

UFRRJ
INSTITUTO DE AGRONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
AGRÍCOLA

DISSERTAÇÃO

**ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E
DEPRESSÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS
PREVENTIVOS ENTRE OS ALUNOS DO INSTITUTO
FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – CAMPUS ITAPINA**

FABRÍCIO ZORZAL DOS SANTOS

2020



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE AGRONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
AGRÍCOLA**

**ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E
SEUS DESDOBRAMENTOS PREVENTIVOS ENTRE OS
ALUNOS DO INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO –
CAMPUS ITAPINA**

FABRÍCIO ZORZAL DOS SANTOS

Sob orientação do Professor
Dr.^a Ana Cláudia de Peixoto Azevedo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Educação**, no Programa de Pós-Graduação em Educação Agrícola da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - Área de Concentração em Educação Agrícola.

Seropédica, RJ
Outubro de 2020

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237

SANTOS, FABRÍCIO ZORZAL DOS, 1978-
ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SEUS
DESDOBRAMENTOS PREVENTIVOS ENTRE OS ALUNOS DO A INSTITUTO
FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - CAMPUS ITAPINA /
FABRÍCIO ZORZAL DOS SANTOS. - VITÓRIA,
2020. 100 f.: IL.

Orientadora: Ana Cláudia de Peixoto Azevedo.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
AGRÍCOLA, 2020.

1. Ansiedade . 2. Depressão. 3. Ensino médio. 4. Escola. I. Azevedo,
Ana Cláudia de Peixoto , 1973-, orient. II Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro. PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AGRÍCOLA
III. Título.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de
Financiamento 001”. This study was financed in part by the Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Finance code 001”



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
AGRÍCOLA



HOMOLOGAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO Nº 77 / 2020 - PPGEA (11.39.49)

Nº do Protocolo: 23083.062188/2020-64

Seropédica-RJ, 25 de novembro de
2020.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE
JANEIRO INSTITUTO DE AGRONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AGRÍCOLA - PPGEA**

FABRÍCIO ZORZAL DOS SANTOS

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós- Graduação em Educação Agrícola - PPGEA - Área de Concentração em Educação.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 19/10/2020.

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

ANA CLÁUDIA DE AZEVEDO PEIXOTO. Dra. UFRRJ
(Orientadora)

LUCIENE DE FATIMA ROCINHOLI. Dra. UFRRJ

MARCO ANTONIO FERREIRA DE SOUZA. Dr. UFRRJ

CLEIA ZANATTA CLAVERY GUARNIDO DUARTE. Dra. Universidade Católica de Petrópolis

**(Assinado digitalmente em
25/11/2020 12:07)**
ANA CLAUDIA DE AZEVEDO PEIXOTO
PROFESSOR DO MAGISTERIO
SUPERIOR DeptPO
(12.28.01.00.00.00.00.23)
Matrícula: 1808252

**(Assinado digitalmente em
25/11/2020 16:56)**
LUCIENE DE FATIMA ROCINHOLI
PROFESSOR DO MAGISTERIO
SUPERIOR DeptPO
(12.28.01.00.00.00.00.23)
Matrícula: 1893672

**(Assinado digitalmente em
25/11/2020 14:09)**
MARCO ANTONIO FERREIRA DE SOUZA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptCA (12.28.01.00.00.00.00.07)
Matrícula: 8387651

**(Assinado digitalmente em 25/11/2020
11:40)**
CLEIA ZANATTA CLAVERY GUARNIDO DUARTE
ASSINANTE EXTERNO CPF:187.558.797-72

Para verificar a autenticidade deste documento entre em
<https://sipac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: 77, ano: 2020,
tipo: HOMOLOGAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, data de emissão:
25/11/2020 e o código de verificação: 33a90ccdb4

DEDICATÓRIA

Ofereço à Santíssima Trindade, que é o Deus Pai, o Deus Filho e o Espírito Santo, por consentir que meus objetivos fossem alcançados durante os anos de estudos e permitir que eu tivesse saúde e determinação para não desaninar durante a realização deste trabalho.

À Nossa Senhora de Fátima, à Santa Catarina de Alexandria, a São Francisco de Assis, aos Pastorinhos de Fátima: São Francisco Marto, Santa Jacinta Marto e Irmã Lúcia, à Santa Teresinha de Jesus, à Santa Teresa de Calcutá, à Santa Dulce dos Pobres, a São Padre Pio de Pietrelcina e ao meu anjo da guarda que me permitiram ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização desta pesquisa.

À Sagrada Família, Jesus, Maria e José por fazerem presença no seio da minha família, em especial durante as minhas ausências, por zelarem a minha esposa, Luciene Zorzal, a minha filha, Rafaela Zorzal, e o meu filho, Francisco Zorzal.

AGRADECIMENTOS

Venho agradecer à minha orientadora, a Profª. Drª Ana Cláudia de Azevedo Peixoto, pela acolhida desde o início do mestrado e colaboração para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus colegas de turma do mestrado pelo ambiente amistoso no qual convivemos durante as aulas, os deslocamentos para os encontros e as confraternizações que foram divertidas e saudáveis. Boas lembranças!

Ao Padre José Pedro Luchi pelos aconselhamentos nas vezes que necessitei recorrer a ele e da sua intercessão a Deus pai, a Jesus, a Nossa Senhora, aos Anjos e Santos que ouviram suas orações para o meu fortalecimento quando tudo parecia estar perdido.

Às irmãs do Verbo Encarnado, Rainha das Missões, Prudentíssima, Ressurreição, Reparadora, Madre Consolatrix Afflictorum e a Madre Letnice pela amizade e orações! Nossa Senhora as cubra com seu manto!

A todos do Ifes Itapina, aos alunos e alunas que participaram desta pesquisa, à Direção Geral, à Coordenação Geral de Assistência à Comunidade pela compreensão pelo afastamento nas minhas atividades no campus para participação nas aulas presenciais, à Direção de Ensino e à Coordenação de Registros Acadêmicos no fornecimento de dados e materiais fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa e a realização deste trabalho.

Aos meus colegas da Unidade de Saúde pela compreensão pelas minhas ausências dos plantões de enfermagem para assistir às aulas do mestrado. E aos demais colegas administrativos e professores do campus pela amizade, pelos aconselhamentos otimistas, pela contribuição para o desenvolvimento do trabalho e pela acreditação desde a minha participação e aprovação no processo seletivo até o término do mestrado.

À minha querida esposa por todo o apoio e pela ajuda que muito contribuiram para a realização e construção deste trabalho. Aos meus pais, José Augusto e Zeneide Zorral, aos meus irmãos, Carlos Alberto, Júlio Augusto e Sandrélli, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

A todos, paz e bem!

"A alma cristã deve fugir dos aplausos dos homens"
São Padre Pio de Pietrelcina

"Não sou nada; sou apenas um instrumento, um pequeno lápis nas mãos do Senhor, com o qual Ele escreve aquilo que deseja. Por mais imperfeitos que sejamos, Ele escreve magnificamente"
Santa Teresa de Calcutá

"A Santíssima Virgem demonstrou-me que nunca deixou de proteger-me. Logo quando a invoco, quando me vem uma incerteza, um aperto, imediatamente corro a ela, e sempre cuida de meus interesses como a mais terna das Mães"
Santa Terezinha do Menino Jesus

RESUMO

Santos FZ. Análise dos sintomas de ansiedade e depressão e seus desdobramentos preventivos entre os alunos do Instituto Federal do Espírito Santo – Campus Itapina. [Dissertação]. Seropédica: Mestrado Acadêmico em Educação Agrícola. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ); 2020. 100 p.

A ansiedade e a depressão estão entre os problemas mais comuns dos alunos do ensino médio e têm se tornado cada vez mais presentes entre os discentes como causa de adoecimento e malefício no rendimento escolar. Além de ocasionarem prejuízo nas relações sociais, no desenvolvimento estudantil, no rendimento, na frequência escolar e no aprendizado, essa problemática também acarreta danos na vida adulta. O objetivo deste trabalho foi descrever o nível de ansiedade e depressão entre os alunos do Instituto Federal do Espírito Santo – campus Itapina, bem como os sintomas presentes nessa população. Para tal, usaram-se estudos de campo exploratório e descritivo, com abordagem de natureza quantitativa. Realizaram-se os mesmos entre 93 alunos matriculados no primeiro e no último ano dos cursos de técnico em agropecuária e zootecnia do referido estabelecimento escolar. Como ferramentas de avaliação nesta pesquisa, utilizaram-se o Questionário Sociodemográfico e as Escalas de Beck (BAI e BDI). Descreveram-se os dados por meio de análise descritiva, na qual expressaram-se as variáveis categóricas pelas suas frequências absolutas e relativas. Avaliou-se a distribuição das variáveis quantitativas mediante a determinação de suas medidas de posição central e variabilidade (mediana, média e desvio padrão). Os principais resultados apontaram que, ao caracterizar a escala de BAI, a amostra pesquisada apresentou maior prevalência de ansiedade classificada como mínima (47,3%), seguida de leve (17,2%), moderada (21,5%) e grave (14,0%). Quanto à escala de BDI, percebeu-se a prevalência de depressão classificada como mínima (41,9%) seguida de leve (21,5%), moderada (31,2%) e grave (5,4%). No entanto, as amostras estudadas apresentaram níveis consideráveis de ansiedade (52,7%) e depressão (58,1%) entre os alunos participantes desta pesquisa quando somados às variáveis Leve, Moderada e Grave de ansiedade e depressão, não considerando a variável mínima de ambos os transtornos. Neste estudo, evidenciou-se a presença considerável de níveis de

ansiedade e depressão entre os alunos pesquisados. Tais achados permitiram observar que são dois transtornos de aspectos diferentes, porém semelhantes, e podem levar uma pessoa não tratada a um prejuízo por toda vida. É importante salientar que o risco mínimo de ansiedade e de depressão, identificado entre os alunos pesquisados, não pode ser interpretado apenas como ausência de risco ao desenvolvimento de uma das doenças psicológicas analisadas. Ao contrário, deve-se compreender que o risco mínimo é um fator indicativo de que a doença está presente entre os alunos, podendo evoluir para níveis moderados a elevados. Diante desses dados significativos, conta-se com a prevenção e, não necessariamente, com a aplicação da intervenção, tendo em vista que o tempo para o desenvolvimento de uma ação de intervenção fica como sugestão para um trabalho futuro. Para tanto, propõem-se a implementação de protocolos preventivos, programas preventivos de educação e um espaço de escuta com um psicólogo. Na possibilidade de efetivar ações de prevenção em saúde mental no *lócus* da pesquisa, tais medidas auxiliarão a comunidade escolar na percepção de possíveis sinais de sofrimento emocional nos discentes, evitando consequências desastrosas, como o fracasso ou a evasão escolar.

Descritores: Ansiedade; Depressão; Ensino médio; Escola.

ABSTRACT

Santos FZ. Analysis of anxiety and depression symptoms and their preventive consequences among students at the Federal Institute of Espírito Santo - Campus Itapina. [Dissertation]. Seropédica: Academic Master in Agricultural Education. Federal Rural University of Rio de Janeiro (UFRRJ); 2020. 100 p.

Anxiety and depression are among the most common problems of high school students and have become increasingly present among students as a cause of illness and harm in school performance. In addition to causing damage to social relationships, student development, performance, school attendance and learning, this problem also causes harm in adulthood. The aim of this study was to describe the level of anxiety and depression among students at the Federal Institute of Espírito Santo - Itapina campus, as well as the symptoms present in this population. To this end, exploratory and descriptive field studies were used, with a quantitative approach. The same took place among 93 students enrolled in the first and last year of the technical courses in agriculture and livestock and zootechnics at the school. As evaluation tools in this research, the Sociodemographic Questionnaire and Beck Scales (BAI and BDI) were used. The data were described by means of descriptive analysis, in which the categorical variables were expressed by their absolute and relative frequencies. The distribution of quantitative variables was assessed by determining their measures of central position and variability (median, mean and standard deviation). The main results showed that, when characterizing the BAI scale, the sample surveyed had a higher prevalence of anxiety classified as minimal (47.3%), followed by mild (17.2%), moderate (21.5%) and severe (14.0%). As for the BDI scale, the prevalence of depression was classified as minimal (41.9%) followed by mild (21.5%), moderate (31.2%) and severe (5.4%). However, the samples studied showed considerable levels of anxiety (52.7%) and depression (58.1%) among the students participating in this research when added to the variables Light, Moderate and Severe anxiety and depression, not considering the minimum variable of both disorders. In this study, there was a considerable presence of levels of anxiety and depression among the students surveyed. Such findings allowed us to observe that they are two disorders of different, but similar, aspects and can lead an untreated

person to a loss for life. It is important to note that the minimum risk of anxiety and depression, identified among the students surveyed, cannot be interpreted only as the absence of risk to the development of one of the psychological diseases analyzed. On the contrary, it must be understood that the minimum risk is an indicative factor that the disease is present among students, and may evolve to moderate to high levels. In view of these significant data, there is prevention and, not necessarily, the application of the intervention, considering that the time for the development of an intervention action remains as a suggestion for future work. To this end, it is proposed to implement preventive protocols, preventive education programs and a listening space with a psychologist. In the possibility of carrying out preventive actions in mental health at the locus of the research, such measures will help the school community in the perception of possible signs of emotional suffering in the students, avoiding disastrous consequences, such as failure or dropping out.

Descriptors: Anxiety; Depression; High school; School.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AVC – Acidente Vascular Cerebral
BAI – Inventário de Ansiedade de Beck
BDI – Inventário de Depressão de Beck
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEFOR - Centro de Referência em Formação e em Educação a Distância
COVID-19 – Coronavírus
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
DP – Desvio Padrão
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAAES - Escola de Aprendizes Artífices do Espírito Santo
ECA - Estatuto da Criança e Adolescente
ES – Espírito Santo
IFES – Instituto Federal do Espírito Santo
OMS – Organização Mundial da Saúde
RM - Ressonância Magnética
SUS - Sistema Único de Saúde
TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada
TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TAS - Transtorno de Ansiedade de Separação
TC - Tomografia Computadorizada
TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO - World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização pessoal dos alunos participantes da pesquisa (n=93).....	47
Tabela 2 – Caracterização familiar dos alunos participantes da pesquisa (n=93).....	48
Tabela 3 – Caracterização da amostra: números absolutos e percentuais (n=93).....	49
Tabela 4 – Estatísticas descritivas dos escores de BECK	51
Tabela 5 – Resultados do teste de normalidade (p-valores) dos escores de BECK - Características do aluno (a)	52
Tabela 6 – Estatísticas descritivas do escore de BECK (BAI), segundo variáveis do estudo e dos resultados do teste de Mann-Whitney	53
Tabela 7 – Estatísticas descritivas do escore de BECK (BDI), segundo variáveis do estudo e dos resultados do teste de Mann-Whitney.....	55
Tabela 8 – Resultados do teste de normalidade (p-valores) dos escores de BECK – Características da família do aluno.....	56
Tabela 9 – Estatísticas descritivas do escore de BECK (BAI), segundo variáveis do estudo e dos resultados do teste de Kruskal-Wallis.....	58
Tabela 10 – Estatísticas descritivas do escore de BECK (BDI), segundo variáveis do estudo e dos resultados do teste de Kruskal-Wallis.....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Rede do medo.....	31
Figura 2 - Localização geográfica dos <i>campi</i> do IFES.....	40
Figura 3 - Classificação dos escores totais das escalas de BAI e BDI dos alunos participantes da pesquisa (n=93).....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Nomenclatura dos transtornos relacionados à ansiedade	27
Quadro 2 – Nomenclatura dos transtornos relacionados à depressão	32

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1	SOBRE A ADOLESCÊNCIA.....	23
3.2	SOBRE ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	26
3.2.1	Ansiedade.....	26
3.2.2	Depressão.....	31
3.2.3	Ambiente escolar e a manifestação de transtornos.....	36
4	METODOLOGIA.....	38
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	38
4.2	LOCAL DE PESQUISA.....	38
4.3	PARTICIPANTES.....	41
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	41
4.4.1	Critérios de Inclusão.....	41
4.4.2	Critérios de Exclusão.....	41
4.5	INSTRUMENTO PARA COLETADE DADOS.....	42
4.6	PROCEDIMENTOS.....	43
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.8	ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS.....	45
4.9	BENEFÍCIOS E RISCOS.....	45
5	RESULTADOS.....	47
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	47
5.2	COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE BECK (VARIÁVEIS QUANTITATIVAS) COM VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (COMDUAS CATEGORIAS).....	51

5.3 COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE BECK (VARIÁVEIS QUANTITATIVA) COM VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (COM MAIS DE DUAS CATEGORIAS).....	56
6 DISCUSSÃO.....	60
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	60
6.2 COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE BECK (VARIÁVEIS QUANTITATIVAS) COM VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (COMDUAS CATEGORIAS).....	61
6.3 COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE BECK (VARIÁVEIS QUANTITATIVAS) COM VARIÁVEIS CATEGÓRICAS(COM MAIS DE DUAS CATEGORIAS).....	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
8 REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE - Para pais e/ou responsáveis.....	79
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - Alunos maiores de 18 anosde idade.....	83
APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE	87
APÊNDICE D -QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO.....	91
APÊNDICE E -TERMO DE ANUÊNCIA.....	93
ANEXOS.....	94
ANEXO A- INVENTÁRIO DE BECK– BDI.....	94
ANEXO B - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK – BAI.....	97
ANEXO C - TERMO CONSUBSTANCIADO CEP/PLATAFORMABRASIL.....	98

1 INTRODUÇÃO

Durante a evolução da humanidade, existiram teorias que levaram o homem a pensar que as doenças mentais teriam relação direta com o maligno. Dally e Harrington (2008) relatam que na Idade Média esses doentes foram perseguidos e mortos. Porém, o pensamento humanista para com essa classe de enfermos apenas teve mudança positiva com Pinel no final do século XVIII.

Passados mais de dois séculos de mudanças, pensamentos e teorias, a reforma psiquiátrica, na década de 80, ampliou as discussões políticas e entre os profissionais de saúde ligados à área, a respeito do tratamento proporcionado aos pacientes portadores de transtornos mentais (SALIMENA, 2016). No século XXI, com um sistema de saúde que busca cada dia mais a inclusão desses pacientes na sociedade, a política nacional de saúde mental prevê diversas situações de acolhimento e cuidado para as diferentes demandas, tendo as equipes da Atenção Básica como porta de entrada para esse cuidado (BRASIL, 2018).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da força conjunta da sociedade, dos profissionais da saúde e da família, estabeleceu-se uma rede de atenção à saúde com diversos serviços no âmbito da assistência primária, secundária e terciária na qual todos tivessem o direito ao acesso, independente da renda e classe social (SALIMENA, 2016).

Antes da reforma psiquiátrica, as internações psiquiátricas eram prolongadas. O indivíduo ausentava-se do convívio domiciliar e social. Com a criação do SUS, houve uma reformulação das políticas de atenção à saúde mental com o objetivo de atender suas necessidades e garantir proteção aos seus direitos como portadores de algum transtorno ou dependentes de álcool e drogas. O paciente era redirecionado ao modelo assistencial em saúde mental amparado pela Lei nº 10.216, de 2001 (BERNARDI, 2015).

No Brasil, após a regulamentação da Portaria nº 336, de 2002, houve a construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com realização de consultas para obtenção de medicamentos e atendimentos terapêuticos durante o dia, assistência psiquiátrica, psicológica, social e de enfermagem, sem internações, rompendo-se com o modo tradicional de internação e, assim, conhecendo melhor os distúrbios mentais e as formas de tratamento.

Bernardi (2015, p. 1106 - 1107) apresenta as cinco modalidades de CAPS:

“CAPS I, CAPS II e CAPS III, diferenciando-se apenas no que se refere à ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. E outros 2 serviços específicos de atenção psicossocial: CAPS i2 (Criança e Adolescente), voltado à atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes; e CAPS ad2 (Álcool e outras Drogas), responsável pela atenção psicossocial de pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas. A Portaria n.º 3.088/2011 propõe que os adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas sejam atendidos nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial”.

A ansiedade e a depressão situam-se entre os problemas mais comuns dos alunos do ensino médio. Um estudo americano realizado em escolas de nível médio, em uma província do Canadá, constatou que 13% dos alunos já foram diagnosticados com sintomas característicos aos de ansiedade ou depressão (GERMAIN, 2016). Afinal, todo ser humano está suscetível a vivenciar um quadro de “depressão, situações de insegurança e instabilidade gerando quadros graves de ansiedade [...]” (BRASIL, 2018).

A ansiedade e a depressão vêm aumentando nos últimos anos em adolescentes, ocasionando consequências desagradáveis na vida estudantil desses alunos (BELFER, 2008). Segundo pesquisas realizadas no Brasil, a idade média para a ocorrência desses transtornos são os 13 anos. Além de causar prejuízo nas relações sociais, no desenvolvimento estudantil, no rendimento, na frequência e no aprendizado escolares, essa problemática também acarreta prejuízos na vida adulta (PATEL *et al.*, 2007).

Para Silva (2014), a adolescência é um estágio crucial do desenvolvimento e da alta prevalência de ansiedade e depressão. Nessa fase da vida é uma questão de vigilância da família, da escola e de todos envolvidos. Segundo Lopes *et al.* (2016, p. 02):

“[...] elevada prevalência de transtornos mentais comuns entre os adolescentes e o fato de os sintomas serem muitas vezes vagos, fazem com que esses transtornos sejam pouco identificados por gestores escolares ou mesmo serviços de saúde”.

Os distúrbios mentais são desafios a serem enfrentados pelos serviços de saúde, podendo ser identificados, precocemente, por meio de indícios de sofrimento psíquico. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM-5, p. 12, 2015), versão atualizada, conceitua o transtorno mental da seguinte forma:

“Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no

comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão normalmente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui um transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que se dão basicamente entre o indivíduo e a sociedade não são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja resultado de uma disfunção no indivíduo”.

Morais (2014) aponta que os transtornos mentais são responsáveis pela diminuição da capacidade cognitiva dos adolescentes, a perspectiva de vida é reduzida a quase um terço, e cerca de 20% dessa faixa etária sofrem de algum distúrbio mental. Para Chu e Harrison (2007), ambas as desordens (ansiedade e depressão) estão associadas a perturbações graves no relacionamento social, acadêmico e familiar, e têm sido associadas ao maior risco de ansiedade mais grave, evoluindo para depressão e abuso de substâncias na idade adulta.

Os transtornos depressivos (entre eles o Bipolar) encontram-se inseridos no quadro de Transtornos do Humor, antes conhecido como Transtorno Afetivo no DSM-III. Essas alterações têm como causa o estado emotivo do indivíduo, pois no termo afetivo é mais flutuante e no termo humor, sustentado e difuso. São bastante prevalentes, têm alta morbidade e estão associados à mortalidade, aos suicídios precoces e situam-se entre as doenças mais debilitantes (DSM-5, 2014).

Para Salle *et al.* (2012), a depressão tem sido observada em certos tipos de variáveis, como no uso de tabaco, drogas ilícitas, baixo desempenho escolar e no suicídio. O ato de tirar a própria vida tem aumentado entre os jovens e adolescentes. Representa a terceira causa de morte no Brasil, ficando apenas atrás de mortes provocadas por acidentes de trânsito e homicídios, tornando-se caso de saúde pública. Bahls e Bahls (2002) afirmam que o suicídio cometido por adolescente é o fato mais relevante do quadro clínico da depressão. Dentro do espectro do comportamento suicida, situam-se as ideias suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado.

Para Carvalho, Silva, Machado e Rosa (2016), as estimativas apontam que uma em cada cinco crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade. Merikangas, Nakamura e Kessler (2009), referem que pesquisas retrospectivas e prospectivas mostraram que a maioria dos

distúrbios mentais no adulto começa na infância e adolescência.

No desempenho de minhas atividades profissionais no ambulatório médico do Instituto Federal do Espírito Santo (IFES), campus Itapina, comecei a observar um elevado número de alunos que procurava a unidade apresentando sinais e sintomas igualitários e típicos. Entre eles, choro incontrolável, formigamento de lábios e extremidades, desmaios, taquicardias, dispneias, ideações suicidas, angústia, automutilação e tremores. Após consulta médica com o clínico geral, esses alunos recebiam uma hipótese diagnóstica de algum transtorno mental, e eram encaminhados ao médico especialista (fora do campus Itapina) para o correto diagnóstico.

No entanto, observei uma frequência elevada de discentes encaminhados para o atendimento especializado. Tal fato me gerou preocupação e, ao mesmo tempo, um questionamento sobre a real situação de saúde mental desses discentes: quais seriam os motivos que estariam causando doenças mentais nos alunos? Estariam esses alunos iniciando o ensino médio com algum transtorno mental trazido de vivências anteriores e/ou familiares? Estariam os alunos desenvolvendo distúrbios mentais em decorrência da rotina de estudos imposta pelo IFES ou em razão da expectativa de ingresso no mercado de trabalho? Qual a incidência de alunos com sintomatologia de algum transtorno de humor do espectro ansioso, depressivo ou misto? Em caso positivo, qual a prevalência típica na amostra pesquisada?

Este estudo visa estabelecer as relações entre as variáveis que se seguem: sexo, religião, horas de sono noturno, atividade física, atividade de lazer, moradia, situação parental, renda per capita mensal da família, uso de drogas ilícitas, uso de cigarro/tabaco, consumo de bebida alcoólica, história de ansiedade e/ou depressão na família, histórico de algum tipo de violência na infância, grupo de relações interpessoais.

Entre tantas variáveis investigadas, pode-se afirmar que contribuíram para o aparecimento de distúrbios mentais entre os estudantes do ensino médio, por exemplo, a violência intrafamiliar e extrafamiliar na infância. A violência destaca-se como um potencial desencadeador de curto, médio ou longo prazo do aparecimento de sintomas relacionados a transtornos de ansiedade e de depressão na adolescência (PATIAS, 2015).

Neste trabalho, buscou-se descrever os níveis de ansiedade e de depressão e a

sintomatologia apresentada nos alunos do campus Itapina, a fim de buscar, junto com a equipe multidisciplinar, alternativas para atuação com foco preventivo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o nível de ansiedade e depressão entre os alunos do Instituto Federal do Espírito Santo – campus Itapina, bem como os sintomas presentes nessa população.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar os alunos da escola pesquisada de acordo com as variáveis sociodemográficas e de estilo de vida.
- ✓ Identificar, entre as variáveis estudadas, possíveis fatores que predispõem ao desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade entre os alunos pesquisados.
- ✓ Correlacionar as variáveis levantadas.
- ✓ Propor o desenvolvimento de estratégias preventivas dentro do Instituto para a diminuição de sintomas relacionados com a depressão e ansiedade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SOBRE A ADOLESCÊNCIA

Para Ferreira (2004), a palavra adolescência, em latim *adolescentia*, representa uma das etapas do desenvolvimento humano que corresponde ao período entre a infância e a idade adulta. Vale afirmar que passamos por várias etapas da vida: nascer, crescer e envelhecer. Outros podem distingui-las como fases: infância, adolescência e adulta. Assim, comprova-se o estudo do desenvolvimento do ser humano desde o nascimento até a morte, e a adolescência situa-se entre os dois últimos momentos (SILVA, 2014). Felden *et al.* (2015) relatam que nesse período também se observam a transformação do corpo, o aumento hormonal e o amadurecimento do sistema nervoso central.

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adolescência vai dos 12 aos 18 anos. Dentro dessa faixa etária se aplicam penalidades socioeducativas no Brasil (Lei nº. 8.069, de 13 de junho de 1990). O ECA está fundamentado na busca pelo direito à proteção da vida e da saúde da criança e do adolescente, por meio da efetivação de políticas públicas que garantam o nascimento e o desenvolvimento saudável e harmonioso, em condições dignas de existência (FAIAL, 2016).

Para o Ministério da Saúde (2010), a idade cronológica nessa fase é dos 10 aos 19 anos, porém Grolli, Wagner e Dalboso (2017) afirmam que a transição é observada quando o jovem finaliza o ensino médio e a decidida carreira profissional dá início ao novo ciclo da vida, identificada pela fase adulta. Brito (2011) descreve que é um período de transformação, em que múltiplas mudanças físicas, psíquicas, afetivas e sociais têm lugar. Ainda de acordo com Brito (2011, p. 209):

“[...] profundas transformações vividas pelo adolescente provocam nele um sentimento de inquietação, de estranheza em relação a si próprio. Ele sente-se desajeitado, sem controle sobre o seu corpo e a sua sexualidade. Torna-se crítico, rebela-se à mínima contrariedade, afasta-se [...]”.

Carvalho *et al.* (2016) refere que é nesse período exigente de transição crítica que o adolescente passa por transformações durante seu desenvolvimento biológico (físico e hormonal) e emocional (psicológico), acompanhadas ou não de transtornos mentais, com destaque para a ansiedade e a depressão, podendo ocasionar prejuízos significativos na sua qualidade de vida. Não importa qual seja o contexto social em

que o jovem esteja inserido, a adolescência sempre será uma época de profundas mudanças. É nesse momento que será estruturada a base para a formação da personalidade do futuro adulto (BLANK, 2011).

Para Jatobá e Bastos (2007), o adolescente experimenta, na fase de transição, conflitos inerentes a ela que, quando não bem assessorados, podem levar ao aparecimento de sintomas característicos de depressão (transtorno do humor), ou seja, não devem ser negligenciados no ambiente familiar e nem por agentes escolares que não devem tardar na abordagem. Ela é necessária, assim que perceberem qualquer tipo de alteração de comportamento, atitude, padrão de higiene prejudicial e o uso de veste ou uniforme em contraste com o momento (estação do ano) e lugar.

Para Senna (2015), o adolescente de nossos dias passa por transformações *bio-psiquico-social* que podem passar despercebidas ou não pela sociedade, mesmo nas mais desenvolvidas tecnologicamente, e isso pode ser determinante ao lidar com situações emotivas na transição para a fase adulta.

Farias (2016, p. 42) descreve que “esta fase é marcada por muitas descobertas, incertezas e inseguranças e, de maneira geral, adolescentes sofrem influências na construção de sua personalidade, o que poderá determinar o seu modo de viver [...].” Diante dessas alterações emotivas e corpóreas, o jovem age de forma hostil e desinteressado com a vida no geral, mesmo com atividades que lhe causavam prazer (BERNARDI, 2015).

A imagem corporal e a satisfação com o corpo representam aspectos apontados como importantes preditores da percepção da saúde na adolescência. Tanto meninas quanto meninos preocupam-se com a imagem corporal. Cobram-se e são cobrados cada vez mais pela sociedade para chegar à perfeição física (CAMARA, 2012).

De modo geral, os adolescentes deparam-se com várias situações novas e pressões sociais, resultados do mundo moderno cada vez mais complexo, competitivo e exigente. O panorama contemporâneo traz dificuldades para lidar com as necessidades de adaptação com que se deparam no dia a dia, favorecendo condições impróprias para que apresentem flutuações de humor e mudanças expressivas no comportamento (ARAGÃO, 2009).

De acordo com Garcia (2011), o adolescente está em busca de sua identidade, pois faz parte de seu compromisso psicossocial. Por ser a família o núcleo básico da sociedade, faz-se necessário que os pais consolidem o apoio ao amadurecimento de

seus filhos, proporcionando um ambiente o mais saudável possível, com diálogo e escuta. A qualidade da relação que os adultos (pais, professores, amigos) estabelecem com o adolescente, a atenção que lhe dão são decisivas para a edificação da construção do processo de identificação do adolescente (BRITO, 2011). Mas, quando não se consegue a instalação de um ambiente prazeroso, existe a probabilidade de o adolescente ter experiências desagradáveis nas relações afetivas e/ou assumir um comportamento de risco com comprometimento de sua integridade física e mental.

Salienta-se que, dada a imaturidade e a ilusão de autonomia sobre sua vida, ao adotar comportamentos de risco, a todo instante o adolescente encontra-se vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis (DST), à gravidez indesejada, ao uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, ao tabagismo, à violência, entre outros (FAIAL, 2016).

Aragão (2009) afirma que o adolescente possui tendência natural para comunicar-se pela ação, em detrimento da palavra. Por isso, na busca de uma solução para seus conflitos, os jovens podem recorrer a esses artifícios, na tentativa de aliviar a dor ou reencontrar a harmonia infantil perdida.

Gomes (2010) considera que os adolescentes devem ser vistos como solução e não como problema, perspectiva recorrente na área da saúde. Para Pratta (2007, p. 253):

“Nessa etapa do desenvolvimento, o indivíduo passa por momentos de desequilíbrios e instabilidades extremas, sentindo-se muitas vezes inseguro, confuso, angustiado, injustiçado, incompreendido por pais e professores, o que pode acarretar problemas para os relacionamentos do adolescente com as pessoas mais próximas do seu convívio social. Entretanto, essa crise desencadeada pela vivência da adolescência é de fundamental importância para o desenvolvimento psicológico dos indivíduos, o que faz dela uma crise normativa. Contudo, a vivência da adolescência não é um processo uniforme para todos os indivíduos, mesmo compartilhando de uma mesma cultura. Ela costuma ser, geralmente, um período de conflitos e turbulências para muitos, no entanto há pessoas que passam por esta fase sem manifestarem maiores problemas e dificuldades de ajustamento. Dados epidemiológicos evidenciam que cerca de 20% dos adolescentes apresentam problemas de saúde mental e necessitam de ajuda, enquanto os demais atravessam essa etapa do desenvolvimento sem maiores problemas, ou seja, passam pela adolescência “absolutamente imunes a qualquer tipo de crise. Simplesmente vivem, adquirem ou não determinados valores, ideias e comportamentos e chegam ‘incólumes’ à idade adulta” Pratta (2007, p. 253).

Os adolescentes são a base de qualquer processo de transformação social no Brasil. Aquilo que pensam e dizem tem relevância não só para eles, mas também para a sociedade, pois serão adultos e constituirão a força econômica e de trabalho no futuro (FUMAGALLI, 2019). Gomes e Horta (2010, p. 487) apontam a importância de

entes institucionais da saúde e da educação dialogarem e articularem-se para elaboração e execução de estratégias voltadas ao público adolescente:

“Um indivíduo com um bom desenvolvimento cognitivo, respeitado e valorizado enquanto ser humano, tendo um ambiente saudável e condições adequadas de saúde, supostamente tem condições favoráveis ao desenvolvimento de suas potencialidades, melhorando a assimilação e aumentando a capacidade de tomar decisões e, consequentemente, amenizando as vulnerabilidades. O elo entre saúde e educação é visto como necessário, potencializador e fundamental desde tempos remotos”.

Faial (2016) ressalta que, apesar das políticas e programas de saúde, observa-se uma desarticulação da assistência à saúde do adolescente muito aquém de suas carências e necessidades.

Promover a saúde de adolescentes não é tarefa das mais simples, uma vez que as atitudes nesse sentido não se resumem às ações assistencialistas centradas na doença. Ressalta-se que, para a efetivação das práxis de saúde direcionadas ao público jovem, fazem-se necessárias a apropriação da realidade de seu usuário, suas relações intrapessoais, interpessoais e com o meio.

Pressupõe-se que o adolescente bem assistido hoje nos aspectos referentes a esse momento de sua vida poderá ser o adulto sadio de amanhã. Tal situação reforça a atuação do profissional de saúde quanto à prevenção de riscos e à promoção da saúde do adolescente (GOMES, 2010).

3.2 SOBRE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

3.2.1 Ansiedade

No ano de 2017, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) publicou um relatório sobre depressão e outros transtornos mentais comuns na Região das Américas, com dados coletados entre os anos de 2005-2015. No documento, o Brasil foi classificado como o país com mais casos diagnosticados de ansiedade no mundo (9,3%). O termo ansiedade tem origem grega (Anschein), que significa oprimir, sufocar (SILVA, 2014).

Para Brito (2011), a adolescência é formada por um período de mudanças físicas e psíquicas, que podem incluir a ansiedade. Em meio a essas transformações,

acontece a mudança do corpo de criança para o de adulto sexuado. Na infância, o corpo é conhecido, seguro, e a relação com os pais é de dependência. Na puberdade, as alterações hormonais e morfológicas coordenam as novas capacidades de sentir, pensar e agir, e são responsáveis por elas.

A partir desse modelo, o adolescente enfrenta a necessidade de redefinir a sua identidade psíquica, em especial em relação aos seus pais. A relação estabelecida com os seus genitores - desde os primeiros momentos de vida - constitui-se no alicerce para a construção da segurança básica em si e nos outros, na estima de si próprio e na confiança em suas capacidades, e será determinante para enfrentar as profundas transformações futuras (BRITO, 2011).

Todos experimentam um pouco de ansiedade, que é um sinal de alerta, indicativo de perigo iminente, que capacita o indivíduo para lidar com uma ameaça (FILHO; SILVA, 2013). De acordo com o DSM-5 (2014, p.189), os transtornos de ansiedade são:

“Transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva”.

Para Matta (2016), alguns dos sintomas de ansiedade podem ser predominantemente psicológicos (medo, inquietação, obsessões, preocupações injustificáveis), físicos (palpitações, tremores, diarreia, sudorese). Para melhor entendimento dos transtornos de ansiedade o DSM-5 (2014, p. 189-226) descreve, conforme Quadro 1:

Quadro 1 – Nomenclatura dos transtornos relacionados à ansiedade

TIPOS DE TRANSTORNOS	ETIOLOGIA (CAUSAS)	SINTOMATOLOGIA	PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS
Transtorno de Ansiedade de Separação	Medo ou ansiedade excessivos, envolvendo separação de casa ou de figuras de apego.	Sofrimento excessivo e recorrente; preocupação; relutantes ou recusas; medo ou relutância persistente e excessiva; temor persistente e excessivo; Pesadelos repetidos; cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos; em crianças, dificuldade na hora de dormir; sintomas cardiovasculares, como palpitações, tonturas e sensação de desmaio.	A perturbação pode causar sofrimento, clinicamente significativo, ou prejuízo nas áreas de funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; maior risco de suicídio.

Continua

Continuação quadro 1

TIPOS DE TRANSTORNOS	ETOLOGIA (CAUSAS)	SINTOMATOLOGIA	PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS
Transtorno de Ansiedade de Separação	Medo ou ansiedade excessivos, envolvendo separação de casa ou de figuras de apego.	Sofrimento excessivo e recorrente; preocupação; relutantes ou recusas; medo ou relutância persistente e excessiva; temor persistente e excessivo; Pesadelos repetidos; cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos; em crianças, dificuldade na hora de dormir; sintomas cardiovasculares, como palpitações, tonturas e sensação de desmaio.	A perturbação pode causar sofrimento, clinicamente significativo, ou prejuízo nas áreas de funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; maior risco de suicídio.
Mutismo Seletivo	Intensa ansiedade social.	Timidez excessiva, medo de constrangimento, isolamento e retraimento sociais, apego, traços compulsivos, negativismo, ataques de birra ou comportamento opositor leve.	Prejuízo social nas relações afetivas, interpessoais, escolares e acadêmicas; isolamento social.
Fobia Específica	Medo ou ansiedade relacionado (a) à presença de uma situação ou objeto particular, que pode ser denominado estímulo fóbico.	Medo ou ansiedade é-desproporcional em relação ao perigo real apresentado pelo objeto ou pela situação, ou mais intenso (a) do que é considerado necessário.	Prejuízo no funcionamento psicossocial e de redução na qualidade de vida; risco de suicídio aumentado em até 60%.
Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)	Medo ou ansiedade acentuado (a) ou intenso (a) de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros.	Podem ser inadequadamente assertivos ou muito submissos ou, com menos frequência, muito controladores da conversa; postura corporal excessivamente rígida; contato visual inadequado; falar com voz muitíssimo suave; tremor aumentado ou taquicardia, rubor, timidez, retração quando se exige contato social.	Evasão escolar e prejuízos no bem-estar, no emprego, na produtividade no ambiente de trabalho, no status socioeconômico e na qualidade de vida.
Transtorno de Pânico	Surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e se refere a ataques de pânico inesperados e recorrentes.	<p>Ataque de pânico que é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto profundo que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou "enlouquecer". 13. Medo de morrer. 	Incapacidade social, profissional e física; prejuízo na frequência ao trabalho ou à escola para visitas ao médico ou ao serviço de urgência, o que pode levar ao desemprego ou à evasão escolar; custos econômicos consideráveis com medicação, internações e em consultas médicas; elevada tentativa de suicídio e ideação suicida.

Continua

Continuação quadro 1

TIPOS DE TRANSTORNOS	ETIOLOGIA (CAUSAS)	SINTOMATOLOGIA	PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS
Agorafobia	Medo ou ansiedade acentuado (a) ou intenso (a) desencadeado (a) pela exposição real ou prevista a diversas situações.	<p>Medo ou ansiedade marcantes acerca de duas (ou mais) das cinco situações seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de transporte público (por exemplo: automóveis, ônibus, trens, navios, aviões). 2. Permanecer em espaços abertos (por exemplo: áreas de estacionamentos, mercados, pontes). 3. Permanecer em locais fechados (por exemplo: lojas, teatros, cinemas). 4. Permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão. 5. Sair de casa sozinho. 	Prejuízo e incapacidade em termos de desempenho de papéis, produtividade no trabalho e em dias com incapacidade.
Transtorno de Ansiedade Generalizada	Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado.	<p>A ansiedade e a preocupação estão associadas a três ou mais dos seis sintomas abaixo (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietação ou sensação de "estar com os nervos à flor da pele". 2. Fadiga. 3. Dificuldade de concentrar-se ou sensações de "branco" na mente. 4. Irritabilidade. 5. Tensão muscular. 6. Perturbação do sono (dificuldade de conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto). Pode haver: tremores, contrações, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade associados à tensão muscular; sintomas somáticos (por exemplo, sudorese, náusea, diarreia) e uma resposta de sobressalto exagerado; sintomas de excitabilidade autonômica aumentada (como batimentos cardíacos acelerados, falta de ar, tonturas). <p>Nota: Apenas um item é exigido para crianças.</p>	Prejuízo na capacidade do indivíduo de fazer as coisas de forma rápida e eficiente, seja em casa, seja no trabalho. A preocupação toma tempo e energia; os sintomas associados de tensão muscular e sensação de "estar com os nervos à flor da pele", cansaço, dificuldade de concentrar-se e perturbação do sono contribuem para o prejuízo.

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

O adolescente é ameaçado por grandes alterações as quais irão aparecer, tais como as mudanças no seu corpo, a relação com os pais, os conflitos de dependência/autonomia constantes, os receios em relação às suas competências sociais e escolares (BRITO, 2011).

Para Baptista e Soares (2017), os transtornos de ansiedade estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns na adolescência, com uma prevalência em torno de 10 a 30%, acometendo mais meninas. Da mesma maneira que a maior parte das doenças psiquiátricas, os transtornos ansiosos são considerados condições associadas ao neurodesenvolvimento, com significativa contribuição genética (ASBAHR, 2004).

Segundo Asbahr (2004), o transtorno de ansiedade de separação (TAS) é mais comum que o TAG em crianças de 6 a 8 anos. Em adolescentes, o TAG aparece mais que o TAS. O autor faz um paralelo quanto à ocorrência de um distúrbio que se torna mais presente em determinada idade e ausente em outra, mas que também não descarta o seu diagnóstico na faixa etária não evidenciada.

A característica comum dos diferentes transtornos de ansiedade é o medo excessivo e irracional e a evitação de fatores que podem ser gatilhos para a ansiedade (HOLZSCHNEIDER, 2011). Para Castilho, Recondo e Asbahr (2000), tais reações exageradas ao estímulo ansiogênico desenvolvem-se, de modo mais habitual, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada que pode funcionar como um colaborador para a manifestação da patologia na pessoa (HIRATA, 2018). Existem outras hipóteses levantadas por pesquisadores que fatores psicológicos, bem como os socioambientais, compõem importantes desencadeadores nessa área de investigação (BAHLS, 1999).

Certas pesquisas atribuem à neuroimagem a característica de uma grande aliada na identificação e no tratamento (por exemplo: psicoterapias e a terapia cognitivo-comportamental - TCC) de transtornos de ansiedade. O diagnóstico clínico deve se unir aos meios tecnológicos para juntos traçarem o perfil a ser tratado, alcançando-se, assim, um resultado satisfatório, certo e compensatório para o tratamento.

Porto, Hermolin e Ventura (2002) apresentaram exames complementares usando técnicas de imageamento com a finalidade de investigação não invasiva, por exemplo: a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM). Os autores observaram que cada vez mais estão sendo feitos exames complementares aos demais meios usados, objetivando diagnóstico mais preciso e essencial ao tratamento.

Holzschnieder (2011) identificou a amígdala por ser uma estrutura decisiva para o medo e a ansiedade. Além da amígdala, a ínsula e o córtex cingulado anterior são referidos como “rede de medo” (Figura 1).

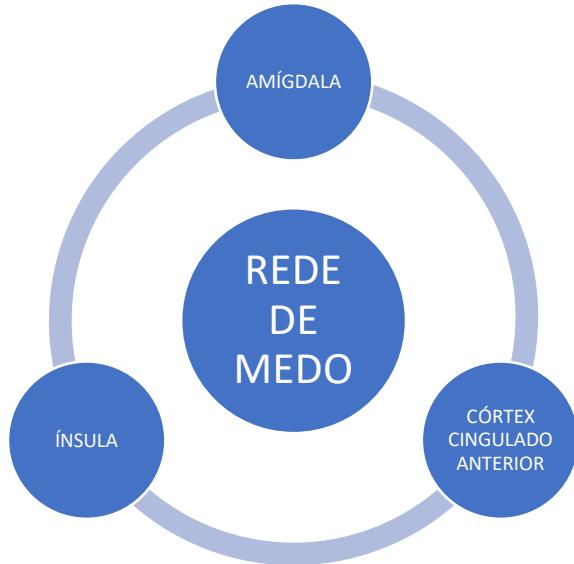


Figura 1 – Rede do medo.

Fonte: elaborada pelo autor.

Na concepção de Pereira (2012), o conhecimento dos fatores de risco, a manutenção da ansiedade e outros distúrbios são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias e para uma intervenção eficaz, afastando erros nos diagnósticos, o que leva a um tratamento dispendioso e desnecessário, podendo desencadear a piora do quadro clínico do indivíduo.

Os transtornos de ansiedade estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns na adolescência, com uma prevalência em torno de 10 a 30%, acometendo mais as jovens (BAPTISTA, 2017). Trabalhos apontaram que as meninas são mais ansiosas que os meninos, principalmente pelo fato de discordar dos pais. Também se mostram com resultados mais altos do que os do sexo masculino em ansiedade geral, ansiedade escolar e ansiedade em situações de avaliações. Na adolescência, a alta taxa de ansiedade faz com que fiquem mais vulneráveis a tentativas de suicídio. Quando comparadas com os jovens, manifestam maiores índices de ansiedade. Os meninos são mais preocupados em estabelecer a independência de seus pais e, cada vez mais, transferem o apego emocional dos mesmos para o processo de individuação (BATISTA, 2005).

As grandes mudanças vividas pelo adolescente provocam nele um sentimento de inquietação, de estranheza em relação a si próprio. As atividades desportivas ou artísticas que ele praticava outrora e de que retirava grande prazer começam a ser

postas de lado. Vai sendo desenvolvido um sentimento desajeitado, falta de controle sobre o seu corpo e a sua sexualidade (BRITO, 2011).

Contudo, é na fase da adolescência que surge uma forma de descarregar a ansiedade por meio de discussão, resultados escolares inferiores, fugas. A ansiedade é uma emoção frequente, sinal de alarme perante uma situação que pode constituir uma ameaça (BRITO, 2011).

3.2.2 Depressão

De acordo com Del Porto (1999), o termo depressão “tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s)”. Brage (1995) classificou que a depressão no adolescente pode ser multifatorial e até envolver fatores biológicos e teorias psicológicas.

Para Silva (2014) atualmente, a palavra depressão pode referir-se a um sintoma, um estado afetivo normal - que é a tristeza - uma doença ou uma síndrome, estando associada a uma resposta às situações depressivas vividas, como também a reações normais diante de determinados fatos desagradáveis, frustrações, sofrimentos e sentimento de perda. Aragão (2009, p. 396) reforça a afirmação do colega quando assevera que a depressão é:

“[...] a mudança de humor (tristeza, choro, irritabilidade), sem causa aparente, diminuição por interesse de atividades que até então eram propiciadoras de prazer, diminuições de energia física e mental, distúrbios de sono, alimentação, entre outras perturbações. De modo geral, essas perturbações são indicadores da depressão considerada a grande vilã do final do século XX [...]”.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (2014, p. 155-184) descreve alguns exemplos de transtornos depressivos que auxiliam os diversos profissionais no campo da psiquiatria, da psicologia e áreas afins, conforme Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Nomenclatura dos transtornos relacionados à depressão

TIPOS DE TRANSTORNOS	ETIOLOGIA (CAUSAS)	SINTOMATOLOGIA	PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS
Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor	Irritabilidade crônica grave.	Frequentes explosões de raiva e o humor persistente, irritável ou zangado que está presente entre as explosões de raiva.	Comportamento suicida e agressão marcada por perturbação na família da criança e nas relações com os pares, bem como no desempenho escolar.
Transtorno Depressivo Maior	Humor deprimido persistente.	Humor deprimido (por exemplo, sente-se triste, vazio, sem esperança, parece choroso); perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão; pensamentos recorrentes de morte; ideação suicida insistente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio; diminuição do interesse ou prazer.	Ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. O prejuízo, no entanto, pode se estender até a total incapacidade, de modo que a pessoa deprimida é incapaz de dar atenção às necessidades básicas de cuidado consigo mesma ou fica muda ou catatônica. Probabilidade aumentada de sentir mais dor e doença física e maior redução no funcionamento físico e social.
Transtorno Depressivo Persistente (Distimia)	Humor deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos ou, no mínimo, por um ano em crianças e adolescentes (leve, moderado ou grave).	Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias; em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável. Quando deprimidos apresentam duas ou mais das seguintes características: apetite diminuído ou alimentação em excesso; insônia ou hipersonia; pouca energia ou fadiga; baixa autoestima; concentração reduzida ou dificuldade em tomar decisões; sentimentos de desesperança.	Prejuízo na vida social e profissional varia bastante, porém os efeitos podem ser tão grandes quanto os do transtorno depressivo (ou mesmo maiores).
Transtorno Disfórico Pré-menstrual	É a expressão de instabilidade do humor, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade que ocorrem com frequência durante a fase pré-menstrual do ciclo e remitem por volta do início da menstruação ou logo depois.	Labilidade afetiva acentuada (por exemplo, mudanças de humor; sentir-se repentinamente triste ou chorosa ou sensibilidade aumentada à rejeição); irritabilidade ou raiva acentuadas ou aumento nos conflitos interpessoais; humor deprimido acentuado, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciativos; ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimentos de estar nervosa ou no limite; interesse diminuído pelas atividades habituais (por exemplo: trabalho, escola, amigos, passatempos); sentimento subjetivo de dificuldade em se concentrar; letargia, fadiga fácil ou falta de energia acentuada; alteração do apetite; comer em demasia; ou avidez por alimentos específicos; hipersonia ou insônia; sentir-se sobrecarregada ou fora de controle; sintomas físicos, como sensibilidade ou inchaço das mamas, dor articular ou muscular, sensação de "inchaço" ou ganho de peso.	Sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízo claro e acentuado na capacidade de funcionar social e profissionalmente na semana anterior à menstruação. O prejuízo no funcionamento social pode se manifestar como discórdia conjugal e problemas com os filhos, outros membros da família ou amigos.

Continua

Continuação Quadro 2

TIPOS DE TRANSTORNOS	ETIOLOGIA (CAUSAS)	SINTOMATOLOGIA
Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento	<p>Humor depressivo ou muita diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades (logo após intoxicação ou abstinência de substância ou depois de exposição a medicamento). O nome do transtorno depressivo induzido por substância e medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se supõe está causando os sintomas depressivos.</p>	<p>As características diagnósticas do transtorno depressivo induzido por substância e medicamento incluem os sintomas de um transtorno depressivo, como o transtorno depressivo maior. Entretanto, abstinência está associada à ingestão, injeção ou inalação de uma substância (por exemplo: psicotrópicos) e persiste além da duração esperada dos efeitos fisiológicos, da intoxicação ou do período de abstinência.</p>
Transtorno Depressivo devido à outra Condição Médica	<p>Período proeminente e persistente de humor deprimido ou de diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades que são consideradas relacionadas aos efeitos fisiológicos diretos de outra condição médica.</p>	<p>Etiologia é a variável-chave no transtorno depressivo devido à outra condição médica. entre as condições neuroendócrinas mais intimamente associadas à depressão (síndrome de Cushing; AVC; doença de Huntington; doença de Parkinson; lesão cerebral traumática e hipotireoidismo).</p>
Outro Transtorno Depressivo Especificado	<p>Usada nas situações em que o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno depressivo específico não são satisfeitos e incluem apresentações para as quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em salas de emergência).</p>	<p>Associar-se dois dos seguintes sintomas com sintomas ansiosos: 1. Sentir-se nervoso ou tenso. 2. Sentir-se anormalmente inquieto. 3. Dificuldade de se concentrar devido a preocupações. 4. Temor de que algo terrível aconteça. 5. Sentimento de que o indivíduo possa perder o controle de si mesmo. Quanto à gravidade atual (Leve: dois sintomas; Moderada: três sintomas; Moderada-grave: quatro ou cinco sintomas. Grave: quatro ou cinco sintomas e com agitação motora). Com características mistas: pelo menos três dos seguintes sintomas maníacos /hipomaníacos estão presentes quase todos os dias durante a maioria dos dias de um episódio depressivo maior: 1. Humor elevado, expansivo. 2. Autoestima inflada ou grandiosidade. 3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando. 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados. 5. Aumento na energia ou na atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho, na escola, seja sexualmente). 6. Envolvimento maior ou excessivo em atividades com elevado potencial para consequências prejudiciais (por exemplo, comprar desenfreadadamente, indiscrições sexuais, investimentos insensatos nos negócios). 7. Redução da necessidade de sono (sentir-se descansado apesar de dormir menos do que o habitual; deve ser contrastado com insônia). Com características melancólicas: Uma das seguintes está presente durante o período mais grave do episódio atual: 1. Perda de prazer em todas ou quase todas as atividades. 2. Falta de reatividade a estímulos em geral prazerosos (não se sente muito bem, mesmo temporariamente, quando acontece alguma coisa boa). Três (ou mais) das seguintes: 1. Uma qualidade distinta de humor depressivo caracterizado por prostração profunda, desespero e/ou morosidade, ou pelo chamado humor vazio. 2. Depressão regularmente pior pela manhã. 3. Despertar muito cedo pela manhã (i.e., pelo menos duas horas antes do despertar habitual). 4. Acentuada agitação ou retardo psicomotor. 5. Anorexia ou perda de peso significativa. 6. Culpa excessiva ou inadequada.</p>

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

Segundo Rombaldi (2010), pessoas com depressão apresentam cerca de cinco vezes mais alguma forma de incapacidade do que indivíduos assintomáticos e, aqueles deprimidos consultam e hospitalizam-se mais por todas outras causas. Para Hirata (2018), a depressão é um dos principais problemas de saúde mental presentes nas instituições de atenção básica e nos consultórios. É considerada caso de saúde pública, devido a inúmeros trabalhadores não estarem aptos a retornarem às suas atividades laborais. Por isso, analisar a incidência de sintomas depressivos pode contribuir para o desenvolvimento de métodos de prevenção e intervenção que promovam o bem-estar durante essa fase, sem que o adolescente se afaste de suas atividades escolares e que não venha a se prejudicar em seu rendimento curricular (GROLLI, 2017).

Segundo Monteiro (2007), “As estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) resultam em dados alarmantes que estimam, para as próximas duas décadas, um aumento tão vertiginoso para o número de novos deprimidos que, em 2020, a depressão representará a segunda afecção que mais perpassará os anos de vida útil da população mundial [...].” Anos após à asseveração do autor, a OMS (WHO, 2017) publicou um relatório sobre depressão e outros transtornos mentais comuns na Região das Américas com dados coletados entre os anos de 2005-2015. No citado documento, o Brasil foi classificado como o 2º país com mais casos de depressão (5,8%), confirmando a previsão descrita por Monteiro.

Vários estudos apontam que o risco de depressão aumenta com a adolescência. Estima-se a sua prevalência em cerca de 2% nas crianças e em 4-8% nos adolescentes (RESENDE, 2013). A partir da adolescência, a sintomatologia depressiva passa a ser responsável por quase 75% das internações psiquiátricas. Diante dessa realidade, torna-se urgente a necessidade de estudos com foco nessa situação clínica e em métodos de intervenção apropriados para a sintomatologia depressiva nesse momento da vida (BIAZUS, 2012).

O autor cita que o adolescente, ao passar por mudanças físicas, emotivas e sociais inerentes ao seu processo de amadurecimento, pode vir a desenvolver transtornos depressivos. Nessa fase é comum que alguns jovens manifestem sintomas depressivos que podem comprometer seu desempenho escolar, seu interesse por práticas de lazer e esportivas, desfazendo amizades, apresentando

humor deprimido ou irritabilidade, baixa autoestima e outros sintomas e sinais de alteração de comportamento. Assim, cabe aos mais próximos (familiares, amigos e educadores) ficarem atentos a essas modificações. Ao perceberem que os sintomas persistem por semanas, devem agir de forma a evitar a ocorrência de um mal maior, como ideação suicida, ou mesmo atentar contra sua própria vida. (RESENDE, 2013).

3.2.3 Ambiente escolar e a manifestação de transtornos

A aprendizagem no ambiente escolar é influenciada por diversos fatores, entre eles o cognitivo, o social e o emocional (MUNIZ, 2016). A escola é o espaço onde se estabelecem os relacionamentos dialógico e afetivo entre professor e aluno, estimulando o desenvolvimento da capacidade de análise e reflexão, fundamentais ao processo ensino-aprendizagem e à formação do educando (BRASIL, 1985). Está diretamente associado à atitude do docente, ou seja, seu modo de ensinar, a paciência com os alunos e a capacidade de estimulá-los e dialogar com eles (KRAWCZYK, 2011).

É nesse ambiente que o adolescente permanece a maior parte de seu dia, o que facilita a socialização, o estreitamento de vínculos, a troca de experiências e a difusão de conhecimentos (FAIAL, 2016).

Para Berger (2011), as configurações educacionais são solicitadas para alcançar resultados e, assim, o currículo concentra-se, em grande medida, na formação acadêmica em detrimento do social e emocional. Por outro lado, estudiosos, educadores e políticos estão cada vez mais preocupados com as dificuldades emocionais entre os alunos, como agressividade entre jovens (WENDT; CAMPOS; LISBOA, 2010), sintomas de depressão e de ansiedade (PEREIRA, 2012) e baixo desempenho escolar (OLIVEIRA, 2012).

É característico da adolescência ter preocupações e medos relacionados ao desempenho escolar, à competência social e às questões de saúde (BRITO, 2011). O interesse científico pela depressão em adolescentes é bastante recente, embora tenha havido relatos de casos desde o século XVII (BAHLS, 2002), pois, até a década de 70, acreditava-se que a depressão fosse rara nessa faixa etária (BAHLS; BAHLS, 2002).

Em um dos estudos envolvendo adolescentes do ensino médio, foi observado que o aumento de sintomas de depressão está relacionado à insatisfação com o ambiente escolar, as amizades no colégio, a turma, os professores e o rendimento acadêmico (GROLLI, 2017). De fato, uma atmosfera saudável proporcionará um estilo de vida com mais qualidade. Por outro lado, quando as propriedades do ambiente são adversas, determinam estilos de vida menos salutares (CAMARA, 2012).

Em conjunto com os educadores, a escola tem o espaço adequado e de potencial para "trabalhar" informações sobre saúde mental com seus estudantes, tendo em vista que os adolescentes passam a maior parte do seu tempo no espaço escolar (PRADO, 2016). Historicamente, a escola é reconhecida como o local para inserir questões sobre saúde, problematizadas no cotidiano (BRASIL, 2017). O autor em questão (PRADO, 2011) avalia que, para o indivíduo gozar de plena saúde mental, o seu físico e o social (bem-estar integral) devem encontrar-se em equilíbrio, ensejando perceber suas próprias habilidades no enfrentamento dos desafios da vida. Em contrapartida, o indivíduo em situação de desequilíbrio em seu estado de saúde provoca em si dificuldade de ajustamento na vida pessoal e na boa convivência social (SALIMENA, 2016).

Nota-se que diversos estudos identificam o ambiente escolar como local apropriado para o levantamento de informações, sobretudo considerando que estudos em unidades escolares favorecem a identificação da prevalência, dos fatores associados e do conhecimento de determinados comportamentos. Com isso, pode-se subsidiar políticas públicas de prevenção, intervenção e, caso necessário, de tratamento. (FUMAGALLI, 2019).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de estudo de campo exploratório e descritivo com abordagem de natureza quantitativa.

Uma pesquisa quantitativa é centrada na objetividade, com raciocínio lógico dedutivo e atributos mensuráveis da experiência humana. É influenciada pelo positivismo e considera que a realidade é interpretada com base em análise dos dados fortes, por meio do auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Segundo Fonseca (2002), uma pesquisa de campo além de bibliográfica e/ou documental é caracterizada por investigações mediante coleta de dados.

Para Gil (2007), a pesquisa exploratória proporciona maior contato com o problema proposto por levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema pesquisado e exemplos que ajudem na compreensão.

Segundo Triviños (1987), uma pesquisa descritiva necessita que o investigador tenha informações sobre o que deseja investigar a fim de descrever os fatos e fenômenos reais de uma situação.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo de campo foi realizado nos municípios das residências dos discentes, localizadas em Colatina e Região Metropolitana da Grande Vitória – ES, nos meses de julho e agosto de 2020.

O IFES encontra-se localizado no município de Colatina, noroeste do estado, e pertence à rede de ensino federal.

A escola fica localizada no bairro de Itapina, com 41 metros acima do nível do mar, à margem esquerda do Vale do Rio Doce, cortada pela rodovia BR 259, na altura do km 70 (PAULA, 2017).

A escolha da escola pesquisada baseou-se no local de trabalho do pesquisador.

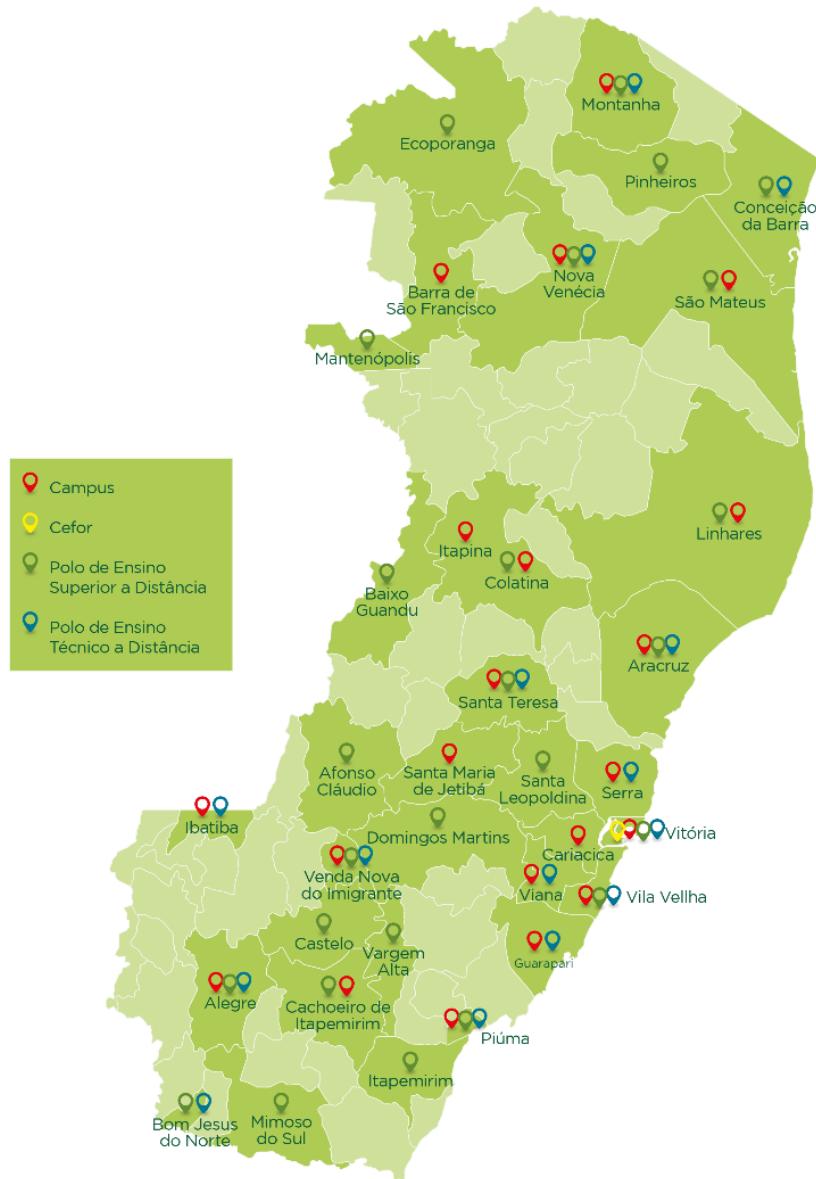
Acompanhando a linha histórica da rede federal, a princípio a escola objetivou ajudar as pessoas que, por algum motivo, descontinuaram sua educação em detrimento do trabalho, os “desvalidos da sorte”. Com os intuitos social e econômico característicos da época e a necessidade local, a escola federal formava mão de obra profissionalizante voltada para atividades de cunho artesanal/manual, em carpintaria, alfaiataria, sapataria, ferraria e fundição, por exemplo (SILVA, 2017).

Em 1909, no governo de Nilo Peçanha, oficializa-se a Escola de Aprendizes Artífices do Espírito Santo (EAAES). Assim, a rede escolar passa por mudanças na sua terminologia: Liceu Industrial de Vitória em 1937, Escola Técnica de Vitória em 1942, Escola Técnica Federal do Espírito Santo em 1965, Centro Federal de Educação Tecnológica do Espírito Santo em 1999 e, na atualidade, Instituto Federal do Espírito Santo (POZZATTI, 2016).

Antes de se integrarem ao quadro do IFES, os demais *campi* passaram por diversas etapas de transformação devido à expansão da rede, segundo afirmação de Avanci (2018, p. 17) e demonstrado no mapa da Figura 2:

“O IFES é um dos 38 institutos federais de educação criados pela Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008, quando foram reunidos o Centro Federal de Educação Tecnológica e as Escolas Agrotécnicas Federais de Alegre, de Colatina e de Santa Teresa, passando a integrarem uma única estrutura. Após sua criação, o instituto passou por um período de expansão. Atualmente, o IFES é composto por uma Reitoria, vinte *campi*, um campus avançado e um Centro de Referência em Formação e em Educação a Distância (CEFOR), totalizando 23 unidades, estando presente em todas as microrregiões do Espírito Santo. A instituição oferece cursos técnicos de nível médio, especialização técnica de nível médio, graduação e pós-graduação (especialização e mestrado) e possui aproximadamente dezessete mil alunos” (IFES, 2017) educação.

Figura 2. Localização geográfica dos *campi* do IFES.



Fonte: Avanci (2018, p. 17).

Assim, o IFES, de educação superior, básica e profissional, pluricurriculares e multicampi tornou-se uma referência no ensino por oferecer diversas modalidades de cursos profissionalizantes. Muitos candidatos são atraídos a participar do processo seletivo para o ingresso no ensino médio-técnico, de graduação superior, de nível *lato sensu* e *stricto sensu* (BRASIL, 2008).

4.3 PARTICIPANTES

Esta pesquisa foi aplicada nos meses de julho e agosto de 2020, em alunos matriculados no primeiro e no último ano do curso técnico em agropecuária e do técnico em zootecnia, ambos integrados ao ensino médio alcançando 93 dos 340 alunos do campus Itapina.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.4.1 Critérios de Inclusão

- Alunos de ambos os sexos.
- Alunos que estivessem matriculados e cursando o primeiro e o último ano do ensino médio-técnico.
- Alunos com idade a partir dos 15 anos que aceitaram participar da pesquisa, apresentando a assinatura do responsável no TCLE- (Apêndice A) e assinassem o TALE (Apêndice C).
 - Alunos a partir dos 18 anos que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE (Apêndice B).

Os termos foram impressos em duas vias originais - uma foi arquivada pelo pesquisador responsável e a outra foi entregue ao aluno participante da pesquisa, aos pais e/ou responsáveis.

4.4.2 Critérios de Exclusão

- Alunos que não aceitaram participar da pesquisa.
- Alunos e responsáveis que se recusaram a assinar o termo de consentimento e de assentimento.
- Alunos que entregaram os instrumentos de pesquisa incompletos.

- Alunos que não estavam matriculados e cursando o primeiro e o último ano do ensino médio-técnico.
- Alunos que tinham idade inferior a 15 anos.

4.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em julho e agosto de 2020, por meio da aplicação do questionário sociodemográfico e escalas Beck - Inventário Beck de Depressão (BDI) e Inventário Beck de Ansiedade (BAI).

- **Inventário Beck de Depressão – BDI (Anexo A):**

Desenvolvido por Beck *et al.* (1961), consiste em um inventário de autopercepção que possibilita avaliar de forma subjetiva a severidade dos sintomas da depressão. É composto por 21 itens, em que o indivíduo escolhe, entre quatro afirmações, aquela que melhor o caracteriza na última semana, incluindo, também, o dia de preenchimento do questionário. As afirmações variam de 0 a 3 (inexistente a grave), sendo o resultado o somatório da numeração preenchida em cada item. O resultado varia de 0 a 63 e a discriminação da severidade da depressão pode ser: depressão leve (resultado entre 4 e 13), depressão média (resultado entre 14 e 20) e depressão severa (resultado superior a 21) (CUNHA, 2001). Os pontos de corte estão subdivididos em: 0 a 11 = mínimo, de 12 a 19 = leve, de 20 a 35 = moderado e de 36 a 63 = grave (ARGIMON, 2013). Giavoni *et al.* (2008) classificam: nenhuma depressão ou depressão mínima: escores finais menores que 11 pontos; depressão leve – moderada: escores finais entre 12 a 19 pontos; depressão moderada a grave: escores finais entre 20 a 35 pontos e depressão grave: escores finais entre 36 a 63 pontos.

- **Inventário Beck de Ansiedade – BAI (Anexo B):**

O BAI é uma escala construída e validada por Beck *et al.* (1961). Consiste em um inventário de autopercepção que possibilita avaliar de forma subjetiva a severidade dos sintomas da depressão e a intensidade de sintomas ansiosos. Esse instrumento possui 21 categorias que englobam diversos itens, como tristeza, sentimento de culpa, insatisfação, isolamento social, alterações no apetite, entre

outros. O avaliado também deve responder em uma escala likert de 0 (ausência de sintomas) a 3 (sintomas severos), resultando em um escore que varia de 0 a 63 (CUNHA, 2001). Segundo Finelli (2015), um escore total de até 10 pontos indica ausência de sintomas ansiosos, um escore variando entre 11 e 19 pontos revela ansiedade leve a moderada, entre 20 e 30 pontos, ansiedade moderada e entre 31 e 63 pontos, ansiedade grave.

- **Questionário demográfico** (Apêndice D):

Formulário desenvolvido pelo pesquisador e composto por questões de múltipla escolha com dados sobre sexo, idade, estado civil, número de filhos, religião, atividade de lazer, atividade física, estado civil dos pais, renda per capita mensal familiar, vícios familiares e dados do histórico de saúde/doença individual.

A aplicação dos instrumentos de pesquisa aconteceu nos turnos da manhã e tarde. O local foi a residência desses alunos, após agendamento prévio por telefone/e-mail feito pelo pesquisador, com o objetivo de abordar, por meio do método de conveniência, o maior número de alunos do primeiro e do último ano do ensino médio-técnico integrado dos cursos de agropecuária e zootecnia do IFES - campus Itapina. Não foi realizado projeto-piloto porque as escalas utilizadas nesta pesquisa foram escalas validadas.

4.6 PROCEDIMENTOS

A metodologia inicial do projeto de pesquisa trazia a aplicação do estudo dentro do campus de Itapina. Entretanto, devido à pandemia de COVID-19, as aulas foram suspensas, sem previsão de retorno, e os alunos orientados a voltarem para suas residências. Após um longo período de incertezas quanto ao retorno das aulas, o pesquisador necessitou desenvolver uma nova estratégia para se aproximar dos alunos, pais e/ou responsáveis. Fez-se necessária, então, a abordagem individual em domicílio.

Assim, a aproximação inicial aconteceu por meio de e-mail (liberados e autorizados pela direção de ensino) seguido por contato telefônico. Naquele momento, informaram-se aos alunos os dados referentes à pesquisa que seria realizada, bem

como os objetivos, a justificativa e a metodologia. Os alunos que demonstraram interesse em colaborar agendaram dia e horário para receber o pesquisador na própria residência deles.

Durante a visita domiciliar realizada pelo pesquisador, foram entregues aos pais/responsáveis e integrantes da pesquisa os TALE e TCLE, já lidos e compreendidos antes da concessão da autorização para a atuação de seus filhos na pesquisa.

O pesquisador esclareceu aos alunos que a participação era de livre escolha e que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento sem prejuízo, além de informar sobre o sigilo da pesquisa.

Foi informado, ainda, aos alunos que a pesquisa não teria qualquer impacto em suas atividades institucionais, assim como os resultados (escores) dos Inventários de ansiedade e de depressão não seriam usados para diagnóstico.

Após aceitar participar da pesquisa, alunos, pais e/ou responsáveis assinaram os TCLE e TALE e devolveram-nos ao pesquisador responsável, a fim de dar prosseguimento à pesquisa.

A aplicação dos testes foi realizada de forma individual em um ambiente escolhido pelo participante, dentro de sua residência, que oferecesse silêncio e tranquilidade, para evitar interferências externas nas respostas dos questionários e escalas.

O tempo médio para aplicação da pesquisa atingiu cerca de 60 minutos para resposta dos inventários e do questionário sociodemográfico.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi composta de uma análise descritiva, em que as variáveis categóricas foram expressas pelas suas frequências absolutas e relativas.

A distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada mediante a determinação de suas medidas de posição central e variabilidade (mediana, média e desvio padrão).

Para o cruzamento dos escores de BECK com variáveis de duas categorias, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, pois a normalidade dos dados havia sido rejeitada.

Para o cruzamento dos escores de BECK com variáveis de mais de duas categorias usou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, pois a normalidade também havia sido rejeitada.

O teste de normalidade aplicado foi o de Shapiro-Wilk.

A investigação das associações referentes à presença de ansiedade e depressão nos alunos participantes da pesquisa foi feita por método de conveniência em abordagem simples e os resultados apresentados por estimativas de razões de chances e intervalos de confiança de 95%.

As análises foram realizadas com o programa PSPP, considerando nível de significância 5% (0,050).

4.8 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Espírito Santo (CEP/IFES) e à Plataforma Brasil, e aprovado pelo protocolo nº 26353219.6.0000.5072, de 06 de julho de 2020 (Anexo C).

Esse é um colegiado interdisciplinar e independente, vinculado operacionalmente à Reitoria do IFES que possui papel deliberativo, consultivo e educativo, fomentando a reflexão ética sobre a pesquisa científica. Encontra-se registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS) desde setembro de 2009.

O CEP/IFES é encarregado da avaliação ética dos projetos de pesquisa que envolvem seres humanos como sujeitos participantes da pesquisa.

4.9 BENEFÍCIOS E RISCOS

Ao aplicar esta pesquisa, os benefícios foram relacionados às possibilidades de identificação de transtornos psicológicos que poderiam atingir os alunos do ensino médio-técnico na escola do IFES de Itapina, buscando desenvolver intervenções e melhorias multiprofissionais na qualidade de vida e educacional desses discentes. Poderá ajudar as novas pesquisas na área da educação e saúde dos discentes.

A participação neste estudo envolveu uma previsão de riscos mínimos, tais como o tempo necessário para responder aos Questionários Sociodemográficos e aos Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck (BDI e BAI), e possíveis constrangimentos às perguntas de âmbito pessoal relacionadas a sintomas físicos e psicológicos. O mal-estar foi reduzido pelo fato dos instrumentos de pesquisa terem sido aplicados pelo próprio pesquisador, de forma individual e sem identificação dos pesquisados no questionário.

5 RESULTADOS

A princípio, o projeto de pesquisa tinha o objetivo de abordar 340 discentes, porém, devido à pandemia de COVID-19, houve a necessidade de alteração no método de abordagem pelo pesquisador em virtude da suspensão das aulas do ano letivo de 2020.

Dessa forma, 93 alunos matriculados no primeiro e no terceiro ano do ensino médio-técnico de agropecuária e zootecnia do IFES - campus Itapina, foram incluídos na amostra de estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população de alunos participantes da pesquisa (Tabela 1), em sua maioria, constituía-se do sexo feminino (67,7%). Grande parte (52,7%) tinha 15 e 16 anos de idade; cursavam o primeiro ano, 58,1% e frequentavam o curso de agropecuária, 55,9%. Possuíam religião, 82,8%, realizavam atividades físicas, 57,0%; não eram bolsista do IFES, 97,8% e dormiam acima de 7 horas, 60,2%.

Tabela 1 – Caracterização pessoal dos alunos participantes da pesquisa (n=93)

Variáveis	n	%
Curso		
Agropecuária	52	55,9
Zootecnia	41	44,1
Escolaridade		
1º ano	54	58,1
3º ano	39	41,9
Sexo		
Masculino	30	32,3
figura Feminino	63	67,7
Idade		
Entre 15 e 16 anos	49	52,7
Entre 17 e 18 anos	41	44,1
Entre 19 e 20 anos	3	3,2
Possui religião?		
Sim	77	82,8
Não	16	17,2

Continuação Tabela 1

Variáveis	n	%
Realiza atividade física?		
Sim	53	57,0
Não	40	43,0
Possui algum tipo de bolsa no Instituto?		
Sim	2	2,2
Não	91	97,8
Quantas horas dorme à noite?		
Menos de 4 horas	6	6,5
Entre 4 a 6 horas	31	33,3
Acima de 7 horas	56	60,2
Total	93	100,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Observou-se que 78,5% dos alunos residiam com pais ou familiares. Quanto ao estado civil dos pais, 58,1% responderam ser casados; 75,3% realizavam atividades de lazer; 91,4% não tinham trabalho fixo e 58,1% possuíam renda familiar mensal entre 2 a 5 salários mínimos. Notou-se que 59,1% e 51,6% tinham histórico de ansiedade e de depressão na família, respectivamente. Quando perguntados como se sentiam no momento, 43,0% responderam “Feliz”.

Tabela 2 – Caracterização familiar dos alunos participantes da pesquisa (n=93)

Variáveis	n	%
Você mora:		
Com os pais ou familiares	73	78,5
Em república	7	7,5
Na escola - IFES	13	14,0
Estado civil dos pais:		
Casados	54	58,1
Divorciados ou separados	36	38,7
Viúvos	3	3,2
Realiza atividades de lazer?		
Sim	70	75,3
Não	23	24,7
Tem trabalho fixo?		
Sim	8	8,6
Não	85	91,4

Continua

Continuação Tabela 2

Variáveis	n	%
Acima de 05 salários mínimos	8	8,6
Entre 05 a 02 salários mínimos	54	58,1
Um (01) salário mínimo	25	26,9
Pai ou mãe desempregados	6	6,5
Tem histórico de ansiedade na família?		
Sim	55	59,1
Não	7	7,5
Não sei dizer	31	33,3
Tem histórico de depressão na família?		
Sim	48	51,6
Não	10	10,8
Não sei dizer	35	37,6
Como me sinto hoje?		
Feliz	40	43,0
Triste	7	7,5
Preocupado	25	26,9
Ansioso	21	22,6
Total	93	100,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Ao serem questionados a respeito do uso de drogas, 81,7% responderam nunca as terem usado; 80,6% relataram que não sofreram violência na infância; 46,2% visitavam a família diariamente; 37,6% moravam com 4 ou mais pessoas. Ao serem indagados se já haviam sentido ou se sentiam necessidade de atendimento psicológico, 68,8% responderam de maneira afirmativa, todavia 92,5% não estavam em tratamento psicológico ou psiquiátrico.

Tabela 3 – Caracterização da amostra: números absolutos e percentuais (n=93)

Variáveis	n	%
Já utilizou ou faz uso de drogas?		
Sim	17	18,3
Não	76	81,7
Já sofreu alguma violência na infância?		
Sim	18	19,4
Não	75	80,6
Quantidade de reprovações no ensino médio-técnico		
Nenhuma	88	94,6
Uma ou duas	4	4,3
Três ou mais	1	1,1

Continua

Continuação Tabela 3

Variáveis	n	%
Com que frequência visita a família?		
Diariamente	43	46,2
Semanalmente	16	17,2
1-2 vezes/mês	16	17,2
Férias/ Feriados	16	17,2
Quase nunca/Nunca	2	2,2
Mora com quantas pessoas durante o período escolar?		
Sozinho(a)	8	8,6
Uma	8	8,6
Duas	24	25,8
Três	18	19,4
Quatro ou mais	35	37,6
Já sentiu/sente necessidade de atendimento psicológico?		
Sim	64	68,8
Não	29	31,2
Você está em tratamento psicológico ou psiquiátrico?		
Sim	7	7,5
Não	86	92,5
Total	93	100,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Ao caracterizar a escala de BAI, observou-se que a amostra pesquisada apresentou maior prevalência de ansiedade classificada como mínima (47,3%), seguida de moderada (21,5%). Quanto à escala de BDI, notou-se prevalência de depressão classificada como mínima (41,9%) seguida de moderada (31,2%).

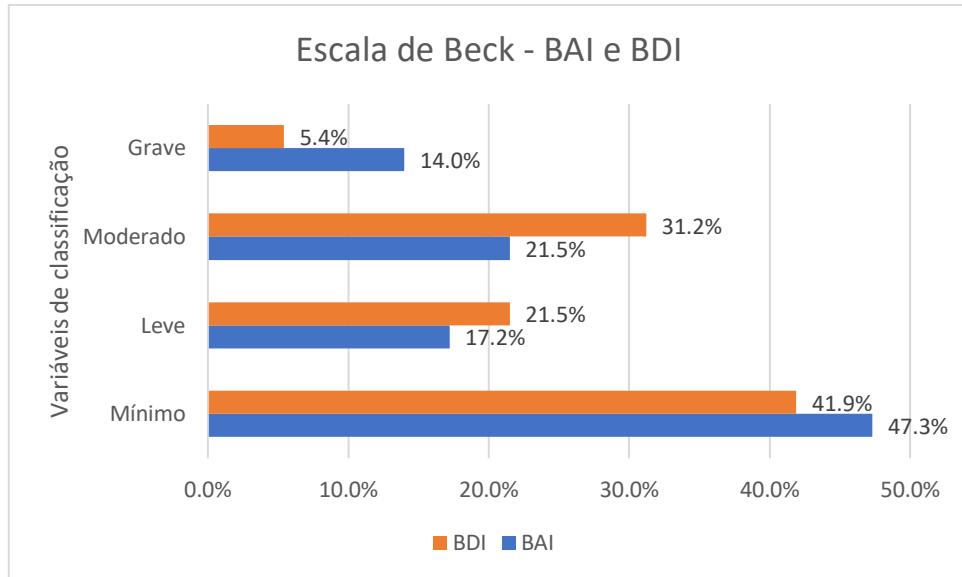


Figura 3 - Classificação dos escores totais das escalas de BAI e BDI dos alunos participantes da pesquisa (n=93)

O BAI mostrou escore médio de 15,67 (DP 13, 26).-Entretanto, o BDI apresentou o escore médio de 15,49 (DP 12,25).

Tabela 4 – Estatísticas descritivas dos escores de BECK

Variáveis	n	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio Padrão
BAI: escore	93	0	51,00	11,00	15,67	13,26
BDI: escore	93	0	55,00	14,00	15,49	12,25

Fonte: elaborada pelo autor.

DP – Desvio Padrão

5.2 COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE BECK (VARIÁVEIS QUANTITATIVAS) COM VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (COM DUAS CATEGORIAS)

Para se testar a diferença entre uma variável quantitativa (escores de BECK) entre dois grupos ou categorias, geralmente seria utilizado o teste t para médias (teste paramétrico). Mas para se utilizar tal teste, alguns requisitos foram necessários. O principal deles é que os dados deveriam ter distribuição normal (GAUSS).

Para essa verificação, foi aplicado um teste de normalidade, no caso o teste de Shapiro-Wilk. A hipótese testada foi a de que os dados apresentaram distribuição normal. Quando o p-valor for menor que 0,050, rejeita-se essa hipótese, ou seja, os

dados não são distribuídos normalmente. Se a hipótese de normalidade for rejeitada, um teste paramétrico não é a melhor opção, então deverá ser utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Tabela 5 – Resultados do teste de normalidade (p-valores) dos escores de BECK - Características do aluno (a)

Variáveis	Escores de BECK (p-valores)	
	BAI	DBI
Curso		
Agropecuária	0,000*	0,000*
Zootecnia	0,035*	0,024*
Escolaridade		
1º ano	0,003*	0,032*
3º ano	0,002*	0,002*
Sexo		
Masculino	0,000*	0,001*
Feminino	0,002*	0,001*
Idade		
Entre 15 e 16 anos	0,008*	0,023*
Entre 17 e 20 anos	0,001*	0,003*
Possui religião?		
Sim	0,000*	0,000*
Não	0,058	0,131
Realiza atividade física?		
Sim	0,000*	0,002*
Não	0,090	0,002*
Quantas horas dorme à noite?		
Até 6 horas	0,080	0,008*
Acima de 7 horas	0,000*	0,000*
Realiza atividades de lazer?		
Sim	0,000*	0,001*
Não	0,593	0,278
Tem trabalho fixo?		
Sim	0,888	0,043*
Não	0,000*	0,000*
Já utilizou ou faz uso de drogas?		
Sim	0,248	0,273
Não	0,000*	0,003*
Já sofreu alguma violência na infância?		
Sim	0,076	0,086
Não	0,000*	0,003*
Já sentiu/sente necessidade de atendimento psicológico?		
Sim	0,006*	0,004*
Não	0,004*	0,002*

Fonte: elaborada pelo autor.

*p-valor < 0,050, rejeita-se a hipótese de normalidade.

Detectada quebra da hipótese de normalidade nos escores de BECK com todas as variáveis. Nesse caso foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

A hipótese testada (Hipótese Nula) foi a de o escore que apresentou a mesma distribuição entre os grupos (Categorias) testados. Rejeita-se essa hipótese quando p-valor < 0,050, ou seja, o escore não tem a mesma distribuição entre os Grupos.

As técnicas não paramétricas têm diversas vantagens sobre os métodos paramétricos. Uma delas é que não exigem todos os pressupostos restritivos dos testes paramétricos, muito menos demandam que as variáveis venham de uma distribuição normal. Precisa-se apenas que as variáveis sejam ordenáveis para aplicarem-se os postos ou ordem. Os testes são feitos em cima desses postos e não dos valores reais das observações. O uso de postos torna as técnicas não paramétricas menos sensíveis aos erros de medidas e aos valores extremos do que os testes paramétricos.

Tabela 6 – Estatísticas descritivas do escore de BECK (BAI), segundo variáveis do estudo e dos resultados do teste de Mann-Whitney.

Variáveis	Estatísticas descritivas do escore de BAI				p-valor
	n	Mediana	Média	Desvio Padrão	
Curso	Agropecuária	52	9,00	13,69	12,69
	Zootecnia	41	18,00	18,17	13,69
Escolaridade	1º ano	54	11,00	14,33	11,49
	3º ano	39	15,00	17,51	15,34
Sexo	Masculino	30	6,00	9,53	10,94
	Feminino	63	18,00	18,59	13,34
Idade	15 e 16 anos	49	11,00	13,71	10,86
	Entre 17 e 20 anos	44	13,00	17,84	15,34
Possui religião?	Sim	77	10,00	14,81	12,53
	Não	16	15,50	19,81	16,15
Realiza atividade física?	Sim	53	8,00	12,72	13,12
	Não	40	18,00	19,58	12,55
Quantas horas dorme à noite?	Até 6 horas	37	19,00	20,32	13,39
	Acima de 7 horas	56	8,00	12,59	12,34

Continua

Continuação Tabela 6

Variáveis	Estatísticas descritivas do escore de BAI				p-valor
	n	Mediana	Média	Desvio Padrão	
Realiza atividades de lazer?	Sim	70	9,00	12,96	0,001
	Não	23	21,00	23,91	
Tem trabalho fixo?	Sim	8	14,00	14,00	0,918
	Não	85	11,00	15,82	
Já utilizou ou faz uso de drogas?	Sim	17	26,00	27,35	0,001
	Não	76	10,00	13,05	
Já sofreu alguma violência na infância?	Sim	18	21,50	22,33	0,100
	Não	75	10,00	14,07	
Já sentiu/sente necessidade de atendimento psicológico?	Sim	64	18,50	19,33	0,000
	Não	29	6,00	7,59	

Fonte: elaborada pelo autor.

*Teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Foi encontrada diferença estatisticamente significante no cruzamento do escore de BAI com:

- **Sexo:** as mulheres tiveram maiores valores do escore de BAI do que os homens.
- **Atividade Física:** os indivíduos que praticavam atividades físicas tiveram menores valores do escore de BAI do que os que não realizavam.
- **Horas de sono:** os indivíduos que dormiam até 6 horas por noite apresentaram maiores escores de BAI do que os que dormiam acima de 7 horas.
- **Atividades de Lazer:** os indivíduos que faziam atividades de lazer tiveram menores valores do escore de BAI do que os que não realizavam.
- **Uso de Drogas:** os indivíduos que responderam “Sim” tiveram maiores escores de BAI do que os que responderam “Não”.
- **Já sentiu/sente necessidade de atendimento psicológico:** os indivíduos que responderam “Sim” tiveram maiores escores de BAI do que os que responderam “Não”.

Tabela 7 – Estatísticas descritivas do escore de BECK (BDI), segundo variáveis do estudo e dos resultados do teste de Mann-Whitney.

Variáveis	Estatísticas descritivas do escore de BDI				p-valor
	n	Mediana	Média	Desvio Padrão	
Curso	Agropecuária	52	12,50	13,79	11,85
	Zootecnia	41	19,00	17,66	12,55 0,076
Escolaridade	1º ano	54	14,50	14,46	10,21
	3º ano	39	14,00	16,92	14,64 0,708
Sexo	Masculino	30	8,00	10,43	10,62
	Feminino	63	19,00	17,90	12,31 0,002
Idade	15 e 16 anos	49	14,00	13,86	10,30
	Entre 17 e 20 anos	44	16,00	17,32	14,00 0,320
Possui religião?	Sim	77	14,00	14,65	11,45
	Não	16	22,50	19,56	15,32 0,194
Realiza atividade física?	Sim	53	11,00	12,89	10,96
	Não	40	19,00	18,95	13,12 0,022
Quantas horas dorme à noite?	Até 6 horas	37	21,00	21,35	12,70
	Acima de 7 horas	56	8,50	11,62	10,35 0,000
Realiza atividades de lazer?	Sim	70	11,50	12,81	10,13
	Não	23	21,00	23,65	14,59 0,001
Tem trabalho fixo?	Sim	8	15,50	17,50	16,41
	Não	85	14,00	15,31	11,89 0,934
Já utilizou ou faz uso de drogas?	Sim	17	23,00	25,06	16,55
	Não	76	13,00	13,36	10,01 0,004
Já sofreu alguma violência na infância?	Sim	18	17,00	22,33	17,54
	Não	75	14,00	13,85	10,09 0,089
Já sentiu/sente necessidade de atendimento psicológico?	Sim	64	19,00	19,09	12,30
	Não	29	6,00	7,55	7,60 0,000

Fonte: elaborada pelo autor.

*Teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Foi encontrada diferença estatisticamente significante no cruzamento do escore de BDI com:

- **Sexo:** as mulheres tiveram maiores valores do escore de BDI do que os homens.
- **Atividade Física:** os indivíduos que praticavam atividades físicas tiveram menores valores do escore de BDI do que os que não realizavam.

- **Horas de sono:** os indivíduos que dormiam até 6 horas por noite apresentaram maiores escores de BDI do que os que dormiam acima de 7 horas.
- **Atividades de Lazer:** os indivíduos que faziam atividades de lazer tiveram menores valores do escore de BDI do que os que não realizavam.
- **Uso de Drogas:** os indivíduos que responderam “Sim” tiveram maiores escores de BDI do que os que responderam “Não”.
- **Já sentiu/sente necessidade de atendimento psicológico:** os indivíduos que responderam “Sim” tiveram maiores escores de BDI do que os que responderam “Não”.

5.3 COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE BECK (VARIÁVEIS QUANTITATIVAS) COM VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (COM MAIS DE DUAS CATEGORIAS)

Para se testar a diferença entre uma variável quantitativa (escores de BECK) com mais de dois grupos (ou Categorias), geralmente seria utilizada a ANOVA - um fator (teste paramétrico). Mas, alguns requisitos são necessários para se aplicar tal teste, como a normalidade dos dados.

Para a verificação da normalidade dos dados, é aplicado o teste de Shapiro-Wilk. A hipótese a ser testada é a de que os dados apresentam distribuição normal. Quando o p-valor for menor que 0,050, rejeita-se essa hipótese, ou seja, os dados não são distribuídos normalmente.

Se os pressupostos forem quebrados, será aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para a comparação dos escores com as variáveis.

Tabela 8 – Resultados do teste de normalidade (p-valores) dos escores de BECK - Características da família do aluno

Variáveis	Escores de BECK (p-valores)	
	BAI	DBI
Você mora:		
Com os pais ou familiares	0,000*	0,019*
Em república	0,256	0,059
Na escola - IFES	0,001*	0,045*
Tem histórico de ansiedade na família?		
Sim	0,017*	0,034*
Não	0,010*	0,287
Não sei dizer	0,001*	0,000*

Continua

Continuação Tabela 8

Variáveis	Escores de BECK (p-valores)	
	BAI	DBI
Tem histórico de depressão na família?		
Sim	0,006*	0,018*
Não	0,110	0,003*
Não sei dizer	0,037*	0,000*
Como se sente hoje?		
Feliz	0,001*	0,000*
Triste	0,796	0,843
Preocupado	0,023*	0,353
Ansioso	0,595	0,012*

Fonte: elaborada pelo autor.

*p-valor < 0,050, rejeita-se a hipótese de normalidade.

Foi observada quebra da hipótese de normalidade em todas as variáveis. Nesse caso, para a comparação dos escores de BECK, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

A hipótese testada (Hipótese Nula) é a de que o escore tem a mesma distribuição entre as Categorias testadas. Quando p-valor < 0,050, rejeita-se essa hipótese, ou seja, o escore não tem a mesma distribuição entre as categorias.

Apesar do teste de Kruskal-Wallis detectar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Categorias), ele não indicou quais grupos diferiram entre si. Para identificar onde há diferença, são necessários testes de múltiplas comparações, os chamados testes *post hoc*. Esses testes envolveram todas as comparações possíveis entre os grupos.

Tabela 9 – Estatísticas descritivas do escore de BECK (BAI), segundo variáveis do estudo e dos resultados do teste de Kruskal-Wallis.

Variáveis	Estatísticas descritivas do escore de BAI				p-valor
	n	Mediana	Média	Desvio Padrão	
Você mora:	Com os pais ou familiares	73	14,00 B*	17,01	13,26
	Em república	7	12,00 A,B*	14,86	15,69
	Na escola - IFES	13	5,00 A*	8,54	10,15
Tem histórico de ansiedade na família?	Sim	55	19,00 B*	19,47	13,83
	Não	7	3,00 A*	3,14	3,67
	Não sei dizer	31	9,00 A*	11,74	10,62
Tem histórico de depressão na família?	Sim	48	16,50 B*	19,00	14,67
	Não	10	4,00 A*	4,50	4,79
	Não sei dizer	35	11,00 B*	14,29	10,84
Como se sente hoje?	Feliz	40	6,00 A*	8,18	7,78
	Triste	7	22,00 B*	24,86	14,78
	Preocupado	25	12,00 B*	19,28	15,02
	Ansioso	21	20,00 B*	22,57	12,09

Fonte: elaborada pelo autor.

*Letras diferentes denotam dessemelhanças estatisticamente significativas.

Encontrada diferença estatisticamente significante do escore de BAI nas seguintes variáveis:

- **Você mora:** os indivíduos que moram “Com os pais ou familiares” tiveram maiores escores do que os que moravam “Na escola – IFES”.
- **Tem histórico de ansiedade na família:** os indivíduos que responderam “Sim” tiveram maiores escores do que os que responderam “Não” e “Não sei dizer”.
- **Tem histórico de depressão na família:** os indivíduos que responderam “Sim” e “Não sei dizer” eram semelhantes entre si e obtiveram maiores escores do que os que responderam “Não”.
- **Como me sinto hoje:** os indivíduos que responderam “Feliz”, conseguiram menores escores do que os demais.

Tabela 10 – Estatísticas descritivas do escore de BECK (BDI), segundo variáveis do estudo e dos resultados do teste de Kruskal-Wallis.

Variáveis	Estatísticas descritivas do escore de BDI				p-valor
	n	Mediana	Média	Desvio Padrão	
Você mora:	Com os pais ou familiares	73	18,00 B*	16,40	10,86
	Em república	7	15,00 A,B*	22,57	23,45
	Na escola - IFES	13	6,00 A*	6,62	6,91
Tem histórico de ansiedade na família?	Sim	55	19,00	17,16	11,27
	Não	7	8,00	8,14	8,25
	Não sei dizer	31	12,00	14,19	14,09
Tem histórico de depressão na família?	Sim	48	20,50 B*	17,79	11,70
	Não	10	2,00 A*	4,00	5,66
	Não sei dizer	35	14,00 B*	15,63	12,72
Como se sente hoje?	Feliz	40	6,00 A*	8,20	7,63
	Triste	7	27,00 B*	30,57	14,67
	Preocupado	25	18,00 B*	17,32	11,46
	Ansioso	21	21,00 B*	22,19	10,83

Fonte: elaborada pelo autor.

*Letras diferentes denotam dessemelhanças estatisticamente significativas.

Encontrada diferença estatisticamente significante do escore de BDI nas seguintes variáveis:

- **Você mora:** os indivíduos que moravam “Com os pais ou familiares” tinham maiores escores do que os que moravam “Na escola – IFES”.
- **Tem histórico de depressão na família:** os indivíduos que responderam “Sim” e “Não sei dizer” eram semelhantes entre si e tiveram maiores escores do que os que responderam “Não”.
- **Como se sente hoje:** os indivíduos que responderam “Feliz”, tiveram menores escores do que os demais.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O trabalho possibilitou identificar que a população de alunos participantes da pesquisa era, em sua maioria, constituída do sexo feminino (67,7%) e cursava o primeiro ano (58,1%) do curso de agropecuária (55,9%).

Apesar de ser uma profissão masculina e estar concentrada no trabalho no campo (zona rural), as mulheres vêm demonstrando interesse pela área. Em todo o Brasil, o ensino agrícola voltou-se para um público estritamente masculino durante muito tempo, porém entende-se que fomentar a participação do público feminino e repensar as questões de igualdade de gênero, no âmbito escolar, é uma das tarefas para a qual devemos atentar. No cenário em que se vive hoje, não há mais espaço para sexismo - atitude distinta de outras épocas (MASIERO; CUNHA; SILVA; *et al.*, 2015).

Para Baptista (2017), os transtornos de ansiedade estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns na adolescência, com uma prevalência em torno de 10 a 30, acometendo mais as meninas. Nesta pesquisa, os participantes tinham idades entre 15 e 16 anos (52,7%), religião (82,8%) e bolsa do IFES (97,8%).

Entre os pesquisados, 57,0% praticavam atividades físicas, 75,3% tinham algum lazer e 60,2% dormiam acima de 7 horas por noite. Dos dados encontrados, o treino físico e o lazer podem melhorar o condicionamento cardiovascular, reduzindo taxas de substâncias associadas às doenças psicológicas presentes na corrente sanguínea (CREWS; LANDERS; 1987).

Em uma pesquisa que avaliou a relação entre doenças psicológicas e atividade física, concluiu-se que o nível de ansiedade, estresse ou depressão é maior para aqueles que não se exercitavam de maneira regular (TAMAYO, 2001). A prática de atividade física diária e o lazer é considerada estratégia importante em todas as pesquisas como tática para o desenvolvimento da promoção da saúde e prevenção de doenças psicológicas.

Observou-se que 78,5% dos alunos residiam com os pais ou familiares. Quanto ao estado civil dos genitores, 58,1% responderam ser casados; 46,2% visitavam a família diariamente; 37,6% moravam com 4 ou mais pessoas; 80,6% relataram que

não sofreram violência na infância; 91,4% não tinham trabalho fixo e 58,1% possuíam renda familiar mensal entre 2 a 5 salários mínimos.

Para Brito (2011, p. 209):

O adolescente manifesta receio em se separar dos seus pais e da sua casa. Mostra-se preocupado com a sua saúde e a saúde dos pais. Tem dificuldade em dormir sozinho e tem pesadelos. Apresenta queixas somáticas. Pode recusar-se em ir à escola. Por vezes manifesta-se após uma situação preocupante como o divórcio dos pais, a doença ou a morte de um familiar próximo. Às vezes um dos pais também apresenta um grande receio com a separação, que comunica ao filho e este evita separar-se.

Um dado importante foi notar que 59,1% e 51,6% tinham histórico de ansiedade e de depressão na família, respectivamente. Quando perguntados como se sentiam naquele dia da entrevista, 43,0% responderam “Feliz”.

Para Collier (2002), a ciência vem trabalhando para explicar que os distúrbios mentais podem ser identificados por meio de material genético. Ao procurar alguma relação de síndrome do pânico, agorafobia, fobia social e outras formas de ansiedade com o material genético humano, o autor constatou, por meio de experimento e técnicas específicas, que a alteração do cromossomo 15 estava presente na causa dos distúrbios de pânico na maioria dos casos.

Ao serem questionados quanto ao uso de drogas, 81,7% responderam não usar; ao serem perguntados, 68,8% relataram que já haviam sentido ou sentiam necessidade de atendimento psicológico, porém 92,5% não estavam em tratamento psicológico ou psiquiátrico.

6.2 COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE BECK (VARIÁVEIS QUANTITATIVAS) COM VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (COM DUAS CATEGORIAS)

Quanto à avaliação dos escores de Beck, foi encontrada diferença estatisticamente significante no cruzamento do escore de BAI com relação ao:

- **Sexo:** as mulheres tiveram maiores valores do escore de BAI do que os homens.
- **Atividade Física:** os indivíduos que faziam atividades físicas manifestaram menores valores do escore de BAI do que os que não faziam.
- **Horas de Sono:** os indivíduos que dormiam até 6 horas por noite apresentaram maiores escores de BAI do que os que dormiam acima de 7 horas.

- **Atividades de Lazer:** os indivíduos que realizavam atividades de lazer possuíam menores valores do escore de BAI do que os que não realizavam.
- **Uso de Drogas:** os indivíduos que responderam “Sim” tinham maiores escores de BAI do que os que responderam “Não”.
- **Já sentiu/sente necessidade de atendimento psicológico:** os indivíduos que responderam “Sim” tinham maiores escores de BAI do que os que responderam “Não”.

Quanto à avaliação dos escores de Beck, foi encontrada diferença estatisticamente significante no cruzamento do escore de BDI com relação ao:

- **Sexo:** as mulheres tiveram maiores valores do escore de BDI do que os homens.
- **Atividade Física:** os indivíduos que faziam atividades físicas tiveram menores valores do escore de BDI do que os que não faziam.
- **Horas de sono:** os indivíduos que dormiam até 6 horas por noite tiveram maiores escores de BDI do que os que dormiam acima de 7 horas.
- **Atividades de Lazer:** os indivíduos que realizavam atividades de lazer tiveram menores valores do escore de BDI do que os que não realizavam.
- **Uso de Drogas:** os indivíduos que responderam “Sim” tiveram maiores escores de BDI do que os que responderam “Não”.
- **Já sentiu/sente necessidade de atendimento psicológico:** os indivíduos que responderam “Sim” tiveram maiores escores de BDI do que os que responderam “Não”.

6.3 COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE BECK (VARIÁVEIS QUANTITATIVAS) COM VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (COM MAIS DE DUAS CATEGORIAS)

Encontrada diferença estatisticamente significante do escore de BAI nas seguintes variáveis:

- **Você mora:** os indivíduos que moravam “Com os pais ou familiares” tiveram maiores escores do que os que residiam “Na escola – IFES”.
- **Tem histórico de ansiedade na família:** os indivíduos que responderam “Sim” tiveram maiores escores do que os que responderam “Não” e “Não sei dizer”.
- **Tem histórico de depressão na família:** os indivíduos que responderam “Sim” e “Não sei dizer” eram semelhantes entre si e tiveram maiores escores do que os que

responderam “Não”.

- **Como me sinto hoje:** os indivíduos que responderam “Feliz”, tiveram menores escores do que os demais.

Quanto à diferença estatisticamente significante do escore de BDI nas seguintes variáveis:

- **Você mora:** os indivíduos que moravam “Com os pais ou familiares” tiveram maiores escores do que os que residiam “Na escola – IFES”.
- **Tem histórico de depressão na família:** os indivíduos que responderam “Sim” e “Não sei dizer” eram semelhantes entre si e tiveram maiores escores do que os que responderam “Não”.
- **Como se sente hoje:** os indivíduos que responderam “Feliz”, tiveram menores escores do que os demais.

Ao caracterizar a escala de BAI, observou-se que a amostra pesquisada apresentou maior prevalência de ansiedade classificada como mínima (47,3%), seguida de moderada (21,5%). Quanto à escala de BDI, notou-se prevalência de depressão classificada como mínima (41,9%) seguida de moderada (31,2%). No entanto, as amostras estudadas apresentaram níveis consideráveis de ansiedade (52,7%) e depressão (58,1%) entre os alunos participantes desta pesquisa quando somados às variáveis Leve, Moderada e Grave de ansiedade e depressão, não considerando a variável mínima de ambos os transtornos.

Porém, segundo Gorestein e Andrade (1998, p. 245) "há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI (...), dependendo da natureza da amostra e dos objetivos do estudo". Ruscio e Ruscio (2002) comentam que comparações entre estudos utilizando o BDI tornam-se inconsistentes em função dos diferentes pontos de corte adotados.

Por meio desses achados, podem ocorrer interessantes estudos futuros que avaliem a mudança dos fatores de ansiedade e depressão nos alunos do curso de técnico em agropecuária e técnico em zootecnia.

O presente estudo contribuiu para a identificação detalhada dos fatores que podem ser mapeados como critérios de evolução para doenças psicológicas na fase adulta desses adolescentes.

Compreende-se que a metodologia utilizada foi adequada ao alcance dos objetivos deste estudo. Todavia, nesta pesquisa, lançou-se mão de uma escala

construída, validada e desenvolvida para avaliar níveis de ansiedade e depressão. É relevante informar que a escala de Beck (BAI e BDI) ainda não havia sido aplicada no IFES.

Com isso, observa-se a necessidade e importância que o IFES tem ao oferecer acompanhamento e suporte de profissionais multidisciplinares para atender as demandas de alunos que convivem diariamente com mudanças psicológicas e hormonais as quais podem influenciar ainda mais o desenvolvimento de níveis moderados de ansiedade e depressão. O surgimento dessas patologias nos discentes pode comprometer o rendimento escolar e a sua interação com colegas, professores e demais pessoas do seu convívio.

O desafio lançado aos profissionais do IFES engloba cuidar da saúde física e mental dos alunos matriculados no campus. É algo ao qual já se dedicavam, mas necessitavam de uma maior partilha de conhecimentos e práticas com os profissionais da área da saúde.

A ansiedade é um sentimento que acompanha um sentido geral de perigo, advertindo as pessoas de que há algo a ser temido. O adolescente convive com muitos desafios, com problemas reais e/ou com situações imaginárias frente a um mundo à espera de respostas apropriadas para inúmeras situações (BATISTA; OLIVEIRA, 2005).

Compreende-se, também, que a ansiedade contém aspectos psicológicos e físicos, podendo tanto auxiliar os seres humanos em seu desenvolvimento como contribuir para um quadro patológico (BATISTA; OLIVEIRA, 2005).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou avaliar o nível de ansiedade e depressão de 93 discentes matriculados no 1º ano e 3º ano do ensino médio-técnico dos cursos de agropecuária e zootecnia do IFES - campus Itapina, e conhecer a vivência individual e familiar desses alunos.

Ao caracterizar a escala de BAI, observou-se que a amostra pesquisada apresentou maior prevalência de ansiedade classificada como mínima (47,3%), seguida de leve (17,2%), moderada (21,5%) e grave (14,0%). Quanto à escala de BDI, observou-se a prevalência de depressão classificada como mínima (41,9%), seguida de leve (21,5%), moderada (31,2%) e grave (5,4%). No entanto, as amostras estudadas apresentaram níveis consideráveis de ansiedade (52,7%) e depressão (58,1%) entre os alunos participantes desta pesquisa quando somados às variáveis Leve, Moderada e Grave de ansiedade e depressão sem considerar a variável mínima de ambos os transtornos.

Por buscas de referências para a pesquisa, deparou-se com inconsistências entre os escores dos inventários (BDI/BAI) para análise de estatísticas, pois em várias publicações os escores apresentam-se com diferenças mínimas entre os valores.

Tais achados permitiram observar que são dois transtornos de aspectos diferentes, porém semelhantes, e que podem levar uma pessoa não tratada a um prejuízo por toda vida.

É importante salientar que o risco mínimo de ansiedade e de depressão identificado entre os alunos pesquisados não pode ser interpretado apenas como ausência de risco ao desenvolvimento de uma das doenças psicológicas analisadas. Pelo contrário, deve-se compreender que o risco mínimo é um fator indicativo de que a doença está presente entre os alunos e que pode, inclusive, evoluir para níveis moderados a elevados.

A seguir, serão respondidos alguns questionamentos da seção Introdução deste trabalho:

1) Quais seriam os motivos que estariam causando distúrbios mentais nos alunos? Não foi possível identificar quais foram as causas que contribuíram para o adoecimento entre os discentes. No entanto, acredita-se que este estudo pode

subsidiar novas pesquisas para identificar tais questões.

2) Estariam esses alunos iniciando o ensino médio com algum transtorno mental trazido de vivências anteriores e/ou familiar? Conforme as respostas dos alunos no questionário sociodemográfico, pôde-se observar uma correlação parental entre os históricos de ansiedade (59,1%) e a depressão (51,6 %).

3) Estariam esses alunos desenvolvendo distúrbios mentais em decorrência da rotina de estudos imposta pelo IFES ou em razão da expectativa de ingresso no mercado de trabalho? Não foi possível identificar se os níveis de ansiedade e depressão estavam relacionados a essas duas causas.

4) Qual a incidência de alunos com sintomatologia de algum distúrbio de humor do espectro ansioso, depressivo ou misto? Na pesquisa foi possível observar os níveis de ansiedade (52,7%) e depressão (58,1%) entre os alunos participantes quando somados às variáveis Leve, Moderada e Grave de ansiedade e depressão, não considerando a variável mínima de ambos os transtornos.

5) Qual a prevalência típica na amostra pesquisada? Ao caracterizar a escala de BAI, observou-se que a amostra pesquisada apresentou maior prevalência de ansiedade classificada como mínima (47,3%). Quanto à escala de BDI, percebeu-se prevalência de depressão classificada como mínima (41,9%).

Quando foi verificado adoecimento nos alunos durante o levantamento deste trabalho, notaram-se números expressivos de ansiedade e depressão no campus. Diante desses dados significantes, contou-se com a prevenção, e não necessariamente, com a aplicação da intervenção, tendo em vista que o tempo para o desenvolvimento de uma ação de intervenção fica como sugestão para um trabalho futuro.

Assim, torna-se importante mobilizar e sensibilizar a comunidade escolar do IFES, os pais e responsáveis quanto às questões de uma categoria da sociedade brasileira que está em um momento muito crítico, a adolescência, e que nunca foi tão complexa quanto hoje. Essa fase delicada da vida merece um olhar perceptivo dos adultos direcionado aos atos de desapegos, às brigas com os amigos, ao término de amizades e ao isolamento. Pode-se afirmar que a depressão não é só marcada por aquela máscara de tristeza, mas muito, pela raiva. Então, quando o grau de agressividade do adolescente aumenta, ele deve ser avaliado com algum nível de depressão.

Programas de prevenção levam a uma necessidade de se agir. O adolescente com sinais e sintomas de tais transtornos mentais fica mais vulnerável a comportamentos de risco, como doenças sexualmente transmissíveis (DST). Ademais, as meninas devem receber atenção especial, pois demonstram um nível mais alto de sintomas de depressão e ansiedade. Diante disso, sugere-se como implementação:

1. Protocolos Preventivos.
2. Programas Preventivos de Educação voltados para: comportamento social; práticas educativas parentais saudáveis; abuso de drogas, álcool e tabagismo; educação sexual; alimentação e hábitos saudáveis; desenvolvimento do adolescente e de sua autoestima; competências parentais e autonomia dos filhos; solução de conflitos e promoção da harmonia nas interações familiares; temáticas referentes à saúde mental dos estudantes; combate ao bullying.
3. Espaço de escuta com psicólogo.

A possibilidade de efetivação das referidas ações de prevenção da saúde mental no ambiente escolar do IFES, já que é um ambiente adequado para essas ações, auxiliará os adolescentes no enfrentamento de tais ameaças. Assim, entrarão na vida adulta de maneira mais saudável e servirão de alerta aos pais e responsáveis, professores, gestores da educação e profissionais da saúde aos possíveis sinais de sofrimento mental dos jovens para evitar consequências desastrosas, como o fracasso ou a evasão escolar.

8 REFERÊNCIAS

ARGIMON, I. I. L.; TERRASSO, L. B.; BARBOSA, A. S.; LOPES, R. M. F. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). **Bol. / Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 33, n. 85, p. 354-372, setembro 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2013000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 setembro 2020.

AVANCI, L. T. A. **Qualidade de vida no trabalho: um estudo com os servidores do Instituto Federal do Espírito Santo**. 2018. 129 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

ARAGÃO, T. A.; COUTINHO, M. D. P. D. L.; ARAÚJO, L. F. D.; CASTANHA, A. R. Uma perspectiva psicosocial da sintomatologia depressiva na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2009, v. 14, n. 2, p. 395-405. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/6631>>. Acesso em: 19 setembro 2018.

ASBAHR, F. R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 28-34, abril 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa05.pdf>>. Acesso em: 18 setembro 2018.

BAHLS, SAINT-CLAIR; BAHLS, F. R. C. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 49-57, jan./jun. 2002. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/3193/2556>>. Acesso em: 19 setembro 2018.

BAHLS, SAINT-CLAIR. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 3, p. 49-60, jan./dez. 1999. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/7660>>. Acesso em: 12 fevereiro 2019.

BAHLS, SAINT-CLAIR. Epidemiologia de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba, Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Curitiba, v. 24, n. 2, p.63-67, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000200005&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 11 julho 2018.

BAPTISTA, M. N.; SOARES, T. F. P. Revisão integrativa da ansiedade em adolescentes e instrumentos para avaliação na base Scientific Electronic Library Online. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 16, n. 1, p. 97-105, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712017000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 fevereiro 2019.

BATISTA, M. A.; OLIVEIRA, S. M. S. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. **Psic.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 43-50, dezembro 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 setembro 2020.

BEARDSLEE, W. R.; GLADSTONE, T. R.G.; O'CONNOR, E. E. Transmissão e prevenção de transtornos de humor entre filhos de pais afetivamente doentes: uma revisão. **Journal of the American Academy of CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY**, Boston, v. 50, n. 11, novembro 2011. Disponível em: <<https://static1.squarespace.com/static/545cdfcce4b0a64725b9f65a/t/54bff6d1e4b0f7f31a03aa02/1421866705861/Transmission+and+Prevention+of+Mood+Disorders.pdf>>. Acesso em: 03 novembro 2018.

BELFER, M. L. Transtornos mentais em crianças e adolescentes: a magnitude do problema em todo o mundo. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Boston, v. 49, n.3, p.226–236, março 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x?purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&tracking_action=previous_click&r3_referer=wol&show_checkout=1>. Acesso em: 08 setembro 2018.

BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1105-1116, out-dez 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000401105&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 06 novembro 2019.

BERGER, C.; ALCALAY, L.; TORRETI, A.; MILICIC, N. Bem-estar sócio emocional e desempenho acadêmico: evidência desde uma abordagem multinível. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n.2, p. 344-351, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n2/16.pdf>>. Acesso em: 05 setembro 2018.

BIAZUS, C. B.; RAMIRES, V. R. R. Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 83-91, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 setembro 2020.

BLANK, C. K.; GONÇALVES, R. B. A leitura na adolescência: um estudo em escolas públicas e particulares de ensino médio. **Revista Didática Sistêmica**, Rio Grande, v. 13, n. 2, 2011. Disponível em:
<<https://periodicos.furg.br/redsis/article/view/1763/1274>>. Acesso em: 05 março 2020.

BRAGE, D. G. Depressão na adolescência: uma revisão da literatura. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 9, n.1, p.45-55, fevereiro 1995. Disponível em:
<[https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(95\)80017-4/pdf](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(95)80017-4/pdf)>. Acesso em: 06 novembro 2020.

BRASIL. Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 dez. 2008. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Lei nº8.069, de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 06 abr. 2001. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRASIL, E. G. M.; SILVA, R. M.; SILVA, M. R. F.; RODRIGUES, D. P.; QUEIROZ, M. V. O. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, dez. 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100454&lng=en&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 24 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do

Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em 02 fevereiro 2019.

BRITO, I. Ansiedade e depressão na adolescência. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 27, n. 2, p. 208-214, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a10.pdf>>. Acesso em: 07 setembro 2020.

CAMARA, S. G.; AERTS, D. R. G. C.; ALVES, G. G. Estilos de vida de adolescentes escolares no sul do Brasil. **Revista Aletheia**, Canoas, n. 37, p. 133-148, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3561/2646>>. Acesso em: 9 março 2020.

CARVALHO, M. D. R.; SILVA, J.; MACHADO, M. S.; AMORIM, R. Ansiedade em adolescentes: Efeitos de um programa de preparação psicológica para a hospitalização. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 16, p. 19-26, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fevereiro 2019.

CASTILLO, A. R. G. L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, s. 2, p. 20-23, dez. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000600006&lng=pt>. Acesso em: 18 janeiro 2019.

COLLIER, D. A. FISCH, flexible joints an panic: are anxiety disorders really expressions of instability in the human genome? **British Journal of Psychiatry**, v.181, n. 6, p. 457-459, dez. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rjpf/v6n3/1415-4714-rjpf-6-3-0183.pdf>>. Acesso em: 07 setembro 2020.

CHU, B. C.; HARRISON, T. L. Efeitos específicos de distúrbios da TCC para jovens ansiosos e deprimidos: uma meta-análise de candidatos a mediadores de mudança. **Clin Child Fam Psychol Rev.**, v. 10, n. 4, p. 352–372, dez. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17985239>>. Acesso em: 20 fev 2019.

CREWS, D.J.; LANDERS, D.M. Uma revisão meta-analítica da aptidão aeróbia e reatividade a estressores psicossociais. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 19, s. 5, p. 114-120, out.1987. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3316910/>>. Acesso em: 07 setembro 2020.

CUNHA, J. A. **Escalas de Beck.** In: BECK, A. T.; HAIGH, E. A. P. Escalas de Beck. 1^a ed. Editora Casa do Psicólogo, 2001.

DALLY, P.; HARRINGTON, H. Psicologia e psiquiatria na enfermagem. EPU-USP, São Paulo, 2008.

DSM 5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FAIAL, L. C. M.; SILVA, R. M. C. R. A.; PEREIRA, E. R.; REFRANDE, S. M.; SOUZA, L. M. C.; FAIAL, C. S. G. A escola como campo de promoção à saúde na adolescência: revisão literária. **Revista Pró-UniverSUS.**, v. 07, n. 2, p. 22-29, jan./jun. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/344-Texto%20do%20artigo-1651-1-10-20170216.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2020.

FARIAS, E. S.; SOUZA, L. G.; SANTOS, J. P. Estilo de vida de escolares adolescentes. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 40-49, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=556>. Acesso em: 24 maio 2020.

FELDEN, É. P. G.; FILIPIN, D.; BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; MEYER, C.; LOUZADA, F. M. Fatores associados à baixa duração de sono em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 64-70, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0064.pdf>. Acesso em: 12 fevereiro 2019.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3º ed. 2004.

FILHO, O. C. S.; SILVA, M. P. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 31-41, outubro 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/v10s3a05.pdf>>. Acesso em: 12 fevereiro 2019.

FINELLI, L. A. C.; ALMEIDA, A. P. S.; BATISTA, D. P.; SOARES, W. D. Nível de ansiedade e depressão em servidores públicos da área da educação na cidade de Montes Claros/MG. **Revista Bionorte**, Montes Claros, v. 4, n. 2, jul. 2015. Disponível em: <http://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a62.pdf>. Acesso em: 25 setembro 2020.

FUMAGALLI, L. M. R.; SANTOS, T. L.; VARGAS, V. C.; ILHA, P. V. Conhecimentos e comportamentos relacionados a saúde de escolares. **Revista Insignare Scientia**, Chapecó, v. 2, n. 4, set./dez., 2019. Disponível em: <<https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RIS/article/view/11019/7321>>. Acesso em: 24 maio 2020.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, p. 753-761, junho 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 fevereiro 2020.

GERMAIN, F.; MARCOTTE, D. Sintomas de depressão e ansiedade na transição do ensino secundário ao ensino médio: evolução e fatores influentes. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 19-28, jan./mar., 2016. Disponível em: <<https://s3-sa-east.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v13n1a03.pdf>>. Acesso em: 26 fevereiro 2020.

GIVONI, A.; MELO, G. F.; PARENTE, I.; DANTAS, G. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 975-982, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 setembro 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 5^a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/14606-Texto%20do%20artigo-61742-1-10-20110201%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/14606-Texto%20do%20artigo-61742-1-10-20110201%20(1).pdf)>. Acesso em: 24 maio 2020.

GORENSTEIN, G. **Impacto do tratamento de crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo sobre a ansiedade parental, a acomodação familiar e o ambiente familiar**. 2015. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Psiquiatria, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-13052015-094030/publico/GabrielaGorensteinVersaoCorrigida.pdf>>. Acesso em: 21 fevereiro 2019.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 25, p.245-250, 1998. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500004. Acesso em: 27 setembro 2020.

GROLLI, V.; WAGNER, M. F.; DALBOSCO, S. N. P. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 87-103, jan./jun. 2017. Disponível em
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 março 2019.

HIRATA, H. P. Terapia de Aceitação e Comprometimento e Terapia Metacognitiva: uma Intervenção Integrativa em Pacientes com Hipertensão e/ou Diabetes com Sintomas Depressivos. 2018. 242 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

HOLZSCHNEIDER, K.; MULERT, C. Neuroimaging in anxiety disorders. **Diálogos Clin Neurosci**. v. 13, n. 4, p. 453-461, 2011. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263392/pdf/DialoguesClinNeurosci-13-453.pdf>. Acesso em: 15 março 2019.

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – IFES. Campus Itapina. Disponível em: <www.itapina.ifes.edu.br>. Acesso em: 10 março 2019.

JATOBA, J. D. V. N.; BASTOS, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 171-179, 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fevereiro 2019.

KRAWCZYK, N. Reflexão sobre alguns desafios do ensino médio no Brasil hoje. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 41, n. 144, p. 752-769, set./dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742011000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 março 2020.

LOPES, C. S; ABREU, G. A; SANTOS, D. F; MENEZES, P. R; CARVALHO, K. M. B; CUNHA, C. F; et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50; n. 1, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006690.pdf>. Acesso em: 21 fevereiro 2019.

MASIERO, B. G.; CUNHA, M. B.; SILVA, J. R. P.; COSTA, S. F. S.; PORTOLAN, A. C.; JAPPE, R. J. O ensino agrícola do curso técnico em agropecuária visto sob a ótica feminina: resgate oral e documental das primeiras “agricolinhas”. **Extensão Tecnológica: Revista de Extensão do Instituto Federal Catarinense**, Santa Catarina, n. 3, p. 51-54, 2015. Disponível em: <<http://publicacoes.ifc.edu.br/index.php/RevExt/article/view/95/61>>. Acesso em: 07 setembro 2020.

MATTA, S.M. **Desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade em crianças e adolescentes com doença renal crônica pré-dialítica**. 2016. 137 f. Tese (Doutorado em Neurociências) – Programa de Pós-Graduação em Neurociências, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

MERIKANGAS, K. R.; NAKAMURA, E. F.; & KESSLER, R. C. Epidemiologia dos transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Diálogos Clin Neurosci**, v. 11, n. 1, p. 7-20, março 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807642/pdf/DialoguesClinNeurosci-11-7.pdf>>. Acesso em: 20 fevereiro 2019.

MORAIS, R. S. **Inventários Beck para crianças e adolescentes: Revisão Sistemática da Literatura**. 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

MONTEIRO, K. C. C.; LAGE, A. M. V. A depressão na adolescência. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 257-265, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2020.

MUNIZ, M.; FERNANDES, D. C. Autoconceito e ansiedade escolar: um estudo com alunos do ensino fundamental. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 20, n. 3, p. 427-436, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572016000300427&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dezembro 2018.

OLIVEIRA, S. M. S. S. **O Modelo de Rasch para avaliar o Inventário de Ansiedade na Escola**. 2012. 141 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, 2012.

PATEL, V; FLISHER, A. J; HETRICK, S; MCGORRY P. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Rev. Lancet**; v. 369; n. 9569, p. 1302-1313; abr. 2007. Disponível em:

<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60368-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60368-7/fulltext)>. Acesso em: 23 novembro 2019.

PATIAS, N. D. **Exposição à violência na adolescência: relações com bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse**. 2015. 138 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

PAULA, R. L. B.; OIAGEN, E. R.; THIENGO, E. R. A trilha ecológica temática como ferramenta não formal da ecopedagogia: uma abordagem quantitativa. **Revista SODEBRAS**, São Mateus, v. 13, n. 151, p. 18-22, jul./2018. Disponível em: <<http://www.sodebras.com.br/edicoes/N151.pdf>>. Acesso em: 20 novembro 2018.

PEREIRA, A. I. F.; BARROS, L.; MENDONÇA, D. Erros cognitivos e ansiedade em crianças em idade escolar. **Psicol. Reflexo. Crit.**, Porto, v. 25, n. 4, p. 817-823, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000400022>. Acesso em: 20 novembro 2018.

PORTO, P.; HERMOLIN, M.; VENTURA, P. Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 63-70, jun. 2002. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 de novembro 2018.

POZZATTI, V. R. O. **As bibliotecas do Instituto Federal do Espírito Santo e as práticas de disponibilização de trabalhos acadêmicos em formato digital**. 2016. 160 f. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia) – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIBLIOTECONOMIA, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

PRADO, A. L.; BRESSAN, R. A. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v.33, n.100, p.103-109, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Março 2020.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e Adolescência: A Influência do Contexto Familiar no Desenvolvimento Psicológico de seus Membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05.pdf>>. Acesso em: 24 Maio 2020.

RESENDE, C.; SANTOS, E.; SANTOS, P.; FERRÃO, A. Depressão nos adolescentes: mito ou realidade? **Nascer e Crescer**, Porto, v. 22, n. 3, p. 145-150, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 setembro 2020.

ROMBALDI, A. J.; SILVA, M. C.; GAZALLE, F. K.; AZEVEDO, M. R.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 620-629, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/07.pdf>>. Acesso em: 10 março 2019.

RUSCIO, A. M.; RUSCIO, J. A estrutura latente da depressão analógica: o Inventário de Depressão de Beck deve ser usado para classificar os grupos? **Psychol Assess.**, v. 14, n. 2, p.135-45, jun. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500004>. Acesso em: 27 setembro 2020.

SALLE, E.; ROCHA, N. S.; ROCHA, T. S.; NUNES, C.; CHAVES, M. L. F. Escalas de classificação de depressão como ferramentas de triagem para depressão em estudantes do ensino médio. **Rev. psiquiatr. clin.**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 24-27, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-608320120001000000&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de fevereiro 2020.

SALIMENA, A. M. O.; FERRUGINI, R. R. B.; MELO, M. C. S. C.; AMORIM, T. V. Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 51934, ago. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.51934>>. Acesso em: 09 Março 2020.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE DO ADOLESCENTE BRASILEIRO. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 16, n. 2, p. 217-229, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 março 2020.

SILVA, M. M. J. **Avaliação da ansiedade de depressão na gravidez**. 2014. 190 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2014.

SILVA, M. D. S. **Evasão e permanência na educação de jovens e adultos: Titãs ou desvalidos da sorte?** 2017. 183 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL, Escola Superior de Ciências da Santa

Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2017.

SWENDSEN, J. D. Anxiety, depression, and their comorbidity: An experience sampling test of the Helplessness-Hopelessness Theory., **Cognitive Therapy and Research**, Los Angeles, v. 21, n. 1, p. 97-114, 1997. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021872410824>>. Acesso em: 11 março 2019.

TAMAYO A. Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 127-147, dez. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000300007>. Acesso em: 07 setembro 2020.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1^a ed. São Paulo: Atlas, 1987.

WENDT, G. W.; CAMPOS, D. M.; LISBOA, C. S. M. Agressão entre pares e vitimização no contexto escolar: bullying, cyberbullying e os desafios para a educação contemporânea. **Cadernos de psicopedagogia**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 41-52, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-104920100010004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 de março 2019.

WORLD HEALTH ORGANITATION, Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates, 2017. Disponível em: <www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/>. Acesso em: 03 set. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE

Para pais e/ou responsáveis

Esclarecimentos:

Este é um convite para que seu filho (a) ou o aluno (a) que esteja sob sua responsabilidade participe, de modo voluntário, da pesquisa intitulada **ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS PREVENTIVOS ENTRE OS ALUNOS DO INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – CAMPUS ITAPINA**, que tem como pesquisador responsável Fabrício Zorjal dos Santos, matrícula SIAPE 1653475.

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, realizada sob orientação da profªDrª Ana Claudia de Azevedo Peixoto (UFRRJ), que tem como objetivo descrever o nível de ansiedade e depressão entre os alunos do Instituto Federal do Espírito Santo – Campus Itapina, bem como os sintomas presentes nessa população.

A importância do presente estudo justifica-se após observar um elevado número de alunos que procuram a unidade de saúde do Campus Itapina apresentando sinais e sintomas característicos de ansiedade e depressão gerando preocupação entre os servidores da escola.

A pesquisa será aplicada aos alunos do 1º e 3º ano do ensino médio dos cursos técnico em agropecuária e técnico em zootecnia, durante o mês de setembro de 2020 por meio do questionário sociodemográfico e as escalas de Beck (BDI e BAI). Estas escalas de BDI (**Inventário Beck de Depressão**) e BAI (**Inventário Beck de Ansiedade**) são escalas construídas e validadas por Beck et al, (1961) e consistem em inventários de autopercepção que possibilita avaliar de forma subjetiva a severidade dos sintomas da depressão e a intensidade de sintomas ansiosos. Esses instrumentos possuem 21 categorias que englobam diversos itens, como tristeza, sentimento de culpa, insatisfação, isolamento social, alterações no apetite, entre outros.

A participação do seu filho (a) ou o aluno (a) que esteja sob sua responsabilidade nesta pesquisa, envolve uma previsão de riscos mínimos, tais como, o tempo

necessário de resposta às perguntas dos questionários Sociodemográfico e os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck (BDI e BAI), e possíveis desconfortos por responder perguntas de âmbito pessoal relacionados a sintomas físicos e psicológicos.

Caso necessário o participante será encaminhado ao serviço médico e/ou psicológico no campus. A assistência a ser ofertada aos alunos que necessitarem será imediata e integral (não terapêutico). O aluno que apresentar algum problema durante a participação da pesquisa, será direcionado pelo pesquisador responsável para o atendimento médico-clínico do Campus (no horário matutino de segunda-feira a quinta-feira). Ainda, como cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas aos participantes, durante a aplicação da pesquisa se fará presente o psicólogo do Campus para suporte psicológico (no horário matutino/vespertino de segunda-feira a quinta-feira).

A pesquisa contribuirá para o desenvolvimento de estratégias preventivas dentro do Instituto para a diminuição de sintomas relacionados com a depressão e ansiedade.

Caso deseje receber informações acerca dos resultados desta pesquisa, solicito que informe, ao final do questionário, um e-mail, para que possamos passar o resultado do estudo.

É importante salientar que seu filho (a) ou o aluno (a) que esteja sob sua responsabilidade nesta pesquisa não terá nenhum custo e não receberá nenhum retorno financeiro por sua participação. Porém caso tenha algum gasto decorrente da participação na pesquisa, será resarcido (a), caso solicite ao pesquisador. Também, caso tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada, ou seja, uma eventual indenização terá que ser solicitada por via judicial e só será paga — ou não — após decisão judicial final.

Os dados do presente estudo serão guardados e analisados em sigilo e não serão disponibilizados para terceiros. A divulgação dos resultados ocorrerá em eventos e publicações científicas e será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você tem o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum prejuízo para você ou para a pesquisa. Toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente a

Fabrício Zorral dos Santos (endereço para contato no fim da página). Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Espírito Santo – Ifes (endereço para contato no fim da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa/Ifes (CEP/Ifes) é um colegiado interdisciplinar e independente, vinculado operacionalmente à Reitoria do Ifes que possui papel deliberativo, consultivo e educativo, fomentando a reflexão ética sobre a pesquisa científica sendo registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS) desde setembro de 2009. O Comitê de Ética em Pesquisa do Ifes (CEP/Ifes) é encarregado da avaliação ética dos projetos de pesquisa que envolvem seres humanos como sujeito participante da pesquisa.

Este termo encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que entendi os objetivos desta pesquisa, sua forma de realização e divulgação, os riscos e benefícios envolvidos, bem como, os meus direitos. Sendo assim, eu concordo em autorizar a participação do meu filho (a) ou do aluno (a) sob minha responsabilidade

voluntariamente da pesquisa: **ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS PREVENTIVOS ENTRE OS ALUNOS DO INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – CAMPUS ITAPINA.**

Assinatura dos pais/responsáveis

E-mail dos pais/responsáveis do participante desta pesquisa

Assinatura do pesquisador

CONTATO:

Nome do Pesquisador responsável: Fabrício Zorزال dos Santos

Endereço: Rua Milton Ramalho Simões, nº180. **Bairro:** Jardim Camburi-Vitória/ES, **CEP:** 29090-770 **Telefone:** (27) 99777-0016/
E-mail: fzorzaldossantos@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Espírito Santo - IFES

Endereço: Avenida Rio Branco, nº 50, bairro Santa Lúcia-Vitória/ES **CEP:** 29.056-255
Telefone: (27) 3357-7518 **E-mail:** etica.pesquisa@ifes.edu.br
Atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Alunos maiores de 18 anos de idade

Esclarecimentos:

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada **ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS PREVENTIVOS ENTRE OS ALUNOS DO INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – CAMPUS ITAPINA**, que tem como pesquisador responsável Fabrício Zorral dos Santos, matrícula SIAPE 1653475.

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, realizada sob orientação da prof^aDr^a. Ana Claudia de Azevedo Peixoto (UFRRJ), que tem como objetivo descrever o nível de ansiedade e depressão entre os alunos do Instituto Federal do Espírito Santo – Campus Itapina, bem como os sintomas presentes nessa população.

A importância do presente estudo justifica-se após observar um elevado número de alunos que procuram a unidade de saúde do Campus Itapina apresentando sinais e sintomas característicos de ansiedade e depressão gerando preocupação entre os servidores da escola.

A pesquisa será aplicada aos alunos do 1º e 3º ano do ensino médio dos cursos técnico em agropecuária e técnico em zootecnia, durante o mês de setembro de 2020 por meio do questionário sociodemográfico e as escalas de Beck (BDI e BAI). Estas escalas de BDI (**Inventário Beck de Depressão**) e BAI (**Inventário Beck de Ansiedade**) são escalas construídas e validadas por Beck et al, (1961) e consistem em inventários de autopercepção que possibilita avaliar de forma subjetiva a severidade dos sintomas da depressão e a intensidade de sintomas ansiosos. Esses instrumentos possuem 21 categorias que englobam diversos itens, como tristeza, sentimento de culpa, insatisfação, isolamento social, alterações no apetite, entre outros.

A participação nesta pesquisa envolve uma previsão de riscos mínimos, tais como, o tempo que você levará para responder as questões do Questionários Sociodemográfico e os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck (BDI e BAI), e possíveis desconfortos por responder perguntas de âmbito pessoal relacionados a sintomas físicos e psicológicos.

Caso sinta necessidade, você será encaminhado ao serviço médico e/ou psicológico no campus. A assistência a ser ofertada aos alunos que necessitarem será imediata e integral (não terapêutico). O aluno que apresentar algum problema durante a participação da pesquisa, será direcionado pelo pesquisador responsável para o atendimento médico-clínico do Campus (no horário matutino de segunda-feira a quinta-feira). Ainda, como cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas aos participantes, durante a aplicação da pesquisa se fará presente o psicólogo do Campus para suporte psicológico (no horário matutino/vespertino de segunda-feira a quinta-feira).

A pesquisa contribuirá para o desenvolvimento de estratégias preventivas dentro do Instituto para a diminuição de sintomas relacionados com a depressão e ansiedade.

Caso você deseje receber informações acerca dos resultados desta pesquisa, solicito que informe, ao final do questionário, um e-mail, para que possamos lhe passar o resultado do estudo.

É importante salientar que você não terá nenhum custo ao participar desta pesquisa e não receberá nenhum retorno financeiro por sua participação. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será resarcido (a), caso solicite ao pesquisador. Também, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada, ou seja, uma eventual indenização terá que ser solicitada por via judicial e só será paga — ou não — após decisão judicial final.

Os dados do presente estudo serão guardados e analisados em sigilo e não serão disponibilizados para terceiros. A divulgação dos resultados ocorrerá em eventos e publicações científicas e será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum prejuízo para você ou para a pesquisa. Toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente a Fabrício Zorral dos Santos (endereço para contato no fim da página). Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Espírito Santo – Ifes (endereço para contato no fim da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa/Ifes (CEP/Ifes) é um colegiado interdisciplinar e independente, vinculado operacionalmente à Reitoria do Ifes que possui papel deliberativo, consultivo e educativo, fomentando a reflexão ética sobre a pesquisa científica sendo registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS) desde setembro de 2009. O Comitê de Ética em Pesquisa do Ifes (CEP/Ifes) é encarregado da avaliação ética dos projetos de pesquisa que envolvem seres humanos como sujeito participante da pesquisa.

Este termo encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (**se já tiver documento**), fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma via deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas *dúvidas*.

Colatina, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do (a) participante

E-mail do participante desta pesquisa

Assinatura do pesquisador

CONTATO

Nome do Pesquisador responsável: Fabrício Zorzal dos Santos
Endereço: Rua Milton Ramalho Simões, nº180. **Bairro:** Jardim Camburi-Vitória/ES, **CEP:** 29090-770 **Telefone:** (27) 99777-0016/
E-mail: fzorzaldossantos@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Espírito Santo - IFES

Endereço: Avenida Rio Branco, nº 50, bairro Santa Lúcia-Vitória/ES **CEP:** 29.056-255

Telefone: (27) 3357-7518 **E-mail:** etica.pesquisa@ifes.edu.br

Atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Esclarecimentos:

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada **ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS PREVENTIVOS ENTRE OS ALUNOS DO INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – CAMPUS ITAPINA**, que tem como pesquisador responsável Fabrício Zorzal dos Santos, matrícula SIAPE 1653475.

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, realizada sob orientação da profª. Drª. Ana Claudia de Azevedo Peixoto (UFRRJ), que tem como objetivo descrever o nível de ansiedade e depressão entre os alunos do Instituto Federal do Espírito Santo – Campus Itapina, bem como os sintomas presentes nessa população.

A importância do presente estudo justifica-se após observar um elevado número de alunos que procuram a unidade de saúde do Campus Itapina apresentando sinais e sintomas característicos de ansiedade e depressão gerando preocupação entre os servidores da escola.

A pesquisa será aplicada aos alunos do 1º e 3º ano do ensino médio dos cursos técnico em agropecuária e técnico em zootecnia, durante o mês de setembro de 2020 por meio do questionário sociodemográfico e as escalas de Beck (BDI e BAI). Estas escalas de BDI (**Inventário Beck de Depressão**) e BAI (**Inventário Beck de Ansiedade**) são escalas construídas e validadas por Beck et al, (1961) e consistem em inventários de autopercepção que possibilita avaliar de forma subjetiva a severidade dos sintomas da depressão e a intensidade de sintomas ansiosos. Esses instrumentos possuem 21 categorias que englobam diversos itens, como tristeza, sentimento de culpa, insatisfação, isolamento social, alterações no apetite, entre outros.

A participação nesta pesquisa envolve uma previsão de riscos mínimos, tais como, o tempo que você levará para responder as questões do Questionários Sociodemográfico e os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck (BDI e BAI), e possíveis desconfortos por responder perguntas de âmbito pessoal relacionados a sintomas físicos e psicológicos.

Caso sinta necessidade, você será encaminhado ao serviço médico e/ou psicológico no campus. A assistência a ser oferecida aos alunos que necessitarem será

imediata e integral (não terapêutico). O aluno que apresentar algum problema durante a participação da pesquisa, será direcionado pelo pesquisador responsável para o atendimento médico-clínico do Campus (no horário matutino de segunda-feira a quinta-feira). Ainda, como cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas aos participantes, durante a aplicação da pesquisa se fará presente o psicólogo do Campus para suporte psicológico (no horário matutino/vespertino de segunda-feira a quinta-feira).

A pesquisa contribuirá para o desenvolvimento de estratégias preventivas dentro do Instituto para a diminuição de sintomas relacionados com a depressão e ansiedade.

Caso você deseje receber informações acerca dos resultados desta pesquisa, solicito que informe, ao final do questionário, um e-mail, para que possamos lhe passar o resultado do estudo.

É importante salientar que você não terá nenhum custo ao participar desta pesquisa e não receberá nenhum retorno financeiro por sua participação. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será resarcido (a), caso solicite ao pesquisador. Também, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada, ou seja, uma eventual indenização terá que ser solicitada por via judicial e só será paga — ou não — após decisão judicial final.

Os dados do presente estudo serão guardados e analisados em sigilo e não serão disponibilizados para terceiros. A divulgação dos resultados ocorrerá em eventos e publicações científicas e será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum prejuízo para você ou para a pesquisa. Toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente a Fabrício Zorral dos Santos (endereço para contato no fim da página). Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Espírito Santo – Ifes (endereço para contato no fim da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa/Ifes (CEP/Ifes) é um colegiado interdisciplinar e independente, vinculado operacionalmente à Reitoria do Ifes que possui papel

deliberativo, consultivo e educativo, fomentando a reflexão ética sobre a pesquisa científica sendo registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS) desde setembro de 2009. O Comitê de Ética em Pesquisa do Ifes (CEP/Ifes) é encarregado da avaliação ética dos projetos de pesquisa que envolvem seres humanos como sujeito participante da pesquisa.

Este termo encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (**se já tiver documento**), fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas *dúvidas*.

Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa.

Colatina, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do (a) menor

E-mail do participante

Assinatura do pesquisador

CONTATO

Nome do Pesquisador responsável: Fabrício Zorزال dos Santos

Endereço: Rua Milton Ramalho Simões, nº180. **Bairro:** Jardim Camburi-Vitória/ES, **CEP:** 29090-770 **Telefone:** (27) 99777-0016/
E-mail: fzorzaldossantos@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Espírito Santo - IFES
Endereço: Avenida Rio Branco, nº 50, bairro Santa Lúcia-Vitória/ES **CEP:** 29.056-255
Telefone: (27) 3357-7518 **E-mail:** etica.pesquisa@ifes.edu.br
Atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Prezado discente, este questionário tem como objetivo investigar algumas características da sua vida. Você não é obrigado a respondê-lo, mas sua participação é essencial para a realização da pesquisa. Você não será identificado, sendo garantido total sigilo.

Responda a algumas informações sobre você:

- Escolaridade:**
- a) () 1º ano do Ensino médio
 - b) () 3º ano do Ensino médio

1. SEXO: a) () Feminino b) () Masculino	2. IDADE: a) () Entre 15 - 16 anos b) () Entre 17 - 18 anos c) () Entre 19 - 20 anos d) () Outro: _____	3. POSSUI RELIGIÃO? a) () Sim . Qual? _____ b) () Não
4. REALIZA ATIVIDADE FÍSICA? a) () Sim b) () Não	5. POSSUI ALGUM TIPO DE BOLSA NO INSTITUTO? a) () Sim. Qual? _____ b) () Não	6. QUANTAS HORAS DORME À NOITE? a) () Menos de 4 horas b) () Entre 4 a 6 horas c) () Acima de 7 horas
7. VOCÊ MORA: a) () Com os pais ou familiares b) () Em república c) () Na escola - Ifes	8. ESTADO CIVIL DOS PAIS: a) () Casados b) () Divorciados ou separados c) () Viúvos	9. REALIZA ATIVIDADES DE LAZER? a) () Sim b) () Não
10. TEM TRABALHO FIXO? a) () Sim b) () Não	11. QUAL A RENDA FAMILIAR MENSAL? a) () Acima de 05 salários mínimos b) () Entre 05 a 02 salários mínimos c) () Um (01) salário mínimo d) () Pai ou mãe desempregados	12. TEM HISTÓRICO DE ANSIEDADE NA FAMÍLIA? a) () Não b) () Não sei dizer c) () Sim
13. TEM HISTÓRICO DE DEPRESSÃO NA	14. COMO SE SENTE HOJE?	15. JÁ UTILIZOU OU FAZ USO DE ALGUM TIPO DE

FAMÍLIA? a) () Sim b) () Não c) () Não sei dizer	a) () Feliz b) () Triste c) () Preocupado d) () Ansioso e) () Raiva f() Outro: _____	DROGA? a) () Sim. Qual: _____ b) () Não
16. JÁ SOFREU ALGUMA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA? a) () Sim. Qual tipo: _____ b) () Não	17. QUANTIDADE DE REPROVAÇÕES NO ENSINO MÉDIO-TÉCNICO: a) () Nenhuma b) () 1 ou 2 c) () 3 ou mais	18. COM QUE FREQÜÊNCIA VISITA A FAMÍLIA? a) () Diariamente b) () Semanalmente c) () 1-2 vezes/mês d) () Férias/ Feriados e) () Quase nunca / Nunca
19. MORA COM QUANTAS PESSOAS DURANTE O PERÍODO ESCOLAR? a) () Sozinho(a) b) () 1 c) () 2 d) () 3 e) () 4 ou mais	20. JÁ SENTIU/SENTE NECESSIDADE DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO? a) () Sim b) () Não	21. VOCÊ ESTÁ EM TRATAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO? a) () Sim. Qual diagnóstico? _____ b) () Não

APÊNDICE E - TERMO DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

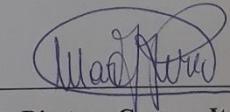
Autorizo a realização da pesquisa “ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS PREVENTIVOS ENTRE OS ALUNOS DO INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – CAMPUS ITAPINA”, coordenada pelo pesquisador **Fabrício Zorzal dos Santos**, a ser realizada no Instituto Federal do Espírito Santo - Campus Itapina em conformidade com os objetivos e metodologias previamente apresentados.

Como representante do Instituto Federal do Espírito Santo - Campus Itapina, estou ciente das corresponsabilidades associadas ao projeto de pesquisa no compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa recrutados. Declaro ainda estar ciente da autonomia de cada indivíduo em aceitar ou recusar a participar da pesquisa, independente da anuênci a que apresento.

Esta autorização está condicionada à aprovação da pesquisa elencada acima por um Comitê de Ética em Pesquisa, legalmente instituído, como forma de resguardar o cumprimento das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/ CNS, e suas complementares.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuênci a a qualquer momento da pesquisa.

Colatina, 13 de Novembro de 2019.



Diretor - Campus Itapina

Marcos Antonio de Almeida Pires
Diretor Geral Substituto
Ifes Campus Itapina

ANEXOS

ANEXO A - INVENTÁRIO DE BECK – BDI

Turma: () 1º ano () 3º ano Idade: _____ anos Data: _____ / _____ / 2020

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1 0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3 0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10 0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria

5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ____ Não ____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

ANEXO B - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK – BAI

Turma: () 1º ano () 3º ano **Idade:** ____ anos **Data:** __/__/2020

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO C - TERMO CONSUBSTANIADO CEP/PLATAFORMA BRASIL



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO ESPÍRITO
SANTO - IFES



PARECER CONSUBSTANIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS PREVENTIVOS ENTRE OS ALUNOS DO INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - CAMPUS ITAPINA

Pesquisador: FABRICIO ZORZAL DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 26353219.6.0000.5072

Instituição Proponente: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO CIENCIA E TECNOLOGIA DO ESPIRITO

Patrocinador Principal: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo - IFES

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.136.165

Apresentação do Projeto:

A pesquisa "ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS PREVENTIVOS ENTRE OS ALUNOS DO INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - CAMPUS ITAPINA" constitui-se num estudo de campo, exploratório, descritivo com abordagem de natureza quantitativa, a ser realizado junto aos estudantes matriculados no primeiro ano e aos matriculados no último ano dos cursos Técnicos em Agropecuária e em Zootecnia, ambos integrados ao ensino médio no Ifes campus Itapina, totalizando 343 estudantes. A coleta de dados envolverá a aplicação de questionários aos estudantes participantes, sendo um questionário sociodemográfico, a Escala Beck - Inventário Beck de Depressão (BDI) e o Inventário Beck de Ansiedade (BAI).

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral descrever o nível de ansiedade e depressão entre os estudantes do Instituto Federal do Espírito Santo – Campus Itapina, bem como os sintomas presentes nessa população. Como objetivos específicos o pesquisador informa:

- Caracterizar os alunos da instituição pesquisada de acordo com as variáveis sociodemográficas e de estilo de vida;
- Identificar, dentre as variáveis estudadas, possíveis fatores que predispõem para o

Endereço: Avenida Rio Branco, nº 50

Bairro: Santa Lúcia

CEP: 29.056-255

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3357-7518

Fax: (27)3331-2203

E-mail: etica.pesquisa@ifes.edu.br

desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes pesquisados;

- Correlacionar as variáveis levantadas;
- Propor o desenvolvimento de estratégias preventivas dentro do Ifes para a diminuição de sintomas relacionados com a depressão e a ansiedade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No formulário de informações básicas, o pesquisador informa que os riscos se concentram na possibilidade de exposição dos indivíduos e constrangimento em responder os instrumentos de coleta de dados o que será reduzido pelo fato dos instrumentos de pesquisa serem aplicados pelo próprio pesquisador de forma individual sem identificação no questionário pelos pesquisados. Já nos TCLE e TALE, ele informa que os riscos são mínimos, tais como o tempo que o participante levará para responder às questões e possíveis desconfortos ao responder perguntas de âmbito pessoal. Informa ainda que será oferecida assistência imediata e integral (não terapêutica) aos alunos que apresentarem algum problema durante a participação na pesquisa. A assistência será direcionada pelo pesquisador responsável para o atendimento médico- clínico do Campus. Informa também que, durante a aplicação da pesquisa, se fará presente o psicólogo do Campus para suporte psicológico (no horário matutino/ vespertino de segunda-feira a quinta-feira). Ressalta, por fim, que a equipe estará envolvida de modo integral e prioritário, para assistência a todos os alunos que estiverem participando da pesquisa.

Quanto aos benefícios, no formulário de informações básicas o pesquisador afirma que estão relacionados às possibilidades de identificação de transtornos psicológicos

que atingem os alunos do ensino médio-técnico na escola do Ifes de Itapina, buscando desenvolver intervenções e melhorias multiprofissionais na qualidade de vida e educacional destes discentes. Ainda, esta pesquisa poderá ajudar às novas pesquisas na área da educação e saúde dos discentes. Já nos TCLE e TALE, informa apenas que os principais benefícios são indiretos, com o avanço do conhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância dentro da temática abordada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente disponibilizados.

Recomendações:

Enviar relatório final da pesquisa, quando de sua conclusão.

Endereço: Avenida Rio Branco, nº 50

Bairro: Santa Lúcia

CEP: 29.056-255

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3357-7518

Fax: (27)3331-2203

E-mail: etica.pesquisa@ifes.edu.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificadas inadequações, o projeto encontra-se aprovado para realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇOES_BASICAS_DO_PROJECTO_1453958.pdf	25/06/2020 17:57:11		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta.docx	25/06/2020 17:54:54	FABRICIO ZORZAL DOS SANTOS	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_CONSUBSTANCIADO.pdf	25/06/2020 17:52:03	FABRICIO ZORZAL DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TALE.docx	25/06/2020 17:48:40	FABRICIO ZORZAL DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_detalhado.docx	25/06/2020 17:43:21	FABRICIO ZORZAL DOS SANTOS	Aceito
Outros	CAPA.docx	25/06/2020 17:34:41	FABRICIO ZORZAL DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_1_2.pdf	29/11/2019 12:13:18	FABRICIO ZORZAL DOS SANTOS	Aceito
Outros	Outros.jpg	14/11/2019 19:38:25	FABRICIO ZORZAL DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 06 de Julho de 2020

Assinado por:
Felipe Morais Addum
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Rio Branco, nº 50

Bairro: Santa Lúcia

CEP: 29.056-255

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3357-7518

Fax: (27)3331-2203

E-mail: etica.pesquisa@ifes.edu.br