sendo contestado por alguns autores que argumentam que nessa definição existe uma separação entre o físico, o mental e o social (Segre & Ferraz, 1997).

Em 1986, com a Conferência de Ottawa, surge o conceito de *Promoção da Saúde*, que veio confirmar a ampla definição de saúde e associar, à mesma, valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania e paz (Guimarães, Melo, Silva & Fernandes, 2005).

Entretanto, durante muitos anos a saúde esteve relacionada apenas ao bem-estar físico. De acordo com Morais (2008), a OMS foi o primeiro órgão internacional a tornar-se responsável pela saúde mental, e não somente pela saúde do corpo, ou seja, a preocupar-se não apenas com o corpo, mas também com o cognitivo e o emocional, ampliando a concepção vigente acerca da relação saúde/doença e verificando que, quando esta relação se estabelece nas áreas social e subjetiva, o seu significado amplia-se e deixa de ser apenas causal e sua intervenção estritamente física.

Desse modo, refletir acerca da temática da saúde mental é considerar o novo paradigma que insere a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania, que passa pelos tradicionais direitos civis, políticos e sociais, implicando uma luta mais específica pelo reconhecimento de direitos particulares dos usuários dos serviços e seus familiares (Morais, 2008).

A saúde deixa de ser vista como ausência de doença e passa a ser analisada observando-se fatores como contexto sociocultural, aspectos psicológicos, sociais,

espirituais, além dos biológicos tradicionalmente ressaltados. Constatase que a ausência de doenças não garante o desenvolvimento integral das pessoas e da comunidade. A ênfase, então, na saúde mental, desloca-se da doença à saúde e à observação de como os seres humanos vivem em seu cotidiano.

Por ser um período de intensas transformações na vida do indivíduo, a adolescência pode gerar manifestações de comportamentos inadequados perante a sociedade e que podem ser facilmente confundidas com doença mental (Rodrigues, 2011). Embora sejam muitas as possibilidades de transtornos mentais nessa fase da vida, todas as situações devem ser muito bem avaliadas antes de se fechar um diagnóstico.

Dentre as principais alterações comportamentais descritas na literatura como associadas ao período da adolescência estão depressão, transtornos de conduta, abuso de substâncias e transtornos alimentares (Benetti et al., 2007). Embora haja grande quantidade de conhecimento existente hoje sobre esse assunto, é necessário alertar que muitos dos comportamentos atípicos manifestados pelos adolescentes podem apenas ser uma busca por sua identidade, e não uma doença mental específica.

Conforme relatam Segre e Ferraz (1997), os transtornos mentais têm uma prevalência elevada neste grupo, entre 10 e 15%, sendo que mais de 50% destes podem chegar a produzir incapacidade permanente. Os estudos também demonstram que esses problemas podem começar precocemente, o que fica demonstrado pelo aumento das taxas de suicídio e homicídio na população jovem em várias partes do mundo.

Várias situações a serem enfrentadas, nesse período, podem contribuir para agravar os riscos à saúde mental desses jovens. Pantoja, Bucher e Queiroz (2007)

destacam: doenças crônicas que, inclusive, podem levar à hospitalização prolongada; a gravidez precoce e não planejada; pais com problemas de depressão e/ou alcoolismo, ou mesmo psicoses; exposição a situações de violência de qualquer espécie; enfraquecimento ou ruptura dos laços familiares, podendo levá-los à situação de rua; envolvimento precoce com substâncias psicoativas lícitas, como o álcool ou tabaco, ou ilícitas; trabalho infantil; envolvimento em situações violentas ou ilícitas relacionadas ao mundo do crime.

Atualmente, um dos principais objetivos da saúde mental não se restringe apenas a cura das doenças ou a sua prevenção, mas envidar esforços para a implementação de recursos que tenham como resultado melhores condições de saúde para a população (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

O sofrimento mental temporário ou crônico pode acompanhar os adolescentes durante esta fase da vida. De acordo com Minayo (1998), estudos revelam que o conceito que os indivíduos têm acerca de saúde e doença tende a influenciar o modo de lidar com o seu próprio estado de saúde e doença.

O presente estudo buscou investigar a temática da saúde e da doença mental a partir da perspectiva de adolescentes de escola pública e de escola privada na cidade de Belém-PA. Propôs-se analisar os fatores de risco e de proteção segundo os adolescentes e seus cuidadores, verificando quais as estratégias desenvolvidas pelos mesmos para promover a saúde mental.

O objetivo geral foi investigar percepções de adolescentes acerca do conceito de saúde e de doença mental, considerando os seguintes aspectos: as concepções de estar saudável e doente mentalmente/emocionalmente, os estereótipos pertinentes à temática,

identificando aspectos sociais e culturais, a acessibilidade aos serviços de saúde mental, as principais redes de apoio, as estratégias de cuidado usadas pelos adolescentes perante dificuldades mentais/emocionais e os fatores de risco e de proteção para a saúde mental.

Buscou-se contribuir para uma melhor compreensão do que vem a ser saúde mental no entendimento de adolescentes e suas famílias, além de propiciar discussões que fomentem a elaboração e reformulação de políticas públicas que venham a promover a saúde mental dos adolescentes.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica internacional associada ao projeto Access Mental Health Care (AMHC), realizado na Suíça, pela Universidade de Zurique, com cooperações do Departamento de Psiquiatria Infanto-Juvenil de Fribourg e Centro Hospitalar Universitário Vaudois. A referida pesquisa iniciou em 2004, por Käppler e Möhler, quando foi considerada parte do Programa de Investigação Nacional 52 da Fundação Nacional de Ciência da Suíça, intitulado “Infância, adolescência e relações intergeracionais numa sociedade em transformação” (<http://www.family-mental-health.net/AMHC/page5/page5.html>). O projeto original suíço seguiu duas fases metodológicas, a primeira qualitativa (2004-2005) e a outra quantitativa. Inicialmente, foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas individuais com famílias da população não-clínica e clínica, além de uma amostra das populações de risco (dependência química, transtorno de conduta etc.). Participaram do estudo, suíços da região francesa, alemã e italiana, como também imigrantes portugueses e brasileiros na Suíça. Grupos focais foram realizados com os cuidadores primários, psicólogos escolares e educadores investigando os mesmos temas. Os dados proveram informação qualitativa sobre a visão de saúde mental, estereótipos e estratégias de ajuda que buscam crianças, adolescentes e seus familiares. Com estes dados, foi desenvolvido

um questionário (fase quantitativa) para avaliar, de modo mais amplo, a temática abordada. Foram elaborados dois questionários diferenciados, um destinado aos adolescentes e outro aos pais/cuidadores.

No Brasil, o projeto se desenvolve em quatro capitais, Fortaleza, Brasília, Belém e Porto Alegre, compondo uma amostra nacional a ser analisada, em uma perspectiva transcultural, com os dados da Suíça. Esta dissertação consiste em dados colhidos em Belém, sendo realizada uma investigação exploratória descritiva e comparativa da amostra da população em duas situações de vulnerabilidade social, escola pública e escola privada. O grupo de pesquisa do Instituto de Psicologia (CEP-RUA) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) validou a semântica dos instrumentos a partir da realização de um estudo piloto para aperfeiçoar os limites ainda existentes. Portanto, o método usado nas quatro capitais é semelhante.

MÉTODO

Participantes

Participaram 60 famílias residentes na cidade de Belém-PA, selecionadas aleatoriamente por meio de Escolas de Ensino Fundamental e Médio. Dessas famílias, 30 tinham adolescentes que frequentavam uma escola da rede pública de uma região periférica e 30 que frequentavam uma escola privada de um bairro central da cidade.

Sobre os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos aos participantes, os adolescentes desse estudo deveriam estar frequentando rotineiramente a escola. Os cuidadores precisavam ser alfabetizados, viabilizando o preenchimento dos instrumentos selecionados para o estudo. Não foram selecionadas famílias de adolescentes que apresentassem perturbações psiquiátricas, informação que foi obtida no contato inicial com eles. No caso de algum cuidador estar usando medicação prescrita por psiquiatra ou com história de internações, foi realizado apenas o roteiro de entrevista da família, sem aplicação do questionário, sendo desconsiderado para inclusão na amostra. Outro adolescente e seu cuidador eram então sorteados para completar a amostra.

O contato com as famílias foi realizado através dos adolescentes. Quando houve recusa da família na participação da pesquisa, novo sorteio era realizado entre os outros adolescentes das escolas até o alcance do número de participantes estabelecido para a pesquisa.

Os 60 adolescentes tinham idades entre 12 e 17 anos, estavam regularmente matriculados e frequentando rotineiramente a escola, sendo 39 adolescentes do sexo

masculino e 21 do sexo feminino. Do total, 26,66% eram da 6ª série, 35% da 7ª série e 38,33% da 8ª série do Ensino Fundamental.

Todos os 60 responsáveis participantes da pesquisa eram do sexo feminino, com diferentes graus de parentesco com o adolescente, com idade variando entre 25 a 57 anos. O grau de instrução destas cuidadoras variou de Ensino Fundamental incompleto (20%, n= 12), Fundamental completo (21,67%, n= 13), Médio incompleto (13,34%, n=8), Médio completo (11,67%, n= 7), a Superior (33,34%, n= 20).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram o Roteiro de entrevista com os coordenadores da escola; o Questionário sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde (versão para adolescentes) e o Roteiro de entrevista da família.

Roteiro de entrevista com os coordenadores da escola

Elaborado para este estudo com o objetivo de coletar informações sobre a rotina da escola, características dos adolescentes, relacionamento entre coordenação pedagógica e alunos, relatos de possíveis problemas de saúde mental, estratégias desenvolvidas pela escola no enfrentamento desses problemas, informações acerca do nível socioeconômico dos alunos e alternativas encontradas pela escola para a permanência desses adolescentes no contexto escolar (Anexo 01).

Questionários sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde

O Questionário sobre saúde e doença mental e sobre serviços de saúde (versão para adolescentes) foi adaptado e validado pelos grupos de pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia da

Universidade Federal de Fortaleza e Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, a partir do estudo realizado anteriormente na Suíça por K  ppler et al. (2004). Originalmente, este questionário foi elaborado a partir de um estudo qualitativo com grupos focais de crianças, adolescentes, seus familiares e profissionais relacionados ao cuidado inf  nto-juvenil, como pediatra, educador e recreacionista. As informações qualitativas coletadas tratavam dos conceitos de saúde mental e das estratégias de ajuda utilizadas no cuidado de crianças e adolescentes. Com estes dados, foram desenvolvidos os questionários sobre saúde mental e os serviços, que fizeram parte da fase quantitativa do mesmo estudo su  o. No Brasil, inicialmente, a aplicação foi feita com um adolescente de 10 anos de idade, pois havia sido a faixa etária inicial do estudo su  o. Contudo, ocorreram muitas limitações na compreensão das perguntas por parte de uma criança desta idade. Novas aplicações foram realizadas com adolescentes de uma faixa etária maior, entre 12 a 17 anos, tanto de escola pública quanto de particular, constatando-se uma compreensão razoável dos itens do questionário. O mesmo procedimento foi realizado com os cuidadores, que também apresentaram dificuldades na compreensão, principalmente os de baixa escolaridade. Essas dificuldades levaram a equipe de pesquisa a ter um cuidado maior na aplicação dos questionários com os cuidadores, sendo priorizada a aplicação individual a fim de dar maior assistência no preenchimento dos itens e explicação de d  vidas. Além disso, a cada aplicação se observava os itens do questionário aos quais os participantes mais apresentavam dificuldades e a equipe buscava construir uma explicação unívoca a ser apresentada diante das d  vidas recorrentes. Essas estratégias pretenderam minimizar os erros, garantir a melhor compreensão dos enunciados e minimizar o viés ao se dar explicações diferentes por cada pesquisador. As diferenças regionais percebidas nas aplicações se restringiram ao uso coloquial do pronome tu em Porto Alegre e o pronome você nas

outras cidades brasileiras onde o questionário foi avaliado. Optou-se, então, por elaborar todo o instrumento na terceira pessoa do singular (ele ou ela) por ser mais utilizado no linguajar dos brasileiros.

Detalhes da versão para adolescentes utilizada neste estudo estão descritos a seguir, com base no estudo de Moraes (2005).

Questionário da visão dos adolescentes sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde (Anexo 02):

O Questionário dos adolescentes contém questões fechadas e abertas, divididas em quatro partes: saúde, família, bem-estar e condições biossociodemográficas. A primeira parte investiga a visão de saúde e doença mental, de onde advêm essas ideias, qual a relação da temática com religião, que estratégias são usadas pelos adolescentes quando se sentem mal mentalmente e a quem procuram para buscar ajuda. Também investiga ideias e estereótipos relacionados ao profissional de saúde mental (psiquiatras e psicólogos), barreiras ao acesso a este tipo de serviço, bem como histórico e necessidade de acesso aos serviços. A segunda parte do questionário refere-se à família e investiga aspectos da dinâmica familiar que podem auxiliar na manutenção da saúde mental de seus membros. A terceira aborda o bem-estar dos adolescentes através de uma auto-avaliação global da saúde, investigando aspectos do corpo, da disposição física, do estado emocional, do tempo de lazer familiar e social, da aprendizagem e do ambiente escolar. A quarta e última parte afere dados biossociodemográficos como: sexo, idade, série escolar, trabalho e condições de moradia.

O Quadro 1 apresenta os conteúdos levantados pelo instrumento e as escalas likert utilizadas para a pontuação em cada seção.

Quadro 1. Itens do Questionário aplicado com os adolescentes e sua classificação

Parte	Seção	Itens	Escala	Likert	Conteúdo
1	A	1-17	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Visão de saúde mental
	B	18-35			Visão de doença mental
	C	36-43			De onde advém a visão de saúde e doença
	D	44-46			Fator cultural/religião
	E	47-62	Nunca a sempre	1 a 4	Estratégias tomadas
	F	63-76			A quem solicita ajuda – rede de apoio
	G	77-93	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Valores sociais e culturais, preconceitos, barreiras ao acesso
	H	94-96	Questões abertas	1 a 4	História da saúde mental
	97-103	Não concordo a concordo totalmente	Visão acerca do profissional de saúde e crenças		
	104-111		Rede de apoio		
2	I	112-125 126-aberta			Dinâmica da família
	J	127-129 131-134	Não corresponde a corresponde totalmente	1 a 5	Descrição de si e dos principais cuidadores – Teste de Identificação familiar (FIT)
3	K	135 136-aberta	Excelente a muito má	1 a 5	Condição de saúde
	K	137-139	Nada a totalmente	1 a 5	Bem-estar
	K	140	Nunca a sempre		
	L	141	Nada a totalmente	1 a 5	Bem-estar Bem-estar na família Bem-estar com amigos Bem-estar na escola
	L	142-147	Nunca a sempre		
	M	148-154			
	N	155-158			
O	159-162				
4	PQ	163-174	Questões abertas		Condições de vida pessoal e familiar

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Roteiro de entrevista da família

Roteiro de entrevista da família foi elaborado com base no Genograma proposto por Carter et al. (1995) e no questionário biossociodemográfico sugerido por Machado (2007). Teve como objetivo conhecer o contexto e a estrutura familiar e levantar dados

biossociodemográficos, como: idade, sexo, escolaridade, atividades cotidianas do adolescente, desempenho escolar, relações sociais, eventos de vida e ocorrência de problema de saúde mental na família. (Anexo 03).

Procedimentos

Procedimento de Coleta dos dados

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética (Anexo 04), foi estabelecido contato com as escolas da região de Belém, preferencialmente as que se caracterizavam como públicas situadas em regiões periféricas da cidade, e privadas situadas em bairros centrais da cidade, solicitando adesão à pesquisa. A inclusão de uma escola no estudo dependeu de sua concordância em participar e contribuir efetivamente com o estudo, sendo necessária a anuência ao Termo de Consentimento da Instituição (Anexo 05).

Em seguida, foram verificados os indicadores socioeconômicos da comunidade escolar para certificar o nível socioeconômico da amostra. As instituições também possuíam um cadastro com informações acerca das condições sociais dos alunos, o que auxiliou no processo de seleção dos participantes. Os indicadores para classificar o nível socioeconômico da amostra seguiram critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (www.ibge.gov.br). Estes se referiam à população e às condições da comunidade, sendo assinalados: rendimento do chefe da família, características educacionais da população residente, situação do domicílio, rede de saneamento e esgoto.

Inicialmente, foi estabelecido contato com a diretoria e o corpo docente de cada escola, para quem foi apresentado o projeto e seus objetivos. Destaca-se que desde o primeiro contato, ambas as escolas selecionadas se mostraram muito receptivas ao estudo.

O procedimento de coleta de dados na escola pública teve início no segundo semestre de 2009 e na escola privada no segundo semestre de 2010. Em ambas, na primeira visita, a pesquisadora responsável apresentou para os coordenadores pedagógicos o projeto de pesquisa, os instrumentos e os procedimentos de coleta de dados. Em seguida, o projeto foi encaminhado para a apreciação dos diretores. Após esta apreciação, a equipe foi chamada para a ciência de concordância das instituições, momento no qual foi assinado o Termo de Concordância da Instituição. Prosseguindo, a equipe de pesquisa realizou visitas semanais visando a conhecer os profissionais das instituições, o ambiente físico, rotina de funcionamento, estrutura organizacional e ações executadas nas instituições. A sistematização dos encontros visou a estabelecer proximidade com o contexto, pessoas e dinâmica da instituição, configurando o processo proximal da pesquisa.

Em seguida, foi solicitada a relação de todos os estudantes adolescentes na faixa etária prevista no estudo. A abordagem com os adolescentes foi realizada por intermédio da coordenadora responsável por eles na instituição. Deste modo, ela foi preparando-os acerca da proposta da pesquisa e a equipe ia se inserindo na instituição para tornar-se conhecida e familiarizada com todos. Os adolescentes entraram em contato com a equipe de pesquisa ao observar a movimentação desta na instituição.

Em seguida, os prováveis participantes foram sorteados pela equipe de pesquisa e contatados para que tomassem conhecimento da pesquisa e assinassem o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido–Versão para o Adolescente (Anexo 06), bem como encaminhassem o Termo de Consentimento–Versão para o Cuidador (Anexo 07) às suas famílias, pois os cuidadores precisaram concordar em participar, juntamente com os adolescentes. Acompanhou o Termo uma carta aos pais (Anexo 08) explicando o estudo e solicitando um número de telefone e sugestões de horários e locais para contato.

Assim que o Termo de Consentimento-Versão para o Cuidador era devolvido, era agendado um primeiro encontro com os cuidadores. Ao telefone, a equipe buscou falar, inicialmente, com o adolescente lembrando e esclarecendo que ia ser dada continuidade à pesquisa, conforme explicado na instituição, e que para isso era necessário conhecer os seus familiares. O adolescente encaminhava a equipe a algum dos cuidadores via telefone. Ao falar com este cuidador indicado pelo adolescente, era apresentada a proposta da pesquisa em linhas gerais e perguntada a disponibilidade de receber uma visita domiciliar para melhores esclarecimentos.

A partir daí, era marcada a visita domiciliar para o preenchimento do Roteiro de entrevista da família. Esse instrumento qualificou a inserção dos cuidadores e do adolescente no estudo ao certificar que preenchiam os critérios de inclusão. A entrevista era preenchida em quantos encontros fossem necessários para sua conclusão.

Após a coleta de dados ser realizada com o cuidador, fez-se a aplicação, em ambiente escolar, do Questionário da visão dos adolescentes sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde. Na escola, este instrumento foi aplicado em grupos de quatro a cinco adolescentes com a devida assessoria da equipe de pesquisa que explicou passo a passo cada item do questionário. Em alguns casos foi necessário fazer a aplicação em mais de um dia.

Procedimento de Análise dos dados

Os dados obtidos foram tratados a partir de categorias pré-definidas do questionário, a saber: saúde, família, bem-estar e condições de vida.

Para avaliar a distribuição das respostas entre estudantes da escola Pública (n=30) e da escola Privada (n=30), foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. A estatística descritiva constou da apresentação das respostas por meio de frequências relativas. A inferência estatística foi realizada para comparar as proporções das respostas de estudantes da escola Pública e da Privada. Foi aplicado preferencialmente o teste do Qui-quadrado (Ayres, Ayres, Ayres & Santos, 2007, p.121). Quando não foi possível aplicar o Qui-quadrado, devido a restrição $npq < 5$, foi aplicado o teste G para amostras independentes. Foi previamente fixado o nível alfa $= 0.05$ para rejeição da hipótese nula. Todo o processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.2 (Ayres et al., 2007).

Analisou-se na forma de estatística e inferencial: características sociodemográficas dos adolescentes e de seus cuidadores; percepções sobre saúde e doença mental; estratégias de enfrentamento; busca de ajuda quando apresentam problemas de saúde mental; estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso aos serviços; percepções acerca do tratamento para problemas de saúde mental; estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família; percepções dos adolescentes sobre si mesmos; percepções dos adolescentes sobre como gostariam de ser; percepções dos adolescentes sobre a mãe, sobre o pai e sobre o avô/avó; condições gerais de saúde; bem-estar e desempenho físico; sentimentos e estado de humor; família e tempo livre; amigos, ambiente escolar e aprendizagem.

RESULTADOS

A descrição dos resultados inicia com a caracterização da amostra, realizada a partir da análise dos dados coletados por meio do Roteiro de entrevista familiar feito durante visitas domiciliares e também por meio dos dados obtidos com a quarta parte do Questionário, referente à Saúde (Condições de vida pessoal e familiar). Após a caracterização da amostra, serão apresentados os resultados da primeira à terceira parte do Questionário, na sequência: Saúde, Família e Bem-Estar.

Caracterização da amostra

A Tabela 1 apresenta a quantidade e o percentual quanto ao sexo, idade, série escolar, cor/raça e renda familiar dos adolescentes da Escola Pública e da Escola Privada.

Observa-se na Tabela 01 que, em ambas as escolas, houve prevalência do sexo feminino, sendo 63% (n=19) na Escola Pública, e 53% (n=16) na Escola Privada. Quanto à idade, os adolescentes da Escola Pública tinham em sua maioria entre 15 e 17 anos (70%, n=21), enquanto os adolescentes da Escola Privada tinham predominantemente entre 12 e 14 anos (90%, n=27). Todos estavam regularmente matriculados e frequentando rotineiramente a escola.

Do total de adolescentes da Escola Pública, observa-se que o maior percentual estava cursando a 8ª série (43%, n=13), enquanto na Escola Privada a maioria estava cursando a 6ª série (40%, n=12) do Ensino Fundamental.

Com relação à cor/raça, o maior percentual de adolescentes referiu ter cor parda (53%, n=16) na Escola Pública, e cor branca (47%, n=14) na Escola Privada. Quanto à

renda familiar, houve diferença entre os adolescentes da Escola Pública e os da Escola Privada, sendo que o maior percentual referiu renda de R\$401,00 a R\$1.000,00 (63%, n=19) na Escola Pública e renda de R\$1.601,00 a R\$2.200,00 (33%, n=10) na Escola Privada.

Tabela 01. Características Sociodemográficas de Adolescentes da Escola Pública e da Escola Privada

<i>Variáveis</i>		Escola Pública		Escola Privada	
		(n=30)		(n=30)	
		n	%	n	%
Sexo	Masculino	11	36,6	14	46,6
	Feminino	19	63,3	16	53,3
Idade (anos)	12-14	09	30	27	90
	15-17	21	70	03	10
Série	5 ^a	0	0	11	36,6
	6 ^a	06	20	12	40
	7 ^a	11	36,6	04	13,3
	8 ^a	13	43,3	03	10
Cor/Raça	Branca	05	16,6	14	46,6
	Parda	16	53,3	12	40
	Negra	09	30	04	13,3
	Outra	0	0	0	0
Renda	1 (menos de R\$400,00)	11	36,6	0	0
	2 (R\$401,00 – R\$1000,00)	19	63,3	0	0
	3 (R\$1001,00 – R\$1600,00)	0	0	0	0
	4 (R\$1601,00- R\$2200,00)	0	0	10	33,3
	5 (R\$2201,00 – R\$2800,00)	0	0	04	13,3
	6 (acima de R\$5000,00)	0	0	07	23,3

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Na Tabela 2 estão apresentadas as características dos cuidadores principais dos adolescentes da Escola Pública e da Escola Privada quanto ao sexo, escolaridade, ocupação, conjugalidade e tipo de família.

Tabela 02. Características dos Cuidadores Principais de Adolescentes da Escola Pública e da Escola Particular

<i>Variáveis</i>		Escola Pública (n=30)		Escola Privada (n=30)	
		N	%	n	%
Sexo	Feminino	30	100	30	100
	Masculino	0	0	0	0
Escolaridade	Analfabeto	0	0	0	0
	Fundamental incompleto	0	0	0	0
	Fundamental completo	10	33	0	0
	Médio incompleto	11	37	0	0
	Médio completo	07	23	06	20
	Superior incompleto	02	7	08	27
	Superior completo	0	0	12	40
	Mestrado/ Doutorado	0	0	04	13
	Ocupação	Dona de casa	16	53	05
Assalariado (a)		06	20	23	77
Desempregado (a)		08	27	02	7
Conjugalidade	União estável	11	37	18	60
	Separado (a)	19	63	12	40
	Viúvo (a)	0	0	0	0
Tipo de família	Nuclear	13	43	16	53
	Estendida	17	57	14	47

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Na amostra total de cuidadores não houve diferença entre Escola Pública e Escola Privada quanto ao gênero do cuidador principal, pois o percentual foi o mesmo para o sexo feminino (100%, N=60).

Quanto ao grau de instrução, a maior parte das cuidadoras dos adolescentes da Escola Pública possuía o Ensino Médio incompleto (37%, n=11), enquanto as cuidadoras dos adolescentes da Escola Privada haviam predominantemente concluído o Ensino Superior (40%, n=12), além das quais quatro haviam concluído pós-graduação.

Houve diferença em relação à ocupação das cuidadoras, pois, na Escola Pública o maior percentual referiu ser “dona de casa” (53%, n=16), enquanto na Escola Privada a maioria era “assalariada” (77%, n=23).

Em relação à situação conjugal, a maioria das cuidadoras dos adolescentes da Escola Pública referiu estar separada (63%, n=19), enquanto as da Escola Privada referiram ter união estável (60%, n=18).

Quanto ao tipo de família, observou-se que houve diferença entre os dois grupos, uma vez que no estrato Escola Pública o maior percentual referiu viver em família estendida (57%, n=17), enquanto no estrato Escola Privada o maior percentual referiu viver em família nuclear (53%, n=16).

A Tabela 3 apresenta a ocorrência e o percentual de indicadores de nível socioeconômico nos estratos Escola Pública e Escola Privada, dados pelo uso de quarto exclusivo para o adolescente, número de computadores pessoais disponíveis no domicílio, e posse de carro.

Tabela 03. Indicadores de Nível Socioeconômico de Adolescentes da Escola Pública e da Escola Privada

<i>Indicadores</i>		Escola Pública (n=30)		Escola Privada (n=30)	
		n	%	n	%
Quarto exclusivo	Sim	0	0	19	63
	Não	30	100	11	37
Computador pessoal	Nenhum	27	90	0	0
	Um	03	10	0	0
	Dois	0	0	19	63
	Três ou +	0	0	11	37
Carro	Nenhum	30	100	0	0
	Um	0	0	10	33
	Dois ou +	0	0	20	67

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Observa-se que no estrato Escola Pública, a totalidade dos adolescentes referiu não ter quarto exclusivo (100%, n=30) e nem um carro para a família (100%, n=30); a maioria destes também declarou não ter nem um computador de uso pessoal (90%, n=27) disponível em domicílio. Diferentemente, no estrato Escola Privada o maior percentual de adolescentes referiu ter quarto exclusivo (63%, n=19), ter pelo menos dois computadores em casa (63%, n=19) e dois ou mais carros (67%, n=20).

A Tabela 4 apresenta alguns fatores de risco e de proteção disponíveis ao adolescente nos estratos Escola Pública e Escola Privada quanto ao acesso da família a viagens de férias, passeios e o acesso na escola a recursos pedagógicos, atividades extra-curriculares, disponibilidade de biblioteca, presença de equipe multiprofissional, acompanhamento pedagógico e a participação dos pais em atividades escolares.

Tabela 04. Fatores de Risco e de Proteção Identificados no Ambiente Familiar e no Ambiente Escolar de Adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada

<i>Fatores de Proteção/Risco disponíveis ao adolescente</i>		Escola Pública (n=30)	Escola Privada (n=30)
Ambiente Familiar	Viagem de férias	Sim	Sim
	Passeios	Sim	Sim
Ambiente Escolar	Recursos pedagógicos	Sim	Sim
	Atividades extra-curriculares	Não	Sim
	Biblioteca	Sim	Sim
	Equipe multiprofissional	Não	Sim
	Acompanhamento pedagógico	Sim	Sim
	Participação dos pais	Não	Sim

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Observa-se na Tabela 4 que não houve diferença entre as amostras com relação à ocorrência de viagem de férias e passeios. Entretanto, de acordo com registro feito a

partir de entrevistas com os cuidadores, observou-se que os adolescentes da Escola Privada faziam mais viagens de férias e passeios que os da Escola Pública.

Com relação ao ambiente escolar, encontrou-se diferenças nas atividades extracurriculares programadas para os adolescentes, pois as mesmas simplesmente inexistiam na Escola Pública. Quanto à presença de equipe multiprofissional e à participação dos pais nas atividades da escola, observou-se que na Escola Pública não havia equipe multidisciplinar à disposição da turma de alunos e que era praticamente nula a participação dos pais em atividades na escola. Por outro lado, na Escola Privada havia presença de equipe multiprofissional e efetiva participação dos pais nas atividades escolares.

Saúde

Percepções sobre Saúde e Doença Mental

A Tabela 5 apresenta a frequência e o percentual relacionados a *Estar saudável mentalmente/emocionalmente* na visão de adolescentes de Escola Pública (Grupo A) e de Escola Privada (Grupo B).

Observa-se que na maioria dos itens houve semelhanças entre as respostas de adolescentes da Escola Pública (Grupo A) e de adolescentes da Escola Privada (Grupo B). Apenas para os itens 2 (não ser tão sensível/frágil, $p=0.0141$) e 4 (pensar positivo, ser otimista, $p=0,0202$) houve diferença significativa entre os dois grupos. Para os demais itens não há evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula.

Tabela 05: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao significado de “Estar saudável mentalmente/emocionalmente” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	ESCOLA PÚBLICA (Grupo A)								ESCOLA PRIVADA (Grupo B)								p-valor
	NC		CP		CB		CT		NC		CP		CB		CT		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1.estar feliz, alegre	1	3,3	6	20,0	8	26,7	15	50,0	0	0,0	5	16,7	15	50,0	10	33,3	0,2661
2.não ser tão sensível/frágil	8	26,7	6	20,0	12	40,0	4	13,3	5	16,7	13	43,3	3	10,0	9	30,0	0,0141*
3.poder pensar de forma clara	2	6,7	8	26,7	6	20,0	14	46,7	1	3,3	11	36,7	9	30,0	9	30,0	0,4764
4.pensar positivo, ser otimista	4	13,3	6	20,0	14	46,7	6	20,0	0	0,0	12	40,0	7	23,3	11	36,7	0,0202*
5.ter controle sobre a própria vida	6	20,0	6	20,0	8	26,7	10	33,3	9	30,0	5	16,7	12	40,0	4	13,3	0,2548
6.não usar drogas	4	13,3	4	13,3	8	26,7	14	46,7	2	6,7	7	23,3	15	50,0	6	20,0	0,078
7.não ter problemas	6	20,0	6	20,0	12	40,0	6	20,0	10	33,3	10	33,3	6	20,0	4	13,3	0,2214
8.sentir-se equilibrado/a	2	6,7	6	20,0	6	20,0	16	53,3	0	0,0	11	36,7	4	13,3	15	50,0	0,3053
9.ter energia/disposição	4	13,3	4	13,3	10	33,3	12	40,0	1	3,3	9	30,0	9	30,0	11	36,7	0,2817
10.não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra	4	13,3	14	46,7	8	26,7	4	13,3	9	30,0	6	20,0	6	20,0	9	30,0	0,0621
11.poder ir à escola	0	0,0	2	6,7	11	36,7	17	56,7	0	0,0	10	33,3	9	30,0	11	36,7	0,0779
12.poder se relacionar bem com os outros	0	0,0	8	26,7	8	26,7	14	46,7	6	20,0	7	23,3	8	26,7	9	30,0	0,0672
13.ser normal	2	6,7	10	33,3	8	26,7	10	33,3	2	6,7	10	33,3	8	26,7	10	33,3	1,000
14.perceber o que não deve ser feito	0	0,0	8	26,7	10	33,3	12	40,0	0	0,0	9	30,0	13	43,3	8	26,7	0,7911
15.algo muito importante	0	0,0	4	13,3	16	53,3	10	33,3	0	0,0	8	26,7	9	30,0	13	43,3	0,2976
16.eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil de explicar	4	13,3	8	26,7	4	13,3	14	46,7	2	6,7	8	26,7	11	36,7	9	30,0	0,1703

Fonte: Protocolo da pesquisa.

Nota: NC: não concordo; CP: concordo em parte; CB: concordo bastante; CT: concordo totalmente.

* Teste G para amostras independentes; Todos responderam as perguntas.

A Figura 1 apresenta as diferenças mais marcantes entre adolescentes da Escola Pública (Grupo A) e adolescentes da Escola Privada (Grupo B) em relação à visão sobre *Estar saudável mentalmente/emocionalmente*. No item 2 (não ser tão sensível/frágil), a diferença estatisticamente significativa ($p=0,0141$) correspondeu à resposta concordo bastante (CB), a qual foi mais preferida pelos adolescentes da Escola Pública (40%) em relação aos da Escola Privada (10%). Neste item, a maioria dos adolescentes da Escola Privada respondeu que concordava parcialmente (CP= 43%). O item 4 (pensar positivo, ser otimista) teve diferença estatisticamente significativa ($p=0,0202$) na resposta concordo bastante (CB), a qual foi mais preferida pelos adolescentes da Escola Pública (47%) em relação aos da Escola Privada (23%). Novamente, os adolescentes da Escola Privada responderam que concordavam parcialmente (CP= 40%).

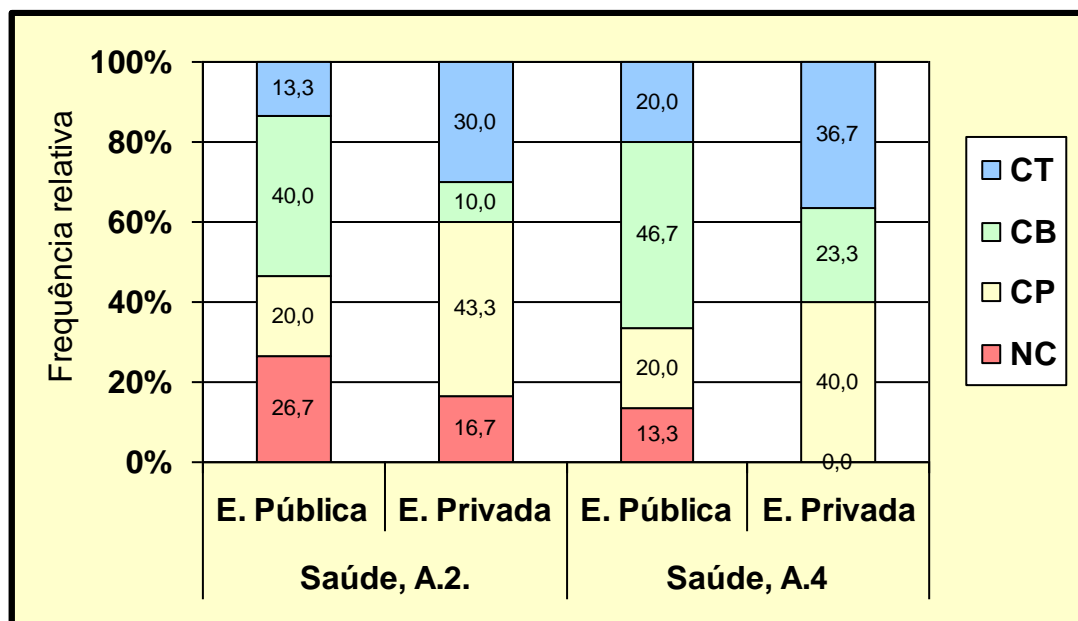


Figura 1: Distribuição (%) das respostas aos itens 2 e 4 referentes a “Estar saudável mentalmente/emocionalmente” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública ($n=30$) e de Escola Privada ($n=30$). Nota: CT: concordo totalmente; CB: concordo bastante; CP: concordo parcialmente; NC: não concordo; A-2: não ser tão sensível/frágil; A-4: pensar positivo, ser otimista.

A Tabela 6 apresenta a frequência e o percentual das respostas relacionadas a *Estar doente mentalmente/emocionalmente* na visão de adolescentes da Escola Pública (Grupo A) e da Escola Privada (Grupo B).

Observa-se que houve diferença estatisticamente significativa para o item 20 (ter sentimentos feridos, $p= 0,0041$), item 24 (quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa, $p=0,0028$), item 29 (quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento, $p= 0,0265$) e item 30 (algo que não se percebe logo, $p= 0,0147$).

Na Figura 2, considerando-se as respostas mais frequentemente apontadas como Concordo Totalmente (CT), observa-se que as diferenças com significância estatística sugerem que, para os adolescentes da Escola Privada (Grupo B), estar doente mentalmente/emocionalmente pode estar relacionado com ter sentimentos feridos (43%) e ser algo que não se percebe logo (37%). Para os adolescentes da Escola Pública (Grupo A), estar doente mentalmente/emocionalmente esteve mais relacionado à quando o corpo não está bem (37%) e a quando profissionais aconselham um tratamento (27%).

A Tabela 7 apresenta a frequência e o percentual das respostas relacionadas a *Origem das ideias sobre saúde mental* na visão de adolescentes de Escola Pública (Grupo A) e de Escola Privada (Grupo B). Observa-se que a análise das respostas mostrou que não existe real diferença na visão dos participantes quanto a origem da ideia sobre saúde mental. A comparação das proporções atribuídas às alternativas de resposta resultou em $p\text{-valor} > 0,05$, em todos os itens desta seção do questionário, logo, a diferença não é significativa, confirmando-se a hipótese nula.

Tabela 06: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao significado de “Estar doente mentalmente/emocionalmente” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	ESCOLA PÚBLICA (Grupo A)								ESCOLA PRIVADA (Grupo B)								p-valor
	NC		CP		CB		CT		NC		CP		CB		CT		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
18. estar infeliz, triste	7	23,3	7	23,3	10	33,3	6	20,0	2	6,7	4	13,3	14	46,7	10	33,3	0,0535
19. não se sentir bem	6	20,0	6	20,0	8	26,7	10	33,3	2	6,7	9	30,0	9	30,0	10	33,3	0,4473
20. ter sentimentos feridos	8	26,7	6	20,0	10	33,3	6	20,0	0	0,0	2	6,7	15	50,0	13	43,3	0,0041*
21.que algo não está bem com a cabeça	6	20,0	10	33,3	8	26,7	6	20,0	3	10,0	10	33,3	8	26,7	9	30,0	0,6594
22.estar estressado/a	8	26,7	12	40,0	6	20,0	4	13,3	8	26,7	8	26,7	10	33,3	4	13,3	0,6149
23.ser diferente dos outros	8	26,7	8	26,7	8	26,7	6	20,0	6	20,0	5	16,7	10	33,3	9	30,0	0,6532
24.quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	5	16,7	12	40,0	2	6,7	11	36,7	1	3,3	10	33,3	14	46,7	5	16,7	0,0028*
25.não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	4	13,3	12	40,0	4	13,3	10	33,3	8	26,7	10	33,3	7	23,3	5	16,7	0,2732
26.algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo	4	13,3	6	20,0	12	40,0	8	26,7	5	16,7	11	36,7	8	26,7	6	20,0	0,4514
27.ter dificuldade de se concentrar bem	6	20,0	6	20,0	10	33,3	8	26,7	1	3,3	10	33,3	8	26,7	11	36,7	0,1445
28.não ter amigos	12	40,0	11	36,7	5	16,7	2	6,7	8	26,7	7	23,3	8	26,7	7	23,3	0,1642
29. quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento	1	3,3	9	30,0	12	40,0	8	26,7	8	26,7	7	23,3	5	16,7	10	33,3	0,0265*
30. algo que não se percebe logo	6	20,0	8	26,7	12	40,0	4	13,3	0	0,0	9	30,0	10	33,3	11	36,7	0,0147*
31.algo que deve ser levado a sério	2	6,7	6	20,0	6	20,0	16	53,3	1	3,3	10	33,3	9	30,0	10	33,3	0,3763
32.algo que quase não pode ser curado	10	33,3	8	26,7	8	26,7	4	13,3	16	53,3	7	23,3	6	20,0	1	3,3	0,3247
33.algo que se tem desde o nascimento	8	26,7	10	33,3	4	13,3	8	26,7	3	10,0	11	36,7	7	23,3	9	30,0	0,3961
34.é difícil de definir	4	13,3	8	26,7	12	40,0	6	20,0	1	3,3	9	30,0	11	36,7	9	30,0	0,4775

Fonte: Protocolo da pesquisa. Nota: NC: não concordo; CP: concordo em parte; CB: concordo bastante; CT: concordo totalmente.

* Teste G para amostras independentes; Todos responderam as perguntas.

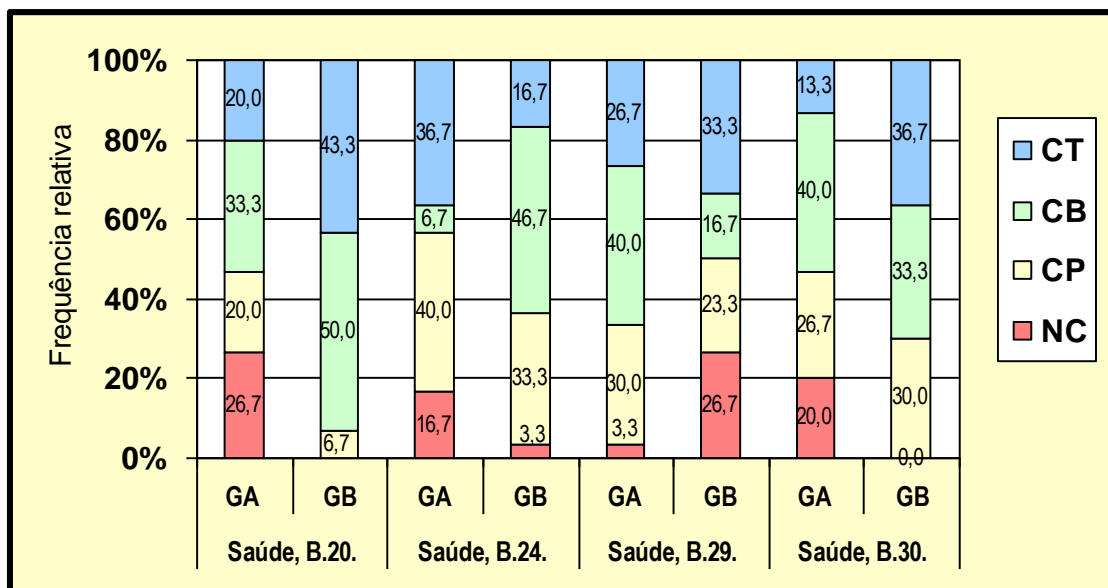


Figura 2: Distribuição (%) das respostas aos itens 20, 24, 29 e 30 referentes a “Estar doente mentalmente/emocionalmente” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: CT: concordo totalmente; CB: concordo bastante; CP: concordo parcialmente; NC: não concordo; B-20: ter sentimentos feridos; B-24: quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa; B-29: quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento; B-30: algo que não se percebe logo.

A Tabela 8 apresenta a frequência e o percentual das respostas relacionadas a *Influência da religião sobre a saúde mental* na visão de adolescentes de Escola Pública (Grupo A) e de Escola Privada (Grupo B).

A análise das respostas mostrou que apenas no item 46 (a cura de uma doença mental/emocional, $p\text{-valor} = 0,0119$) as opiniões dos adolescentes foram significativamente diferentes. Tal diferença foi altamente significativa na resposta não concordo (NC), uma vez que a mesma foi preferida pelos estudantes da Escola Pública (33%) em relação aos da Escola Privada (3%).

Estratégias de enfrentamento

A Tabela 9 apresenta a frequência e o percentual relacionados às *Estratégias de enfrentamento para problemas de saúde mental* segundo a visão de adolescentes de Escola Pública (Grupo A) e de Escola Privada (Grupo B).

Tabela 07: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao significado da “Origem das ideias sobre saúde mental” na visão de adolescentes de Escolas Públicas (n=30) e de Escolas Privadas (n=30)

	ESCOLA PÚBLICA (Grupo A)								ESCOLA PRIVADA (Grupo B)								p-valor
	NC		CP		CB		CT		NC		CP		CB		CT		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
36. dos meus pais	6	20,0	8	26,7	8	26,7	8	26,7	1	3,3	10	33,3	11	36,7	8	26,7	0,2176
37. dos meus avós	8	26,7	10	33,3	8	26,7	4	13,3	9	30,0	13	43,3	8	26,7	0	0,0	0,1811
38. dos meus irmãos	11	36,7	8	26,7	11	36,7	0	0,0	12	40,0	12	40,0	6	20,0	0	0,0	0,3223
39. dos meus amigos	6	20,0	11	36,7	10	33,3	3	10,0	6	20,0	11	36,7	9	30,0	4	13,3	0,9797
40. da escola	6	20,0	8	26,7	12	40,0	4	13,3	1	3,3	13	43,3	9	30,0	7	23,3	0,1066
41. de profissionais (por ex.: médico, psicólogo)	4	13,3	10	33,3	10	33,3	6	20,0	1	3,3	9	30,0	10	33,3	10	33,3	0,4141
42. da mídia (televisão, rádio, internet)	6	20,0	6	20,0	10	33,3	8	26,7	1	3,3	8	26,7	14	46,7	7	23,3	0,1916

Fonte: protocolo da pesquisa; Nota: NC: não concordo, CP: concordo em parte, CB: concordo bastante, CT: concordo totalmente.

* Teste G para amostras independentes. Todos responderam as perguntas.

Tabela 08: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao significado da “Influência da Religião sobre a Saúde Mental” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	ESCOLA PÚBLICA (Grupo A)								ESCOLA PRIVADA (Grupo B)								p-valor
	NC		CP		CB		CT		NC		CP		CB		CT		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
44. a saúde mental/emocional	6	20,0	10	33,3	6	20,0	8	26,7	1	3,3	10	33,3	13	43,3	6	20,0	0,0973
45. a formação de uma doença mental/emocional	16	53,3	14	46,7	0	0,0	0	0,0	18	60,0	12	40,0	0	0,0	0	0,0	0,9724
46. a cura de uma doença mental/emocional	10	33,3	10	33,3	4	13,3	6	20,0	1	3,3	12	40,0	10	33,3	7	23,3	0,0119*

Fonte: protocolo da pesquisa; Nota: NC: não concordo, CP: concordo em parte, CB: concordo bastante, CT: concordo totalmente.

* Teste G para amostras independentes. Todos responderam as perguntas.

Tabela 09: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Estratégias de Enfrentamento para Problemas de Saúde Mental” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	ESCOLA PÚBLICA (Grupo A)								ESCOLA PRIVADA (Grupo B)								p-valor
	NC		CP		CB		CT		NC		CP		CB		CT		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
47. espero um pouco, descanso	10	33,3	10	33,3	7	23,3	0	0,0	10	33,3	12	40,0	8	26,7	0	0,0	0,9876
48. procuro distrair-me: leio, ouço	8	26,7	13	43,3	6	20,0	0	0,0	7	23,3	12	40,0	11	36,7	0	0,0	0,7279
49. convivo com isso	8	26,7	11	36,7	4	13,3	4	13,3	10	33,3	13	43,3	4	13,3	3	10,0	0,9495
50. penso: isso não é tão mau	4	13,3	7	23,3	10	33,3	6	20,0	2	6,7	7	23,3	12	40,0	9	30,0	0,7437
51. procuro mudar a situação	5	16,7	9	30,0	13	43,3		0,0	9	30,0	13	43,3	6	20,0	2	6,7	0,0919
52. espero ser procurado/a pelos outros	4	13,3	9	30,0	10	33,3	4	13,3	7	23,3	10	33,3	10	33,3	3	10,0	0,8441
53. falo com alguém sobre o problema	4	13,3	4	13,3	8	26,7	11	36,7	8	26,7	11	36,7	10	33,3	1	3,3	0,0046*
54. tomo medicamentos	13	43,3	7	23,3	7	23,3	0	0,0	4	13,3	7	23,3	10	33,3	9	30,0	0,0027*
55. tento medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de	13	43,3	4	13,3	6	20,0	4	13,3	5	16,7	4	13,3	12	40,0	9	30,0	0,0618
56. tento meios naturais, caseiros (chás, banhos, etc.)	12	40,0	9	30,0	6	20,0	0	0,0	14	46,7	10	33,3	6	20,0		0,0	0,9972
57. procuro ajuda nos números de telefone de disque-ajuda	15	50,0	6	20,0	6	20,0	0	0,0	7	23,3	9	30,0	8	26,7	6	20,0	0,0217*
58. não procuro ajuda	9	30,0	10	33,3	4	13,3	4	13,3	4	13,3	4	13,3	13	43,3	9	30,0	0,0114*
59. prefiro ficar sozinho	10	33,3	3	10,0	7	23,3	7	23,3	11	36,7	10	33,3	9	30,0	0	0,0	0,0121*
60. não faço nada e penso que ninguém pode me ajudar	13	43,3	9	30,0	5	16,7	0	0,0	6	20,0	10	33,3	11	36,7	3	10,0	0,0516
61. não sei	8	26,7	7	23,3	4	13,3	8	26,7	1	3,3	7	23,3	15	50,0	7	23,3	0,0083*

Fonte: protocolo da pesquisa; Nota: NC: não concordo, CP: concordo em parte, CB: concordo bastante, CT: concordo totalmente.

* Teste G para amostras independentes. Não responderam: GA 3 alunos. No GB todos responderam.

A análise das respostas mostrou que em cinco itens as opiniões dos participantes foram significativamente diferentes a respeito das estratégias de enfrentamento de problemas de saúde mental. Estas diferenças estão comparadas na Figura 3.

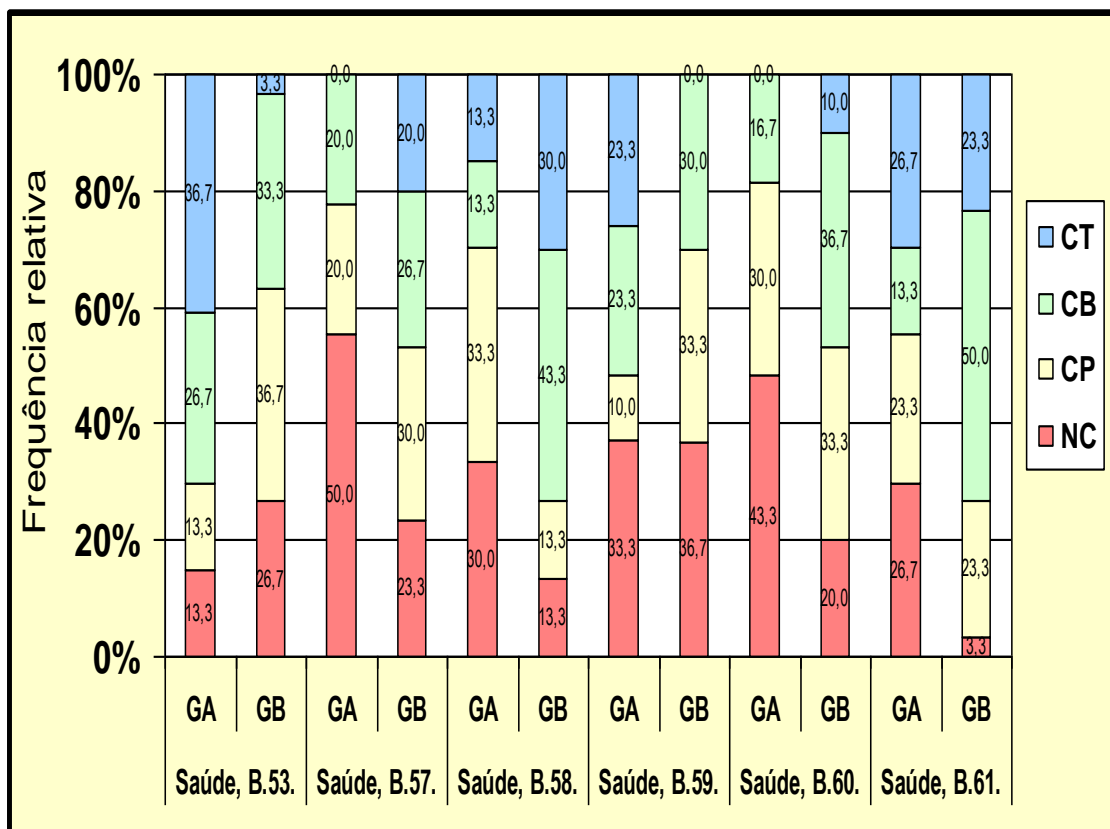


Figura 3: Distribuição (%) das respostas aos itens 53, 57, 58, 59, 60 e 61 referentes às “Estratégias de enfrentamento de problemas de saúde mental” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: CT: concordo totalmente; CB: concordo bastante; CP: concordo parcialmente; NC: não concordo; B-53: falo com alguém sobre o problema; B-54: tomo medicamentos; B-57: procuro ajuda nos números de telefone de disque-ajuda; B-58: não procuro ajuda; B-59: prefiro ficar sozinho; B-61: não sei.

Observa-se na Figura 3 que os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) responderam mais frequentemente que concordavam totalmente (CT) com a estratégia 53 (falo com alguém sobre meus problemas= 36,7%), enquanto os adolescentes da Escola Privada (Grupo B) responderam que não procuravam ajuda (estratégia 58= 30%).

Busca de ajuda quando apresentavam problemas de Saúde Mental

A Tabela 10 apresenta a frequência e o percentual relacionados à *Busca de ajuda quando tem algum problema de saúde mental* segundo a visão de adolescentes de Escola Pública (Grupo A) e de Escola Privada (Grupo B).

A análise das respostas mostrou que em seis itens as opiniões dos participantes foram significativamente diferentes quanto à busca de ajuda quando apresentavam problemas de saúde mental. Estas diferenças estão comparadas na Figura 4.

Observa-se que houve diferença estatisticamente significativa uma vez que os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) responderam com mais frequência que nunca (NC) buscavam ajuda para o item 71 (o médico de família ou o pediatra, 43,3%, p-valor <0,0001) e para o item 75 (uma clínica ou hospital, 46,7%, p<0,0166). Os itens 72 (uma pessoa da medicina alternativa, natural), 73 (um psicólogo/psiquiatra) e 74 (um outro especialista) não tiveram votação entre os estudantes da Escola Pública; tais itens foram votados somente em relação à Escola Privada. Portanto, configura-se uma significativa diferença entre os grupos (p-valor <0.0001).

Entre os adolescentes da escola Privada, as respostas indicaram que estes geralmente ou sempre procuravam profissionais da área de saúde (médico da família, uma pessoa da medicina alternativa, psicólogo/psiquiatra, outro especialista, clínica/hospital). Em ambos os grupos, observa-se que o professor foi pouco citado.

Tabela 10: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas à “Busca de ajuda quando tem algum problema de Saúde Mental” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)								Escola Privada (Grupo B)								p-valor
	NC		RM		GM		SP		NC		RM		GM		SP		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
63. a minha mãe	3	10.0	4	13.3	9	30.0	5	16.7	3	10.0	8	26.7	6	20.0	1	3.3	0.2218
64. o meu pai	7	23.3	4	13.3	1	3.3	0	0.0	5	16.7	9	30.0	7	23.3	0	0.0	0.0979
65. os meus irmãos	5	16.7	12	40.0	6	20.0	4	13.3	2	6.7	9	30.0	6	20.0	0	0.0	0.3044
66. a minha avó	11	36.7	8	26.7	6	20.0	0	0.0	8	26.7	7	23.3	0	0.0	0	0.0	0.1159
67. o meu avô	6	20.0	10	33.3	4	13.3	0	0.0	8	26.7	9	30.0	3	10.0	0	0.0	0.7863
68. os meus amigos/as	4	13.3	9	30.0	11	36.7	3	10.0	12	40.0	11	36.7	7	23.3	0	0.0	0.0470*
69. o meu professor/a	13	43.3	11	36.7	2	6.7	1	3.3	10	33.3	10	33.3	10	33.3	0	0.0	0.0846
70. uma pessoa do contexto religioso	9	30.0	10	33.3	4	13.3	4	13.3	3	10.0	6	20.0	8	26.7	8	26.7	0.0858
71. o médico de família ou o pediatra	13	43.3	3	10.0	0	0.0	0	0.0	2	6.7	9	30.0	10	33.3	9	30.0	<0.0001*
72. uma pessoa da medicina alternativa/ natural	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	13.3	7	23.3	10	33.3	9	30.0	<0.0001*
73. um psicólogo/psiquiatra	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	30.0	10	33.3	9	30.0	2	6.7	<0.0001*
74. um outro especialista	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	36.7	16	53.3	3	10.0	0	0.0	<0.0001*
75. uma clínica ou hospital	14	46.7	8	26.7	5	16.7	0	0.0	5	16.7	13	43.3	12	40.0	0	0.0	0.0166*

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: NC: nunca, RM: raramente, GM: geralmente, SP: sempre.

* Qui-quadrado de independência. O Grupo A e Grupo B apresentaram variados níveis de abstinência a essas perguntas. Os totais foram calculados em relação a n=30.

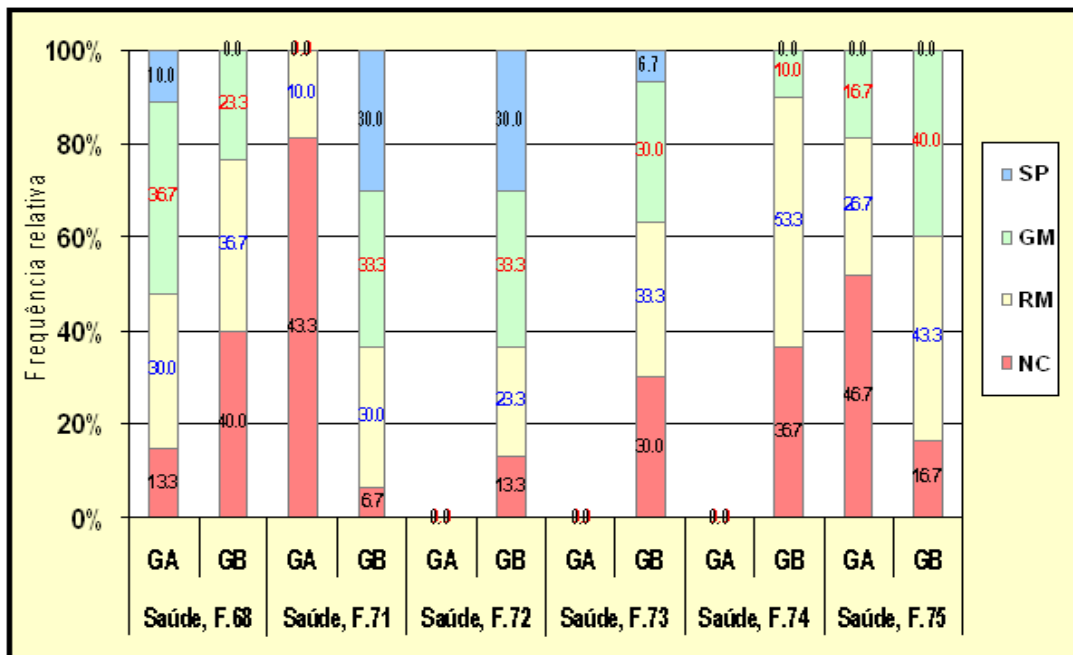


Figura 4: Distribuição (%) das respostas aos itens 68, 71, 72, 73, 74 e 75 referentes à “Busca de ajuda quando tem algum problema de saúde mental” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: NC: nunca, RM: raramente, GM: geralmente, SP: sempre; F-68: os meus amigos; F-51: o médico de família ou o pediatra; F-72: uma pessoa da medicina alternativa; F-73: um psicólogo/psiquiatra; F-74: um outro especialista; F-75: uma clínica ou hospital.

Estereótipos em Saúde Mental e barreiras de acesso aos serviços

A Tabela 11 apresenta a frequência e o percentual relacionados a *Estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso aos serviços* segundo a visão de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada.

A análise das respostas mostrou que em quatro itens as opiniões dos adolescentes foram significativamente diferentes. Estas diferenças estão comparadas na Figura 5.

Tabela 11: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas aos “Estereótipos em Saúde Mental e Barreiras de acesso aos serviços” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública								Escola Privada								p-valor
	NC		CP		CB		CT		NC		CP		CB		CT		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
77. não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	4	13.3	17	56.7	8	26.7	1	3.3	2	6.7	6	20.0	9	30.0	13	43.3	0.0101*
78. psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	6	20.0	12	40.0	12	40.0	0	0.0	6	20.0	8	26.7	7	23.3	9	30.0	0.0111*
79. só vai ao psicólogo/psiquiatra quem não está bem da cabeça ou é maluco	10	33.3	11	36.7	9	30.0	0	0.0	2	6.7	9	30.0	8	26.7	11	36.7	0.0009*
80. não quer ser gozado/caçoado	5	16.7	5	16.7	10	33.3	10	33.3	2	6.7	14	46.7	14	46.7	0	0.0	0.0011*
81. tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	11	36.7	10	33.3	4	13.3	5	16.7	10	33.3	14	46.7	6	20.0	0	0.0	0.1062
82. tem medo de ter que ir para uma clínica/hospital psiquiátrico ou um lar	10	33.3	16	53.3	4	13.3	0	0.0	11	36.7	14	46.7	5	16.7	0	0.0	0.8461
83. pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais	14	46.7	8	26.7	4	13.3	4	13.3	10	33.3	13	43.3	5	16.7	2	6.7	0.4514
84. pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra/psicólogo	13	43.3	8	26.7	9	30.0	0	0.0	9	30.0	13	43.3	8	26.7	0	0.0	0.3722
85. problemas mentais/emocionais devem ser resolvidos na família	10	33.3	14	46.7	6	20.0	0	0.0	5	16.7	13	43.3	11	36.7	1	3.3	0.2432
86. só a própria pessoa pode ajudar a si mesma	8	26.7	10	33.3	4	13.3	8	26.7	8	26.7	13	43.3	8	26.7	1	3.3	0.0667
87. é normal na sua própria família	10	33.3	10	33.3	4	13.3	6	20.0	5	16.7	9	30.0	8	26.7	8	26.7	0.4323
88. psicoterapia demora muito tempo	8	26.7	16	53.3	6	20.0	0	0.0	6	20.0	13	43.3	10	33.3	1	3.3	0.4582
89. o consultório do psicólogo/ psiquiatra fica muito longe de sua casa	12	40.0	4	13.3	7	23.3	7	23.3	14	46.7	3	10.0	7	23.3	6	20.0	0.9456
90. terapia custa muito dinheiro	8	26.7	7	23.3	6	20.0	9	30.0	14	46.7	9	30.0	5	16.7	2	6.7	0.0924
91. não é necessário nenhuma ajuda	11	36.7	8	26.7	11	36.7	0	0.0	7	23.3	10	33.3	10	33.3	3	10.0	0.2448
92. não sabe onde se pode obter ajuda e nem quem é competente para ajudá-lo	6	20.0	6	20.0	12	40.0	6	20.0	3	10.0	7	23.3	14	46.7	6	20.0	0.7456

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: NC: não concordo, CP: concordo em parte, CB: concordo bastante, CT: concordo totalmente.

* Qui-quadrado de independência. Todos responderam as perguntas.

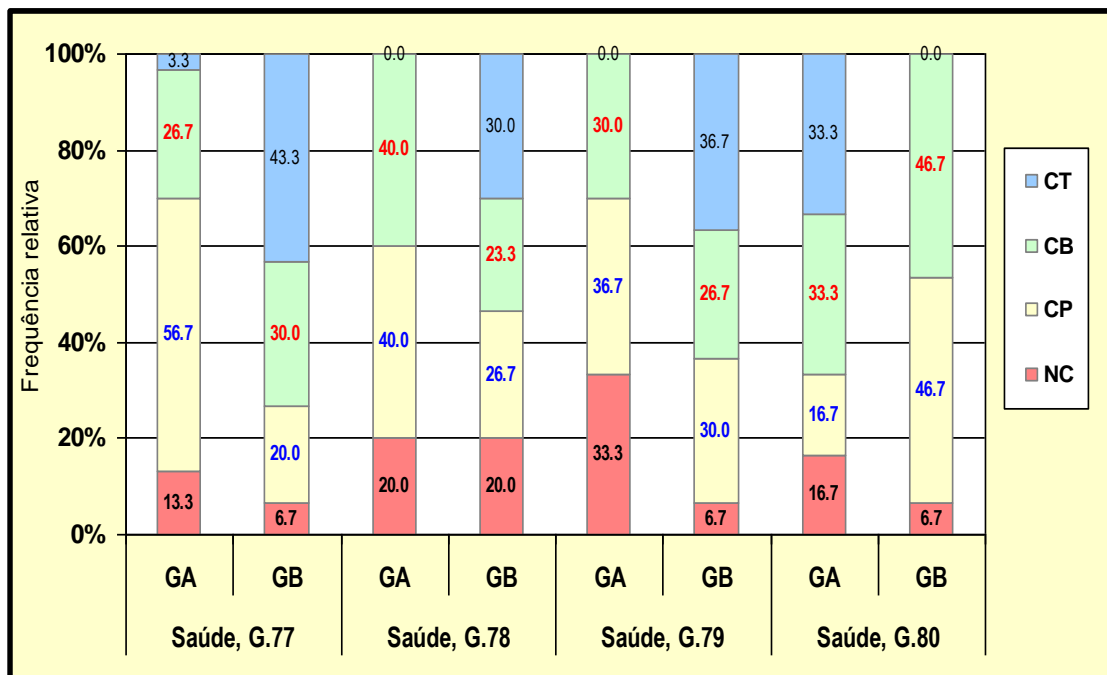


Figura 5: Distribuição (%) das respostas aos itens 77, 78, 79 e 80 referentes aos “Estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso aos serviços” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre estudantes de Escola Pública (n=30) e Escola Privada (n=30). Nota: NC: não concordo; CP: concordo parcialmente; CB: concordo bastante; CT: concordo totalmente; G-77: não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele; G-78: psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos; G-79: só vai ao psicólogo/psiquiatra quem não está bem da cabeça ou é maluco; G-80: não quer ser gozado/caçado.

Observa-se na Figura 5 que os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) responderam mais frequentemente que concordavam em parte (CP= 57%) com o item 77 (não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele), e que concordavam bastante (CB=40%) com o item 78 (psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos); enquanto os adolescentes da Escola Privada responderam que concordavam bastante (CB=47%) com o item 80 (não quer ser gozado/caçado).

Percepções acerca do tratamento para problemas de saúde mental

Na Escola Pública houve seis relatos de problemas que poderiam ser de saúde mental, sendo quatro casos (67%) citados como “Problemas na escola” e dois casos (33%) como “Problemas de comportamento”. Na Escola Privada, os problemas listados foram: medo, estresse, não ter amigos, não gostar de ir à escola e falta de concentração.

Na Escola Pública o problema apareceu mais tarde (11.7 anos, ± 2 anos) em relação à Escola Privada (10 anos, ± 1 ano). Entretanto, o p-valor = 0.1388 encontrado não é significativo, indicando que não há real diferença de idade entre os dois grupos quanto ao início de problemas de saúde mental. Porém, para os estudantes da Escola Privada o tratamento começa mais cedo, isto é, em torno de sete meses após o início do problema. Por outro lado, na Escola Pública o tratamento somente inicia 2,3 anos após o início do problema. Essa diferença foi avaliada pelo teste U de Mann-Whitney, o qual resultou no p-valor = 0.0347* (estatisticamente significativo).

A Tabela 12 apresenta a frequência e o percentual relacionados à *Experiência do tratamento e sobre quem procurou ajuda para o adolescente* segundo a visão de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada.

A análise das respostas mostrou que em cinco itens as opiniões dos estudantes da Escola Pública (Grupo A) e da Escola Privada (Grupo B) foram significativamente diferentes a respeito das experiências de tratamento. Estas diferenças estão comparadas na Figura 6.

Tabela 12: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas à “Experiência de tratamento e sobre quem procurou ajuda para o adolescente” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (GA)								Escola Privada (GB)								p-valor
	NC		CP		CB		CT		NC		CP		CB		CT		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
97. a terapia ajuda	3	10.0	4	13.3	11	36.7	12	40.0	5	16.7	11	36.7	9	30.0	5	16.7	0.0769
98. me sinto bem com o terapeuta	7	23.3	12	40.0	8	26.7	3	10.0	7	23.3	9	30.0	13	43.3	1	3.3	0.4542
99. não aceitei a terapia no início	10	33.3	9	30.0	5	16.7	6	20.0	5	16.7	7	23.3	11	36.7	7	23.3	0.2563
100. a terapia me dá estabilidade, segurança, apoio	8	26.7	11	36.7	5	16.7	6	20.0	6	20.0	10	33.3	8	26.7	6	20.0	0.7950
101. posso expressar a minha própria opinião	6	20.0	7	23.3	9	30.0	8	26.7	7	23.3	10	33.3	11	36.7	2	6.7	0.2208
102. as pessoas me olham de forma estranha quando eu vou ao consultório/clínica	5	16.7	11	36.7	5	16.7	9	30.0	1	3.3	3	10.0	12	40.0	14	46.7	0.0107*
104. eu próprio/a	15	50.0	10	33.3	2	6.7	3	10.0	16	53.3	11	36.7	2	6.7	1	3.3	0.7819
105. a minha mãe	7	23.3	5	16.7	2	6.7	16	53.3	13	43.3	9	30.0	5	16.7	3	10.0	0.0044*
106. o meu pai	15	50.0	7	23.3	4	13.3	4	13.3	14	46.7	7	23.3	7	23.3	2	6.7	0.6778
107 a minha avó/avô	17	56.7	5	16.7	6	20.0	2	6.7	15	50.0	12	40.0	3	10.0	0	0.0	0.1113
108. o professor/a escola	16	53.3	2	6.7	5	16.7	7	23.3	2	6.7	8	26.7	11	36.7	9	30.0	0.0007*
109. o médico de família, o pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas	13	43.3	9	30.0	6	20.0	2	6.7	2	6.7	3	10.0	14	46.7	11	36.7	0.0001*
110. o conselho tutelar	18	60.0	6	20.0	5	16.7	1	3.3	7	23.3	12	40.0	11	36.7	0	0.0	0.0178*

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: NC: não concordo, CP: concordo em parte, CB: concordo bastante, CT: concordo totalmente.

* Qui-quadrado de independência. Todos responderam as perguntas.

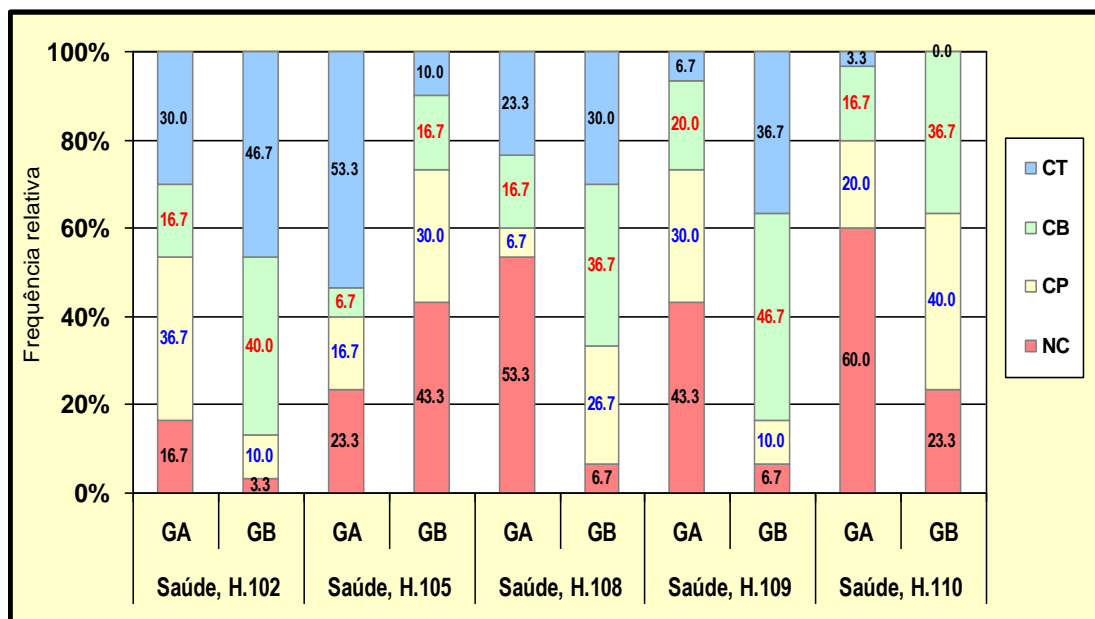


Figura 06: Distribuição (%) das respostas aos itens 102, 105, 108, 109 e 110 referentes às “Experiências de tratamento e quem buscou ajuda para o adolescente” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre estudantes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: NC: não concordo; CP: concordo parcialmente; CB: concordo bastante; CT: concordo totalmente; H-102: as pessoas me olham de forma estranha quando eu vou ao consultório/clínica; H-105: a minha mãe; H-108: o professor/a escola; H-109: o médico de família, o pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas; H-110: o conselho tutelar.

Na Figura 6, considerando-se as respostas relacionadas à experiência de tratamento (itens 97 a 102 do questionário), observa-se que as diferenças com significância estatística sugerem que, para os adolescentes da Escola Privada (Grupo B), as pessoas olham de forma estranha quando ele vai ao consultório/clínica (item 102, CT=46,7% e CB=40,0%). Para os adolescentes da Escola Pública (Grupo A), a maioria concordou parcialmente com este item (CP=36,7%); entretanto, observa-se que 30,0% destes também concordaram totalmente com esta afirmativa.

Com relação a quem buscou ajuda profissional para o adolescente (itens 104 a 110 do questionário), as diferenças significativas sugerem que, para os adolescentes da Escola Privada (Grupo B) foi o médico de família, o pediatra, ou outros especialistas quem buscou essa ajuda para ele (item 109, CT=36,7%). Para os adolescentes da Escola

Pública (Grupo A), a mãe é a pessoa que busca ajuda para ele (item 105, CT: 53,3%). O professor foi mais citado pelos adolescentes da Escola Privada.

Família

Estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família

A Tabela 13 apresenta a frequência e o percentual das respostas relacionadas às *Estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família* segundo a visão de adolescentes da Escola Pública e da Escola Privada.

A análise das respostas mostrou que em três itens as opiniões dos adolescentes foram significativamente diferentes a respeito das estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família. Estas diferenças estão comparadas na Figura 7.

Na Figura 7, observa-se que as diferenças com significância estatística sugerem que, para os adolescentes da Escola Pública (Grupo A), as estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família podem estar relacionadas com sentir-se aceito/amado como se é (item 113, CT=50%) e a ter tempo livre/lazer em comum (item 125, CT=60,0%). Para os adolescentes da Escola Privada (Grupo B), essas estratégias também estiveram relacionadas a sentir-se aceito/amado como se é (item 113, CT=10,0% e CB= 60,0%), mas também a ter uma orientação religiosa (item 124, CT=20,0% e CB=40,0%).

Tabela 13: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (GA)								Escola Privada (GB)								p-valor
	NC		CP		CB		CT		NC		CP		CB		CT		
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
112. estar satisfeito e satisfazer os outros na família	5	16.7	6	20.0	8	26.7	11	36.7	6	20.0	7	23.3	13	43.3	4	13.3	0.2014
113. sentir-se aceito/amado como se é	1	3.3	5	16.7	9	30.0	15	50.0	2	6.7	10	33.3	15	50.0	3	10.0	0.0093*
114. haver comunicação agradável entre os membros da família	1	3.3	5	16.7	8	26.7	16	53.3	4	13.3	5	16.7	10	33.3	11	36.7	0.3997
115. chamar a atenção dos outros para o lado bom das coisas	2	6.7	3	10.0	13	43.3	12	40.0	1	3.3	10	33.3	13	43.3	6	20.0	0.1067
116. saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo	3	10.0	3	10.0	10	33.3	14	46.7	4	13.3	4	13.3	8	26.7	14	46.7	0.9197
117. haver consenso/acordo entre os pais	1	3.3	4	13.3	8	26.7	17	56.7	4	13.3	6	20.0	8	26.7	12	40.0	0.3822
118. ter pais que orientam/ensinam	3	10.0	4	13.3	5	16.7	18	60.0	3	10.0	6	20.0	11	36.7	10	33.3	0.1766
119. ter compreensão mútua	3	10.0	5	16.7	14	46.7	8	26.7	6	20.0	7	23.3	11	36.7	6	20.0	0.5768
120. poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto	4	13.3	6	20.0	12	40.0	8	26.7	1	3.3	11	36.7	11	36.7	7	23.3	0.3366
121. poder confiar uns nos outros	3	10.0	4	13.3	10	33.3	13	43.3	2	6.7	9	30.0	13	43.3	6	20.0	0.1651
122. ter as refeições em conjunto na família	4	13.3	5	16.7	8	26.7	13	43.3	5	16.7	8	26.7	10	33.3	7	23.3	0.4193
123. ter relações próximas com os outros membros da família	3	10.0	10	33.3	13	43.3	4	13.3	6	20.0	9	30.0	11	36.7	4	13.3	0.7484
124. ter uma orientação religiosa	9	30.0	12	40.0	3	10.0	6	20.0	1	3.3	11	36.7	12	40.0	6	20.0	0.0079*
125. ter tempo livre /lazer em comum	1	3.3	3	10.0	8	26.7	18	60.0	11	36.7	12	40.0	7	23.3	0	0.0	<0.001*

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: NC: não concordo, CP: concordo em parte, CB: concordo bastante, CT: concordo totalmente.

* Qui-quadrado de independência. Todos responderam as perguntas.

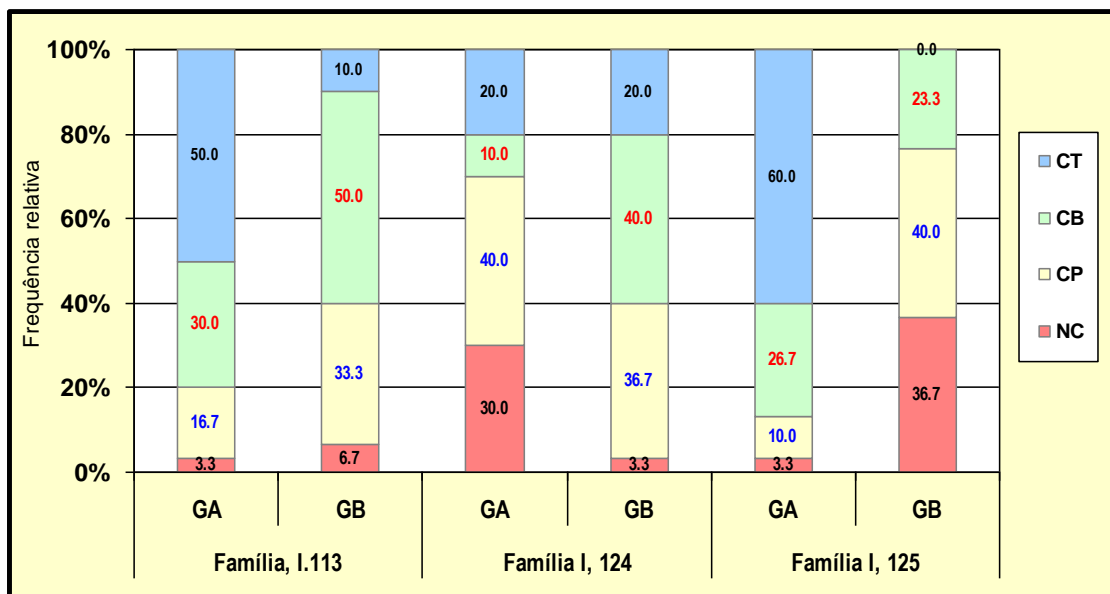


Figura 07: Distribuição (%) das respostas aos itens 113, 124 e 125 referentes às “Estratégias empregadas na manutenção da saúde mental da família” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: GA: Escola Pública; GB: Escola Privada; CT: concordo totalmente; CB: concordo bastante; CP: concordo parcialmente; NC: não concordo; 113=sentir-se aceito/amado como se é; 124=ter uma orientação religiosa; 125= ter tempo livre/lazer em comum; I-113: sentir-se aceito/amado como se é; I-124: ter uma orientação religiosa; I-125: ter tempo livre/lazer em comum.

Percepções dos adolescentes sobre si mesmos

A Tabela 14 apresenta a frequência e o percentual das respostas relacionadas às *Percepções sobre si mesmos*, descritas por adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada.

A análise das respostas mostrou que em cinco itens as opiniões dos adolescentes foram significativamente diferentes a respeito das perspectivas sobre si mesmo. Estas diferenças estão comparadas na Figura 8.

Tabela 14: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre si mesmos” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)										Escola Privada (Grupo B)										p-valor
	Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. satisfeito/a	1	3.3	7	23.3	10	33.3	12	40.0	0	0.0	2	6.7	5	16.7	2	6.7	8	26.7	8	26.7	0.0059*
2. tranqüilo/a	4	13.3	6	20.0	15	50.0	5	16.7	0	0.0	2	6.7	4	13.3	17	56.7	0	0.0	0	0.0	0.1472
3. medroso/a	18	60.0	7	23.3	4	13.3	1	3.3	0	0.0	9	30.0	7	23.3	10	33.3	0	0.0	0	0.0	0.0971
4. animado/a	2	6.7	3	10.0	4	13.3	11	36.7	10	33.3	5	16.7	8	26.7	9	30.0	0	0.0	0	0.0	<0.001*
5. comunicativo/a	3	10.0	5	16.7	3	10.0	13	43.3	6	20.0	6	20.0	12	40.0	4	13.3	4	13.3	4	13.3	0.0565
6. “ de lua”	4	13.3	6	20.0	8	26.7	10	33.3	2	6.7	11	36.7	14	46.7	3	10.0	0	0.0	0	0.0	0.0004*
7. seguro/a de si	7	23.3	9	30.0	8	26.7	6	20.0	0	0.0	4	13.3	7	23.3	8	26.7	6	20.0	6	20.0	0.1331
8. independente	2	6.7	2	6.7	4	13.3	10	33.3	12	40.0	1	3.3	3	10.0	10	33.3	9	30.0	9	30.0	0.4741
9. nervoso/a	6	20.0	10	33.3	7	23.3	2	6.7	5	16.7	10	33.3	8	26.7	9	30.0	1	3.3	1	3.3	0.3477
10. compreensivo/a	5	16.7	6	20.0	9	30.0	6	20.0	4	13.3	3	10.0	3	10.0	17	56.7	0	0.0	0	0.0	0.0100*
11. atencioso/a	7	23.3	9	30.0	4	13.3	7	23.3	3	10.0	1	3.3	14	46.7	8	26.7	3	10.0	3	10.0	0.0747
12. simpático/a	2	6.7	5	16.7	7	23.3	16	53.3	0	0.0	6	20.0	12	40.0	3	10.0	6	20.0	6	20.0	0.0020*

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: Nco: não concordo, Cpo: concordo pouco, Cpt: concordo em parte, Cmu: concordo muito, Cto: concordo totalmente

* Qui-quadrado de independência. Todos responderam as perguntas.

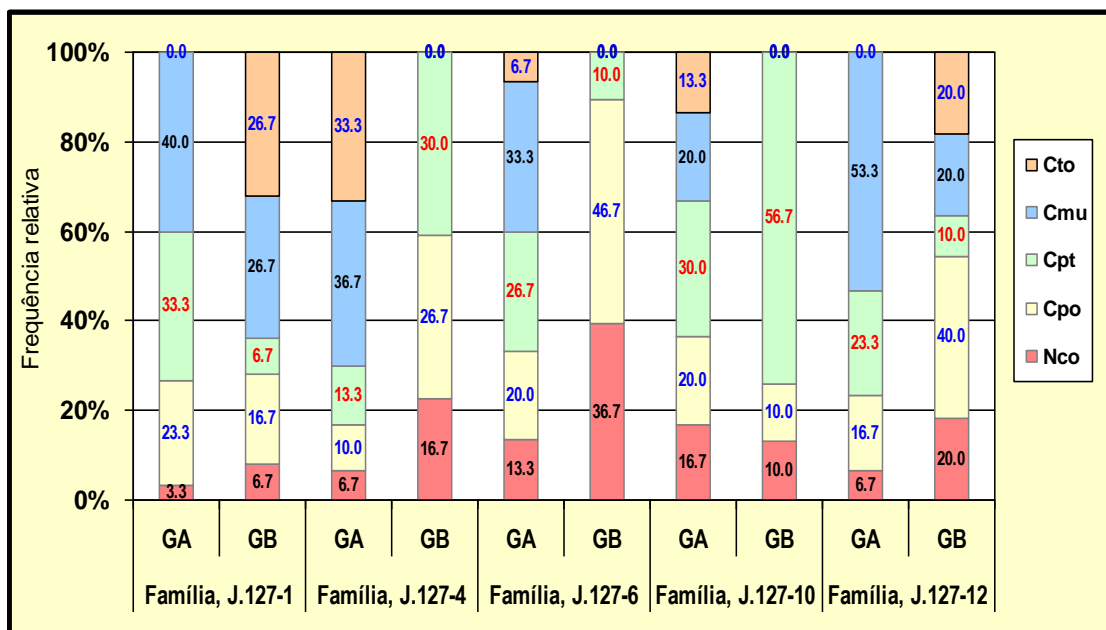


Figura 08: Distribuição (%) das respostas aos itens 127-1, 127-4, 127-6, 127-10 e 127-12 referentes às “Percepções dos adolescentes sobre si mesmos” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: GA: Escola Pública; GB: Escola Privada; Nco: não corresponde, Cpo: corresponde pouco, Cpt: corresponde em parte, Cmu: corresponde muito, Cto: corresponde totalmente. 127-1: satisfeito; 127-4: animado; 127-6: de lua; 127-10: compreensivo; 127-12: simpático.

Na Figura 8, considerando-se as respostas mais frequentemente apontadas como Corresponde Totalmente (Cto) e Corresponde Muito (Cmu), observa-se que as diferenças com significância estatística sugerem que, os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) se consideram animados (item 127-4, Cto=33,3% e Cmu=36,7%) e simpáticos (item 127-12, Cmu= 53,3%), enquanto para os adolescentes da Escola Privada (Grupo B), as perspectivas sobre si mesmo estiveram mais relacionadas a ser satisfeito/a (item 127-1, Cto=26,7% e Cmu=26,7%).

Percepções dos adolescentes sobre como gostariam de ser

A Tabela 15 apresenta a frequência e o percentual de respostas relacionadas às *Percepções sobre como gostariam de ser* dos adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada.

A análise das respostas mostrou que em dez itens (de um total de doze itens= 83%) as opiniões dos participantes foram significativamente diferentes a respeito das percepções sobre como gostariam de ser. Tais diferenças estão comparadas na Figura 9.

Na Figura 9, considerando-se as respostas mais frequentemente apontadas como *Corresponde Muito (Cmu)* e *Corresponde Totalmente (Cto)*, observa-se que as diferenças com significância estatística sugerem que, os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) gostariam de ser mais animado/a (item 128-4, Cto=33,3%), enquanto os da Escola Privada (Grupo B), gostariam de ser mais tranquilo/a (item 128-2, CT=50,0%).

Dentre os adolescentes, a maioria, tanto os da Escola Privada (86,7%) quanto os da Escola Pública (60%) não concordaram com o item 128-9 (nervoso), nem com o item 128-6 (de lua), com 90% da Escola Privada e 33,3% da Escola Pública.

Tabela 15: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre como gostariam de ser” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)										Escola Privada (Grupo B)										p-valor
	Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. satisfeito/a	4	13.3	10	33.3	16	53.3	0	0.0	0	0.0	3	10.0	4	13.3	5	16.7	18	60.0	0	0.0	<0.0001*
2. tranquilo/a	1	3.3	7	23.3	7	23.3	15	50.0	0	0.0	1	3.3	2	6.7	7	23.3	5	16.7	15	50.0	<0.0001*
3. medroso/a	21	70.0	7	23.3	2	6.7	0	0.0	0	0.0	16	53.3	9	30.0	5	16.7	0	0.0	0	0.0	0.3311
4. animado/a	1	3.3	3	10.0	4	13.3	12	40.0	10	33.3	1	3.3	4	13.3	8	26.7	17	56.7	0	0.0	0.0151*
5. comunicativo/a	1	3.3	5	16.7	10	33.3	14	46.7	0	0.0	1	3.3	6	20.0	4	13.3	19	63.3	0	0.0	0.3313
6. “ de lua”	10	33.3	7	23.3	4	13.3	5	16.7	4	13.3	27	90.0	3	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0002*
7. seguro/a de si	2	6.7	5	16.7	10	33.3	13	43.3	0	0.0	1	3.3	5	16.7	24	80.0	0	0.0	0	0.0	0.0003*
8. independente	10	33.3	9	30.0	11	36.7	0	0.0	0	0.0	1	3.3	9	30.0	20	66.7	0	0.0	0	0.0	0.0068*
9. nervoso/a	18	60.0	10	33.3	2	6.7	0	0.0	0	0.0	26	86.7	1	3.3	3	10.0	0	0.0	0	0.0	0.0110*
10. compreensivo/a	5	16.7	9	30.0	10	33.3	6	20.0	0	0.0	1	3.3	7	23.3	5	16.7	17	56.7	0	0.0	0.0199*
11. atencioso/a	6	20.0	7	23.3	12	40.0	5	16.7	0	0.0	2	6.7	9	30.0	19	63.3	0	0.0	0	0.0	0.0316*
12. simpático/a	2	6.7	11	36.7	10	33.3	7	23.3	0	0.0	3	10.0	6	20.0	21	70.0	0	0.0	0	0.0	0.0056*

Fonte: Protocolo da pesquisa. Nota: Nco: não corresponde, Cpo: corresponde pouco, Cpt: corresponde em parte, Cmu: corresponde muito, Cto: corresponde totalmente

* Qui-quadrado de independência. Todos responderam as perguntas.

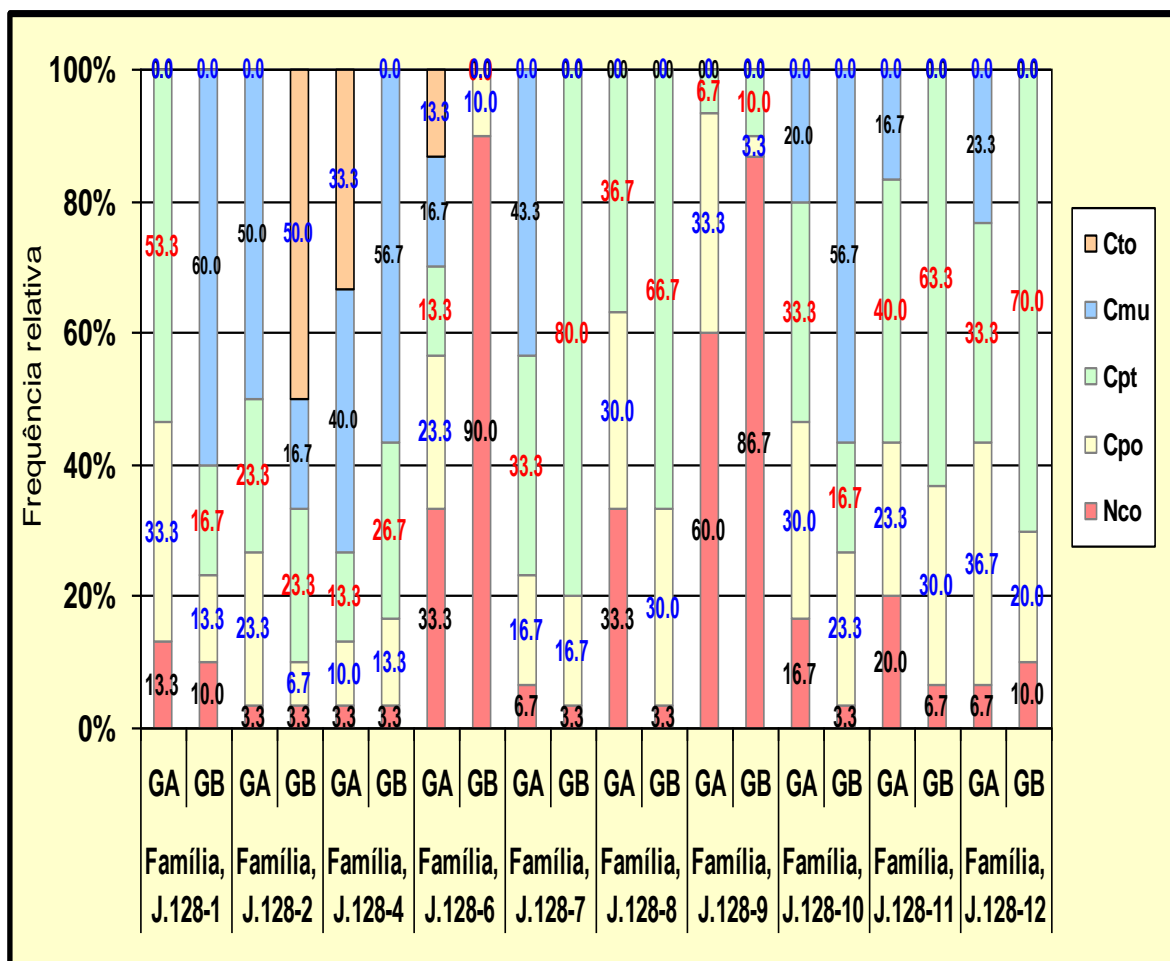


Figura 9: Distribuição (%) das respostas aos itens 128-1, 128-2, 128-4, 128-6, 128-7, 128-8, 128-9, 128-10, 128-11 e 128-12 referentes às “Percepções dos adolescentes sobre como gostariam de ser” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre estudantes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: Nco: não corresponde, Cpo: corresponde pouco, Cpt: corresponde em parte, Cmu: corresponde muito, Cto: corresponde totalmente; 128-1: satisfeito; 128-2: tranquilo; 128-4: animado; 128-6: de lua; 128-7: seguro de si; 128-8: independente; 128-9: nervoso; 128-10: compreensivo; 128-11: atencioso; 128-12: simpático.

Percepções dos adolescentes sobre a mãe

A Tabela 16 apresenta a frequência e o percentual relacionados às percepções dos adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada sobre a própria mãe.

Tabela 16: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre a própria mãe” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)										Escola Privada (Grupo B)										p-valor
	Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. satisfeita	3	10.0	8	26.7	4	13.3	1	3.3	8	26.7	3	10.0	7	23.3	8	26.7	3	10.0	1	3.3	0.1001
2. tranquila	6	20.0	2	6.7	8	26.7	3	10.0	5	16.7	1	3.3	6	20.0	2	6.7	5	16.7	8	26.7	0.0357*
3. medrosa	12	40.0	2	6.7	8	26.7	2	6.7	0	0.0	2	6.7	5	16.7	9	30.0	5	16.7	1	3.3	0.0301*
4. animada	1	3.3	4	13.3	4	13.3	8	26.7	7	23.3	3	10.0	2	6.7	3	10.0	4	13.3	10	33.3	0.4640
5. comunicativa	11	36.7	6	20.0	3	10.0	3	10.0	1	3.3	3	10.0	6	20.0	2	6.7	4	13.3	7	23.3	0.0530
6. “ de lua”	15	50.0	5	16.7	3	10.0	1	3.3	0	0.0	9	30.0	6	20.0	5	16.7	2	6.7	0	0.0	0.5046
7. segura de si	7	23.3	9	30.0	2	6.7	5	16.7	1	3.3	3	10.0	7	23.3	7	23.3	4	13.3	1	3.3	0.2339
8. independente	6	20.0	2	6.7	7	23.3	4	13.3	5	16.7	2	6.7	7	23.3	6	20.0	2	6.7	5	16.7	0.2446
9. nervosa	3	10.0	10	33.3	6	20.0	3	10.0	2	6.7	9	30.0	5	16.7	6	20.0	1	3.3	1	3.3	0.2049
10. compreensiva	1	3.3	2	6.7	3	10.0	4	13.3	14	46.7	1	3.3	6	20.0	1	3.3	6	20.0	8	26.7	0.2916
11. atenciosa	1	3.3	2	6.7	6	20.0	15	50.0	0	0.0	3	10.0	2	6.7	1	3.3	6	20.0	10	33.3	0.0010*
12. simpática	1	3.3	1	3.3	3	10.0	7	23.3	12	40.0	3	10.0	6	20.0	1	3.3	5	16.7	7	23.3	0.1283

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: Nco: não corresponde, Cpo: corresponde pouco, Cpt: corresponde em parte, Cmu: corresponde muito, Cto: corresponde totalmente

* Qui-quadrado de independência. Não responderam: GA e GB apresentaram variados níveis de abstinência a essas perguntas.

A análise mostrou que em três itens (de um total de doze= 25%) as opiniões dos participantes foram significativamente diferentes a respeito das percepções sobre como é a própria mãe. Estas diferenças estão comparadas na Figura 10.

Observa-se na Figura 10 que os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) responderam que sua mãe era atenciosa (item 129-11, Cmu=50%) e rejeitaram a percepção de sua mãe ser medrosa (item 129-3, Nco=40%), enquanto os da Escola Privada (Grupo B) embora também tenham apontado que a mãe era atenciosa (item 129-11, Cmu= 20,0%), afirmaram concordar parcialmente que a mãe era medrosa (item 129-3, Cpt=30,0%).

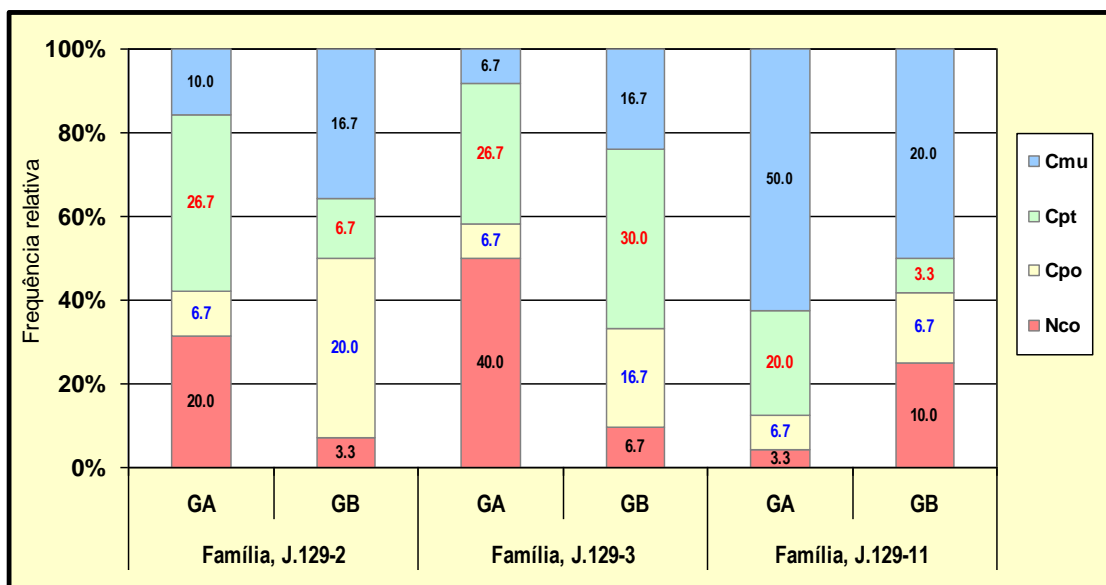


Figura 10: Distribuição (%) das respostas aos itens 129-2, 129-3 e 129-11 referentes às “Percepções sobre a própria mãe” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: Nco: não corresponde, Cpo: corresponde pouco, Cpt: corresponde em parte, Cmu: corresponde muito; 129-2: tranquila; 129-3: medrosa; 129-11: atenciosa.

Percepções dos adolescentes sobre o pai

A Tabela 17 apresenta a frequência e o percentual das respostas relacionadas às percepções dos adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada sobre o próprio pai.

A análise mostrou que em três itens (de um total de 12= 25%) as opiniões dos adolescentes foram significativamente diferentes a respeito das perspectivas sobre como é o pai. Estas diferenças estão comparadas na Figura 11.

Observa-se na Figura 11 que os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) responderam mais frequentemente que não corresponde seu pai ser medroso (item 131-3, Nco= 30,0%) nem ser animado (item 131-4, Nco=26,7%). Na Escola Privada (Grupo B) parece que a figura paterna é vista como simpático (item 131-12, Cmu=63,3%) e animado (item 131-4, 23,3%).

Na Escola Pública somente quatorze (47%) adolescentes responderam sobre o pai. Na Escola Privada foram vinte e seis (87%). Essa diferença obteve p-valor =0.0010 (altamente significante).

Tabela 17: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre o próprio pai” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)										Escola Privada (Grupo B)										p-valor
	Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. satisfeito	3	10.0	10	33.3	1	3.3	0	0.0	0	0.0	5	16.7	7	23.3	6	20.0	4	13.3	4	13.3	0.0423
2. tranquilo	3	10.0	4	13.3	3	10.0	4	13.3	0	0.0	6	20.0	8	26.7	8	26.7	3	10.0	1	3.3	0.6696
3. medroso	9	30.0	3	10.0	1	3.3	1	3.3	0	0.0	2	6.7	9	30.0	8	26.7	4	13.3	3	10.0	0.0038*
4. animado	8	26.7	3	10.0	1	3.3	1	3.3	1	3.3	3	10.0	5	16.7	4	13.3	7	23.3	7	23.3	0.0270*
5. comunicativo	1	3.3	5	16.7	3	10.0	4	13.3	1	3.3	3	10.0	4	13.3	3	10.0	16	53.3	0	0.0	0.1795
6. “ de lua”	9	30.0	3	10.0	2	6.7	0	0.0	0	0.0	10	33.3	5	16.7	4	13.3	4	13.3	2	6.7	0.3458
7. seguro de si	3	10.0	1	3.3	6	20.0	3	10.0	1	3.3	5	16.7	7	23.3	6	20.0	4	13.3	4	13.3	0.452
8. independente	1	3.3	3	10.0	2	6.7	8	26.7	0	0.0	5	16.7	7	23.3	6	20.0	4	13.3	4	13.3	0.0665
9. nervoso	2	6.7	1	3.3	3	10.0	5	16.7	3	10.0	2	6.7	6	20.0	6	20.0	5	16.7	7	23.3	0.5874
10. compreensivo	1	3.3	3	10.0	8	26.7	2	6.7	0	0.0	6	20.0	8	26.7	8	26.7	3	10.0	1	3.3	0.4359
11. atencioso	3	10.0	5	16.7	4	13.3	2	6.7	0	0.0	3	10.0	5	16.7	4	13.3	7	23.3	7	23.3	0.1475
12. simpático	4	13.3	5	16.7	5	16.7	0	0.0	0	0.0	3	10.0	4	13.3	3	10.0	16	53.3	0	0.0	0.0023*

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: Nco: não corresponde, Cpo: corresponde pouco, Cpt: corresponde em parte, Cmu: corresponde muito, Cto: corresponde totalmente.

* Qui-quadrado de independência. Não responderam: 16 no Grupo A e 4 no Grupo B.

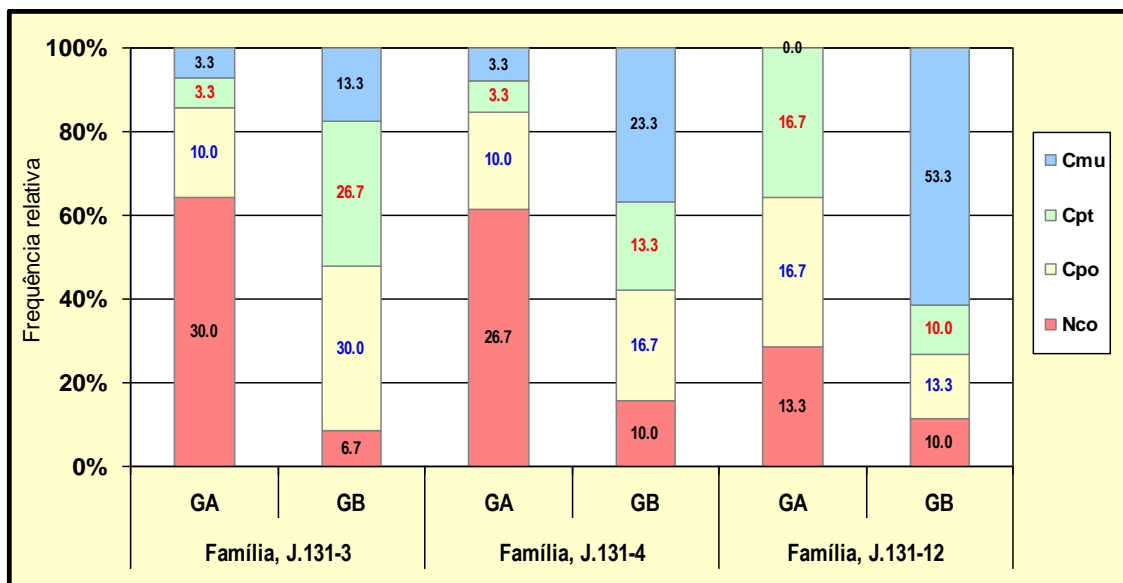


Figura 11: Distribuição (%) das respostas aos itens 131-3, 131-4 e 131-12 referentes às “Percepções sobre o próprio pai” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: Nco: não corresponde, Cpo: corresponde pouco, Cpt: corresponde em parte, Cmu: corresponde muito; 131-3: medroso; 131-4: animado; 131-12: simpático.

Percepções dos adolescentes sobre o avô/avó

A Tabela 18 apresenta a frequência e o percentual relacionados às percepções dos adolescentes sobre o avô/avó segundo a visão de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada.

A análise das respostas mostrou que em nove itens as opiniões dos adolescentes foram significativamente diferentes a respeito das percepções sobre como é o/a avô/avó. Estas diferenças estão comparadas na Figura 12.

Tabela 18: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas às “Percepções sobre o avô/avó” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)										Escola Privada (Grupo B)										p-valor
	Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. satisfeito/a	1	3.3	1	3.3	8	26.7	5	16.7	7	23.3	2	6.7	2	6.7	4	13.3	9	30.0	0	0.0	0.0465*
2. tranqüilo/a	2	6.7	2	6.7	8	26.7	10	33.3	0	0.0	2	6.7	1	3.3	5	16.7	9	30.0	0	0.0	0.9309
3. medroso/a	17	56.7	3	10.0	1	3.3	1	3.3	0	0.0	4	13.3	6	20.0	5	16.7	2	6.7	0	0.0	0.0089*
4. animado/a	1	3.3	3	10.0	2	6.7	16	53.3	0	0.0	1	3.3	5	16.7	11	36.7	0	0.0	0	0.0	<0.0001*
5. comunicativo/a	3	10.0	5	16.7	1	3.3	4	13.3	9	30.0	1	3.3	4	13.3	12	40.0	0	0.0	0	0.0	0.0001*
6. “ de lua”	14	46.7	7	23.3	1	3.3	0	0.0	0	0.0	10	33.3	1	3.3	1	3.3	5	16.7	0	0.0	0.0214*
7. seguro/a de si	1	3.3	2	6.7	8	26.7	11	36.7	0	0.0	2	6.7	2	6.7	4	13.3	9	30.0	0	0.0	0.742
8. independente	12	40.0	5	16.7	2	6.7	1	3.3	2	6.7	2	6.7	2	6.7	4	13.3	9	30.0	0	0.0	0.0018*
9. nervoso/a	15	50.0	5	16.7	1	3.3	1	3.3	0	0.0	11	36.7	2	6.7	1	3.3	1	3.3	2	6.7	0.5066
10. compreensivo/a	1	3.3	1	3.3	2	6.7	1	3.3	17	56.7	2	6.7	1	3.3	5	16.7	9	30.0	0	0.0	<0.0001*
11. atencioso/a	1	3.3	3	10.0	2	6.7	16	53.3	0	0.0	1	3.3	5	16.7	11	36.7	0	0.0	0	0.0	<0.0001*
12. simpático/a	1	3.3	3	10.0	3	10.0	15	50.0	0	0.0	1	3.3	4	13.3	12	40.0	0	0.0	0	0.0	0.0002*

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: Nco: não corresponde, Cpo: corresponde pouco, Cpt: corresponde em parte, Cmu: corresponde muito, Cto: corresponde totalmente.

* Qui-quadrado de independência. Não responderam: Grupo A (8 alunos) e Grupo B (13 alunos).

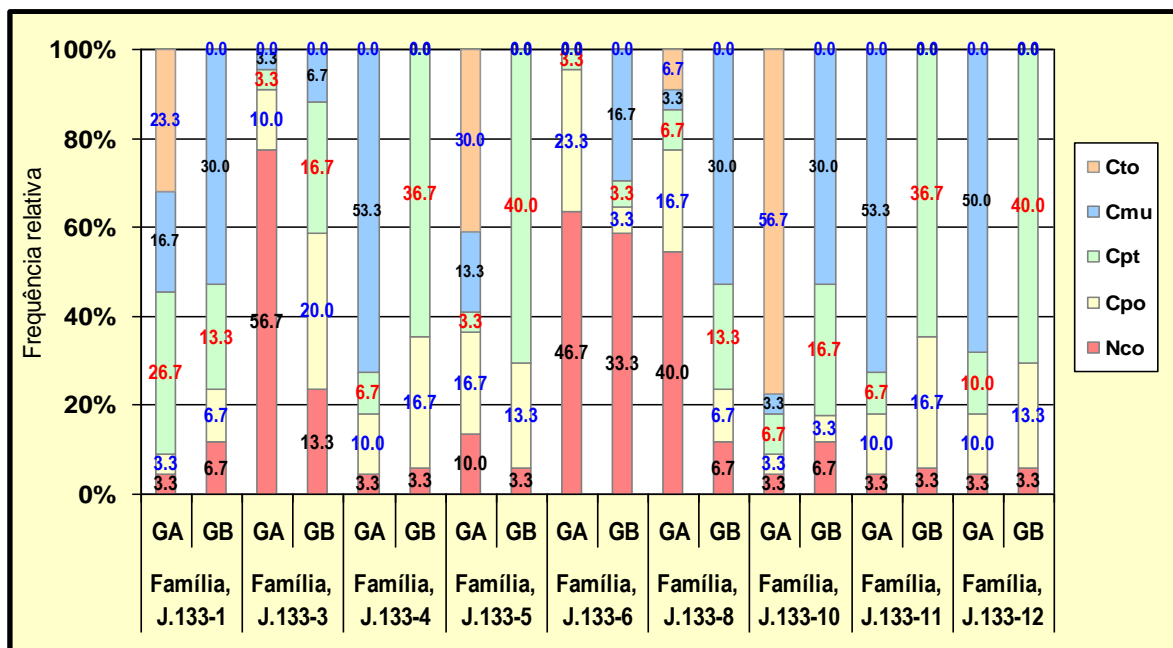


Figura 12: Distribuição (%) das respostas aos itens 133-1, 133-3, 133-4, 133-5, 133-6, 133-8, 133-10, 133-11 e 133-12 referentes às “Percepções dos adolescentes sobre como é seu avô/avó” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: Nco: não corresponde, Cpo: corresponde pouco, Cpt: corresponde em parte, Cmu: corresponde muito, Cto: corresponde totalmente; 133-1: satisfeito; 133-3: medroso; 133-4: animado; 133-5: comunicativo; 133-6: de lua; 133-8: independente; 133-10: compreensivo; 133-11: atencioso; 133-12: simpático.

Na Figura 12, considerando-se as respostas mais frequentemente apontadas como Corresponde Muito (Cmu) e Corresponde Totalmente (Cto), observa-se que as diferenças com significância estatística sugerem que, para os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) o avô/avó é compreensivo/a (item 133-10, Cto=66,7%), animado/a (item 133-4, Cmu=63,3%) e medroso/a (item 133-5, Cto=30%). As respostas dos adolescentes da Escola Privada (Grupo B) estiveram mais relacionadas a ser satisfeito (item 133-1, Cmu=30%), independente (item 133-8, Cmu=30%) e ser compreensivo (item 133-10, Cmu=30%).

Bem-Estar

Condições Gerais de Saúde

Considerando as respostas relacionadas às “Condições Gerais de Saúde” descritas pelos adolescentes da Escola Pública e adolescentes da Escola Particular, os resultados sugerem que na Escola Pública a saúde é considerada Excelente ou Muito boa por 61% dos adolescentes, enquanto na escola Privada o resultado foi de 73%. Nenhum estudante escolheu as opções Ruim ou Péssima. O p-valor=0.5423 encontrado indica que não houve diferença significativa entre os dois tipos de escola.

Bem-estar e desempenho físico

A Tabela 19 apresenta a frequência e o percentual das respostas relacionadas ao *Bem-estar e desempenho físico* segundo a visão de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada.

A análise das respostas mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos a respeito do *Bem-estar e desempenho físico*.

Sentimentos e estado de humor

A Tabela 20 apresenta a frequência e o percentual das respostas relacionadas aos *Sentimentos e estado de humor* segundo a visão de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada.

Tabela 19: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao “Bem-estar e desempenho físico” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)										Escola Privada (Grupo B)										p-valor
	Nca		Rar		Asv		Fre		Smp		Nca		Rar		Asv		Fre		Smp		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
137. Sentiu-se bem e em forma	3	10.0	4	13.3	5	16.7	8	26.7	10	33.3	4	13.3	3	10.0	4	13.3	12	40.0	7	23.3	0.7859
138. Fisicamente ativo	3	10.0	4	13.3	3	10.0	8	26.7	12	40.0	6	20.0	2	6.7	5	16.7	8	26.7	9	30.0	0.6277
139. capaz em atividades físicas	1	3.3	6	20.0	4	13.3	6	20.0	13	43.3	6	20.0	2	6.7	4	13.3	9	30.0	9	30.0	0.1413
140. Cheino de energia	2	6.7	4	13.3	6	20.0	4	13.3	14	46.7	4	13.3	3	10.0	4	13.3	12	40.0	7	23.3	0.1098

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: Nca: nunca; Rar: raramente; Asv: às vezes; Fre: frequentemente; Smp: sempre.

* Qui-quadrado de independência. Todos alunos responderam

Tabela 20: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas ao “Sentimentos e estado de humor” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)										Escola Privada (Grupo B)										p-valor
	Nca		Rar		Asv		Fre		Smp		Nca		Rar		Asv		Fre		Smp		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
141 Satisfeito com a vida	1	3.3	8	26.7	3	10.0	10	33.3	8	26.7	6	20.0	2	6.7	5	16.7	8	26.7	9	30.0	0.0933
141. De bom humor	2	6.7	2	6.7	5	16.7	9	30.0	12	40.0	2	6.7	4	13.3	7	23.3	8	26.7	9	30.0	0.6361
143. Divertiu-se	1	3.3	2	6.7	7	23.3	7	23.3	13	43.3	4	13.3	5	16.7	9	30.0	12	40.0	0	0.0	0.0014*
144. Sentiu-se triste	6	20.0	9	30.0	9	30.0	5	16.7	1	3.3	9	30.0	9	30.0	10	33.3	2	6.7	0	0.0	0.5682
145. Não quis fazer nada	16	53.3	5	16.7	4	13.3	2	6.7	3	10.0	10	33.3	8	26.7	8	26.7	3	10.0	1	3.3	0.3297
146. Sentiu-se sozinho	14	46.7	7	23.3	3	10.0	3	10.0	3	10.0	5	16.7	3	10.0	11	36.7	7	23.3	4	13.3	0.0161*
147. Sentiu-se feliz	4	13.3	4	13.3	3	10.0	7	23.3	12	40.0	1	3.3	1	3.3	19	63.3	9	30.0	0	0.0	<0.0001*

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: Nca: nunca; Rar: raramente; Asv: às vezes; Fre: frequentemente; Smp: sempre.

* Qui-quadrado de independência. Todos alunos responderam

A análise das respostas mostrou que em três itens (divertiu-se, sentiu-se sozinho e sentiu-se feliz) as opiniões de adolescentes da Escola Pública e da Escola Privada foram significativamente diferentes a respeito dos sentimentos e estado de humor. Estas diferenças estão comparadas na Figura 13.

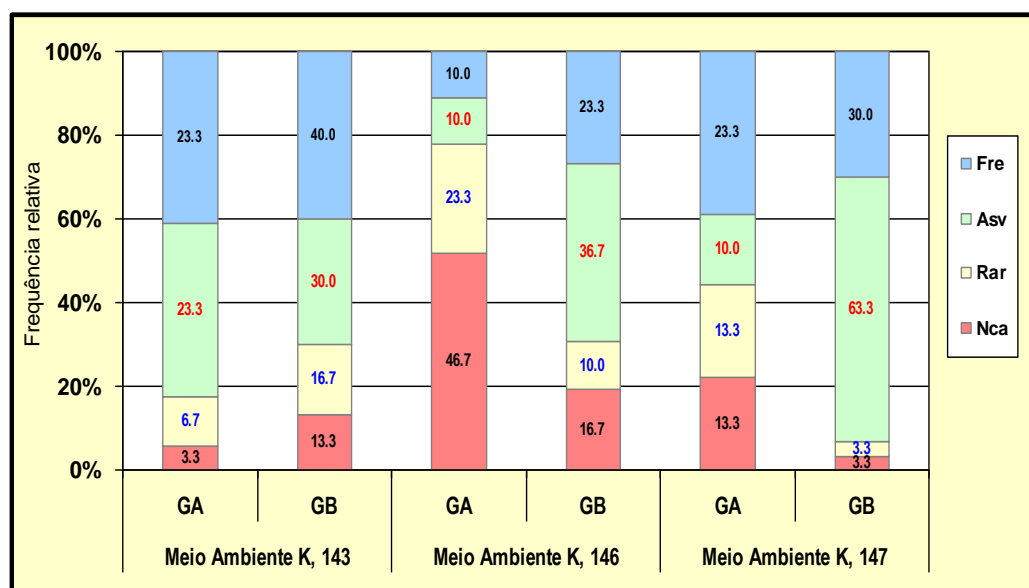


Figura 13: Distribuição (%) das respostas aos itens 143, 146 e 147 referentes aos “Sentimentos e estado de humor” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes da Escola Pública (n=30) e da Escola Privada (n=30). Nota: Nca: nunca; Rar: raramente; Asv: às vezes; Fre: frequentemente; Smp: sempre; K-143: divertiu-se; K-146: sentiu-se sozinho; K-147: sentiu-se feliz.

Observa-se na Figura 13 que a maioria dos adolescentes de Escola Pública (Grupo A) respondeu que nunca sentiu-se sozinho (item 146, Nca=46,7%) e que frequentemente divertiu-se (item 143, Fre=23,3%) e sentiu-se felizes (item 147, Fre=23,3%), enquanto os da Escola Privada (Grupo B) afirmaram que frequentemente divertiram-se (item 143, Fre=40,0%) e às vezes sentiam-se felizes (item 147, Asv=63,3%).

Família e tempo livre

A Tabela 21 apresenta a frequência e o percentual relacionados à *Família e tempo livre* segundo a visão de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada.

A análise das respostas mostrou que em quatro itens as opiniões de adolescentes de Escola Pública (Grupo A) e de Escola Privada (Grupo B) foram significativamente diferentes a respeito da família e tempo livre. Estas diferenças estão comparadas na Figura 14.

Observa-se na Figura 14 que, comparados com os adolescentes da Escola Pública, os adolescentes da Escola Privada (Grupo B) relataram que raramente tiveram dinheiro suficiente para atividades com amigos (item 153, Rar= 53,3%) e para suas próprias despesas (item 154, Rar=63%), e que raramente os pais tiveram tempo suficiente para eles (item 150, Rar=50%). Por outro lado, os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) afirmaram que seus pais sempre tiveram tempo suficiente para eles (item 150, Smp= 33,3%) e que frequentemente tiveram dinheiro para atividades com os amigos (item 153, Fre=26,7%).

Tabela 21: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas à “Família e tempo livre” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)										Escola Privada (Grupo B)										p-valor
	Nca		Rar		Asv		Fre		Smp		Nca		Rar		Asv		Fre		Smp		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
148. Tempo suficiente para si.	2	6.7	9	30.0	5	16.7	7	23.3	7	23.3	3	10.0	5	16.7	10	33.3	12	40.0	0	0.0	0.0231*
149. fez atividades que gosta.	1	3.3	4	13.3	6	20.0	3	10.0	16	53.3	1	3.3	2	6.7	8	26.7	8	26.7	11	36.7	0.3861
150. Os seus pais tiveram tempo suficiente para você.	4	13.3	6	20.0	4	13.3	6	20.0	10	33.3	7	23.3	15	50.0	4	13.3	2	6.7	2	6.7	0.0173*
151. Seus pais o trataram com justiça.	3	10.0	8	26.7	3	10.0	4	13.3	12	40.0	6	20.0	5	16.7	9	30.0	6	20.0	4	13.3	0.0588
152. Foi capaz de conversar com seus pais.	4	13.3	5	16.7	4	13.3	3	10.0	14	46.7	4	13.3	13	43.3	9	30.0	3	10.0	1	3.3	0.0022*
153. Teve dinheiro para atividades com amigos.	5	16.7	10	33.3	3	10.0	8	26.7	4	13.3	6	20.0	16	53.3	8	26.7	0	0.0	0	0.0	0.0034*
154. Teve dinheiro suficiente para suas despesas.	9	30.0	6	20.0	8	26.7	3	10.0	4	13.3	4	13.3	19	63.3	7	23.3	0	0.0	0	0.0	0.0031*

Fonte: Protocolo da pesquisa. * Qui-quadrado de independência. Todos os alunos responderam.

Nota: Nca: nunca; Rar: raramente; Asv: às vezes; Fre: frequentemente; Smp: sempre.

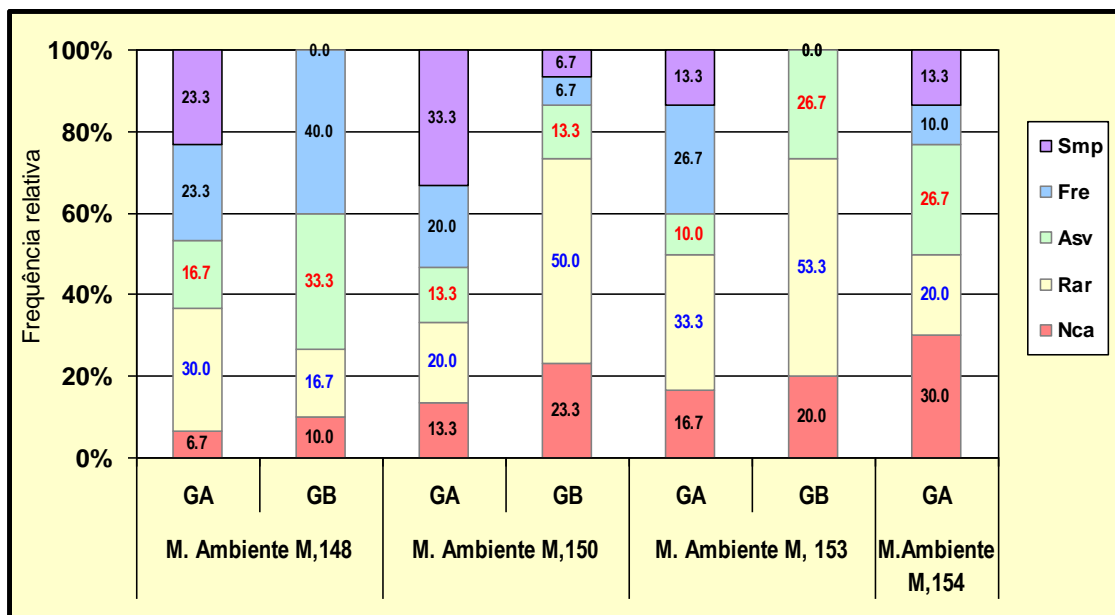


Figura 14: Distribuição (%) das respostas aos itens 148, 150, 153 e 154 referentes a “Família e tempo livre” que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: Smp: sempre; Fre: frequentemente; Asv: às vezes; Rar: raramente; Nca: nunca; M-148: tempo suficiente para si; M-150: os seus pais tiveram tempo suficiente para você; M-152: foi capaz de conversar com seus pais; M-153: teve dinheiro para atividades com amigos; M-154: teve dinheiro suficiente para suas despesas.

Amigos, ambiente escolar e aprendizagem

A Tabela 22 apresenta a frequência e o percentual relacionados aos amigos, ambiente escolar e aprendizagem segundo a visão de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada.

A análise das respostas mostrou que em todos os itens as opiniões de adolescentes da Escola Pública e da Escola Privada foram significativamente diferentes a respeito dos amigos, ambiente escolar e aprendizagem. Estas diferenças estão comparadas na Figura 15.

Tabela 22: Frequência e Percentual das Respostas Relacionadas a “Amigos, ambiente escolar e aprendizagem” na visão de adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30)

	Escola Pública (Grupo A)										Escola Privada (Grupo B)										p-valor
	Nca		Rar		Asv		Fre		Smp		Nco		Cpo		Cpt		Cmu		Cto		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
155. Passou tempo com amigos	3	10.0	4	13.3	6	20.0	7	23.3	10	33.3	3	10.0	6	20.0	9	30.0	12	40.0	0	0.0	0.0152*
156. Se diverti com amigos	2	6.7	4	13.3	4	13.3	5	16.7	15	50.0	1	3.3	5	16.7	5	16.7	19	63.3	0	0.0	<0.0001*
157. Ajudaram-se mutuamente	4	13.3	3	10.0	1	3.3	9	30.0	13	43.3	5	16.7	14	46.7	11	36.7	0	0.0	0	0.0	<0.0001*
158. Sentiu que podia confiar nos amigos	3	10.0	7	23.3	6	20.0	2	6.7	12	40.0	3	10.0	6	20.0	5	16.7	16	53.3	0	0.0	<0.0001*
159. Sentiu-se feliz na escola.	1	3.3	6	20.0	5	16.7	5	16.7	13	43.3	2	6.7	3	10.0	17	56.7	3	10.0	5	16.7	0.0178*
160. Foi bom aluno na escola.	1	3.3	5	16.7	8	26.7	7	23.3	9	30.0	14	46.7	8	26.7	6	20.0	2	6.7	0	0.0	<0.0001*
161. Se sentiu capaz de prestar atenção	4	13.3	6	20.0	5	16.7	15	50.0	0	0.0	2	6.7	16	53.3	9	30.0	3	10.0	0	0.0	0.0025*
162. Boa relação com os professores	1	3.3	2	6.7	4	13.3	7	23.3	16	53.3	9	30.0	10	33.3	11	36.7	0	0.0	0	0.0	<0.0001*

Fonte: protocolo da pesquisa. Nota: Nca: nunca; Rar: raramente; Asv: às vezes; Fre: frequentemente; Smp: sempre.

* Qui-quadrado de independência. Todos alunos responderam.

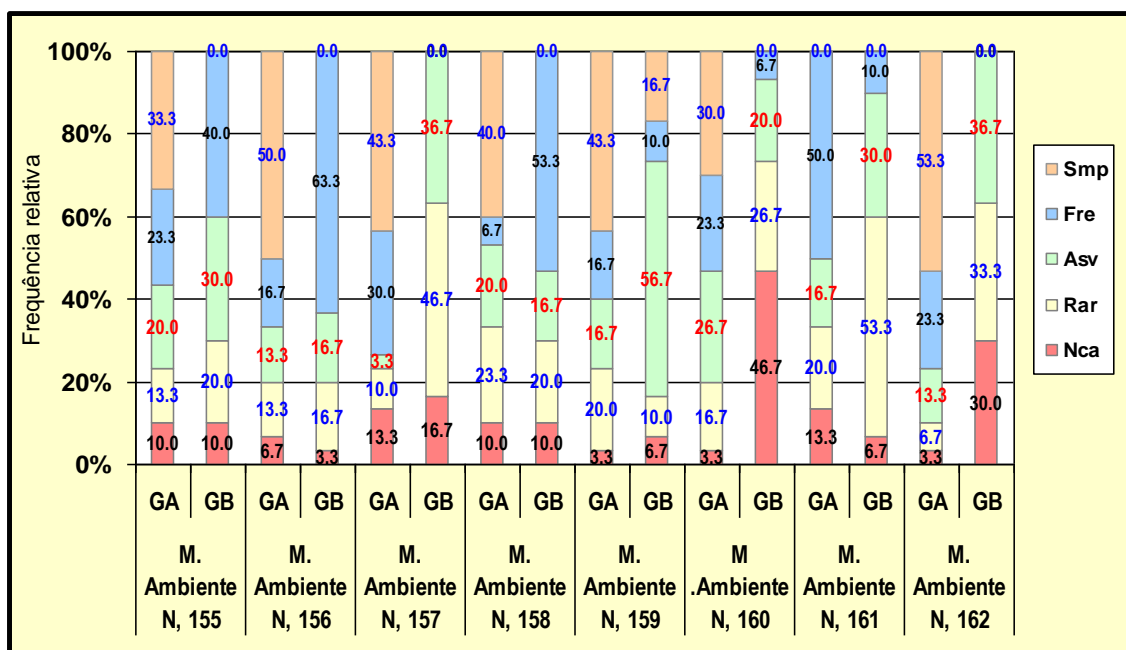


Figura 15: Distribuição (%) das respostas aos itens 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161 e 162, referentes aos "Amigos, ambiente escolar e aprendizagem" que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre adolescentes de Escola Pública (n=30) e de Escola Privada (n=30). Nota: Smp: sempre; Fre: frequentemente; Asv: às vezes; Rar: raramente; Nca: nunca; N-155: passou tempo com amigos; N-156: se divertiu com amigos; N-157: ajudaram-se mutuamente; N-158: sentiu que podia confiar nos amigos; N-159: sentiu-se feliz na escola; N-160: foi bom aluno na escola; N-161: se sentiu capaz de prestar atenção; N-162: boa relação com os professores.

Na Figura 15, considerando-se as respostas mais frequentemente apontadas como Sempre (Smp), observa-se que as diferenças com significância estatística sugerem que, os adolescentes da Escola Pública (Grupo A) afirmaram que tinham boa relação com os professores (item 162, Smp: 53,3%), e que se divertiam com os amigos (item 156, Smp: 50,0%).

Os da Escola Privada (Grupo B), frequentemente se divertiam com os amigos (item 156, Fre: 63,3%), sentiam que podiam confiar nos amigos (item 158, Fre: 53,3%) e nunca foram bons alunos na escola (item 160, Nca: 46,7%).

DISCUSSÃO

Inicialmente serão discutidas as características sociodemográficas dos participantes e posteriormente as demais questões relacionadas à saúde/doença mental, família e bem-estar segundo a visão de adolescentes de escola pública e adolescentes de escola privada. Preferencialmente, os resultados foram comparados com os resultados obtidos nos estudos de Amparo et al. (2010) e de Rodrigues (2011), ambos com delineamento semelhante ao deste estudo e realizados em Brasília e em Belém, respectivamente.

Características sociodemográficas

A amostra foi composta de 60 adolescentes e seus respectivos cuidadores. O percentual por gênero, de 58% para o feminino e 42% para o masculino, corrobora com o percentual indicado neste grupo etário para a população de Belém segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2010-a) e semelhante ao encontrado no estudo de Rodrigues (2011).

Quanto à escolaridade, o maior percentual aponta o curso da oitava série do Ensino Fundamental (43%) na Escola Pública (Grupo A) e a sexta série do Ensino Fundamental (40%) na Escola Privada (Grupo B). Os participantes tinham entre 15 e 17 anos na Escola Pública e entre 12 a 14 anos na Escola Privada, apresentando distorção na correspondência entre série e idade cronológica, com os alunos da Escola Pública com mais idade e em séries mais atrasadas que os da Escola Privada, que eram mais jovens. O esperado para a faixa etária de 15 anos seria o primeiro ano do Ensino Médio, de acordo com o modelo educacional vigente no Brasil sancionado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - nº 9.394. Esses dados, no entanto, não contradizem a realidade do ensino público brasileiro para a faixa

etária de 15 a 17 anos de idade, uma vez que esta apresenta índices desfavoráveis de progressão nas séries escolares, pois a taxa de frequência dos adolescentes brasileiros ao Ensino Médio não atinge a metade deste segmento populacional, caracterizando uma taxa de defasagem escolar elevada (IBGE, 2010-b).

A defasagem na Escola Pública pode estar relacionada ao alto índice de reprovação e de evasão escolar usualmente encontrados em escolas públicas brasileiras (IBGE, 2010-b). Dentre os motivos apontados para explicar esta defasagem, destacam-se: mau desempenho acadêmico, gravidez precoce, dificuldades de relacionamento com os pares, falta de atividades extra-curriculares que motivem os adolescentes a permanecer na escola, falta de equipamentos adequados para uma aula “dinâmica”, uso de drogas ilícitas, brigas na família e ausência de acompanhamento profissional especializado.

Em estudo realizado por Ferreira e Marturano (2002) com o objetivo de investigar fatores associados ao baixo desempenho escolar, os resultados mostraram que as adversidades cotidianas poderiam estar relacionadas à diminuição de interesse e motivação para a escola. Problemas nas relações interpessoais, falhas em práticas parentais, monitoramento e suporte, pouco investimento dos pais no desenvolvimento da criança, práticas punitivas e modelos adultos agressivos foram situações adversas encontradas nas famílias das crianças com problemas de comportamento.

Tais resultados são compatíveis com estudo realizado por Morais (2008) em Porto Alegre e por Rodrigues (2011) em Belém, onde foram observadas adversidades na família que podem estar associadas com o baixo desempenho escolar, como problemas interpessoais (entre o casal e/ou entre pais e filhos), sobrecarga de responsabilidade das cuidadoras que compromete o acompanhamento dos filhos, negligência, perdas na família (de status, por separações ou por homicídios) e doença crônica na família.

A violência na escola pública também parece estar associada à evasão, pois a incidência deste fenômeno tem aumentado, entre os pares e destes para com os professores, trazendo implicações para a saúde mental e o comportamento dos adolescentes, como agressividade, depressão, ansiedade, anorexia, bulimia e até o suicídio (Almeida, Lisboa & Caurcel, 2007; Njaine & Minayo 2003; Oliveira & Antonio, 2006). A escola pode se tornar um local aversivo ao expor o aluno a situações de violência e bullying. Estas experiências sofridas podem levar à evasão na medida em que o adolescente busca fugir da situação de violência. Neste estudo, na Escola Privada não houve relatos relacionados à violência na escola. Na Escola Pública, houve relatos de violência feitos pelo coordenador, embora esta variável não tenha sido investigada entre os adolescentes, cabendo investigação em futuros estudos.

Com relação à cor/raça dos adolescentes, tanto na Escola Pública (53,3%) quanto na Escola Privada (40%) o percentual de pardos está abaixo do esperado para a região metropolitana de Belém, que é de 68% (IBGE, 2010-a). No entanto, o percentual de brancos na Escola Privada (47%) está acima do esperado, que é de 25%, enquanto na Escola Pública está abaixo (17%). Com relação aos negros, o percentual da Escola Privada (13%) e da Escola Pública (30%) está acima do esperado, que é de 6% (IBGE, 2010-a), sendo que tais resultados corroboram com o estudo realizado na cidade de Belém-Pará por Rodrigues (2011).

Com relação aos arranjos familiares, 37% (n=11) dos cuidadores dos adolescentes da Escola Pública declararam ter uma “união estável”, categoria na qual foram incluídos os casados e os que moram juntos. Na Escola Privada, 60% (n= 18) declararam ter união estável, o que torna os resultados deste estudo diferente do que foi observado em Belém por Rodrigues (2011), que obteve resultado médio igual a 54%.

Dentre os adolescentes da Escola Pública que moravam com os pais (ou padrasto/madrasta), 57% moravam com outros parentes (tia/tio, avó/avô), diferentemente da Escola Privada que apresentou percentual de 43% de família estendida.

Do total de adolescentes da Escola Pública, 23% não conviviam com outros parentes, enquanto na Escola Privada o percentual foi de 53%. O percentual obtido com os adolescentes da Escola Pública foi menor que o esperado (38% conforme apontado pelo IBGE, 2010-b) enquanto na Escola Privada foi muito superior.

Os resultados concordam com o recente estudo divulgado pelo IBGE (2010-a) acerca das características do modelo familiar brasileiro, com tendência a se tornar mais heterogênea, com aumento de divórcios e de habitações com famílias monoparentais ou estendidas.

Nesse estudo foram usados alguns indicadores de nível socioeconômico, como a posse de carro e computador e o uso de quarto exclusivo, os quais mostraram diferença significativa entre adolescentes da Escola Pública e da Escola Privada. Com relação à posse de carro, na Escola Pública ninguém referiu ter carro, enquanto na Escola Privada todos possuíam pelo menos um carro, com a maioria possuindo mais de um carro (67%). O resultado da Escola Privada está acima do percentual esperado na população brasileira (37%) e do esperado para a região Norte do Brasil (18%), de acordo com o IBGE (2010-b).

Com relação à posse de computador, o percentual foi elevado na Escola Privada (na qual 63% possuíam pelo menos um computador), enquanto na Escola Pública o percentual (30%) foi compatível ao encontrado na população geral da região metropolitana de Belém (estimado em 26%) e um pouco abaixo da população brasileira (estimado em 31%), segundo o IBGE (2010-b). Estes dados corroboram com os achados de Rodrigues (2011).

Ao compararem-se os resultados do presente estudo com os obtidos pelos estudos realizados pelo grupo de pesquisa nas cidades de Belém (Rodrigues, 2011), Porto Alegre

(Morais, 2008) e Brasília (Amparo et al., 2010), observa-se que, na amostra geral (Escola Pública e Escola Privada) o percentual dos que não possuem quarto exclusivo é inferior aos 50% encontrados em Porto Alegre com adolescentes de baixa renda, uma vez que no presente estudo 100% dos adolescentes da Escola Pública não tem quarto exclusivo, enquanto na Escola Privada esse percentual diminui para 36%. No caso de Brasília, 55% dos adolescentes não tem quarto exclusivo, enquanto no estudo de Rodrigues (2011) 84% dos adolescentes da escola pública de Belém também não tem. No caso da escola privada, os resultados encontrados em Brasília sugerem que apenas 15% não tem quarto exclusivo contra 40% da escola privada de Belém (Rodrigues, 2011).

Com relação à renda familiar, o percentual mais elevado foi encontrado na Escola privada, com 33% de renda variando entre R\$1.601,00 a R\$ 2.200,00, enquanto cerca de 63% das famílias da Escola Pública apontaram renda que variava de R\$401,00 a R\$ 1.000,00.

No estudo realizado por Rodrigues (2011), a renda das famílias da Escola Pública variou de R\$401,00 a R\$1.600,00 reais (68%), sendo, portanto, semelhante aos resultados obtidos neste estudo. Por outro lado, na Escola Privada variou de R\$2.201,00 a mais de R\$5.000,00 reais (80%), sendo bem mais elevada do que a renda encontrada na escola Privada do presente estudo. Comparativamente, as famílias da Escola Privada de Brasília (Amparo et al., 2010) relataram renda superior a R\$5.000,00 reais (76%), enquanto o percentual dessa mesma faixa em Belém foi de 30% neste estudo e de 36% no estudo de Rodrigues (2011). Desse modo, observou-se que os adolescentes de escola privada de Belém possuem renda inferior aos adolescentes que participaram do estudo em Brasília, evidenciando desigualdades regionais brasileiras.

Com relação à ocupação relatada pelas cuidadoras, na Escola Pública o maior percentual apontou para “dona de casa” (53%), seguido de “desempregada” (27%) e “assalariadas” (20%). Neste estudo, agrupou-se na categoria de assalariados todas as

profissões por meio das quais o informante recebia renda fixa. Para a Escola Privada o maior percentual referiu “assalariada” (77%), seguido de “dona de casa” (17%) e “desempregada” (7%). Comparando-se estes resultados aos obtidos por Rodrigues (2011), observa-se que neste estudo haviam mais cuidadoras donas de casa do que no estudo citado (19%).

Percepções dos adolescentes acerca de saúde mental

Um dos critérios de inclusão da pesquisa era o adolescente não estar sofrendo de doença mental. No entanto, o instrumento usado nesse estudo permitiu o questionamento sobre um possível problema de saúde mental o qual não foi analisado, em momento algum como doença mental.

No presente estudo, apenas três adolescentes da Escola Privada declararam ter recebido ajuda de um profissional de saúde mental (psicólogo) para enfrentar problema de saúde.

No estudo de Rodrigues (2011), o qual comparou amostra clínica e não-clínica, os adolescentes declararam que a principal ajuda recebida foi de psicólogo (80%) e de psiquiatra (33%). No estudo de Amparo et al. (2010), realizado em Brasília com cento e cinquenta e um adolescentes, estes relataram ajuda recebida de psicólogos (76%) e de psiquiatras (10%).

Uma possível justificativa para estas discrepâncias pode ser o número de adolescentes que compõe a amostra e que declararam ter tido algum tipo de problema de saúde mental, pequeno no presente estudo. Outra possibilidade pode ser o desconhecimento, pelos adolescentes, do que faz o profissional de saúde mental e também sobre dificuldade de acesso a serviços.

A idade média de aparecimento de um problema de saúde mental foi de 11,7 anos na Escola Pública e de 10 anos na Escola Privada. Para os adolescentes da Escola Privada o

tratamento iniciou sete meses após o início da doença. Por outro lado, na Escola Pública o tratamento somente iniciou, em média, dois anos e três meses após o surgimento do problema. Estes dados corroboram com o estudo de Rodrigues (2011), em que a idade de aparecimento foi de 11,42 anos e a do início do tratamento foi de 12,32 anos. No entanto, apresenta percentuais maiores que os encontrados por Amparo et al. (2010) em Brasília, que foi de 9,7 e 11,1 anos, respectivamente.

Observou-se que houve diferença significativa entre os contextos pesquisados com relação a somente dois quesitos relacionados à concepção dos adolescentes sobre saúde mental. Na Escola Pública, a preferência foi por “não ser tão sensível/frágil” (40%), enquanto na Escola Privada o significado de saúde mental esteve mais associado a “pensar positivo, ser otimista” (36,7%).

Com relação a “não ser tão sensível/frágil”, este estudo corrobora com as informações obtidas por Rodrigues (2011) em que se considerou os aspectos individuais dos adolescentes da Escola Pública, tais como saúde física, nutrição e problemas emocionais. Também corrobora com os inerentes ao contexto familiar, como carga de trabalho, condições físicas de moradia, facilidade de acesso, transporte, segurança e acolhimento da instituição educacional.

Quanto a “pensar positivo, ser otimista”, observa-se entre os adolescentes da Escola Privada uma visão mais ampla de saúde, não relacionando-a somente à ausência de doença, mas também incluindo elementos de qualidade de vida, como propõe a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005). O otimismo é uma variável que está geralmente associada a bem-estar físico e psicológico. Os indivíduos com níveis mais elevados de otimismo estão mais propensos a realizar ações proativas para proteger a saúde, de acordo com Carver, Scheier & Segerstrom (2010). O fato de os adolescentes da Escola Privada terem preferido estas características pode sugerir presença de fatores protetivos para a saúde mental destes (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Tais resultados corroboram com os achados de Morais (2008), ao destacar que a saúde mental dos adolescentes precisa ser compreendida de modo sistêmico, uma vez que características da família, da escola e da comunidade nas quais o adolescente está inserido, podem influenciar sobre os comportamentos e estado emocional. Neste estudo, em particular, enfatizou-se a importância do contexto escolar para trabalhar em vista da educação em saúde.

Percepções dos adolescentes acerca da doença mental

Sobre a visão de estar doente mentalmente, os adolescentes da Escola Pública apontaram que é “quando o corpo não está bem” e a “quando profissionais aconselham um tratamento”. Na Escola Privada, a maior média obtida foi “ter sentimentos feridos” e “ser algo que não se percebe logo”.

Observou-se também que os adolescentes, independente do estrato, admitiram que era “difícil de definir”. Tais resultados sugerem que os adolescentes têm dificuldades para identificar problemas de saúde mental, tanto em si quanto no outro, demandando a participação de terceiros para a promoção de sua saúde, conforme sugerem Oliveira (2003) e Pedroso (2003).

As menores médias estão associadas às variáveis “não ter amigos” e “algo que quase não pode ser curado”, revelando pouca tendência a exclusão de um doente mental/emocional entre os adolescentes. De acordo com Rodrigues (2011), tais resultados não evidenciam estereótipos sociais com atitudes preconceituosas, como o isolamento social.

Influência da religião sobre a saúde mental

Entre os adolescentes, a religião não pareceu um fator que tenha muita relação com a saúde e a doença mental. Entretanto, observou-se diferença significativa quanto a atribuição,

pelos adolescentes da Escola Privada, de relação entre religião e cura de uma doença mental/emocional. Mesmo a religião sendo considerada como um recurso potencializador da cura, na medida em que as pessoas recorrem ao auxílio do transcendente diante de situações estressantes, como apontado por Panzini e Bandeira (2007), somente os adolescentes da Escola Privada consideraram a religião como fator relevante.

Os achados neste estudo são similares aos encontrados por Amparo et al. (2010) em Brasília e por Rodrigues (2011) em Belém e corroboram com os resultados de vários estudos que visam analisar as correlações entre religiosidade e saúde mental.

Estratégias de enfrentamento para problemas de saúde mental

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos adolescentes quando estes se sentem mal mentalmente/emocionalmente variam entre comportamentos de enfrentamento da situação a atitudes de fuga, como “falo com alguém sobre o problema”, predominantemente citada pelos adolescentes da Escola Pública, e “não procuro ajuda”, pelos da Escola Privada. Observou-se também maior uso de medicamentos entre os adolescentes da Escola Privada (n=19 de 30)

A estratégia de enfrentamento só será efetiva se o comportamento utilizado amenizar os sentimentos desconfortáveis e auxiliar a pessoa a lidar com a situação estressante em longo prazo (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998).

As principais estratégias mencionadas pelos adolescentes apontam para a possibilidade de eles estarem em condição de risco para o enfrentamento de problemas de saúde mental, confirmando resultados encontrados por Rodrigues (2011).

Neste sentido, Morais (2008) considera importante desenvolver ações preventivas e de promoção de saúde que desenvolvam, fortaleçam e ampliem as estratégias e competências dos

adolescentes para lidar com adversidades que surgem em situações de estresse ou no curso cotidiano da vida.

Neste estudo, observou-se como fatores de proteção a valorização de sentimento de pertencimento ao grupo de amigos, boa relação interpessoal, comunicação e cuidadores responsivos como fatores associados à manutenção da saúde mental dos indivíduos na família, corroborando com Ferriolli, Marturano e Puntel (2007).

Busca de ajuda quando apresentavam problemas de saúde mental

Os adolescentes da Escola Pública apontaram a mãe, os irmãos e uma pessoa do contexto religioso como as principais referências para a busca de apoio frente a um problema mental. Na Escola Privada, a prevalência foi uma pessoa da medicina alternativa/natural, o médico de família ou pediatra e uma pessoa do contexto religioso.

Deste modo, a família, amigos e médico se caracterizam como uma importante rede de suporte e apoio aos adolescentes, compreendendo-se que suporte familiar e social é aquele capaz de fornecer ao indivíduo proteção e apoio, visando ao bem-estar psicológico e a satisfação de vida das pessoas conforme apontando por Pratta e Santos (2007). O suporte social, principalmente o familiar, pode ser considerado como um dos mais relevantes amortecedores do efeito de diversos estressores na vida das pessoas.

Destaca-se que tanto na Escola Pública quanto na Privada, a escola e seus profissionais não foram citados como fonte de apoio para problemas de saúde mental.

Estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso aos serviços

Sobre os estereótipos em saúde mental e barreiras de acesso ao serviço, foi percebido que os adolescentes desconhecem o que faz o psicólogo e o psiquiatra e que têm medo de serem caçados e de sofrerem gozações de seus pares. Esse dado revela um conhecimento superficial sobre o trabalho dos profissionais de saúde mental. Resultado semelhante foi encontrado por Rodrigues (2011), tanto entre adolescentes em tratamento clínico quanto em adolescentes escolares não-clínicos.

De acordo com Souza Filho, Oliveira e Lima (2006), o psicólogo é percebido como um profissional promotor de saúde mental e proporcionador de auxílio psicológico. Entretanto, esta visão é mais clara entre profissionais de saúde e não na população em geral.

Nestes resultados percebeu-se a presença de estereótipos culturais acerca da doença mental ao revelar a preocupação dos adolescentes em ser motivo de brincadeira entre os colegas, e também ao associarem os profissionais de saúde mental aos cuidados do “maluco/louco”.

Estes resultados expressam o quão estigmatizada ainda parece ser a visão de doença mental/emocional entre adolescentes, independente do estrato. Observa-se que o processo de reelaboração do conceito de saúde/doença mental é mais trabalhoso do que a reorganização de dispositivos e estratégias de atendimento e inclusão do doente mental, conforme destacado por Silveira e Braga (2005, citado por Rodrigues, 2011).

Neste sentido, destaca-se o papel da escola como apoio para identificar dificuldades emocionais em seus alunos, orientando e encaminhando para serviços de atenção à saúde mental, de modo preventivo.

Além disso, conhecer melhor como se dá a porta de entrada ao serviço de psiquiatria e psicologia na rede pública na cidade de Belém-PA poderia clarificar melhor as barreiras de acesso ao serviço.

Sobre a percepção de como seria um tratamento/terapia para um problema mental, observa-se que os adolescentes veem, de maneira positiva, o cuidado a ser dispensado pelos profissionais de saúde, mesmo sem conhecer bem o que faz este profissional, como apresentado em dados anteriores deste estudo referente aos estereótipos. Outra barreira, novamente apontado nos resultados, é a preocupação com a opinião dos outros, o que corrobora com os achados de Morais (2008) e de Rodrigues (2011).

Bem-estar e condições gerais de saúde

Na Escola Pública, a saúde foi considerada excelente ou muito boa por 61% dos adolescentes, enquanto na Escola Privada o resultado foi de 73%. Nenhum estudante escolheu a opção ruim ou péssima.

Os resultados sugerem que os contextos em que foi realizado o estudo não influenciaram na opinião dos adolescentes quanto a avaliação da própria saúde, uma vez que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas. Tais resultados também foram apontados em Rodrigues (2011).

Os resultados sugerem que os adolescentes tinham oportunidades de lazer, de passeios e de estar na presença de familiares, independente do estrato, o que pode ser considerado como fatores protetivos para a saúde mental destes adolescentes (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Família e tempo livre

Os adolescentes da Escola Privada declararam que raramente tiveram dinheiro suficiente para suas próprias despesas e que os pais não tiveram tempo suficiente para eles. Por outro lado, na Escola Pública, os adolescentes declararam que sempre tiveram tempo suficiente para si e que frequentemente tiveram dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os seus colegas.

Dada a importância da vinculação aos pais e colegas para a saúde e desenvolvimento dos adolescentes, deve ser fonte de cuidado o tempo gasto em atividades compartilhadas com familiares e amigos. Os resultados do presente estudo apontam que os adolescentes da Escola Particular se encontram em situação de risco, ao serem comparados com os da Escola Pública, considerando-se o tempo que os pais/cuidadores dispunham para interação (Paludo & Koller, 2005)..

Amigos, ambiente escolar e aprendizagem

A análise das respostas mostrou que em todos os itens as opiniões de adolescentes da Escola Pública e da Privada foram significativamente diferentes a respeito dos amigos, ambiente escolar e aprendizagem.

Os resultados apontaram que os adolescentes da Escola Pública afirmaram que tinham boa relação com os professores e que se divertiam com os amigos; os da Escola Privada sentiam que podiam confiar nos amigos, mas nunca foram bons alunos na escola (destaca-se que este estudo não tenha investigado sobre o desempenho acadêmico destes adolescentes).

Com relação ao ambiente escolar, as maiores médias foram “ter boa relação com os professores” e “sentir-se feliz na escola” para os adolescentes da Escola Pública. Na Escola Privada, as maiores médias apontaram as variáveis “se divertiu com os amigos” e “sentiu que podia confiar nos amigos”.

Dentre as variáveis relacionadas à prevenção da evasão escolar, estudos apontam maior suporte de colegas e professores, segurança, material didático interessante, relacionamentos positivos com os pais na educação dos filhos (Li et al., 2010; Silva, 2009). No presente estudo, embora os adolescentes da Escola Pública tenham destacado um bom convívio com os colegas da escola e com os professores, a distorção série-idade encontrada sugere que tais adolescentes tenham dificuldade de aprendizagem, provavelmente com história de repetência, o que não foi investigado. No caso dos adolescentes da Escola Privada, os próprios adolescentes relataram insatisfação com seu desempenho acadêmico. Sugere-se que, em estudos futuros sejam levantadas informações sobre a relação entre o sucesso acadêmico, a rede de apoio (tanto de familiares quanto de professores) e a percepção de saúde/doença mental em adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado com o objetivo de investigar percepções de adolescentes de Escola Pública e de Escola Privada acerca do conceito de saúde e de doença mental. Buscou-se contribuir para uma melhor compreensão do que vem a ser saúde mental no entendimento de adolescentes, além de propiciar discussões que fomentem a elaboração e reformulação de políticas públicas que venham a promover a saúde mental dos adolescentes.

O procedimento utilizado permitiu o alcance dos objetivos, embora tenha sido necessário fazer-se algumas mudanças no projeto multicêntrico, tornando-o mais conciso para adaptá-lo à realidade da amostra, oriunda da Região Norte do Brasil e com características culturais diferentes das demais regiões onde o estudo também foi realizado. Neste sentido, a maior dificuldade foi com a aplicação do Questionário, muito extenso, com palavras cujo significado precisava ser esclarecido durante a aplicação, especialmente entre os adolescentes da Escola Pública, o que demandou mais de um encontro, na maioria dos casos, para o total preenchimento.

Os resultados apontaram que os adolescentes participantes deste estudo, independentemente do estrato, tiveram dificuldades para identificar problemas de saúde mental. Tais adolescentes não recorriam à escola como apoio para seus problemas emocionais, relataram desconhecer o que profissionais de saúde mental (como psicólogos e psiquiatras) podem fazer para ajudá-los, e poucos admitiram ter o apoio da família no enfrentamento destes problemas.

Os resultados foram semelhantes aos estudos já realizados em outras capitais, com objetivos e procedimentos semelhantes, apontando para a necessidade de estabelecimento de políticas públicas voltadas para este segmento da população brasileira.

A realização de estudos sobre saúde/doença mental na adolescência é uma questão importante, pois essa faixa etária, além de constituir-se como uma grande parcela da população que precisa e não procura atendimento, é identificada como um grupo etário vulnerável e de risco para problemas dessa natureza.

Devido à presença de fatores de risco para a ocorrência de problemas de saúde mental na adolescência, é que se precisa pensar em formas de intervenção mais eficazes, considerando o contexto familiar, cultural e social destes indivíduos.

Sobre a escola recai grande responsabilidade de socialização de crianças e adolescentes, provenientes de diversos ambientes e com distintas histórias de exposição a fatores de risco e de proteção. Nesse cenário é importante pensar em estratégias preventivas relacionadas à saúde mental/emocional. Uma tentativa tem sido o Programa Escola Promotora de Saúde. Entretanto, os resultados revelam que a realidade a qual estão expostos os adolescentes participantes deste estudo ainda está distante do que é preconizado como o novo paradigma de saúde do escolar, no qual a promoção da saúde deveria ser o objetivo principal.

Em geral, um trabalho de prevenção, quer na escola ou na família, acontece motivado por situações emergenciais, como a ocorrência de episódios de violência ou de grave desequilíbrio emocional (como tentativa de suicídio entre adolescentes), o que significa uma distorção dos legítimos objetivos da prevenção. Sendo a escola é um lugar privilegiado para refletir sobre as questões que envolvem promoção de saúde, destaca-se a necessidade de os adolescentes terem neste espaço uma oportunidade de desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas e para o enfrentamento de problemas de saúde/doença mental.

Neste sentido, destaca-se a necessidade de serem realizados estudos acerca da possibilidade de a escola funcionar como fator de proteção à saúde mental de adolescentes, identificando-se variáveis relevantes. Espera-se que este estudo tenha contribuído na identificação de algumas destas variáveis.

REFERÊNCIAS

Aberastury, A., & Knobel, M. (1981) *A adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Aerts, D., Alves, G. G., La Salvia, M. W., & Abegg, C. (2004). Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4)*, 1020-1028.

Almeida, A., Lisboa, C., & Caurcel, M. J. (2007). Por qué ocurren los malos tratos entre iguales? Explicaciones causales de adolescentes portugueses y brasileños. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 41(2)*, 107-118.

Alves, P. B., Amparo, D. M., Brasil, K. T., & Frajorge, K. C. (2006). Fatores de risco na adolescência: Discutindo dados do DF. *Paidéia, 16(35)*, 377-384.

Amparo, D. M.; Fukuda, C. C.; Morais, C. A; Antunes, C.; Penso, M. A.; Brasil, K.; Coimbras, B.; Wolf, L. (2010). *Serviços de saúde pública: concepções de saúde mental e percepções do serviço na perspectiva de jovens e seus familiares*. Relatório Final Técnico-Científico de Pesquisa – FAP/DF. Brasília, DF

Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia, 3 (2)*, 273-294.

Ayres, M., Ayres Jr, M., Ayres, D. & Santos, A. (2007). *BioEstat 5: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas*. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá.

Benetti, S. P. C., Ramires, V. R. R., Schneider, A. C., Rodrigues, A. P. G., & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1273-1282.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Revista Saúde Pública*, 36(4), 533-535.

Brasil. Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Carter, B., Mcgoldrick, M., Aylmer, R. C., Bepko, C., Imber-Black, E., Friedman, E. H., Fulmer, R., Preto, N. G., Gerson, R., Brown, F. H., Hines, P. M., Hoffmann, L., Krestan, J., Manocherian, J., Mccullough, P., Rolland, J., Rutenberg, S., Simon, R. M., Peck, J. S., & Walsh, F. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar* (Traduzido por M. A. V. Veronese). Porto Alegre: Artmed.

Carvalho, F. F. (2008). *Acidentes infantis: relatos de diretores e professores do Ensino Fundamental e análise do material didático*. Dissertação de Mestrado. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista.

Corrêa, A. C. P., & Ferriani, M. G. C. (2005). A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 449-53

Cole, M., & Cole, S. R. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente* (Traduzido por M. F. Lopes) Porto Alegre: Artmed.

Eamon, M. K. (2001). The Effects of Poverty on Children's Socioemotional Development: An Ecological Systems Analysis. *Social Work*, 46, 256-266.

Euzébios Filho, A., & Guzzo, R.S.L. (2006). Fatores de risco e de proteção: percepção de crianças e adolescentes. *Temas em Psicologia*, 14(2), 125-141.

Ferreira, M. C. T., & Marturano, E. M. (2002) Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 35-44.

Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.

Focesi, E. (1992). Uma nova visão de saúde escolar e educação em saúde na escola. *Revista Brasileira de Saúde Escolar*, 2(1), 19-21.

Gallo, A. E., & Williams, L. C. A. (2008). A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, 38(133), 41-59.

Goulart, R. M. (2006). Promoção de saúde e o programa escolas promotoras da saúde. *Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde*, 1(1), 5-13.

Guimarães, T. A. A., Melo, A. A., Silva, A. A., & Fernandes, M. H. (2005). A concepção de professores de ensino fundamental do município de Jequié – BA sobre saúde – doença. *Revista saúde comunitária*, 1(2), 95-99.

Harada, J. (2003). Introdução. *Escola promotora de saúde: manual*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010- a). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): síntese de indicadores 2009*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 288p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010-b). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica*, n.27. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 317p.

Jesús, M. C. G., & Ferriani, M.G.C. (2008). A escola como “fator de proteção” para drogas: uma visão dos adolescentes e professores. *Revista Latino-americana de Enfermagem*[online]. 16(especial). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

Käppler, C., Möhler-Kuo, M., Gonçalves, D., Gianella, D., Peng, A., Zehnder, S., & Anastasi, B. (2004). Questionário estudo AMHC. Department of child and adolescent psychiatry, University of Zurich, Zurich, Suíça.

Liberal, E. F., Aires, R. T., Aires, M. T., & Osório, A. C. A.(2005). Escola segura. *Jornal de Pediatria*, 81(5), s155-s163.

Li, Y., Lerner, J. V., & Lerner, R. M. (2010). Personal and ecological assets and academic competence in early adolescence: the mediating role of school engagement, *Journal of Youth Adolescence*, 39(7), 801-15.

Louro, G. L. (1996). Nas redes do conceito de gênero. In: M.J. LOPES.et al. *Gênero e saúde* (pp.7-18). Porto Alegre, Artes Médicas.

Machado, P. X. (2007). *Impacto e processo de um projeto de educação pelo esporte no desenvolvimento infantil*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Marriel, L.C., Assis, S.G., Avanci, J.Q., & Oliveira, R.V.C. (2006). Violência escolar e auto-estima de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, 36(127), 35-50.

Matos, M.G. (2008). A saúde do adolescente: o que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2(XXVI), 251-263.

Mello Jorge, M. H. P. (1994). O papel da escola na prevenção de acidentes e violências na infância e na adolescência. *Revista Brasileira Saúde Escolar*, 3(1/4), 159-167.

Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.

Morais, N. A. (2005). *Um estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Morais, A. C. (2008). *Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Njaine, K., & Minayo, M. C. S. (2003). Violência en la escuela: identificando pistas para la prevención. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 7(13), 119-134.

Oliveira, R. A. (2003). *Educação infantil e acidentes: opiniões dos profissionais e caracterização dos riscos do ambiente*. Dissertação de Mestrado. Marília, SP: Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista.

Oliveira, A. S., & Antônio, P. Da S. (2006). Sentimentos do adolescente relacionados ao fenômeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(1), 30-41.

Oliveira, M. A. C., & Egry, E. Y. (1997). A adolescência como um constructo social. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 7(2), 12-21.

World Health Organization [WHO] (2005). *Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar, sim – Excluir, não*. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf

Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2005). Resiliência na rua: um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 187–195.

Pantoja, F. C., Bucher, J. S. N. F., & Queiroz, C. H. (2007). Adolescentes grávidas em Macapá, Amapá, Brasil: vivências de uma nova realidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 510-521.

Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.

Pedroso, G. C. (2003). As relações intersetoriais e interinstitucionais. *Escola promotora de saúde: manual*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria.

Pereira, I. M. T. B., Penteado, R. Z., Owski, C. R. B., Elmor, M. R. D., & Grazzelli, M. E. (2003). Escolas promotoras de saúde: onde está o trabalhador professor? *Revista Saúde, Piracicaba*, 5(11), 29-34.

Pilón, A. F. (1990). Educação, saúde e vivência. *Revista Brasileira de Saúde Escolar, Campinas*, 1(1), 27- 34.

Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 12(2), 247-256.

Rodrigues, S. M. S. (2011) *Perspectivas de adolescentes e cuidadores sobre saúde mental e serviços*. Dissertação de Mestrado. Belém: Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Pará.

Sapienza, G., & Pedromônico, M.R. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 10(2), 209-216.

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde pública*, 31, 538-542.

Souza Filho, M. L., Oliveira, J. S. C., & Lima, F. L. A. (2006). Como as pessoas percebem o psicólogo: um estudo exploratório. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(34), 253-261.

Traverso-Yépez, M. (2001). Interface psicologia social e saúde: Perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 49-56.

ANEXOS

Anexo 01- Roteiro de entrevista com os coordenadores pedagógicos

1. Quantos alunos a escola atende? O número de vagas disponibilizadas atende a demanda?

2. De que maneira a escola oferece recursos para que os adolescentes sintam-se motivados a estar na escola?

3. É feito um acompanhamento para saber se as aulas ministradas pelos professores atende as reais necessidades desses adolescentes?

4. Já houve algum relato sobre problema de saúde mental?

5. Existem profissionais para atender essa possível demanda com problemas de saúde mental?

6. Os alunos costumam procurar a coordenação pedagógica ou a diretoria para se queixar de problemas(em casa, com amigos, na escola)?

7. Se sim, qual a postura adotada pela escola?

8. Quais mecanismos a escola tenta usar para combater a evasão escolar?

9. Quais as principais dificuldades em lidar com os adolescentes e que possíveis benefícios a escola poderia estar trazendo aos mesmos?

Anexo 02. Questionário da visão dos adolescentes sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde



PARTE 1: SAÚDE

A. Para mim, alguém estar saudável mentalmente/emocionalmente significa...

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
1. estar feliz, alegre	0	0	0	0
2. não ser tão sensível/frágil	0	0	0	0
3. poder pensar de forma clara	0	0	0	0
4. pensar positivo, ser otimista	0	0	0	0
5. ter controle sobre a própria vida	0	0	0	0
6. não usar drogas	0	0	0	0
7. não ter problemas	0	0	0	0
8. sentir-se equilibrado/a	0	0	0	0
9. ter energia/disposição	0	0	0	0
10. não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra	0	0	0	0
11. poder ir à escola	0	0	0	0
12. poder se relacionar bem com os outros	0	0	0	0
13. ser normal	0	0	0	0
14. perceber o que não deve ser feito	0	0	0	0
15. algo muito importante	0	0	0	0
16. eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil de explicar	0	0	0	0

17. caso ache que falta alguma coisa,
escreva abaixo:

0 0 0 0

B. Para mim alguém estar doente mentalmente/emocionalmente significa...

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
18. estar infeliz, triste	0	0	0	0
19. não se sentir bem	0	0	0	0
20. ter sentimentos feridos	0	0	0	0
21. que algo não está bem com a cabeça	0	0	0	0
22. estar estressado/a	0	0	0	0
23. ser diferente dos outros	0	0	0	0
24. quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	0	0	0	0
25. não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	0	0	0	0
26. algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo	0	0	0	0
27. ter dificuldade de se concentrar bem	0	0	0	0
28. não ter amigos	0	0	0	0
29. quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento	0	0	0	0
30. algo que não se percebe logo	0	0	0	0
31. algo que deve ser levado a sério	0	0	0	0
32. algo que quase não pode ser curado	0	0	0	0
33. algo que se tem desde o nascimento	0	0	0	0
34. é difícil de definir	0	0	0	0

35. caso ache que falta alguma coisa,
escreva abaixo:

0 0 0 0

**C. Você acha que as suas idéias sobre saúde e doença mental/
emocional vêm...**



	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
36. dos meus pais	0	0	0	0
37. dos meus avós	0	0	0	0
38. dos meus irmãos	0	0	0	0
39. dos meus amigos	0	0	0	0
40. da escola	0	0	0	0
41. de profissionais (por ex.: médico, psicólogo)	0	0	0	0
42. da mídia (televisão, rádio, internet)	0	0	0	0
43. de outro lugar, escreva abaixo: _____	0	0	0	0

D. Você acha que a religião contribui para:

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
44. a saúde mental/emocional	0	0	0	0
45. a formação de uma doença mental/emocional	0	0	0	0
46. a cura de uma doença mental/emocional	0	0	0	0

E. O que você faz quando tem algum problema mental/emocional?



	1 nunca	2 raramente	3 geralmente	4 sempre
47. espero um pouco, descanso	0	0	0	0
48. procuro distrair-me: leio, ouço música	0	0	0	0
49. convivo com isso	0	0	0	0
50. penso: isso não é tão mau	0	0	0	0
51. procuro mudar a situação	0	0	0	0
52. espero ser procurado/a pelos outros	0	0	0	0
53. falo com alguém sobre o problema	0	0	0	0
54. tomo medicamentos	0	0	0	0
55. tento medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach)	0	0	0	0
56. tento meios naturais, caseiros (chás, banhos, etc.)	0	0	0	0
57. procuro ajuda nos números de telefone de disque-ajuda	0	0	0	0
58. não procuro ajuda	0	0	0	0
59. prefiro ficar sozinho	0	0	0	0
60. não faço nada e penso que ninguém pode me ajudar	0	0	0	0
61. não sei	0	0	0	0
62. outra coisa, escreva abaixo: _____	0	0	0	0



F. Alguns jovens procuram pessoas quando têm um problema mental/emocional. (Caso alguma destas pessoas não exista na sua vida, deixe a linha correspondente em branco.)

<i>Quando eu tenho um problema mental/emocional eu procuro...</i>	1 nunca	2 raramente	3 geralmente	4 sempre
63. a minha mãe	0	0	0	0
64. o meu pai	0	0	0	0
65. os meus irmãos	0	0	0	0
66. a minha avó	0	0	0	0
67. o meu avô	0	0	0	0
68. os meus amigos/as	0	0	0	0
69. o meu professor/a	0	0	0	0
70. uma pessoa do contexto religioso (por ex.: padre, guia espiritual)	0	0	0	0
71. o médico de família ou o pediatra	0	0	0	0
72. uma pessoa da medicina alternativa, natural	0	0	0	0
73. um psicólogo/psiquiatra	0	0	0	0
74. um outro especialista (por ex.: neurologista)	0	0	0	0
75. uma clínica ou hospital	0	0	0	0
76. outra pessoa ou instituição, escreva abaixo: _____	0	0	0	0

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

Porque...	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
77. ele (ela) não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	0	0	0	0
78. ele (ela) pensa que os psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	0	0	0	0
79. pensa que só vai ao psicólogo/psiquiatra quem não está bem da cabeça ou quem é maluco	0	0	0	0
80. ele (ela) não quer ser gozado/caçoado pelos colegas	0	0	0	0
81. ele (ela) tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	0	0	0	0
82. ele (ela) tem medo de ter que ir para uma clínica/hospital psiquiátrico ou um lar	0	0	0	0
83. pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	0	0	0	0
84. ele (ela) pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra/psicólogo	0	0	0	0
85. ele (ela) pensa que problemas mentais/emocionais devem ser resolvidos na família	0	0	0	0
86. ele (ela) pensa que quando se trata de problemas mentais/emocionais só a própria pessoa é que pode ajudar a si mesma	0	0	0	0
87. ele (ela) acha que este problema é normal na sua própria família	0	0	0	0
88. pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	0	0	0	0
89. ele (ela) pensa que o consultório do psicólogo/psiquiatra fica muito longe de sua casa	0	0	0	0
90. pensa que uma terapia custa muito dinheiro	0	0	0	0
91. acha que não é necessário nenhuma ajuda	0	0	0	0
92. ele (ela) não sabe onde se pode obter ajuda e nem quem é competente para ajudá-lo	0	0	0	0

93. outra coisa, escreva
abaixo: _____ 0 0 0 0

H. Alguma vez você já recebeu ajuda de um profissional como um psicólogo ou psiquiatra devido a um problema mental/emocional?

1. O sim

2. O não

94.



Se tiver feito um "X" no "Sim" responda às perguntas marcadas com o Cebolinha



Se tiver feito um "X" no "Não" responda às perguntas marcadas com o Bidu



95.a Para que tipo de problema você recebeu ajuda? (por exemplo: medos, problemas na escola, problemas com os colegas, ansiedade, depressão, problemas de comportamento, uso de álcool e drogas, etc.)

95.b Quem te ajudou?

O psicólogo O psiquiatra O outro profissional. Qual? _____

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

Quando eu tinha mais ou menos _____ anos

b) Quando é que começou o primeiro tratamento?

Quando eu tinha mais ou menos _____ anos

c) O tratamento já terminou?

1. Onão 2. Osim

Mais ou menos quando terminou o tratamento?

Há: _____ anos ou

há: _____ meses



Como foram ou como estão sendo a(s) experiência(s) de tratamento?

Achei/acho que ...



Como imagina um tratamento para um problema mental/emocional?

Imagino que ...

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
97. a terapia ajuda	0	0	0	0
98. me sinto bem com o terapeuta	0	0	0	0
99. não aceitei a terapia no início	0	0	0	0
100. a terapia me dá estabilidade, segurança, apoio	0	0	0	0
101. posso expressar a minha própria opinião	0	0	0	0
102. as pessoas me olham de forma estranha quando eu vou ao consultório/clínica	0	0	0	0
103. outra coisa, escreva abaixo: _____	0	0	0	0



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



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

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
104. eu próprio/a	0	0	0	0
105. a minha mãe	0	0	0	0
106. o meu pai	0	0	0	0
107. a minha avó/avô	0	0	0	0
108. o professor/a escola	0	0	0	0
109. o médico de família, o pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas	0	0	0	0
110. o conselho tutelar	0	0	0	0
111. outra pessoa ou instituição, escreva abaixo:_____	0	0	0	0



PARTE 2: FAMÍLIA

I. Para que uma pessoa possa se manter saudável mentalmente/emocionalmente na sua família, que importância têm o significado das frases abaixo?

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 Concordo totalmente
112. estar satisfeito e satisfazer os outros na família	0	0	0	0
113. sentir-se aceito/amado como se é	0	0	0	0
114. haver comunicação agradável entre os membros da família	0	0	0	0
115. chamar a atenção dos outros para o lado bom das coisas	0	0	0	0
116. saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo	0	0	0	0
117. haver consenso/acordo entre os pais	0	0	0	0
118. ter pais que orientam/ensinam	0	0	0	0
119. ter compreensão mútua	0	0	0	0
120. poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto	0	0	0	0
121. poder confiar uns nos outros	0	0	0	0
122. ter as refeições em conjunto na família	0	0	0	0
123. ter relações próximas com os outros membros da família	0	0	0	0
124. ter uma orientação religiosa	0	0	0	0
125. ter tempo livre /lazer em comum	0	0	0	0
126. Agora escreva uma frase ou palavra sobre como sua família tenta manter e incentivar o bem-estar mental/emocional.				

J. Tente com a lista de características abaixo descrever a si e à sua família.

127. Por favor, descreva como você é na sua opinião:

Eu sou...	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeito/a	0	0	0	0	0
2. tranqüilo/a	0	0	0	0	0
3. medroso/a	0	0	0	0	0
4. animado/a	0	0	0	0	0
5. comunicativo/a	0	0	0	0	0
6. “ de lua”	0	0	0	0	0
7. seguro/a de si	0	0	0	0	0
8. independente	0	0	0	0	0
9. nervoso/a	0	0	0	0	0
10. compreensivo/a	0	0	0	0	0
11. atencioso/a	0	0	0	0	0
12. simpático/a	0	0	0	0	0

128. Por favor, descreva como você gostaria de ser:

Eu gostaria de ser...	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeito/a	0	0	0	0	0
2. tranqüilo/a	0	0	0	0	0
3. medroso/a	0	0	0	0	0
4. animado/a	0	0	0	0	0
5. comunicativo/a	0	0	0	0	0
6. “ de lua”	0	0	0	0	0
7. seguro/a de si	0	0	0	0	0
8. independente	0	0	0	0	0
9. nervoso/a	0	0	0	0	0
10. compreensivo/a	0	0	0	0	0
11. atencioso/a	0	0	0	0	0
12. simpático/a	0	0	0	0	0

129. A sua mãe

Por favor, descreva como é sua mãe na sua opinião. Caso não more com a sua mãe biológica, escolha uma outra pessoa que desempenhe para você o papel de mãe. Caso não haja uma pessoa dessa na sua vida, continue na questão 131.

	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. tranqüila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. medrosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. animada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. comunicativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. “ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. segura de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nervosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. compreensiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. atenciosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. simpática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem é que você acabou de descrever?

130. 1. mãe 2. madrasta/companheira do pai
 3. outra pessoa _____

131. O seu pai



Por favor, descreva como é seu pai na sua opinião. Caso não more com seu pai biológico, escolha uma outra pessoa que desempenhe para você o papel de pai. Caso não haja uma pessoa dessa na sua vida, continue na 133.

	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeito	0	0	0	0	0
2. tranqüilo	0	0	0	0	0
3. medroso	0	0	0	0	0
4. animado	0	0	0	0	0
	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
5. comunicativo	0	0	0	0	0
6. “ de lua”	0	0	0	0	0
7. seguro de si	0	0	0	0	0
8. independente	0	0	0	0	0
9. nervoso	0	0	0	0	0
10. compreensivo	0	0	0	0	0
11. atencioso	0	0	0	0	0
12. simpático	0	0	0	0	0

Quem você acabou de descrever?

132. 1. pai 2. padrasto/companheiro da mãe
 3. outra pessoa _____

133. A sua avó ou seu avô

Escolha um dos seus avós, aquele que é mais importante para você, de quem mais gosta e tente descrevê-lo(a). Caso não haja uma pessoa dessa na sua vida, continue na 135.

	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeito/a	0	0	0	0	0
2. tranqüilo/a	0	0	0	0	0

3. medroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. animado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. comunicativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. “ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. seguro/a de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. compreensivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. atencioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. simpático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

134. Quem é o avô ou a avó que você acabou de descrever?

- | | | | |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> | 1. mãe da minha mãe | <input type="radio"/> | 2. mãe do meu pai |
| <input type="radio"/> | 3. pai da minha mãe | <input type="radio"/> | 4. pai do meu pai |
| <input type="radio"/> | 5. não sei | <input type="radio"/> | |



PARTE 3: BEM-ESTAR

K. Agora responda mais algumas perguntas sobre a sua saúde física e mental/emocional

135. Em geral, como você descreve a sua saúde?

1. excelente 2. muito boa 3. boa 4. ruim 5. péssima

136. Você tem alguma incapacidade, doença ou condição física crônica?

1. não

2. sim Qual? _____

Pense na última semana ...

1
nada

2
pouco

3
moderada-
mente

4
muito

5
totalmente

137.	sentiu-se bem e em forma?	0	0	0	0	0
138.	esteve fisicamente ativo (brincou, praticou esporte)?	0	0	0	0	0
139.	foi capaz de ter bom desempenho nas atividades físicas?	0	0	0	0	0

Pense na última semana ...

1 nunca
2 raramente
3 algumas vezes
4 Frequentemente
5 sempre

140.	sentiu-se cheio/a de energia?	0	0	0	0	0
------	-------------------------------	---	---	---	---	---

L. Sobre os seus sentimentos e estados de humor

Pense na última semana ...

1 nada
2 pouco
3 moderadamente
4 Muito
5 totalmente

141.	sentiu-se satisfeito/a com a vida?	0	0	0	0	0
------	------------------------------------	---	---	---	---	---

Pense na última semana ...

1 nunca
2 raramente
3 algumas vezes
4 frequentemente
5 sempre

142.	esteve de bom humor?	0	0	0	0	0
143.	divertiu-se?	0	0	0	0	0

Pense na última semana ...

1 nunca
2 raramente
3 algumas vezes
4 frequentemente
5 sempre

144.	sentiu-se triste?	0	0	0	0	0
145.	sentiu-se tão mal que não quis fazer nada?	0	0	0	0	0
146.	sentiu-se sozinho/a?	0	0	0	0	0
147.	sentiu-se feliz com a sua maneira de ser?	0	0	0	0	0

M. Família e Tempo Livre

	Pense na última semana ...				
	1 nunca	2 rara- mente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
148. teve tempo suficiente para si?	0	0	0	0	0
149. no seu tempo livre foi capaz de fazer atividades que gosta de fazer?	0	0	0	0	0
150. os seus pais tiveram tempo suficiente para você?	0	0	0	0	0
151. os seus pais o trataram com justiça?	0	0	0	0	0
152. foi capaz de conversar com os seus pais quando você quis?	0	0	0	0	0
	1 nunca	2 rara- mente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
153. teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os seus amigos?	0	0	0	0	0
154. teve dinheiro suficiente para as suas despesas?	0	0	0	0	0

N. Amigos

	Pense na última semana ...				
	1 nunca	2 rara- mente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
155. passou tempo com os seus amigos?	0	0	0	0	0
156. você se divertiu com os seus amigos?	0	0	0	0	0
157. você e seus amigos se ajudaram uns aos outros?	0	0	0	0	0
158. sentiu que podia confiar nos seus amigos?	0	0	0	0	0

O. Ambiente Escolar e Aprendizagem

Pense na última semana...	1 nunca	2 rara- mente	3 algumas vezes	4 frequente- mente	5 sempre
159. sentiu-se feliz na escola?	0	0	0	0	0
160. foi bom aluno/a na escola?	0	0	0	0	0

Pense na última semana...	1 nunca	2 rara- mente	3 algumas vezes	4 frequente- mente	5 sempre
161. você se sentiu capaz de prestar atenção?	0	0	0	0	0
162. teve uma boa relação com os seus professores?	0	0	0	0	0

PARTE 4: CONDIÇÕES DE VIDA



P. Como é a sua situação escolar?

163. Que escola e série frequênta?

Escola: 1.pública 2.particular Série _____ Grau _____

Q. Como vive a sua família?

164. A sua família tem carro?

1.nenhum 2.um 3.dois ou mais

165. Você tem um quarto só seu?

1.não 2.sim

166. Com que frequência no último ano você viajou de férias com a sua família?

1.nenhuma vez 2.uma vez 3.duas vezes 4.mais de duas vezes

Quantos computadores têm na sua família?

167.

1.nenhum 2.um 3.dois 4.três ou mais

167a Seus pais:

1.nunca viveram juntos 2.vivem juntos 3.são casados

4.são separados 5.são divorciados 6.é viúvo/a

167b Com quem você mora?

R. Agora só mais algumas perguntas para terminar

168.

Você é do sexo feminino ou masculino?

1.feminino 2.masculino

169.

Quando é que você nasceu?

mês _____ ano _____

170.

Você trabalha?

1.sim 2.não

171. Qual é a sua cor?

1.branca 2.parda 3.negra 4.outra _____

172. Qual é o telefone dos seus pais?

Residência _____ celular _____

Email dos pais _____

Email do adolescente _____

Veja se você respondeu a todas as perguntas.

Caso tenha algum comentário sobre o tema e sua participação na pesquisa, utilize as folhas



Muito obrigado por ter participado!!!

Anexo 03 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A FAMILIA

Nome da escola: _____ Data da entrevista: __/__/____

Nome do entrevistado: _____

Entrevistador: _____

I. Sobre o adolescente

Identificação: _____ Sexo: ()Feminino () Masculino

Idade: _____ Aniversário: _____ Raça: _____

Série/ciclo: _____

Quem é o cuidador principal/ responsável: _____

II. DADOS SOBRE A FAMILIA

NOME	PARENTESCO	MORA JUNTO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/TRABALHO

Constituição da Família: (renda, doenças, ausências, etc.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comentários Adicionais do Entrevistador

Anexo 04 – Comitê de Ética



Universidade Federal do Pará

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 107/09-ICS/UFPA

Belém, 20 de Outubro de 2009.

Ao:
Prof.Dr. Fernando Augusto Ramos Pontes

Senhor Pesquisador,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa “Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores na região metropolitana de Belém” de CAAE nº0015.0.072.000-09 e parecer nº 107/09 CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, na reunião do dia 07 de Outubro de 2009.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar o relatório parcial do mesmo até o dia 15 de Dezembro de 2010, no CEP-ICS/UFPA, situado na Cidade Universitária Professor José da Silveira Netto – Guamá, Campus profissional, no Complexo de sala de aula do ICS – sala 13 (Altos).

Atenciosamente,

Prof. Dr. Wallace Raimundo Araujo dos Santos.
Coordenador do CEP-ICS/UFPA

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ CCS – Sala 13 - Cidade Universitária Professor José da Silveira Netto, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201-8828. E-mail: cepics@ufpa.br.

Anexo 05 - Termo de Consentimento da Instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

À Direção da Escola

Solicita-se a autorização para a realização da pesquisa intitulada “A concepção de adolescentes e seus cuidadores acerca da saúde, doença mental e serviços oferecidos na cidade de Belém – Pa” nesta instituição, nos anos de 2009 e 2010, pela aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, Priscila Carla Costa Luz.

A referida pesquisa tem por objetivo investigar a temática da saúde mental a partir da visão e perspectiva dos adolescentes e suas famílias e analisar os fatores de risco e proteção segundo os adolescentes e seus cuidadores.

Esta pesquisa é constituída de 6 (seis) fases: (1) Estabelecer contato com as escolas da região de Belém; (2) Constituir contato com a diretoria e corpo docente para quem será apresentado o projeto e seus objetivos e solicitar a relação de todos os estudantes adolescentes na faixa etária prevista no estudo; (3) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelos cuidadores dos adolescentes e pelos adolescentes; (4) Aplicação do questionário da visão dos adolescentes sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde; (5) Aplicação do questionário da visão dos cuidadores sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde; e (6) Aplicação do roteiro de entrevista da família.

Ressalta-se que todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais, ou seja, a identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa será preservada e a utilização dos dados será restrita a fins acadêmicos. Com base nesse compromisso, solicita-se ainda o registro das informações.

O pesquisador se responsabiliza por quaisquer danos gerados pela pesquisa aos participantes, podendo tanto os adolescentes quanto os responsáveis pelos mesmos se recusarem a participar ou se recusarem a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para eles.

Agradecemos desde já atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Pesquisadora: Priscila Carla Costa Luz

Data: / /2009

 Assinatura da Diretora da Escola

 Assinatura da Pesquisadora

 Assinatura do Orientador

Anexo 06. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196 de 10 de outubro de 1996.

Coordenador: Prof^o. Dr. Fernando Augusto Ramos Pontes.

1. Natureza da pesquisa: Você é convidado(a) a participar desta pesquisa, que tem como finalidade investigar a temática da saúde mental a partir da visão e perspectiva dos adolescentes e suas famílias e analisar os fatores de risco e proteção segundo os adolescentes e seus cuidadores.

2. Participantes da pesquisa: Na primeira etapa da pesquisa participarão 60 sujeitos, estudantes de duas escolas, uma pública situada em região periférica da cidade de Belém. Na fase subsequente participarão as famílias que serão selecionadas com base em alguns critérios tais como: Os cuidadores serem alfabetizados, disponibilidade e interesse em participar da pesquisa, os adolescentes estarem regularmente matriculados e na faixa etária prevista no estudo.

3. Envolvimento na pesquisa:

Ao participar deste estudo você deve permitir que um pesquisador lhe visite para apresentar, tanto a você como para o seu filho, um conjunto de perguntas referentes à saúde e doença mental, família, bem-estar e condições de vida. Em algumas dessas visitas o pesquisador usará máquina fotográfica e/ou gravador. Cada visita, seja para entrevista ou observação, deve durar mais ou menos uma hora. Você tem a liberdade de recusar a participar sem qualquer prejuízo para si ou outro membro familiar. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pela pesquisa.

4. Sobre as visitas: As visitas serão marcadas com antecedência e caso, apareça algum imprevisto para a família, a visita pode ser remarcada. Os adolescentes serão visitados apenas na escola.

5. Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, um pequeno sentimento de timidez que algumas pessoas podem sentir diante de algumas questões apresentadas.

6. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e anônimas, por este motivo você não terá que se identificar em nenhuma parte do questionário/entrevista. Esclarecemos ainda que estas informações serão veiculadas apenas no meio científico.

7. Benefícios: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, nós esperamos que esta pesquisa nos dê informações importantes sobre o entendimento da visão dos adolescentes e suas famílias acerca da saúde mental para subsidiar estratégias de atuação no campo da informação em saúde. Espera-se que os dados obtidos permitam desenvolver estratégias informativas favorecendo a atuação junto a esses usuários.

Enseja-se abrir uma discussão sobre o tema estudado junto aos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde, professores e outros interessados, de forma a possibilitar o desenvolvimento de melhores condições para assegurar a promoção da saúde aos adolescentes, principalmente na saúde mental.

8. Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.¹

Priscila Carla Costa Luz
(pesquisadora responsável)
Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para exame.

Local e Data

Assinatura do Representante da família

¹ Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA) - Complexo de Sala de Aula/ ICS – Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201-8028. E-mail: cepics@ufpa.br.

Anexo 07. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196 de 10 de outubro de 1996.

Coordenador: Prof^o. Dr. Fernando Augusto Ramos Pontes.

1. Natureza da pesquisa: Você é convidado(a) a participar desta pesquisa, que tem como finalidade investigar a temática da saúde mental a partir da visão e perspectiva dos adolescentes e suas famílias e analisar os fatores de risco e proteção segundo os adolescentes e seus cuidadores.

2. Participantes da pesquisa: Na primeira etapa da pesquisa participarão 60 sujeitos, estudantes de duas escolas, uma pública situada em região periférica da cidade de Belém. Na fase subsequente participarão as famílias que serão selecionadas com base em alguns critérios tais como: Os cuidadores serem alfabetizados, disponibilidade e interesse em participar da pesquisa, os adolescentes estarem regularmente matriculados e na faixa etária prevista no estudo.

3. Envolvimento na pesquisa:

Ao participar deste estudo você deve permitir que um pesquisador lhe visite para apresentar, tanto a você como para o seu filho, um conjunto de perguntas referentes à saúde e doença mental, família, bem-estar e condições de vida. Em algumas dessas visitas o pesquisador usará máquina fotográfica e/ou gravador. Cada visita, seja para entrevista ou observação, deve durar mais ou menos uma hora. Você tem a liberdade de recusar a participar sem qualquer prejuízo para si ou outro membro familiar. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pela pesquisa.

4. Sobre as visitas: As visitas serão marcadas com antecedência e caso, apareça algum imprevisto para a família, a visita pode ser remarcada. Os adolescentes serão visitados apenas na escola.

5. Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, um pequeno sentimento de timidez que algumas pessoas podem sentir diante de algumas questões apresentadas.

6. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e anônimas, por este motivo você não terá que se identificar em nenhuma parte do questionário/entrevista. Esclarecemos ainda que estas informações serão veiculadas apenas no meio científico.

7. Benefícios: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, nós esperamos que esta pesquisa nos dê informações importantes sobre o entendimento da visão dos adolescentes e suas famílias acerca da saúde mental para subsidiar estratégias de atuação no campo da informação em saúde. Espera-se que os dados obtidos permitam desenvolver estratégias informativas favorecendo a atuação junto a esses usuários.

Enseja-se abrir uma discussão sobre o tema estudado junto aos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde, professores e outros interessados, de forma a possibilitar o desenvolvimento de melhores condições para assegurar a promoção da saúde aos adolescentes, principalmente na saúde mental.

8. Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.²

Priscila Carla Costa Luz
(pesquisadora responsável)
Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para exame.

Local e Data

Assinatura do Representante da família

² Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA) - Complexo de Sala de Aula/ ICS – Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201-8028. E-mail: cepics@ufpa.br.



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Belém, 10 de setembro de 2010.

Anexo 08 - Assunto: Autorização para participação em Pesquisa

Prezados Responsáveis:

Pela presente vimos solicitar autorização para que você e seu filho (a) participem de um estudo a ser desenvolvido por **Priscila Carla Costa Luz**, aluna do curso de mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento, da Universidade Federal do Pará, sob a orientação do Prof.ºDr. Olavo Galvão e da Prof.ªDra. Eleonora Ferreira.

Trata-se de um estudo nacional que está coletando dados em todas as regiões e nossa cidade estará representando nossa região. O estudo torna-se relevante à medida que contribuirá a partir dos dados coletados com a formulação e implantação de políticas públicas que favoreçam a clientela estudada (no caso, os adolescentes) e auxiliará profissionais da área da saúde fornecendo valiosas informações de como está a saúde mental de nossos adolescentes. Tem como objetivo geral: investigar a temática da saúde mental, analisando os fatores de risco e proteção, a partir da visão dos adolescentes e seus cuidadores.

Os instrumentos que serão utilizados na coleta de dados serão: um questionário que deverá ser aplicado com os adolescentes; um questionário a ser aplicado ao responsável do adolescente; um roteiro de entrevista familiar aplicado ao responsável e um diário de campo no qual serão registradas algumas anotações da pesquisadora.

Segue em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com melhores informações acerca do projeto. Solicitamos que o senhor(a) leia atentamente todos os itens e caso concorde com a pesquisa assine e encaminhe o mesmo à coordenação da escola o mais breve possível.

No aguardo do seu pronunciamento, colocamo-nos à disposição.

Atenciosamente,

Priscila Carla Costa Luz (pesquisadora)

Prof.ª Dra. Eleonora Pereira (orientadora)

Anexo 05 - Termo de Consentimento da Instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

À Direção da Escola

Solicita-se a autorização para a realização da pesquisa intitulada “A concepção de adolescentes e seus cuidadores acerca da saúde, doença mental e serviços oferecidos na cidade de Belém – Pa” nesta instituição, nos anos de 2009 e 2010, pela aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, Priscila Carla Costa Luz.

A referida pesquisa tem por objetivo investigar a temática da saúde mental a partir da visão e perspectiva dos adolescentes e suas famílias e analisar os fatores de risco e proteção segundo os adolescentes e seus cuidadores.

Esta pesquisa é constituída de 6 (seis) fases: (1) Estabelecer contato com as escolas da região de Belém; (2) Constituir contato com a diretoria e corpo docente para quem será apresentado o projeto e seus objetivos e solicitar a relação de todos os estudantes adolescentes na faixa etária prevista no estudo; (3) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelos cuidadores dos adolescentes e pelos adolescentes; (4) Aplicação do questionário da visão dos adolescentes sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde; (5) Aplicação do questionário da visão dos cuidadores sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde; e (6) Aplicação do roteiro de entrevista da família.

Ressalta-se que todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais, ou seja, a identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa será preservada e a utilização dos dados será restrita a fins acadêmicos. Com base nesse compromisso, solicita-se ainda o registro das informações.

O pesquisador se responsabiliza por quaisquer danos gerados pela pesquisa aos participantes, podendo tanto os adolescentes quanto os responsáveis pelos mesmos se recusarem a participar ou se recusarem a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para eles.

Agradecemos desde já atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Assinatura da Diretora da Escola

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora
